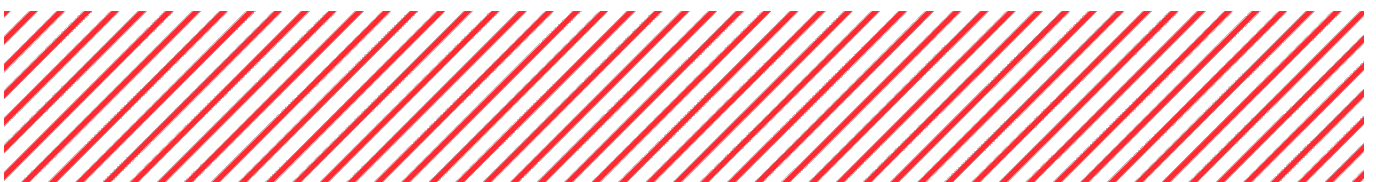
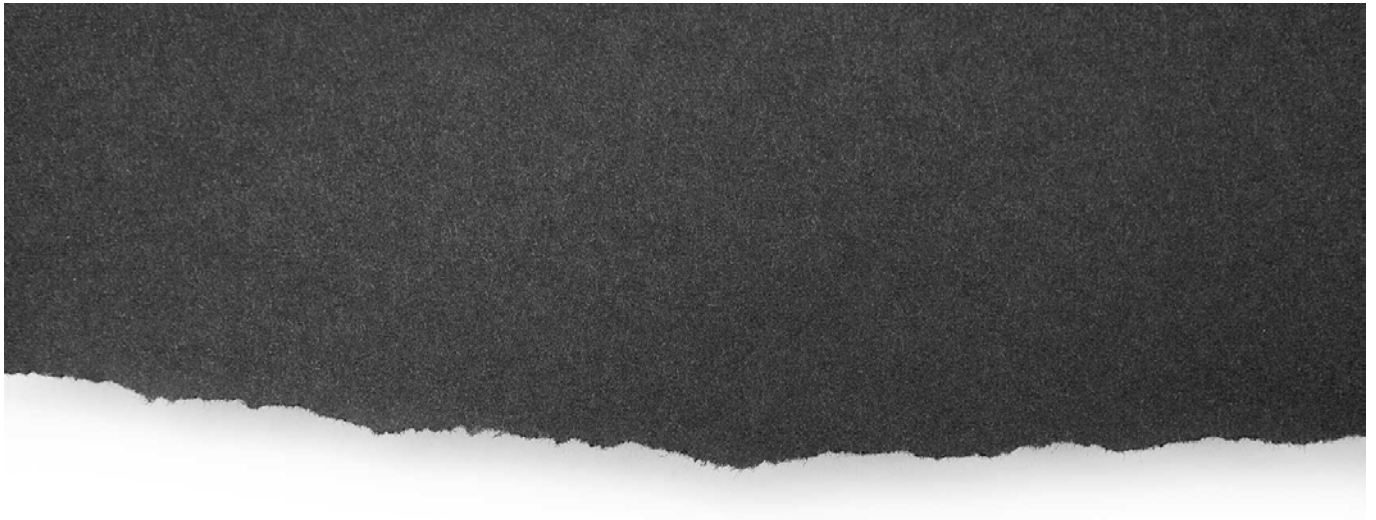


Rapport

# Effektive metoder til misbrugsbehandling af borgere med ADHD

En kortlægning af viden fra forskning, eksperter og praktikere



Nichlas Permin Berger, Louise Høyer Bom, Lars Fynbo og Mie Kramme Abildtoft

*Effektive metoder til misbrugsbehandling af borgere med ADHD – En kortlægning af viden fra forskning, eksperter og praktikere*

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-591-0

Forsidefoto: Lars Degnbol

Projekt: 301209

**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.

# Forord

Mennesker har markant større risiko for at udvikle stofmisbrug, når de både har sociale problemer og psykiske lidelser. Det har videnskabelige undersøgelser vist gennem flere årtier. Forskning viser for eksempel også, at psykisk sygdom øger sandsynligheden for udvikling af misbrug og vice versa. Borgere med stofmisbrug og en psykisk sygdom, som ikke i tilstrækkelig grad er under behandling for deres psykiske sygdom, opnår generelt ringere resultater af misbrugsbehandlingen. I mange år har den gængse fremgangsmåde i behandling af dobbeltdiagnosticerede været, at misbruget skal behandles først. Siden 90'erne er der dukket integrerede metoder op, hvor begge dele behandles samtidig, og først inden for de seneste år er der introduceret sådanne metoder til mennesker med stofmisbrug og ADHD.

Det er veldokumenteret, at en stor andel af mennesker i stofmisbrugsbehandling også har ADHD-symptomer eller ADHD-diagnose. Sammenlignet med stofbrugere uden ADHD er stofbrugere med ADHD-diagnose generelt karakteriseret ved, at de: 1) har et mere intensivt og tidligere påbegyndt stofmisbrug, 2) har en generelt ringere prognose, 3) har mere modstand mod misbrugsbehandling og 4) dropper hurtigere ud af misbrugsbehandlingen. Mennesker med denne dobbeltproblematik er vanskelige at behandle inden for de eksisterende tilbud i Danmark. De interviewede praktikere og eksperter efterlyser en styrket og mere koordineret indsats inden for social misbrugsbehandling, som mere effektivt kan adressere denne særlige udfordring.

Denne kortlægning har til formål at bidrage med viden om effektive metoder inden for social misbrugsbehandling til voksne og unge fra 15 år, der både har problemer med ADHD og misbrug. Kortlægningen bygger på en systematisk gennemgang af eksisterende viden og inddragelse af eksperter og praktikers erfaringer og viden om målgruppen og udfordringerne med at engagere gruppen i behandlingstilbud. På denne baggrund giver kortlægningen kvalificerede bud på relevante og effektive metoder og indsatser. Kortlægningen giver også et billede af de danske kommuners efterspørgsel og prioritering af ny viden og tilpassede behandlingsmetoder til mennesker med ADHD og misbrug.

Undersøgelsen er gennemført af forsker Nichlas Permin Berger, der har fungeret som projektets leder, analytiker Louise Høyer Bom, forsker Lars Fynbo og studentermedarbejder Mie Kramme Abildtoft. Bibliotekar Anne Nørgaard-Pedersen har gennemført litteratursøgningen. I løbet af undersøgelsesprocessen har vi talt med en række praktikere og eksperter, kommunale ledere og konsulenter på misbrugsbehandlingsområdet. De har alle indgående kendskab til mennesker i misbrugsbehandling og har bidraget med værdifuld viden om området, målgruppen og dobbeltproblematikken. Det vil vi gerne sige stor tak for.

Undersøgelsen er rekvireret og finansieret af Socialstyrelsen.

*Kræn Blume Jensen*

*Forsknings- og analysechef for VIVE Social*

2019

# Indhold

Sammenfatning .....	6
Baggrund og formål .....	6
Resultater .....	7
Konklusion og anbefalinger .....	11
1 Baggrund og formål .....	14
1.1 Baggrund .....	14
1.2 Vidensbaggrund .....	14
1.3 Formål .....	15
1.4 Kortlægningens design .....	16
1.5 Misbrugsbehandlingsprogrammer til unge (U18, U-turn, MI/KAT-GO) .....	17
1.6 Begrebsafklaring .....	20
1.7 Rapportens fremstilling .....	20
2 Undersøgelsens design og metoder .....	21
2.1 Systematisk litteratursøgning .....	21
2.2 Telefoninterview med kommunale chefer og misbrugskonsulenter .....	28
2.3 Kvalitativ behovsanalyse: Interview med udvalgte videnspersoner .....	28
3 Litteraturkortlægning .....	32
3.1 Sammenhængen mellem ADHD og misbrug .....	32
3.2 Resultater fra litteratursøgningen .....	35
3.3 Danske erfaringer, dobbeltdiagnoser og tværsektorielt samarbejde .....	57
3.4 Udredning og diagnosticering .....	67
4 Kommunernes efterspørgsel af nye metoder .....	71
4.1 Borgere i misbrugsbehandling med ADHD .....	71
4.2 Anvendelse af metoder til målgruppen .....	71
4.3 Efterspørgsel af metoder .....	72
4.4 Opsamling .....	73
5 Praktikere og eksperters erfaringer .....	74
5.1 Målgruppekarakteristik .....	74
5.2 Erfaringer med virksomme metoder og lovende praksis .....	78
5.3 Lovende praksis i misbrugsbehandlingsprogrammer for unge .....	85
5.4 Udredning – udfordringer og løsningsforslag .....	91
5.5 Forslag og anbefalinger til metodeudvikling .....	95
5.6 Organisatoriske udfordringer .....	98
5.7 Opsamling på praktikernes og eksperternes erfaringer .....	99
Litteratur .....	100
Bilag 1 Interviewguide: kommunale chefer og misbrugskonsulenter .....	106
Bilag 2 Guide til fokusgruppeinterview med praktikere og eksperter .....	107

Bilag 3	Overordnet søgestrategi .....	110
Bilag 4	Søgedokumentation .....	114

# Sammenfatning

## Baggrund og formål

Undersøgelser har gennem de seneste årtier i vidt omfang belyst dobbeltdiagnoseproblematikken og de kompleksiteter, der opstår, når mennesker har både stofmisbrug og psykisk lidelse. I Danmark har begrebet 'dobeltdiagnose' almindeligvis ikke indbefattet ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), men har primært været knyttet til sværere psykiske lidelser, såsom psykose. Under begrebet dobbeltdiagnose forstår vi i denne undersøgelse imidlertid psykiske lidelser mere bredt og medregner også diagnosen ADHD. Forekomsten af ADHD-diagnosen er væsentlig højere blandt personer i misbrugsbehandling end i den generelle befolkning (van de Glind et al., 2014). Et meta-review fra 2012 konkluderer, at cirka hver fjerde person i rusmiddelbehandling har ADHD (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012), mens de kommunale chefer og misbrugsbehandlere, som er interviewet i forbindelse med denne undersøgelse, vurderer, at andelen af borgere i misbrugsbehandling med typiske ADHD-symptomer og/eller ADHD-diagnose er noget højere.

Den aktuelle undersøgelse er indeholdt i Socialstyrelsens projekt *Screening af effektive metoder til misbrugsbehandling af borgere med ADHD*, der er udsprunget af udviklings- og investeringsprogrammet *Effektive forebyggende indsatser til borgere med psykiske vanskeligheder*. Formålet med Socialstyrelsens projekt er at undersøge, om der eksisterer nationale eller internationale behandlingsindsatser, som kunne modnes og målrettes borgere med både stofmisbrug og ADHD, med henblik på egentlig udbredelse i den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Den aktuelle undersøgelse følger desuden Socialstyrelsens generelle målsætning om vidensbase- ret understøttelse af sociale indsatser.

Rapporten sammenfatter resultaterne fra en videnskortlægning af stofmisbrugsbehandling til borgere med både stofmisbrug og ADHD i aldersgruppen 15 år og opefter. Målgruppen afgrænses til borgere, der bruger illegale rusmidler på en sådan måde, at det medfører kropslige, individuelle og/eller sociale skader.

Analyserne i denne rapport omfatter tre komponenter:

1. Systematisk litteratursøgning, der tilvejebringer viden om effekten af metoder til stofmisbrugsbehandling af borgere med ADHD. Supplerende fremstilles også central viden om stofmisbrug og ADHD, herunder sammenhænge, ekspert anbefalinger og forskningsstudier om tværsektorielle samarbejder og dobbeltdiagnoseproblematikker.
2. Kvalitativ efterspørgselsanalyse, der kortlægger den aktuelle efterspørgsel efter nye eller tilpassede metoder og indsatser målrettet borgere med både stofmisbrug og ADHD, og som danske kommuner vil kunne implementere i den sociale stofmisbrugsbehandling.
3. Kvalitativ behovsanalyse, der igennem interview med chefer og konsulenter inden for den kommunale misbrugsbehandling redegør for behovet for at udvikle og implementere nye metoder og behandlingsindsatser til målgruppen. Målet med denne analyse er at undersøge eksisterende stofmisbrugsbehandlingsmetoders potentiale for at kunne tilpasses målgruppen. Analysen har særligt fokus på de danske metoder U-turn, U-18 og MI/KAT-GO.

Kortlægningen er designet som en kombination af tre typer af dataindsamling, bearbejdning og analyse:

1. Systematisk litteratursøgning
2. To ekspertinterview og to fokusgrupper med praktikere
3. 10 interview med kommunale chefer og misbrugsbehandlere.

## Resultater

### **Systematisk litteratursøgning**

Vi har gennemført en litteraturkortlægning af studier, som har særligt fokus på indsatser til voksne over 15 år med både stofmisbrug og ADHD, og som har dokumenteret positiv effekt. Søgningen resulterede i 1038 potentielt relevante studier. Disse studier blev gennemgået og vurderet på baggrund af en række kvalitetskriterier. Efter en nærmere gennemgang udvalgte 17 relevante studier:

- 5 systematiske forsknings- og litteratur-reviews
- 2 narrative reviews
- 10 effekt- eller evalueringsstudier med fokus på specifikke indsatser og metoder.

Samtlige reviews handlede overvejende om medicinsk/farmakologisk eller psykiatrisk behandling af dobbeltproblematikken og havde et mindre fokus på psykosociale indsatser. Disse reviews gennemgik evidensen på området – og fandt, at den var ganske begrænset – og gav anbefalinger til lovende psykosociale indsatser, som supplement til medicinsk behandling af ADHD.

Enkelte af de syv reviews anbefaler psykosociale indsatser til misbruget sammen med medicinsk behandling af ADHD. De øvrige nyere reviews anbefaler psykosociale indsatser til både ADHD og misbrug og fremhæver lovende resultater fra integrerede tilgange, hvor tilstandene behandles samtidig og ikke separat, og hvor stofmisbruget skal stabiliseres, inden behandlingen af ADHD kan påbegyndes.

Flere reviews fremhæver det positive behandlingspotentiale i psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi for målgruppen, herunder også i kombination med medicinsk behandling af ADHD ved hjælp af psykofarmaka. Integreret kognitiv adfærdsterapi bliver ligeledes fremhævet som virksom, når den rettes mod både stofmisbrug og ADHD. Enkelte reviews anbefaler medicinsk behandling som en del af en multimodal indsats, men advarer samtidigt imod risikoen for misbrug af ADHD-medicinen. Af samme grund anbefaler reviewene generelt, at langtidsvirkende depotpræparater prioriteres frem for korttidsvirkende præparater. Endeligt understreger hovedparten af reviewene et tydeligt behov for yderligere forskning i dobbeltdiagnoseproblematikken og i brugen af psykosociale og psykologiske indsatser og metoder.

På baggrund af de 10 effektstudier med fokus på specifikke psykosociale indsatser og metoder identificeres tre psykosociale metoder med påviselig effekt på målgruppen samt én neurologisk-orienteret metode.

*Integreret kognitiv adfærdsterapi (ICBT)* er en kombination af to evidensbaserede kognitiv adfærdsterapi (KAT)-programmer, det ene rettet mod misbruget, og det andet mod ADHD. De personer, som gennemførte ICBT, havde færre ADHD-symptomer efter behandling end dem, som blot modtog misbrugsorienteret KAT (kontrolgruppen). I begge grupper mindskedes brugen af rusmidler, mens depressive og angstlignende symptomer blev reduceret, og livskvaliteten steg.

*DAT-baseret færdighedsprogram* er et program til personer med både stofmisbrug og ADHD, som modtager tvungen misbrugsbehandling i Sverige. Ifølge effektstudiet er der evidens for, at DAT kombineret med psykoterapi medfører en høj gennemførelsesprocent og god deltagertilfredshed.

De såkaldte *belgiske guidelines* er baseret på forskellige metoder og målrettet forskellige subgrupper af stofmisbrugere. De består af et katalog af metoder og indsatser målrettet stofmisbrugere med psykiske lidelser. Der er tale om best practice-anbefalinger baseret på et litteratur-review, som klinikere på feltet efterfølgende har kvalificeret. De belgiske guidelines anbefaler, at 1) misbruget, hvis muligt, stabiliseres inden behandlingen af ADHD, 2) at medicin skal understøtte den kognitive behandling, og 3) at behandlingsforløbet ikke-medicinske behandling er multimodal og gennemføres i etaper.

*EKG-biofeedback*, eller neurofeedback, har i tidligere undersøgelser vist sig effektiv som adfærdsbehandling for opmærksomhedsforstyrrelser. Metoden er afprøvet som supplerende behandling af mennesker med misbrug og samtidige opmærksomhedsforstyrrelser. Studiets resultater indikerer, at EKG biofeedback kan være effektiv til at forbedre symptomerne for opmærksomhedsforstyrrelse for misbrugere i døgnbehandling, og at den kan være nyttig som supplerende behandling til misbrugere i døgnbehandling.

Alt i alt finder effektstudierne, at disse metoder er lovende og viser rimelige effekter, men på tværs af studierne påpeges også et behov for yderligere dokumentation af effekter af metoderne til målgruppen, hvis der skal kunne drages mere sikre og entydige konklusioner. Herunder efterlyses større og mere grundige systematiske afprøvninger af metoderne for mere sikkert at kunne fastslå effekterne.

Som supplement til litteratursøgningen fandt vi desuden to kvalitative studier af mennesker med stofmisbrug og ADHD samt deres tilfredshed og ønsker til behandlingen. Disse studier fandt, at de ønsker en mere integreret tilgang, som anerkender både stofmisbruget og ADHD samt en mere coachende og støttende tilgang fra de professionelle.

Endelig har vi identificeret studier, som peger på, at metoder ikke er enkle, lette løsninger, men at virkningen af de enkelte metoder altid afhænger af behandlernes erfaring med målgruppen, viden om misbrug og om, hvordan visse ADHD symptomer (særligt impulsivitet, opmærksomhedsforstyrrelse og nedsat koncentrationsevne) kan vanskeliggøre gennemførelsen af et behandlingsforløb. Studier af organisering af misbrugsbehandlingen til målgruppen fremhæver, at det er vigtigt at sikre, at den enkelte metode bliver implementeret grundigt, særligt når metoden er udviklet i én kontekst og overføres til en ny. Endelig fremhæver danske studier vigtigheden af at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem fagpersoner inden for misbrug og psykiatri.

### **Analyse af efterspørgsel i danske kommuner**

Borgere i social stofmisbrugsbehandling har ofte også ADHD eller symptomer på ADHD, oplever chefer og behandlere inden for den kommunale misbrugsbehandling i 10 udvalgte kommuner. Trods individuelle forskelle beskrives denne gruppe af borgere med både stofmisbrug og ADHD eller symptomer på ADHD som relativt udsatte, ofte med komplekse sociale problemer og med subjektive karakterforstyrrende adfærdstræk. Yderligere karaktertræk, som beskriver denne gruppe, er impulsivitet, manglende konsekvensberegning, ukritisk stofpræference, og at de generelt vanskeligt at fastholde i behandling. Kommunerne er principielt positive over for udvikling af ny viden til målgruppen. Flere kommuner er optimistiske i forhold til at kunne afprøve og implementere eventuelle nye metoder eller tilpasning af eksisterende metoder. Enkelte kommuner virker mere forbeholdne i forhold til at skulle prioritere ressourcer til metodeudvikling. Alle kommuner er særligt positive over for



at integrere metodeudvikling i et tværsektorielt samarbejde mellem stofmisbrugsbehandlingen og psykiatrien.

### **Praktikere og eksperters erfaringer og anbefalinger**

Vi har gennemført to indledende ekspertinterview med en dansk og en norsk forsker inden for misbrugsbehandlingsområdet og gennemført to fokusgruppeinterview med praktikere, som arbejder direkte med eller har indgående viden om kortlægningens målgruppe. I fokusgruppeinterviewene blev det gennem problemorienterede diskussioner drøftet, hvilke relevante og realistiske behandlingsindsatser eller organiseringer af den sociale misbrugsbehandling der vil kunne understøtte den danske behandlingsindsats over for målgruppen. I fokusgrupperne var følgende områder repræsenteret:

1. *Regionspsykiatrien* – fx ADHD-ambulatorier eller dobbeltdiagnose-afdelinger
2. *Den kommunale misbrugsbehandling* – både unge- og voksenområdet (herunder repræsentanter fra de tre ungeprogrammer, U-turn, U18 og MI-KAT-Go)
3. *Socialpsykiatrien/socialforvaltningen* – fx rådgivende myndigheder eller misbrugspsykiatriske bosteder/væresteder
4. *Forskningsfeltet*.

For det første gav interviewpersonerne en overordnet karakteristik af målgruppen som en meget udsat gruppe, både i kraft af deres sociale levevilkår og deres udfordringer med at indgå i og drage nytte af behandlingsforløb. Det var imidlertid vanskeligt at afgrænse en homogen gruppe med ADHD og misbrug, og praktikerne oplever, at disse tilstande ofte overlapper med andre sociale problemer eller psykiske lidelser. Fælles for personer med ADHD og misbrug er ikke desto mindre den impulsive adfærd, risikovillighed, manglende konsekvenstænkning, et ukritisk stofbrug, deltagelse i stofbrugende miljøer og svigtende problemerkendelser.

Dernæst fremhævede praktikere og eksperter, at psykosociale metoder erfaringsmæssigt har god effekt på målgruppen. Psykoedukation, den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi har været brugbare og virksomme metoder i behandlingen af denne målgruppe, ligesom øvelser fra mindfulness og musik- og træningsterapi blev fremhævet som metoder, der kunne være virksomme supplementer til målgruppen. Belønninger er ligeledes et redskab, som behandlerne har anvendt til at fastholde målgruppen i behandling. Afslutningsvist fremhævede praktikerne, at en anerkendende og ressourceorienteret tilgang er vigtig i arbejdet med målgruppen, og at det er væsentligt, at individets styrker og succeser inddrages og tydeliggøres i forløbet.

I fokusgrupperne belyste vi potentialerne i tre ungebehandlingsprogrammer (U-turn, U18 og MI-KAT-Go) i forhold til at anvende dem i misbrugsbehandling af borgere med samtidig ADHD. Blandt deltagerne i afprøvningerne af de tre programmer viste det sig, at en høj andel af de unge også havde en ADHD-diagnose. Dokumentationen fra disse afprøvninger viste desuden, at programmerne metoder i vid udstrækning også kan rumme ADHD-problematikken. Endeligt viser den, at programmerne er virksomme over for unge, som også har ADHD, men det skal dog bemærkes, at vidensgrundlaget er forskelligt, idet at MI/KAT-GO blev undersøgt i et omfattende RCT-studie (M. U. Pedersen et al., 2015), hvorimod U-turn og U18 blev undersøgt i en evaluering med før- og eftermålinger (Termansen et al., 2015). Ikke desto mindre påpegede både behandlerne fra de programmer og de andre praktikere, at programmerne indeholder elementer, som i høj grad adresserer de unges dobbelte problematik. I nedenstående tabel har vi opsummeret, hvilke lovende elementer og udviklingspotentialer programmerne besidder.

	Lovende behandlings- elementer	Programmets særlige fokus	Udviklingspotentialer
U-turn	<p>Helhedsorienteret og anerkendende tilgang.</p> <p>Kognitive og narrative metoder.</p> <p>Bredt metodebatteri og skræddersyet behandlingsforløb.</p> <p>Trænings- og aktivitetsgrupper.</p>	<p>Målgruppens øvrige liv i form af beskæftigelses- og uddannelsesrettet fokus og tiltag.</p>	<p>Der kan tilknyttes en lokalt forankret psykiater til udredning og monitorering af ADHD-diagnose, dog med fokus på, at diagnosen ikke bliver stigmatiserende.</p> <p>Selvom programmet er implementeret i andre kommuner, kan det omfattende metodebatteri muligvis være vanskeligt for små kommuner at replicere. Kræver tværfaglige behandlerkompetencer.</p>
U18	<p>Anerkendende og systemisk tilgang.</p> <p>MI, KAT og psykoeducation.</p> <p>Belønninger.</p> <p>Inddragelse af netværk.</p>	<p>Målgruppens netværk og netværkets betydning.</p>	<p>Stærkere samarbejde med psykiatrien, fx flere fælles møder med den unge eller voksne eller en lokalt forankret psykiater.</p> <p>Netværksinddragelsen kan gentænkes for ældre målgrupper, fx ægtefæller frem for forældre.</p>
MI/KAT-GO	<p>MI og KAT</p> <p>Belønning (i form af 200 kr.)</p> <p>Opfølgning efter udskrivning</p>	<p>Målgruppens fastholdelse i behandling og behov for afgrænsede, strukturerede forløb.</p>	<p>Belønningen kan gentænkes for ældre målgrupper.</p> <p>Samarbejdet med psykiatrien kan gøres tættere og mere håndholdt for den unge (fx at behandlerne kommer med til den unges møder i psykiatrien).</p>

Vi diskuterede således, hvordan programmerne kan overføres til en ældre målgruppe. Her blev det foreslået, at belønninger kan gentænkes, at samarbejdet med psykiatrien generelt kan blive mere tæt, og at inddragelse af netværk kan fokusere mere på fx ægtefæller/partnere end forældre. Alle tre programmer har potentialer for målgruppen og er ligeledes programmer, der har vist sig implementerbare (da de allerede er udbredt og implementeret i flere danske kommuner). Dog er det væsentligt, at programmerne ikke blot overføres i deres nuværende form uden en mere omfattende vidensopsamling, og at metodernes implementerbarhed sammenlignes mere grundigt.

I interviewene tog praktikerne og eksperterne også udfordringer og anbefalinger til udredningsprocesser op, fordi dette blev oplevet som et meget presserende emne. Her præsenterede praktikerne forskellige mulige forbedringer af den nuværende udredningspraksis, blandt andet at der foretages en grundig differential-diagnostisk udredning, at udredningen altid bør inddrage børneanamnese, at udredningen bør foregå på borgerens præmisser, samt at det anerkendes, at det er muligt at udrede moderat misbrugende, selvom det i mange år har været praksis, at borgeren skal have været afholdende i 3-6 måneder inden ADHD-udredning.

Praktikerne og eksperterne anbefaler generelt en integreret eller parallel behandling frem for sekventiel behandling, hvor misbruget fx færdigbehandles inden ADHD behandlingen eller omvendt. Ud over at anerkende behovet for efterbehandling og opfølgning anbefaler praktikerne, at borgerne opnår ejerskab over behandlingen, og at behandlingen tager udgangspunkt i borgerens behov. De ser endvidere potentialer i at lade behandlingsindsatser fokusere mere på symptomatologi (fx im-

pulsivitet) frem for diagnoser, netop fordi målgruppen ofte har andre komorbide lidelser og/eller sociale problemer. Praktikerne fremhæver også, at metoderne i misbrugsbehandling ikke kan stå alene, og at det derfor er vigtigt at supplere metoderne med beskæftigelses- og boligrettede tiltag samt en koordinerende kontaktperson, der kan påtage sig rollen som bindeled mellem borgerens forskellige systemindgange og kontakter. En generel pointe og anbefaling var desuden, at denne målgruppes kompleksitet ikke kan løses blot ved nye metoder, men at relationsarbejde, ressourcer, fysiske rammer og ikke mindst organisering er meget væsentlige forudsætninger for succesfulde indsatser.

## Konklusion og anbefalinger

Med undersøgelsen kan vi pege på, at mennesker med både stofmisbrug og ADHD eller symptomer på ADHD udgør minimum en fjerdedel af det samlede antal borgere i Danmark, der modtager social stofmisbrugsbehandling. Dette understøttes af såvel international forskning som interviewpersonernes vurderinger. Undersøgelsen anerkender, at det kan være vanskeligt at udrede, om stofmisbruget er en konsekvens af ADHD, om ADHD-symptomerne skyldes stofmisbrug, eller om problemstillingerne gensidigt påvirker hinanden. Undersøgelsen peger på målgruppen som særligt udsat både socialt og individuelt. Målgruppens komplekse udsathed betyder, at den kan være særlig vanskelig at fastholde i stofmisbrugsbehandling.

Undersøgelsen peger også på, at den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark aktuelt anvender metoder, som kan lægges til grund for målrettet behandling af målgruppen. De interviewede eksperter og praktikere peger således på, at det kan være hensigtsmæssigt så ofte som muligt at bruge kognitive behandlingsmetoder til målgruppen i kombination med psykiatrisk udredning. Undersøgelsen peger på, at det danske behandlingssystem har potentiale til at videreudvikle og modne eksisterende metoder til målgruppen, men anerkender samtidigt et grundlæggende behov for, at denne udvikling foregår igennem et tværsektorielt samarbejde mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og psykiatrien.

Endeligt konstaterer undersøgelsen, at danske praktikere er meget interesserede i området og problemstillingen omkring stofmisbrug kombineret med ADHD, og at flere behandlingscentre og kommuner gerne medvirker i et videre udviklingsforløb.

På baggrund af anbefalinger og vurderinger fra praksisfeltet og resultater fra et systematisk litteraturstudium fremhæver vi her følgende:

- 1. Indsatser til målgruppen kan med fordel tage udgangspunkt i de evidensbaserede kognitive metoder, som allerede anvendes i den sociale stofmisbrugsbehandling (så som psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtaler).**

På trods af en bred søgestrategi har vi identificeret begrænset forskning i psykosociale metoder og indsatser til målgruppen. De identificerede reviews og studier omhandler eksisterende behandlingsmetoder fra både psykiatrien og misbrugsbehandlingen, som er afprøvet på målgruppen og har vist dokumenterede effekter. Der mangler fortsat systematiske studier og underbygning af de anvendte metoder på målgruppen.

*Psykoedukation* fremstår som en lovende og fleksibel metode for dobbeltdiagnosticerede generelt, men også for målgruppen specifikt, særligt hvis den gøres individuel og giver borgeren ejerskab over behandlingsforløbet.

*Kognitiv adfærdsterapi* er en velunderbygget metode til målgruppen, og både integrerede og parallelle forløb har vist sig virksomme hos målgruppen. Integreret kognitiv adfærdsterapi er en lovende behandlingsmetode.

*Den motiverende samtale* opfattes af de danske praktikere som en brugbar metode i behandlingen af målgruppen, fordi den inddrager personens egne løsningsforslag og kan strukturere samtalerne med opsummeringer.

*Dialektisk adfærdsterapi* har været afprøvet og har vist lovende resultater i en svensk kontekst, men fremstår ikke væsentlig for de danske praktikere.

*U-turn, U18 og MI/KAT-GO* er alle behandlingsprogrammer, der har vist sig virksomme over for unge med ADHD og indeholder behandlingsmetoder, som ud over at adressere stofmisbrug også adresserer og rummer de unges ADHD-problematik. Metoderne rummer også potentialer over for voksne med ADHD.

- 2. Der er i praksisfeltet interesse for supplerende metoder såsom mindfulness, kunstterapi, træningsterapi, musikterapi, NADA-akupunktur m.m., hvor evidensen for målgruppen dog endnu ikke er understøttet.**

Metoder fra *mindfulness* og *musik- og træningsterapi* fremstår lovende, men er ikke afprøvet systematisk på målgruppen.

Inddragelse af *netværk* og familie kan øge behandlingens effekter.

- 3. Strategier for og opmærksomhed på fastholdelse skal indgå i de metoder, som tilbydes målgruppen.**

Behandlingen bør have fokus på at støtte *fastholdelse* i behandling, fx ved hjælp af belønninger eller patientens ejerskabsfølelse og ansvarliggørelse.

Behandling bør følges op efter udskrivning, og *chronic care-perspektivet* har stor opbakning blandt praktikere.

Målene og succeskriterierne for behandling bør defineres *sammen med borgerne* og ud fra *recovery-principper* frem for fx afholdenhed.

Målgruppen udfordres især af deres impulsive adfærd, og det foreslås, at der også tænkes i indsatser, som retter sig mere specifikt mod *impulsivitet* frem for ADHD-diagnosen. Generelt er der fokus på, at man hellere bør tænke i indsatser til symptomatologi end til specifikke diagnoser.

- 4. Det er helt centralt, at der også indtænkes og bliver skabt grundlag for tværsektorielt samarbejde i metodeudviklingen.**

Både litteraturen og praktikere/eksperter anbefaler en *integreret eller parallel* indsats, hvor indsatser rettet mod misbruget efterfølges hurtigst muligt (om ikke samtidigt) af indsatser målrettet ADHD. En integreret og samlet indsats er at foretrække over en opdelt, parallel indsats.

Behandlingseffekterne og implementering af nye metoder er i høj grad afhængig af *personalets* holdninger til og viden om begge tilstande. Desuden er personalets relationelle kompetencer afgørende.

Den organisatoriske *sektoropdeling* skaber store udfordringer for behandlingen. Enten bør samarbejdet med psykiatrien styrkes, eller der må udvikles virksomme alternative organiseringer/tværsæktorielle indsatser. Desuden efterspørges beskæftigelses- og boligrettede indsatser, da disse faktorer har stor betydning for tilbagefald og stofbrug.

Der er stor efterspørgsel efter case managers, forløbskoordinatore eller koordinerende kontaktpersoner.

### **Potentiale for videre metodeudvikling af indsatser til målgruppen**

Undersøgelsen konkluderer, at der inden for den aktuelle sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark findes et stærkt potentiale for et videre forløb målrettet udvikling af nye metoder til målgruppen i Danmark – primært begrundet i den aktuelle behandlingspraksis og i praktikernes faglige interesse for at blive endnu stærkere til at tilbyde effektiv behandling til målgruppen.

Undersøgelsen konstaterer således, at der mangler evidensbaserede metoder og manualer til behandling af mennesker med både stofmisbrug og ADHD.

De få metoder, som der ifølge litteratur-reviewet er evidens for virker, er ikke gennemført på brugerpopulationer, der uden videre kan siges at repræsentere danske stofmiljøer. Imidlertid ligger de alle inden for et kognitivt paradigme, som også er det overordnede behandlingsparadigme i Danmark.

Undersøgelsen konstaterer også, at den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark allerede anvender metoder, der overlapper med de evidensbaserede metoder, som kom frem via litteratur-reviewet. Det samme gælder for de tre danske metoder (MI-KAT-GO, U-18 og U-turn), som allerede tilbydes til danske unge med stofmisbrug.

Samtidig konstaterer undersøgelsen en udbredt interesse for at øge kvaliteten i den behandling, som bliver tilbudt målgruppen, herunder særligt med fokus på, at målgruppen er relativt omfattende, relativt kompleks, relativt forskelligartet og relativt vanskelig at fastholde i længerevarende behandlingsforløb.

Den egentlige efterspørgsel er imidlertid delvist betinget af tre forbehold:

1. Ressourcerne i kommunerne
2. Skepsis over for udelukkende at basere behandlingstilbud på diagnoser frem for på borgernes symptomatologi
3. Samarbejdet på tværs af sektorer.

Undersøgelsen stiller følgende seks anbefalinger til et eventuelt videre metodeudviklingsforløb:

1. At metodeudviklingen funderes i et tværsæktorielt samarbejde
2. At metodeudviklingen tager afsæt i eksisterende kognitive metoder
3. At udredning integreres i et sammenhængende behandlingsforløb
4. At metodeudviklingen først gennemføres som forsøg i én eller flere specifikke kommuner
5. At metodeudviklingens output får form af et katalog over forskellige indsatser og behandlingsmetoder
6. At evaluering af projektet bygger på et rummeligt design, som integrerer kvalitative og kvantitative metoder.

# 1 Baggrund og formål

## 1.1 Baggrund

Den aktuelle analyse skal understøtte Socialstyrelsens mål om at understøtte mere vidensbase-rede sociale indsatser under udviklings- og investeringsprogrammet (UIP), som har det overord-nede tema: Effektive forebyggende indsatser til borgere med psykiske vanskeligheder. Denne vi-denskortlægning, *Screening af effektive metoder til misbrugsbehandling af borgere med ADHD* er et projekt i Socialstyrelsen under UIP-programmet.

Videnskortlægningen afgrænser sig til at fokusere på personer, der har et problematisk forbrug af illegale stoffer, herunder receptmedicin købt illegalt. Videnskortlægningen afgrænser sig således til definitioner af misbrug, der udspringer af WHO's ICD-10 klassifikationssystem og det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. Denne afgrænsning følger de nationale danske retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, der definerer misbrug som "adfærd, der er kendetegnet ved et brugsmøn-ster af et rusmiddel eller lægemiddel, som medfører fysisk, psykisk eller social skade" og hvor stof-brugeren er "fysisk og/eller psykisk afhængig af et eller flere bevidsthedsændrende stoffer (rusmid-ler) i en sådan grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nært-stående samt samfundet" (Socialstyrelsen, 2016).

Socialstyrelsens definition af social stofmisbrugsbehandling, som består i sociale indsatser, har til formål at:

- Bringe et uautoriseret forbrug af psykoaktive stoffer til ophør og fastholde dette
- Reducere det uautoriserede indtag af stofferne eller forebygge en forværring af indtaget
- Reducere skaderne af stofbruget.

Fokus for denne kortlægning er derved primært på de misbrugsbehandlingsindsatser, der ligger inden for rammerne af Servicelovens § 101 (den sociale stofmisbrugsbehandling), hvorimod de læ-gelige indsatser, der ligger inden for Sundhedslovens § 142 (den lægelige stofmisbrugsbehandling), i udgangspunktet ikke indgår i kortlægningen. Der er dog undtagelser, nemlig i de tilfælde, hvor den sociale stofmisbrugsbehandlingsdel har en primær karakter, men understøttes af eller suppleres med medicinske behandlingsformer.

Inden vi præsenterer videnskortlægningens formål, vil vi kort skitsere den eksisterende viden, som videnskortlægningen tager udgangspunkt i.

## 1.2 Vidensbaggrund

Talrige danske såvel som internationale studier igennem de seneste halvtreds år har fremhævet, hvordan mennesker med sociale problemer eller med psykiske lidelser har markant større risiko for at udvikle stofmisbrug (fx Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2013). Hvorvidt denne sammenhæng primært beror på sociale, genetiske eller biologiske forhold, er der imidlertid forskningsmæssigt uaf-klaret, ligesom der hverken blandt praktikere eller forskere er enighed herom. Den primære bag-grund for denne videnskortlægning er, at der hos mange mennesker med stofmisbrug findes et gensidigt forhold mellem psykisk sygdom og stofmisbrug (Johansen, 2009), således at et misbrug af stoffer påvirker udfordringerne forbundet med at have en psykisk sygdom, alt imens psykisk syg-dom forværrer konsekvenserne af at leve med stofmisbrug.

Nyere dansk og international forskning har dokumenteret, hvordan ADHD både hos børn, unge og voksne udgør en betydelig risikofaktor for kriminalitet, afvigende social adfærd og stof- og alkoholmisbrug (Christoffersen & Hammen, 2011; Dalsgaard, Mortensen, Frydenberg, & Thomsen, 2014; Maggs, Patrick, & Feinstein, 2008). Forskningen konstaterer et substantielt overlap mellem ADHD og stofmisbrug og stofafhængighed. Internationale undersøgelser finder, at mellem 2 % og 83 % af personer i behandling for stofmisbrug også har ADHD, og på baggrund af disse estimerer et meta-analytisk review af behandlingscentre i europæiske lande, at der således er tale om, at mindst hver fjerde person i rusmiddelbehandling har ADHD (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). En randomiseret undersøgelse af 100 unge i Danmark, som blev indskrevet i stofmisbrugsbehandling for cannabismisbrug, viste, at 32 % af cannabisbrugerne opfyldte de lægefaglige kriterier for en ADHD-diagnose (M. U. Pedersen, Mulbjerg Pedersen, Jones, Holm, & Frederiksen, 2017).

Mennesker, som lever med både stofmisbrug og andre psykiske diagnoser, fremhæver ofte, hvordan de opfatter deres respektive brug af illegale stoffer som en form for selvmedicinering (Kohl et al., 2016), ligesom mennesker med stofmisbrug, som er i arbejde eller under uddannelse, er kendetegnet ved at bruge illegale stoffer rekreativt eller for at opnå mere kontrol i hverdagen og ofte med henblik på at kunne præstere bedre i enten arbejds-, studie- eller privatlivet. Ydermere konstaterer nyere skandinavisk forskning en sammenhæng specifikt mellem brug af illegale stoffer og ADHD, fx selvmedicinering via cannabis (W. Pedersen, 2015) eller ulovligt anskaffet receptmedicin såsom Ritalin og Subutex. Berger og Johansen (2016) viser ydermere, at der både i danske misbrugscentre og fængsler benyttes et begreb "selvmedicinering" om indtagelse af illegale stoffer såsom amfetamin, cannabis og kokain, og at stofafhængighed ofte anses som en indikation på ADHD. Forskellige interviewpersoner fortæller således om både cannabis' og "hårdere" rusmidlers (fx heroin) positive effekt på indre uro, rastløshed og hyperaktivitet; hver især karakteristiske symptomer på ADHD. Der er også risiko for alkoholmisbrug i voksenalderen blandt mennesker med ADHD, hvilket kan skyldes stress-sårbarhed hos mennesker med ADHD (Lee, Humphreys, Flory, Liu, & Glass, 2011).

Danske undersøgelser peger på, at der er brug for mere målrettede tilbud til både rekreative stofbrugere og mennesker med stofmisbrug, der anvender illegale stoffer som selvmedicinering; både fordi de kan være vanskelige at behandle med eksisterende metoder, og fordi de som gruppe vil fortsætte med at blive endnu mere behandlingskrævende, i takt med at deres individuelle belastningsgrad vokser (Amilon, Birkelund, Christensen, Jeppesen, & Markwardt, 2016; Berger & Johansen, 2016; Kohl et al., 2016). Sammenfaldet mellem ADHD og stofmisbrug er påfaldende i denne sammenhæng, idet disse mennesker udsættes for en dobbeltbelastning, der både indvirker fundamentalt på deres individuelle og sociale liv, og risikerer at udvikle sig til selvforstærkende forhold mellem stofmisbruget og de mentale og helbreds-mæssige udfordringer, der karakteriserer ADHD-diagnosen. Selvom de specifikke årsagsforklaringer på forholdet mellem stofmisbrug og ADHD endnu er uklare, er det derfor tydeligt, at forholdet mellem et stofmisbrug og ADHD skal undersøges nærmere, for at danske behandlingstilbud til mennesker, som lever med problematisk brug af stoffer, kan blive mere effektive.

### 1.3 Formål

Det overordnede formål med videnskortlægningen er at undersøge, om der findes eksisterende indsatser, der vil være hensigtsmæssige at modne eller afprøve og eventuelt efterfølgende udbrede til behandling af stofmisbrug blandt personer med ADHD.

Rapporten fremstiller resultaterne fra en videnskortlægning, der tilvejebringer et overblik over videnskabeligt dokumenterede metoder til stofmisbrugsbehandling, som har vist positive effekter over for borgere, som både har misbrug og samtidig ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) i aldersgruppen 15 år og opefter. Målgruppen afgrænses til personer, som er brugere af stoffer, eller mere specifikt illegale stoffer, såsom hash, amfetamin og kokain og receptmedicin købt på "det sorte marked", som man kan indtage for at ændre, sløve eller stimulere sin psykiske tilstand, og som samtidig har en ADHD-specifik problematik og evt. er diagnosticerede.

Videnskortlægningen har følgende tre hovedformål:

**Det ene formål** med videnskortlægningen er at tilvejebringe et overblik over, hvilke metoder inden for stofmisbrugsbehandling, der har dokumenterede positive effekter for borgere med stofmisbrug og ADHD.

**Det andet formål** er undersøge, i hvilket omfang kommunerne faktisk efterspørger og ser et behov for en målgruppespecifik metode, som adresserer stofmisbrug og ADHD

**Et tredje formål** er at undersøge tre kendte misbrugsbehandlingsmetoder, som ikke er afprøvet over for mennesker, som både har stofmisbrug og ADHD, men som kan være velegnet til målgruppen. Dernæst hvordan disse eventuelt kan tilpasses og målrettes målgruppen. Vi vil undersøge disse indsatser med henblik på at afdække:

1. om de er velegnede til personer med stofmisbrug og ADHD
2. om de adresserer kerneproblematikker, som er forbundet med ADHD, dvs. opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet
3. om der er brug for justeringer af metoden, så den adresserer ADHD-problematikkerne og dæmper behovet for stimulerende og beroligende rusmidler
4. om der er behov for at supplere metoden med andre tiltag for at gøre den egnet til den specifikke målgruppe.

## 1.4 Kortlægningens design

Videnskortlægningen er baseret på et omfattende review af eksisterende internationale, skandinaviske og danske studier af personer med stofmisbrug og ADHD. Dertil kommer en interviewundersøgelse i tre faser med toneangivende eksperter med stor viden om dobbeltdiagnose samt med kommunale chefer og behandlere på misbrugsbehandlingsområdet i danske kommuner, der samlet set har erfaring med og indgående kendskab til forskellige former for stofmisbrugsbehandling og med projektets specifikke målgruppe.

Videnskortlægningens design består af tre delelementer:

1. **En systematisk litteratursøgning**, som identificerer studier, der undersøger effekten af konkrete indsatser og metoder til behandling af borgere, som både har stofmisbrug og ADHD. Litteratursøgningen fokuserer særligt på at identificere de aktuelle behandlingsmetoder, der har en dokumenteret positiv effekt eller virkning, eller metoder, som der generelt har været gode erfaringer med. Litteratursøgningen giver desuden særlig opmærksomhed til indsatser og praksis i de nordiske lande. Alle studier af de identificerede metoder klassificeres efter robusthed og beskrives både i oversigtsform og i prosa.
2. **En efterspørgselsanalyse**, som gennem telefoninterview med udvalgte kommunale chefer og konsulenter for misbrugsområdet fra 10 danske kommuner belyser, hvorvidt der er en kommunal



efterspørgsel efter og interesse for en målgruppespecifik indsats, som både adresserer et stofmisbrug og ADHD.

3. **En kvalitativ behovsanalyse**, som igennem en række kvalitative forskningsinterview med danske og skandinaviske eksperter (telefoninterview) og praktikere (fokusgrupper) fokuserer på at vurdere behovet for at udvikle og implementere nye metoder og behandlingsindsatser for borgere med et stofmisbrug og ADHD. Formålet med dette delelement er at tilvejebringe fagligt velbegrundede vurderinger af de mest effektive og – i en dansk kontekst – mest relevante behandlingsindsatser, som kan lægges til grund for det fortsatte arbejde med at effektivisere behandling af borgere med et problematisk forbrug af stoffer og ADHD. Den kvalitative behovsanalyse vil således fremhæve de væsentligste muligheder og uudnyttede potentialer i forhold til at styrke den danske behandlingsindsats for målgruppen og fremhæve, hvilke metoder der er mest velegnede til målgruppen, herunder under om de tre etablerede stofmisbrugsbehandlingsmetoder U-turn, U-18 og MI/KAT-GO er velegnede til eller kan tilpasses til personer, som også har ADHD.

## 1.5 Misbrugsbehandlingsprogrammer til unge (U18, U-turn, MI/KAT-GO)

I den kvalitative analyse af praktikers erfaringer undersøger vi tre behandlingsprogrammer til unge (op til 25 år). Vi har valgt at fokusere på disse tre programmer (U18, U-turn og MI/KAT-GO), fordi programmerne udover at have vist sig virksomme på unges problematiske rusmiddelbrug også har haft effekter på unges opmærksomhedsproblemer, og ikke mindst fordi en høj andel af de indskrevne unge i programmerne angiver ADHD-symptomer eller -diagnoser (M. U. Pedersen et al., 2015; Termansen et al., 2015). Vi undersøger derfor, hvilke elementer og metoder i disse programmer, der er særligt virksomme over for unge med en samtidig ADHD-problematik, samt hvordan programmerne eventuelt kan udvides og udvikles til en ældre målgruppe. I dette afsnit vil vi give en kort introduktion til metoderne.

### 1.5.1 MI/KAT-GO – Motivational interviewing, Kognitiv adfærdsterapi, Gavekort og Opfølgning

Center for Rusmiddelforskning har foretaget en national kortlægning (UngMap), som beskriver seks grupper i den samlede ungebefolkning mellem 15 og 25 år (M. U. Pedersen et al., 2015):

- 1) Unge med få psykiske problemer (70,3 %)
- 2) Unge med moderat internaliserende problemer (ca. 8 %)
- 3) Unge med moderat eksternaliserende problemer (11,3 %)
- 4) Unge med psykiatriske og stressrelaterede problemer (5,5 %)
- 5) Unge med svære internaliserende problemer (2,3 %)
- 6) Unge med svære eksternaliserende problemer (2,4 %).

Gruppe 4-6 betegnes samlet set som svært belastede unge, og det er her, man typisk finder både misbrug, psykiatriske diagnoser og andre risikofaktorer. ADHD-diagnosen finder man især i gruppe 6, unge med svære eksternaliserende problemer, hvor 44 % har diagnosen. Denne gruppe har en overrepræsentation af mænd, de føler sig mere ensomme, har flere depressive tendenser, og en høj andel har haft selvmordstanker (M. U. Pedersen et al., 2015, p. 10). Desuden er ADHD udbredt i gruppe 4 (18 % med ADHD) og gruppe 5 (13 %).

I 2012 blev der i danske kommuner gennemført Metodeprogrammet for stofmisbrugsbehandling (MP), hvor 460 unge fra ni kommuner deltog i lodtrækningsforsøg og blev fulgt af Center for Rusmiddelforskning i ni måneder (M. U. Pedersen, Mulbjerg Pedersen, et al., 2017). Metodeprogrammet indeholdt behandlingsmetoder, som har haft dokumenteret effekt i forhold til målgruppen (unge mellem 15-25 år) i udlandet, herunder Motivational Interviewing og Kognitiv AdfærdsTerapi. Desuden afprøvede forskerne forskellige strukturelle elementer, nemlig påmindelser, skriftlige kontrakter, statusbreve, gavekort og opfølgning. Disse metoder blev sammensat på forskellig vis, og den mest effektive metode viste sig at være sammensætningen af Motivational Interviewing, Kognitiv AdfærdsTerapi, Gavekort og Opfølgning (MI/KAT-GO), hvor forskerne så de største forbedringer i både stofbrug, gennemførelse af behandling og kriminalitet (M. U. Pedersen, Mulbjerg Pedersen, et al., 2017, pp. 7–9). Et interessant fund er, at alle behandlingsmetoderne viste en reduktion i opmærksomheds- og hyperaktivitetsproblemer (målt ved ASRS-skalaen) fra indskrivning og til ni måneder efter, men kun for MI/KAT-GO var denne reduktion fortsat signifikant tre måneder efter behandlingen (M. U. Pedersen, Holm, Frederiksen, Jones, & Pedersen, 2017, p. 10).

Metoden (MI/KAT-GO) består af motiverende samtaler (med åbne spørgsmål, bekræftelser, refleksioner og opsummeringer) og kognitiv adfærdsterapi (en systematisk struktureret terapiform, som lærer den unge at blive opmærksom på negative automatiske tanker i problemsituationer og opfordrer til at afprøve problemløsningsmodeller i hjemmet eller i samtalen). Desuden fik deltagerne i denne metode et gavekort på 200 kr. ved hvert andet fremmøde og opfølgende behandling (telefonisk kontakt de første tre måneder og personligt møde seks måneder efter behandlingsophør) (M. U. Pedersen, Mulbjerg Pedersen, et al., 2017, p. 5).

MI/KAT-GO har vist sig særligt virksom for mænd, unge voksne mellem 18-25 år, kriminelle unge og de mest stofbelastede unge. Unge med svære eksternaliserende eller internaliserende problemer (gruppe 5 og 6, se ovenstående) profiterede ligeledes bedst af MI/KAT-GO, hvor henholdsvis 60,7 % og 47,6 % var stoffrie ni måneder efter indskrivning. Desuden var det den bedste metode til at fastholde de unge i behandlingen (ved hjælp af både gavekort og opfølgning) samt til at opnå stoffrihed generelt (M. U. Pedersen, Mulbjerg Pedersen, et al., 2017, p. 15).

Gavekortet og opfølgning lader således til at være centrale strukturelle elementer for unge, der ud over misbrug også har opmærksomhedsforstyrrelser. Forskerne anbefaler, at metoden med fordel kan integreres i den danske misbrugsbehandling af unge (M. U. Pedersen, Mulbjerg Pedersen, et al., 2017, p. 19). Dog fremhæver undersøgelsen, at det kan være nødvendigt at tilbyde de mest belastede unge, fx med en psykiatrisk diagnose, mere intensive eller tværfaglige indsatser, enten som integreret eller parallel psykiatrisk behandling.

### 1.5.2 U-turn og U18

*U-turn* er et rådgivnings- og behandlingstilbud til unge (mellem 16 og 25 år) udviklet i København, men er også blevet udbredt til eksempelvis Horsens og Helsingør Kommuner. I tilbuddet kan de unge både få åben og anonym rådgivning, individuel behandling (baseret på kognitive og narrative terapier), gruppeforløb (fx træningsgrupper) og daggrupper (kombineret skole- og behandlingstilbud). Forløbene varer typisk 8-12 måneder. Hovedformålet med behandlingen i *U-turn* er, at den unge stopper eller reducerer sit rusmiddelbrug og bliver fastholdt i et arbejds- eller uddannelsesforløb. Der er således tale om en helhedsorienteret tilgang, hvor der i høj grad er fokus på den unges øvrige liv og ikke blot rusmidlerne, og hvor netværk og familie også ofte inddrages. Rusmidlerne anskues netop som symptomer på den unges problemer, og man forsøger derfor at identificere og løse de problemstillinger, der ligger til grund for rusmiddelbruget med en systemisk, løsningsorienteret og narrativ tilgang. Der er derfor også mere fokus på nuet og fremtiden end på fortiden, som

kun inddrages i behandlingssamtalerne, hvis den unge ønsker det. Et centralt element i U-turn er, at den individuelle terapi kan suppleres med aktiviteter inden for film, kunst, sport og musik, som kan skabe motivation og fastholdelse i behandlingsforløbene.

*U18-modellen* er en kognitiv behandlingsmodel, der er udviklet i Aarhus Kommune ud fra dialogbaserede indsatser, og er siden 2011 også blevet implementeret i Aalborg og Odense. Modellen tager udgangspunkt i systemiske og kognitive behandlingsmetoder og er oprindeligt udviklet til unge under 18 år, men målgruppen kan udvides til 25 år. Særegent for U18-modellen er deres helhedsorienterede og systemiske tilgange, hvor der i høj grad er fokus på inddragelse af den unges netværk og familie i behandlingen. Der arbejdes ud fra evidens- og manualbaserede guidelines, og de unge kan både indgå i individuelle og gruppebaserede forløb. Den tværfaglige medarbejdersammensætning arbejder med psykodynamiske, udviklingspsykologiske og adfærdsterapeutiske metoder. Formålet med behandlingen er, at den unge skal blive herre over eget liv, og at hjælpe den unge med at erkende sine muligheder og potentialer. Den helhedsorienterede tilgang betyder, at tilgangen til rusmiddelproblemerne er anerkendende og ikke-stigmatiserende, ligesom forældreinddragelse og ligeværd er nøglebegreber.

SFI evaluerede i 2015 tre behandlingsprogrammer til unge under 18 år, hvor U-turn og U18 sammen med metoden MST-SA blev undersøgt. Evalueringen viste, at én ud af tre unge i de tre programmer havde mindst én psykiatrisk diagnose, hvoraf ADHD eller ADD var de mest udbredte diagnoser (67 % af de unge, der angav en diagnose, angav ADHD/ADD, ligesom 21 % af den samlede ungegruppe angav ADHD/ADD) (Termansen et al., 2015, p. 106). Evalueringen finder, at der udover reduktioner i rusmiddelbrug også skete signifikante reduktioner i de unges koncentrationsbesvær for alle tre metoder (Termansen et al., 2015, p. 107). Blandt de unge i U-turn var der ved indskrivning 68 % der angav koncentrationsbesvær, hvilket var reduceret til 42 % ved udskrivning. I U18 var det 80 % ved indskrivning, der angav koncentrationsbesvær, hvilket var reduceret til 64 % ved udskrivning. U-turn og U18 har således vist sig virksomme for både rusmiddelbrug og koncentrationsbesvær hos en ungegruppe, hvor en femtedel angiver en ADHD-diagnose.

### 1.5.3 Behandlingsprogrammernes rolle i videnskortlægningen

Det er væsentligt at fremhæve, at disse behandlingsprogrammer ikke er udviklet med det formål også at adressere de unges psykiske problematikker eller ADHD-diagnoser, da programmerne primært har til formål at reducere de unges rusmiddelbrug. Ikke desto mindre tyder evalueringerne og undersøgelserne af programmer på, at der kunne være elementer og tilgange i programmer, som netop kan adressere og tage højde for de unges ADHD-problematikker. Videnskortlægningen har ikke til formål at identificere, hvilken af de tre behandlingsprogrammer, der er mest virksom over for målgruppen, da dette ville kræve et mere omfattende undersøgelsesdesign. Inddragelsen af programmerne sker imidlertid på det grundlag, at programmerne allerede har vist sig lovende over for unge med ADHD, hvorfor videnskortlægningen har til formål at identificere de mest lovende elementer og potentialer i hvert behandlingsprogram for målgruppen. Vi har derfor inviteret repræsentanter og behandlere fra de tre ungebehandlingsprogrammer til fokusgrupperne, som sammen med andre praktikere blandt andet diskuterer muligheder og begrænsninger i programmerne. Vi ønsker således at eksplicite, hvilke elementer i programmerne der også adresserer ADHD-problematikker og ikke kun misbrugsrelaterede problematikker. Denne kvalitative udpegning og diskussion kan hermed ligge til grund for fremtidige undersøgelser og sammenligninger af metodernes virkning over for målgruppen, implementerbarhed og omkostninger.

## 1.6 Begrebsafklaring

I videnskortlægningen anvendes forskellige begreber om både 'borgere', 'personale' og 'metoder'. Borgerne kaldes fx også patienter, klienter eller brugere. Vi har valgt at anvende samtlige begreber i kortlægningen, fordi det også er disse begreber, der anvendes i praksis og i de forskellige sektorer. Hvis vi således havde valgt kun at anvende ordet "borger", ville det ikke stemme overens med hverken den psykiatriske forskning eller udtalelser fra ansatte i psykiatrien, hvor begrebet patient er mere udbredt. Eftersom ADHD-misbrugsproblematikken er en tværsektoriel og tværfaglig problemstilling, vælger vi således at beholde de forskellige faglige udtryk, som ud fra forskellige faglige perspektiver dækker over den samme målgruppe. Desuden anvendes begreberne personale, behandlere og praktikere til at beskrive de forskellige fagprofessioner, som arbejder med målgruppen.

Når målgruppen omtales benytter vi som regel betegnelsen "borgere med både stofmisbrug og ADHD". Om målgruppen vælger vi således at anvende misbrugsbegrebet, som praktikerne og forskningslitteraturen også hyppigst anvender, selvom man også kan kalde den "borgere med et problematisk (eller skadeligt) forbrug af stoffer og ADHD".

I rapporten benytter vi følgende forskellige betegnelser relateret til ADHD: ADHD-diagnosen, borgere med ADHD, borgere med ADHD-problematik, borgere med ADHD-symptomer. Det gør vi ud fra den sammenhæng, de indgår i, fx i de forskellige studier eller i eksperters og praktikers omtale af målgruppen. Det vil sige, at når vi bruger betegnelsen ADHD-diagnose, omtaler vi borgere med en egentlig diagnose, mens vi med de øvrige betegnelser mener, at der tale om ADHD-symptomer, men hvor der ikke foreligger en diagnose, eller hvor vi ikke er sikre på, hvorvidt det er tilfældet.

Hvad angår metoder, skelner vi mellem metoder (konkrete behandlingsmetoder, såsom psykoedukation), indsatser (interventioner, ofte i den sociale sektor), behandlingsprogrammer (en sammensætning af metoder, fx samlet i et behandlingscenter), behandlingselementer (elementer, som indgår i behandlingsprogrammer ved siden af de konkrete metoder, fx belønninger) samt modeller (afprøvede og implementerede behandlingsprogrammer, fx U18).

## 1.7 Rapportens fremstilling

Kapitel 2 beskriver fremgangsmåderne anvendt i kortlægningens forskellige dele. Kapitel 3 præsenterer resultaterne af den systematiske litteratursøgning. Kapitel 4 opsamler hovedpointerne fra interviewene med ledere og konsulenter på misbrugsområdet fra 10 forskellige kommuner om efterspørgsel af nye metoder og indsatser over for målgruppen. Kapitel 5 fremstiller resultaterne af den kvalitative analyse af de to fokusgruppeinterview med eksperter og praktikere på ADHD- og stofmisbrugsområdet med fokus på deres samlede vurderinger af, hvilke indsatser der er effektive, hvilke indsatser der er lovende at udvikle videre på, og hvilke fundamentale organisatoriske udfordringer den videre udvikling af indsatsområdet er betinget af.

## 2 Undersøgelsens design og metoder

### 2.1 Systematisk litteratursøgning

Vi har gennemført en systematisk litteraturkortlægning for at tilvejebringe viden om effekten af metoder til misbrugsbehandling af personer med ADHD. Selvom afdækningen af effektfulde metoder og indsatser er det helt primære formål med litteratursøgningen, som præsenteret i afsnit 3.2, har vi i søgningen også identificeret studier, som 1) har karakter af ekspertanbefalinger til professionel praksis med primært fokus på danske retningslinjer, 2) belyser sammenhænge mellem stofmisbrug og ADHD, 3) beskæftiger sig bredere med dobbeltdiagnose problematikker i Danmark, 4) belyser en tværsektoriel problemstilling på dobbeltdiagnoseområdet i Danmark, 5) belyser misbrug og ADHD i en dansk sammenhæng, 6) handler om udrednings- og screeningsredskaber for ADHD hos målgruppen. Resultatet af denne supplerende søgning kan læses i afsnittene 3.1, 3.3 og 3.4.

Den anvendte litteratursøgningsmetode er inspireret af det britiske forskningscenter EPPI's<sup>1</sup> brede tilgang til forskningsoversigter, hvor både videnskabelige og ikke-videnskabelige studier og kvalitative såvel som kvantitative studier indgår i form af både videnskabelige og fagfællebedømte studier og såkaldt grå litteratur<sup>2</sup>. Hensigten med at benytte denne tilgang er at opnå en mere omfattende afdækning af den eksisterende viden på området, end hvis vi fx alene indsamlede og vurderede publicerede og peer-reviewede videnskabelige studier.

Den systematiske litteratursøgning kortlægger studier, som belyser metoders effekter (eller virkninger). Vi anvender en bred tilgang til og forståelse af effekt, det vil sige, at vi inkluderer studier med alle typer af designs og studier, som ser på effekter, virkninger og resultater i bred forstand. Når vi benytter begrebet "effekt", mener vi derfor netop disse betydninger.

Processen for udvælgelse af studier er inddelt i tre faser:

- Fase 1. Søgning af potentielt relevante studier i relevante elektroniske databaser og hjemmesider
- Fase 2. Screening og vurdering af studiernes relevans i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier
- Fase 3. Systematisk vurdering af studiernes indhold og metodiske kvalitet. I det følgende beskrives fremgangsmåden i hver af de tre faser.

Første fase af kortlægningsarbejdet bestod af en indledende søgning efter potentielt relevante studier i relevante elektroniske databaser og hjemmesider. Indledningsvist blev der gennemført en systematisk litteraturkortlægning, der tilvejebringer viden om effekten af metoder, som er udviklet til - eller i det mindste afprøvet på mennesker, som har både misbrug og ADHD. I den forbindelse blev der opstillet inklusions- og eksklusionskriterier for den efterfølgende screenings- og vurderingsproces for at sikre, at de identificerede studier var relevante i relation til projektets formål. Der blev opstillet in- og eksklusionskriterier for studiernes udgivelsestidspunkt, studiernes sprog, den geografiske kontekst, som de indsatser, studierne undersøger, gennemføres i, målgruppens alder, målgruppens problematikker, studiernes metode og indsatsens effekt. De opstillede in- og eksklusionskriterier fremgår af nedenstående tabel.

---

<sup>1</sup> EPPI-Reviewer 4, <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/>.

<sup>2</sup> Fx rapporter, evalueringer, udredninger, bøger mv., som ikke er videnskabeligt publiceret.

**Tabel 2.1** Inklusions- og eksklusionskriterier for litteraturkortlægningen

	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studiets udgivelsestidspunkt	2008-juni 2018	Før 2008
Studiets sprog	Dansk, svensk, norsk og engelsk	Studier på øvrige sprog
Geografisk kontekst for indsatsen	Vestlige lande, dvs. Europa, Nordamerika, New Zealand og Australien	Indsatser gennemført uden for Europa, Nordamerika, New Zealand og Australien
Målgruppens alder	Studier, der primært undersøger metoder målrettet personer mellem 16 og 64 år.	Studier, der primært undersøger metoder målrettet børn og unge under 16 år.
Målgruppens problematikker	ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) + misbrug (inkl. skadelig/problematisk brug og afhængighed).	Målgruppens kerneproblematikker er hverken ADHD eller misbrug.
Studietyper	Empiriske studier. Peer-reviewed forskning samt officielle rapporter, ph.d.-afhandlinger, konferencepapirer og myndighedsudgivelser.  Systematiske reviews og meta-reviews, RCT, forsøg med kontrolgruppe, før-efterstudier, kohorte-studier, analyser med tværmetodiske design, surveys, kvalitative studier.	Studier, der ikke bygger på empiriske data. Pilot-studier, uafsluttede studier og studier, som ikke har været i peer review, herunder master- og bachelor opgaver og andre studieopgaver.
Den undersøgte indsats effekt	Metoder, som er afprøvet og har dokumenteret positiv effekt/virkning.	Indsatser/metoder, hvor effekter er undersøgt, men hvor der er enten ingen effekt er, eller hvor der er dokumenteret en negativ effekt.

I databaserne anvendte vi kontrollerede søgeord inden for databasernes egne emneord og fritekstsøgning ud fra på forhånd fastlagte søgekriterier og søgeord (se Bilag 3). Der blev endvidere foretaget søgninger efter grå litteratur på udvalgte, relevante institutioners/organisationers hjemmesider. Af nedenstående tabel fremgår de databaser og hjemmesider, som vi har benyttet i søgningen.

**Tabel 2.2** Afsøgte databaser og hjemmesider

Databaser	Hjemmesider
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sociological Abstracts</li> <li>▪ SocIndex</li> <li>▪ PsycInfo</li> <li>▪ ERIC</li> <li>▪ PubMed</li> <li>▪ Cinahl</li> <li>▪ The Cochrane Library</li> <li>▪ The Campbell Library</li> <li>▪ SveMed</li> <li>▪ Netpunkt/DanBib (danske biblioteks-baser)</li> <li>▪ ORIA/BibSys (norske biblioteks-baser)</li> <li>▪ LIBRIS (svenske biblioteks-baser)</li> <li>▪ Den Danske Forskningsbase</li> <li>▪ SwePub</li> <li>▪ NORA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet: <a href="http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/">http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/</a></li> <li>▪ KABS – behandlingscenter for stofbrugere: <a href="https://kabs.dk/">https://kabs.dk/</a></li> <li>▪ Foreningen Misbrugsportalen: <a href="http://www.misbrugsportalen.dk/forbrug-af-stoffer-unge">http://www.misbrugsportalen.dk/forbrug-af-stoffer-unge</a></li> <li>▪ Socialstyrelsen, Sverige: <a href="http://www.socialstyrelsen.se/">http://www.socialstyrelsen.se/</a></li> <li>▪ SBU, Sverige: <a href="http://www.sbu.se/">http://www.sbu.se/</a></li> <li>▪ EPPI Centre, UK: <a href="http://eppi.ioe.ac.uk/cms/">http://eppi.ioe.ac.uk/cms/</a></li> <li>▪ SCIE, Social Care Institute for Excellence, UK: <a href="http://www.scie.org.uk/">http://www.scie.org.uk/</a></li> <li>▪ Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (Canada): <a href="http://www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspx">http://www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspx</a></li> <li>▪ National Institute on Drug Abuse (USA): <a href="https://www.drugabuse.gov/about-nida">https://www.drugabuse.gov/about-nida</a></li> <li>▪ Helsedirektoratet, Norge: <a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a></li> <li>▪ Kunnskapssenteret, Norge: <a href="http://www.kunnskapssenteret.no">www.kunnskapssenteret.no</a></li> <li>▪ Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid, Norge: <a href="http://www.forebygging.no/">http://www.forebygging.no/</a></li> <li>▪ Kompetansesenter-RUS, Norge: <a href="http://www.kompetansesenterrus.no/">http://www.kompetansesenterrus.no/</a></li> <li>▪ Statens Institut for Rusmiddelforskning: <a href="http://www.sirus.no">www.sirus.no</a></li> <li>▪ Det svenske dobbeltdiagnose-netværk: <a href="http://www.sn-dd.sl">www.sn-dd.sl</a></li> <li>▪ Nationalt Videnscenter i Norge: <a href="http://www.kunnskapssenteret.no">www.kunnskapssenteret.no</a></li> <li>▪ National Institute of Drug Abuse (NIDA): <a href="https://www.drugabuse.gov/">https://www.drugabuse.gov/</a></li> </ul>

Vi fandt ved søgningen 1038 potentielt relevante studier, som gik videre til fase 2 med henblik på udvælgelse af relevante studier. Efter fremsøgningen af de 1038 potentielt relevante studier blev alle potentielt relevante studier i litteraturkortlægningens anden fase gennemgået og vurderet i forhold til inklusions- og eksklusionskriterierne på baggrund af studiets titel og abstract.

I fase 2 blev en række studier ekskluderet, bl.a. som følge af, at studierne vedrørte indsatser for en yngre målgruppe end den, der er i fokus i denne undersøgelse. Ved denne screening blev i alt 135 studier vurderet "relevante" (53) eller "måske relevante" (82). De 135 studier blev rekvireret med henblik på endelig vurdering af det fulde studie.

I litteraturkortlægningens fase 3 blev de 135 studier, der i fase 2 var vurderet "måske relevante" eller "relevante" vurderet i fuld længde. Studierne blev underlagt en systematisk og ensartet gennemgang, og fuldttekstvurderingen blev især anvendt til at afklare usikkerheder om, hvorvidt studierne målgruppe, indsatser, studietype og resultater faldt inden for undersøgelsens inklusionskriterier. Vurderingen af studierne blev drøftet i projektteamet med henblik på at sikre en ensartet vurdering i forhold til de opsatte in- og eksklusionskriterier og i forhold til vurdering af studierne kvalitet. Den samlede dokumentation for litteratursøgningen findes i Bilag 4.

### Fravalg på baggrund af in- og eksklusionskriterier

En stor del af de 135 studier, der blev gennemgået i fuldtekst, blev sorteret fra, fordi de ved en nærmere gennemlæsning ikke levede op til et eller flere af de opsatte inklusionskriterier. Det drejer sig om studier, der ved nærmere gennemlæsning viste sig:

- at handle om dobbeltdiagnoser mere bredt og ikke havde fokus eller resultater om ADHD specifikt
- at handle om ADHD-behandlingsindsatser alene
- at handle om misbrugsbehandling alene
- at indeholde studier om medicinsk behandling af ADHD hos personer med misbrug, hvor der ikke indgik psykosociale elementer i behandlingen
- var på andre sprog end engelsk, dansk, norsk eller svensk (fx spansk eller tysk)
- at indeholde irrelevante nationale retningslinjer eller behandlingsoversigter (særligt fra den grå litteratur).

### Kvalitetsvurdering

På det tredje og sidste trin i udarbejdelsen af litteraturoversigten blev de 135 udvalgte studier kvalitetsvurderet på grundlag af en helhedsvurdering af det enkelte studies metodemæssige kvalitet. I den sammenhæng blev der lagt vægt på følgende overordnede kvalitetskriterier:

1. Hvorvidt studiet er baseret på et velegnet analysedesign (systematisk review/meta-review, RCT, andre eksperimentelle undersøgelser, casestudier) i forhold til problemstillingen.
2. Hvorvidt det empiriske grundlag i studierne er tilvejebragt på en tilfredsstillende måde – i kvantitative undersøgelser skal datagrundlaget muliggøre generalisering, i kvalitative undersøgelser skal datagrundlaget i tilstrækkelig grad kunne understøtte fortolkningerne, og inddragelse af eventuel øvrig data (registerdata m.m.) skal være systematisk og udtømmende samt veldokumenteret og begrundet.
3. Hvorvidt konklusionerne i analysen bygger på velegnede metoder til at beregne effekter og indeholder redegørelser for valg af metode. Resultaterne af studierne bør også være underkastet en kritisk vurdering af resultaternes generaliserbarhed, herunder en inddragelse af øvrige relevante undersøgelser på området, og dette gøres ved hjælp af eksisterende systematiske reviews eller meta-review.

Studierne blev efterfølgende klassificeret efter robusthed og metodeindhold samt beskrevet i oversigtsform. Alle identificerede studier blev klassificeret på baggrund af metodens robusthed til at vurdere effekter. Dette gjorde vi med udgangspunkt i klassificeringssystemet, som er angivet i Socialstyrelsens Vidensdeklaration (effektviden A-C).

Studierne beskriver og vurderer vi i forhold til følgende dimensioner:

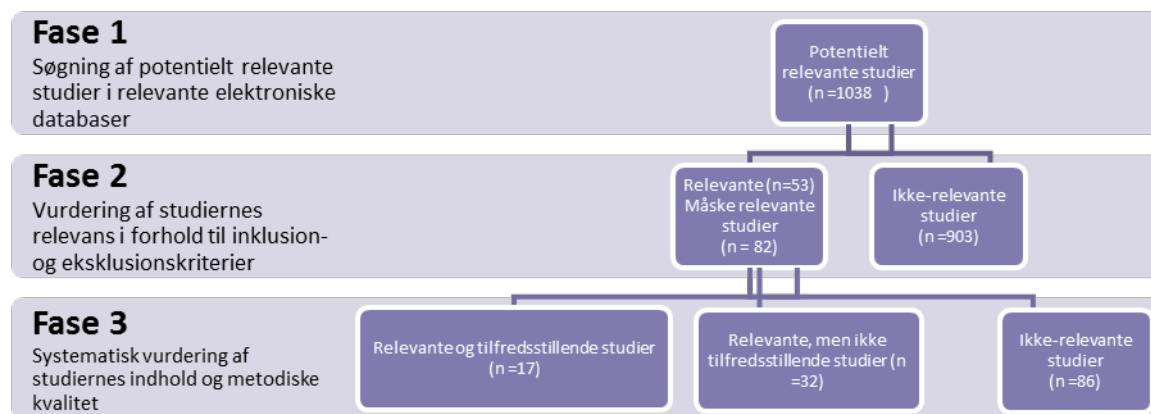
1. Effekt
2. Implementering
3. Metode/indsats
4. Målgruppe
5. Økonomi.

Vi har desuden afsøgt studierne for, om de indeholder anbefalinger af relevant karakter, og i disse tilfælde gengives også disse. Metodisk er der tale om en systematisk litteratursøgning med en narrativ syntese (Gough, Oliver, & Thomas, 2012), som er særlig velegnet til at håndtere studier med



forskellige forskningsdesigns, og hvor forskellige indsatser er gennemført i forskellige nationale og lokale kontekster. Målet er at sammenfatte og grundigt genbeskrive de primære fund fra de inkluderede studier på en sådan måde, at styrken af evidensen for effekter tydeligt fremgår for hvert studie.

**Figur 2.1** Udvælgelse af relevante studier i tre faser



Af de 17 relevante og tilfredsstillende studier afreporterer 10 studier en afprøvning eller analyse af en konkret indsats, mens syv studier er reviews om behandlingen (både medicinsk og psykosocial) af målgruppen.

Nedenfor følger en liste over de studier af virksomme indsatser og metoder til målgruppen, som vi har identificeret og inkluderet. Disse er opdelt i henholdsvis reviews og studier af enkelte indsatser/metoder:

### Reviews

1. Bukstein, O. G. (2009). ADHD and comorbid substance use disorder. *Minerva Psichiatrica*, 50(3), 197-207.
2. Crunelle, C. L., van, den B., Moggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F. R., ICASA consensus group. (2018). International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Addiction Research*, 24, 43-51.
3. Hammond, C. J., & Gray, K. M. (2016). Pharmacotherapy for Substance Use Disorders in Youths. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 25(4), 292-316.
4. Hogue, A., Evans, S. W., & Levin, F. R. (2017). A Clinician's Guide to Co-occurring ADHD among Adolescent Substance Users: Comorbidity, Neurodevelopmental Risk, and Evidence-Based Treatment Options. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(4), 277-292.
5. Klassen, L. J., Bilkey, T. S., Katzman, M. A., & Chokka, P. (2012). Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(3), 190-198.
6. Martinez-Raga, J., Knecht, C., de Alvaro, R., Szerman, N., & Ruiz, P. (2013). Addressing Dual Diagnosis Patients Suffering from Attention-Deficit Hyperactivity Disorders and Comorbid Substance Use Disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(4), 213-230.
7. Wilens, T. E., & Morrison, N. (2012). Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry*, 2(4), 301-312.

### Indsatser/metoder:

8. Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2016). Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8, 159-172.
9. Bihlar Muld, B. (2016). *Men with ADHD in compulsory care for substance abuse: characterization and treatment*. Karolinska Institutet.
10. van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Koeter, M. W., Bruijn, K., Dekker, J. J., Brink, W., & Schoevers, R. A. (2013). Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 132.
11. van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., van den Brink, W., & Schoevers, R. A. (2015). Integrated cognitive behavioral therapy for patients with Substance Use Disorder and Comorbid ADHD: Two case presentations. *Addictive Behaviors*, 45, 214-217
12. van Emmerik-van Oortmerssen, K. (2018). *ADHD & Addiction: prevalence, diagnostic assessment and treatment of ADHD in substance use disorder patients*. Rijksuniversiteit Groningen.
13. Keith, J. R., Rapgay, L., Theodore, D., Schwartz, J. M., & Ross, J. L. (2015). An assessment of an automated EEG-biofeedback system for attention deficits in a substance use disorders residential treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 29(1), 17-25.
14. Matthys, F., Soye, V., Van Den Brink, W., Joostens, P., Tremmery, S., & Sabbe, B. (2014). Barriers to implementation of treatment guidelines for ADHD in adults with substance use disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, 10(3), 130-138.
15. Matthys, F., Stes, S., Brink, W., Joostens, P., Möbius, D., Tremmery, S., & Sabbe, B. (2014). Guideline for Screening, Diagnosis and Treatment of ADHD in Adults with Substance Use Disorders. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 12(5), 629-647.
16. Nehlin, C., Nyberg, F., & Öster, C. (2015). The Patient's Perspective on the Link Between ADHD and Substance Use: A Qualitative Interview Study. *Journal of Attention Disorders*, 19(4), 343-350.
17. Kronenberg, L. M., Verkerk-Tamminga, R., Goossens, P. J. J., Van Den Brink, W., & Van Achterberg, T. (2015). Personal Recovery in Individuals Diagnosed with Substance use Disorder (SUD) and Co-Occurring Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Autism Spectrum Disorder (ASD). *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 242-248.

Tabel 2.3 nedenfor viser, hvordan studierne af indsatser og metoder fordeler sig i forhold til geografisk oprindelse, sorteret på lande. Særligt i Holland er der blevet forsket og publiceret på området, men også Belgien og USA markerer sig her.

**Tabel 2.3** Studiernes fordeling i forhold til land

Lande	Studier	Antal
USA	1,3,4,7,13	5
Belgien	2,14	2
Sverige	8,9,16	3
Canada	5	1
Spanien	6	1
Holland	10,11,12,14,15,17	6

I Tabel 2.4 nedenfor har vi inddelt studierne efter udgivelsesår, og her fremgår det, at de fleste studier er publiceret inden for de seneste 6 år. Det indikerer en tendens til, at der er en stigende opmærksomhed på og interesse i denne særlige dobbeltproblematik, som udgøres af stofmisbrug og ADHD.

**Tabel 2.4** Studier inddelt efter udgivelsesår

Udgivelsesår	Studie	Antal
2008		
2009	1	1
2010		
2011		
2012	5,7	2
2013	6,10	2
2014	14,15	2
2015	11,13,16,17	4
2016	3,8,9	3
2017	4	1
2018	2,12	2

I Tabel 2.5 nedenfor har vi søgt at inddele studierne efter en række forskellige typer i forhold til design.

**Tabel 2.5** Typer af studier

Design	Studie	Antal
Case-præsentationer	11	1
Før- og eftermåling af indsats	8	1
Konsensus- og videnskvalificerede guidelines	14	1
Kvalitativt implementeringsstudie	15	1
Kvalitativt interviewstudie	16,17	2
Narrativt review	1,4	2
Ph.d.-projekter	9,12	2
Randomiseret mixed factorial design (to kontrolgrupper)	13	1
RCT study protocol	10	1
Systematiske litteratur-review	2,3,5,6,7	5

## 2.2 Telefoninterview med kommunale chefer og misbrugskonsulenter

For at få viden om kommunernes efterspørgsel efter og interesse for nye målgruppenspecifikke indsatser eller metoder til målgruppen så gennemførte vi kvalitative telefoninterview med kommunale chefer og konsulenter på misbrugsområdet i november 2018 i 10 udvalgte danske kommuner.

De 10 kommuner blev udvalgt ud fra tre kriterier for at sikre variation:

- Kommunens størrelse, målt på befolkningstal (lille, mellem og stor)
- Nettoomkostning per person i behandling (lav, mellem, høj)
- Andel af personer i behandling/befolkningstal (lav, mellem, høj).

Udvælgelsen var baseret på tal fra 2012, indsamlet i forbindelse med et SFI-projekt om kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling (Amilon et al., 2016). Vi udvalgte fire små kommuner, tre mellemstore kommuner og tre store kommuner (kriterium 1). Derefter blev kommunerne udvalgt med udgangspunkt i kriterierne 2 og 3, sådan at vi inden for de tre kommunestørrelseskategorier dækker forskellige omkostningsniveauer og andele af personer i behandling. De blev lovet anonymitet af såvel interviewpersoner som af de enkelte kommuner, ligesom de på forhånd accepterede at blive optaget på diktafon. Interviewene varede mellem 15-30 min og omhandlede spørgsmål vedrørende: 1) karakteristika af målgruppen, 2) typisk anvendte misbrugsbehandlingsmetoder til kortlægningens målgruppe og til dobbeltdiagnosticerede i øvrigt, 3) erfaringer med forskellige metoder, 4) vurdering af effektive tilgange til målgruppen, 5) vurdering af kommunal efterspørgsel af og interesse i nye metoder og 6) potentiale for implementering og forankring af nye metoder (se Bilag 1).

## 2.3 Kvalitativ behovsanalyse: Interview med udvalgte videnspersoner

Formålet med den kvalitative behovsanalyse er at tilvejebringe fagligt velbegrundede vurderinger af de mest effektive og – i en dansk kontekst – mest relevante behandlingsindsatser, som kan lægges til grund for det fortsatte arbejde med at effektivisere behandling af borgere med et problematisk forbrug af stoffer og ADHD. Den kvalitative behovsanalyse vil således fremhæve de væsentligste muligheder og uudnyttede potentialer i forhold til at styrke den danske behandlingsindsats for mål-

gruppen. Analysen vil også fremhæve, hvilke metoder der er mest velegnede til målgruppen, herunder om de tre etablerede stofmisbrugsbehandlingsmetoder U-turn, U-18 og MIT/KAT-GO er velegnede til eller kan tilpasses til personer, som også har ADHD.

Den kvalitative behovsanalyse tager således afsæt i resultaterne fra litteratur-reviewet såvel som fra efterspørgselsanalysen for dernæst først at validere og/eller problematisere disse resultater ved hjælp af toneangivende internationale eksperter og endelig diskutere de mest relevante og effektive metoder med udvalgte praktikere og videnspersoner fra Danmark. Herved fokuserer behovsanalysen på at frembringe realistiske mål for den videre udvikling af den sociale stofmisbrugsbehandling med særligt øje for borgere, der lever med både et problematisk forbrug af rusmidler, og som har ADHD eller ADHD-lignende symptomer.

Denne kvalitative delanalyse var todelt og bestod både af telefoniske ekspertinterview og af fokusgrupper med praktikere og videnspersoner med central viden om målgruppen og eksisterende behandlingstilbud.

### 2.3.1 Ekspertinterview

Ekspertinterviewene blev gennemført, efter litteratursøgningen havde identificeret den mest centrale viden og de mest centrale aktører i forskningen på området. Disse ekspertinterview fokuserede overvejende på *best practice i forhold til* målgruppen (borgere med et problematisk forbrug af stoffer og ADHD), herunder særligt de resultater og metoder, som litteratursøgningen havde fremhævet som særligt effektive og med størst potentiale i en dansk – og skandinavisk – kontekst.

Formålet med ekspertinterviewene var dels at inddrage relevante erfaringer fra Skandinavien i forhold til målgruppen, dels at validere de konkrete metoder og indsatser, der fremstod som relevante i en dansk – og i en nordisk kontekst. Ekspertinterviewene skulle præcisere de mest relevante indsatser, som efterfølgende ville blive inddraget i fokusgrupperne med danske praktikere og videnspersoner. Ekspertinterviewene skulle således kvalificere de efterfølgende spørgsmål og temaer, der ville blive drøftet i fokusgruppeinterviewene. Interviewguiden til ekspertinterviewene indeholdt følgende temaer: beskrivelse af målgruppe, virksomme metoder og indsatser (best practice), vanskeligheder i forhold til screening, diagnosticering og rekruttering samt organisatoriske udfordringer.

Ekspertinterviewene blev gennemført i umiddelbar forlængelse af litteratursøgningen og udgør således bindeleddet mellem viden fra litteraturen og viden fra praksis via praktikere og eksperter.

Udvælgelsen af eksperterne bygger på følgende fem kriterier:

1. Én ekspert repræsenterer forskningen, én repræsenterer stofmisbrugsbehandlingen
2. Begge eksperter arbejder i eller har fortrinsvist arbejdet i Skandinavien
3. Begge eksperter har mindst ti års erfaring
4. Begge eksperter har publiceret om stofmisbrugsbehandling, herunder også om behandling målrettet borgere med dobbeltdiagnoser
5. Mindst en ekspert har publiceret om stofmisbrugsbehandling til borgere med ADHD.

På baggrund af disse fem kriterier valgte vi at kontakte følgende to eksperter:

**Birgitte Thylstrup**, ph.d. i psykologi og lektor ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, som siden 2005 har leveret forskning inden for social stofmisbrugsbehandling primært målrettet

borgere med dobbeltdiagnoser, med talrige internationale publikationer i førende internationale tidsskrifter på rusmiddelområdet, og desuden med praktisk erfaring som psykolog i ambulant og døgnbehandling af danske borgere med stofmisbrug.

**Eva-Karin Løvaas**, psykologspecialist og klinikchef for behandlingskomplekset Hjeltestad ved Stiftelsen Bergensklinikkerne i Bergen, Norge, som har mere end tyve års praktisk erfaring med behandling af borgere med stofmisbrug og andre psykiske diagnoser, initiativtager til oprettelsen af et integreret behandlingsafsnit under Bergensklinikkerne målrettet borgere med stofmisbrug og ADHD og udviklingen af et særligt behandlingskatalog, som med afsæt i en frivillig psykodynamisk screening for ADHD tilbyder norske borgere med stofmisbrug og ADHD langvarige og målrettede behandlingsforløb. Eva er leder for *Norsk psykologforenings spesialistutvalg innen klinisk voksen*, aktiv i norsk presse i debatter om behandling af borgere med dobbeltdiagnoser, forfatter til talrige artikler om dobbeltdiagnoseproblematikker og sammen med Therese Dahl forfatter til *Rusmiddelbruk og ADHD: Hvordan forstå og hjelpe?* (2013).

Begge eksperter blev som de eneste interviewpersoner i undersøgelsen bedt om indgå uden at blive anonymiseret, hvilket de begge indvilligede i.

### 2.3.2 Fokusgruppeinterview

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at udpege og foreslå dokumenterede virksomme, relevante og realistiske behandlingsindsatser eller organiseringer af den sociale misbrugsbehandling, som vil kunne understøtte den samlede danske behandlingsindsats over for målgruppen. De problemorienterede diskussioner i fokusgrupperne blandt relevante praktikere og videnspersoner er afgørende for, at de danske behandlingscentre fremadrettet kan tilbyde mere fokuserede indsatser, udnytte de lokale ressourcer mere optimalt og – som følge heraf – sandsynliggøre generel højere kvalitet i den sociale stofmisbrugsbehandling.

Vi har gennemført to fokusgrupper, hvor vi havde inviteret praktikere og videnspersoner fra forskellige sektorer, som på forskellige måder har arbejdet med eller har kendskab til målgruppen og den type behandling de bliver tilbudt. Vi foretog én fokusgruppe i Aarhus og én i København og inviterede også videnspersoner fra tilstødende kommuner, dvs. det ikke blot var personer fra de to store byer, der deltog.

I fokusgrupperne var følgende sektorer repræsenteret:

1. Regionspsykiatrien – fx ADHD-ambulatorier eller dobbeltdiagnose-afdelinger
2. Den kommunale misbrugsbehandling – både unge- og voksenområdet
3. Socialpsykiatrien/socialforvaltningen – fx rådgivende myndigheder eller misbrugspsykiatriske bosteder/væresteder
4. Forskning – forskere med erfaring og viden om målgruppen.

Disse fire sektorer var repræsenteret i begge fokusgrupper, som imidlertid ikke var sammensat 1:1, da der fx var flere fra psykiatrien til stede i København, hvorimod der var flere fra misbrugsområdet med i Aarhus-fokusgruppen. Udover to moderatorer bestod hver fokusgruppe af seks deltagere. Hver fokusgruppe varede ca. to timer og blev efterfølgende transskriberet.

I fokusgrupperne tog vi både udgangspunkt i den viden, vi havde fået fra ekspertinterviewene, fra litteratursøgningen og fra den supplerende litteratur om erfaringer med de tre danske metoder (U-turn, U18 og MI/KAT-GO).

Udover at få indsigt i deltagernes viden om målgruppen og kendskab til behandlingsindsatser og metoder til denne målgruppe diskuterede begge fokusgrupper både de tre danske metoder og de tre kognitive metoder, som fremkom i litteratur-reviewet. Fokusgrupperne fastholdt således et gennemgående fokus på problemstillingen omkring samtidig forekomst af ADHD og stofmisbrug, og diskuterede i lyset af denne gennemgående problemstilling de dokumenterede indsatser og potentialet for at tilpasse eksisterende indsatser til målgruppen og i en dansk kontekst.

Fokusgrupperne struktureredes ud fra disse temaer:

1. Beskrivelser af målgruppen – karakteristika og udfordringer
2. Kendskab til effektive metoder
3. Eksisterende behandlingsprogrammets potentiale og tilpasningsmuligheder
4. Udfordringer og løsninger
5. Udpegning af relevante og mest realistiske behandlingsindsatser.

For at gøre fokusgrupperne så dynamiske som muligt og samtidigt give deltagerne mulighed for at forholde sig så åbent og kritisk som muligt til den gennemgående problemstilling og de fem temaer blev der forud for opstarten af hver enkelt fokusgruppe indhentet informerede samtykker fra samtlige deltagere om, at ethvert citat fra fokusgrupperne må bruges i rapporten, og at deltagerne optræder anonymt, hvilket også inkluderer deres specifikke stillingsbetegnelser og arbejdspladser. Efter afslutningen på fokusgrupperne blev dette informerede samtykke bekræftet af alle deltagerne, hvorefter dialogen blev fuldt transskriberet.

## 3 Litteraturkortlægning

### 3.1 Sammenhængen mellem ADHD og misbrug

Dette afsnit præsenterer centrale studier og viden om sammenhængen mellem ADHD og misbrug. Afsnittet giver hermed en bred indføring i denne specifikke dobbeltdiagnose, inden vi går i dybden med og præsenterer resultaterne fra den systematiske litteratursøgning om virksomme metoder og indsatser til borgere med samtidigt ADHD og misbrug i afsnit 3.2.

For det første skal det nævnes, at begrebet 'dobbeltdiagnose' almindeligvis ikke indbefatter ADHD, da begrebet traditionelt henviser til sværere psykiske lidelser (såsom skizofreni, personlighedsforstyrrelser, depression m.m.) og samtidigt misbrug (Løvaas & Dahl, 2013, p. 82; Thylstrup & Johansen, 2009, p. 202). I denne rapport forstås begrebet dobbeltdiagnose, ligesom i andre studier (Thylstrup & Johansen, 2009), imidlertid bredere og inkluderer således også ADHD.

#### 3.1.1 Varierende prævalensrater

Forekomsten af ADHD er højere blandt personer i misbrugsbehandling end i den generelle befolkning. Udbredelsen af ADHD blandt personer med rusmiddelproblematikker varierer dog betydeligt imellem studier (fra 2 % til 83 %), men et hollandsk forskerhold estimerer i et meta-review, at cirka hver fjerde person i rusmiddelbehandling har ADHD (23,1 %) (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). Prævalensen afhænger dog af rusmiddeltype og screeningsinstrument, hvor forskerne fx finder højere ADHD-prævalenser blandt personer i behandling for alkoholmisbrug og opioid-misbrug (primært heroin og morfin) end kokainmisbrug. I en anden undersøgelse af 10 europæiske lande, hvor misbrugscentre i de undersøgte lande anvendte ens screeningsredskaber, varierer ADHD-prævalensen blandt voksne i rusmiddelbehandling imidlertid mellem 5 % (i Ungarn) og 30 % (i Norge) (van de Glind et al., 2014). Studiet finder desuden, at prævalensen er højere i nordiske end i ikke-nordiske lande samt blandt patienter med stofproblemer end med alkoholproblemer (van de Glind et al., 2014). Dernæst er der knyttet en høj grad af komorbiditet til denne dobbeltdiagnose. I et hollandsk studie fandt man eksempelvis, at 75 % af ADHD-patienter i stofmisbrugsbehandling også havde en anden psykiatrisk diagnose (fx depression, borderline, dyssocial personlighedsforstyrrelse) i modsætning til 37 % blandt ikke-ADHD patienter i stofmisbrugsbehandling (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014).

Nordisk forskning har ligeledes konstateret et substantielt overlap mellem ADHD og stofmisbrug og afhængighed, selvom prævalens-rater for dobbeltdiagnoser er mindre detaljerede i Danmark (Thylstrup & Johansen, 2009, p. 202). Ikke desto mindre har studier påvist, at 55 % af de danske ADHD-patienter har en samtidig misbrugsproblematik (PsykiatriFonden, 2007), ligesom 32 % af unge i stofmisbrugsbehandling for cannabismisbrug opfylder de lægefaglige kriterier for en ADHD-diagnose (M. U. Pedersen & Mulbjerg Pedersen, 2013). I et nyligt svensk studie finder forskerne ligeledes, at ca. en femtedel af unge i misbrugsbehandling beretter, at de har en ADHD-diagnose (Anderberg, Dahlberg, & Hellberg, 2018). Blandt praktikere og på forskellige behandlingstilbud i Danmark er det ydermere blevet bemærket, at der kommer flere og flere unge, som udover et misbrug også er psykisk belastede (Brasch et al., 2011). Et estimat fra 2005 anslår, at op mod 100.-200.000 danskere med psykiske lidelser (psykotiske såvel som ikke-psykotiske) har en samtidig misbrugsproblematik (Vendsborg, 2005).



### 3.1.2 ADHD som risikofaktor og sammenhængen med misbrug

Associationen mellem ADHD og misbrug er således veletableret (Løvaas & Dahl, 2013, p. 62; Wilens & Morrison, 2011), og der eksisterer stor enighed om, at ADHD er en risikofaktor for udviklingen af et problematisk rusmiddelbrug (Dalsgaard, S., Madsen, A. G., & Bikic, 2013, p. 287; Evjen, Kielland, & Øiern, 2018, p. 64; Lee et al., 2011; Wilens, 2011), enten direkte eller formidlet via adfærdsforstyrrelse (Fergusson, Horwood, & Ridder, 2007; Løvaas & Dahl, 2013, p. 63). Nyere dansk og international forskning har dokumenteret, hvordan ADHD hos både børn, unge og voksne udgør en betydelig risikofaktor for kriminalitet, afvigende social adfærd og stof- og alkoholmisbrug (Christoffersen & Hammen, 2011; Dalsgaard, Mortensen, Frydenberg, & Thomsen, 2002; Dalsgaard et al., 2014; Maggs et al., 2008), og at den konstaterede komorbiditet ikke er betinget af køn (Dalsgaard et al., 2014). Det er endda blevet påvist, at risikoen for at udvikle stofmisbrug ligefrem er proportional med belastningsgraden af ADHD (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2004). Børn med ADHD har således signifikant større sandsynlighed for at udvikle misbrugsproblematikker, når de bliver voksne, end børn uden ADHD (Molina et al., 2018), særligt for misbrug af cannabis og centralstimulerende rusmidler, men også af alkohol (Lee et al., 2011).

Om sammenhængen primært beror på sociale, genetiske eller biologiske forhold er vanskeligt at fastslå, og der er heller ikke enighed om, hvorvidt sammenhængen overvejende går i den ene eller den anden retning. Sammenhængen kan fx gå begge veje, ved at unge med rusmiddelproblemer i højere grad diagnosticeres end unge uden rusmiddelproblemer (Anderberg et al., 2018, p. 73; Martinez-Raga, Knecht, de Alvaro, Szerman, & Ruiz, 2013). Der er ligeledes diskussion om, hvilke specifikke risikofaktorer, der knytter an til ADHD-tilstanden, som fx impulsivitet, der er betydningsfuld for udviklingen af misbrug (Haugerud, 2009, p. 135). En psykologisk forklaring på sammenhængen ser vi hos Tarter et al. (2007), som fremsætter to mulige udviklingsveje mellem ADHD i barndommen og udviklingen af senere misbrug. For det første en internaliserende pathway, hvor neurotiske personlighedstræk leder til lavt selvværd, som leder til social tilbagetrækning, og en øget risiko for misbrug. For det andet en eksternaliserende udviklingsvej, hvor hyperaktivitet i barndommen er associeret med eksternaliserende adfærd og senere misbrug (Tarter et al., 2007). En anden central hypotese om sammenhængen er 'selvmedicineringshypotesen', hvor det antages, at personer med psykiske lidelser anvender rusmidler for at dæmpe symptomerne på lidelsen (Løvaas & Dahl, 2013, p. 85). Brug af illegale stoffer som selvmedicinerer er også blevet fremhævet i nyere dansk forskning, hvor forskellige interviewpersoner beretter om den positive effekt af både cannabis og 'hårdere' rusmidler på indre uro, rastløshed og hyperaktivitet (Berger & Johansen, 2016; Kohl et al., 2016; W. Pedersen, 2015). En mere neurobiologisk forklaring findes i hypotesen om 'komorbid sårbarhed'. Her forbindes dobbeltproblematikken med en særlig neurobiologisk sårbarhed, som skyldes en dysregulering i belønningscentret, grundet svigtende funktion i den prefrontale cortex og hippocampus (Løvaas & Dahl, 2013, p. 85). Selvom flere hypoteser således er blevet fremsat om denne dobbeltproblematik, er det endnu ikke fuldt ud forstået, hvilke mekanismer der påvirker udviklingen af misbrug hos personer med ADHD-symptomer eller -diagnose (Sheila Jones, 2016; Løvaas & Dahl, 2013, p. 62). Desuden er det blevet fremhævet, at det er for simpelt kun at betragte problematikken ud fra individet, eftersom individuelle og neurologiske forskelle, og konsekvenserne deraf, i høj grad er socialt forankret (Sheila Jones, 2016). Jones leder derfor i stedet opmærksomheden hen på individets manglende muligheder for at indgå i sociale fællesskaber, hvilket fx kan lede unge med ADHD hen til stofbrugende miljøer, hvor de har en følelse af at de 'hører til' (S. Jones & Hesse, 2018; Sheila Jones, 2016). Hermed understreges også betydningen af 'peer effekter' og socialiseringsprocesser for udviklingen af misbrug blandt personer med ADHD.

### 3.1.3 Udsathedder og betydning for behandling

Personer med både ADHD- og misbrugsproblematikker adskiller sig på flere områder fra personer, der 'blot' har misbrugsproblematikker. I et større dansk studie af unge i misbrugsbehandling skelner forskerne mellem seks ungegrupper, hvor der særligt ses en høj andel med ADHD (44 %) i gruppen 'unge med svære eksternaliserende problemer' (M. U. Pedersen, Frederiksen, & Mulbjerg Pedersen, 2015). Denne gruppe er ud over en over-hyppighed af psykiatriske diagnoser kendetegnet ved at have en høj rate af selvmordsforsøg, ensomhedsfølelse, lav selvkontrol og problemer i skolen (M. U. Pedersen et al., 2015, p. 9). Meget forskning tyder således på, at unge med ADHD-diagnose i misbrugsbehandling er psykosocialt udsatte inden for flere livsområder (Anderberg et al., 2018, p. 82). I international forskning er det endvidere blevet fremhævet, at personer med ADHD påbegynder misbruget i en tidligere alder, at de hurtigere går fra mildere til 'hårdere' rusmidler, at de oftere er indlagt på sygehuse, samt at rusmiddelbruget generelt er mere intensivt og 'alvorligt' uagtet rusmiddeltype (Jones, 2014, p. 33; Løvaas & Dahl, 2013, p. 64; Wilens, 2004). Ikke mindst har studier fundet, at personer med komorbid ADHD og misbrug har mindre effekt af misbrugsbehandling, og at ADHD-symptomerne således påvirker udfaldet af misbrugsbehandlingen (Levin et al., 2004; Wilens, 2004). Et dansk studie af voksne i misbrugsbehandling, som blev screenet for ADHD ved indskrivning, viser eksempelvis, at begge ADHD-dimensioner (hyperaktivitet og opmærksomhedsbesvær) havde signifikant betydning for ADHD-patienternes funktionsevne og derigennem udbytte af behandlingen (Hesse, 2010a). Løvaas & Dahl forklarer det begrænsede udbytte af behandlingen, ved at personer med ADHD i misbrugsbehandling ofte kan være mindre udholdende, fordi tingene ikke 'går hurtigt nok', og at behandlingsformerne ikke appellerer til dem (når de fx skal sidde stille til samtale i tre kvarter) (Løvaas & Dahl, 2013, p. 64). Det øgede frafald kan også skyldes, at denne gruppe netop har haft et mere langvarigt – og derfor mere alvorligt – rusmiddelbrug inden behandlingen. Det er derfor blevet anbefalet, at der tages højde for ADHD-problematikker i misbrugsbehandlingen, og at disse patienter også får hjælp til ADHD-tilstanden for at blive i stand til at indgå i og få udbytte af behandling for misbrugsproblemerne (Løvaas, 2012; Mueser et al., 2013). Indsatser, der tager højde for dette, er netop hvad indeværende undersøgelse sætter fokus på.

### 3.1.4 Medicinsk behandling

Kortlægningen har fokus på psykosociale metoder og indsatser, men målgruppen er jo i høj grad berørt af medicinsk behandling. Derfor vil vi kort opridsse den eksisterende viden om medicinsk behandling af ADHD hos personer med misbrug. Medicinsk behandling af ADHD er et omdiskuteret felt, og der er produceret rigtig meget forskning om emnet de seneste årtier, hvilket også betyder, at konklusionerne peger i lidt forskellige retninger. For det første diskuteres det, hvorvidt tidlig medicinering af børn og unge med ADHD-medicin forebygger udviklingen af misbrug som voksne. Hvor nogle reviews er meget entydige om den beskyttende effekt (Dalsgaard, S., Madsen, A. G., & Bikic, 2013; Dalsgaard et al., 2014) er der andre reviews, der nøjes med at konstatere, at der muligvis kan være en beskyttende effekt af ADHD-medicin, hvis børnene modtager medicinen i en tidlig alder, og hvis de tager medicinen i lang nok tid (Crunelle et al., 2018, p. 48). Endnu andre har konkluderet, at ADHD-medicinen (korttidsbehandling) ikke forebygger udviklingen af misbrug (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 639). I forhold til medicinering af voksne understreges det, at ADHD-medicinering indebærer et stort misbrugs- og videresalgspotentiale, særligt for ADHD-patienter med et eksisterende misbrug (Crunelle et al., 2018, p. 48; Matthys, Stes, et al., 2014, p. 640). Desuden er det blevet fremhævet, at medicinsk behandling, både med methylfenidat og atomoksetin, ikke har ligeså god virkning på ADHD-symptomer hos personer med samtidigt misbrug som hos personer uden samtidigt misbrug (Løvaas & Dahl, 2013, pp. 68–69; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2013, p. 1). Selvom der således er evidens for effekter af medicinering af ADHD hos voksne er viden om denne effekt hos personer med ADHD og misbrug mere begrænset (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 639). Andre

fremhæver imidlertid, at medicinsk behandling af denne gruppe har haft moderate effekter, og at medicinsk behandling i samspil med fx psykoterapi har vist bedre resultater – selvom ADHD-medicinen ikke har nogen effekt på misbruget og generelt er forbundet med negative følgevirkninger (fx behandlingsfrafald og videresalg af medicinen) (Crunelle et al., 2018, p. 47). Risikoen for misbrug og videresalg har resulteret i følgende anbefaling: "Taken together, clinicians need to be circumspect when prescribing stimulants, particularly among highrisk populations. However, abuse and diversion can be reduced by close monitoring, use of longer acting formulations, and engaging in a discussion with patients on the importance of safeguarding their medication. As with any prescription of controlled substances, the clinician must weigh the risk of abuse/diversion versus the medication's potential therapeutic benefit" (Crunelle et al., 2018, p. 48). Det er ligeledes blevet foreslået, at den begrænsede og tvetydige evidens af medicinsk behandling af denne gruppe nødvendiggør en større (såvel forskningsmæssigt som klinisk) opmærksomhed på psykosociale indsatser (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2013, p. 8). Således er der i nyere forskning ikke enighed om effekterne og sikkerheden af medicinsk behandling af voksne med samtidig ADHD og misbrug, og hvis medicin anbefales, anbefales det samtidig at supplere med psykosociale indsatser og være opmærksom på misbrugspotentiale, monitorering og negative følgevirkninger.

### 3.2 Resultater fra litteratursøgningen

I det følgende vil vi præsentere resultaterne fra den systematiske litteratursøgning. I litteratursøgningen har vi identificeret i alt 17 studier, der omhandler psykosociale indsatser til personer med ADHD og misbrug. Heraf er 7 studier reviews (enten systematiske forskningslitteratur-reviews eller narrative reviews samt ekspertanbefalinger), og 10 omhandler specifikke indsatser og behandling af personer med den dobbelte problematik. Vi præsenterer først reviewene, først i oversigtstabel og dernæst i prosatekst, hvorefter vi dybdegående beskriver studierne om de specifikke metoder.

I oversigtstabellerne beskriver vi studierne design, målgruppe, hovedkonklusioner/anbefalinger og øvrige forhold. Studierne er desuden blevet kategoriseret ud fra Socialstyrelsens Vidensdeklaration om effekt (ABCD). Misbrug forkortes til 'SUD' (Substance Use Disorder), og kognitiv adfærdsterapi fremgår som 'KAT'.

**Tabel 3.1** Reviews om metoder til ADHD og misbrug

Nr.	Forfatter, år og land	Studiets titel	Studiets design	Effekt (videnskabelig klaration)	Målgruppe	Anbefalinger på baggrund af review	Øvrigt
1	Bukstein, O. G. (2009).  USA	ADHD and comorbid substance use disorder.	Narrativt review og ekspertanbefalinger.	C	Voksne med SUD og ADHD.	En multimodal behandling af SUD og ADHD: Medicin og psykoedukation målrettet ADHD, men psykosociale indsatser målrettet SUD. Opmærksomhed på timing for igangsættelse af ADHD-behandlingen samt på risikoen for misbrug af ADHD-medicinen hos målgruppen.	Behov for flere studier/forskning på området.
2	Crunelle et al. ICASA consensus group. (2018).  Belgien	International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.	Forskningslitteratur-review (212 inkluderede studier) og konsensusbaserede anbefalinger.	C	Voksne i SUD-behandling med komorbid ADHD.	Et multimodalt, integreret (medicin + psykoterapi) behandlingsforløb målrettet både SUD og ADHD. SUD-behandling påbegyndes først og efterfølges hurtigst muligt af ADHD-behandling. Integreret kognitiv adfærdsterapi rettet mod begge tilstande anbefales.	Fastholdelse i SUD-behandling en udfordring. Opmærksomhed på underdiagnosticering af ADHD. Behov for flere studier/forskning på området.
3	Hammond, C. J., & Gray, K. M. (2016).  USA	Pharmacotherapy for Substance Use Disorders in Youths.	Forskningslitteratur-review (27 inkluderede studier men 89 referencer).	C	Unge (12-25 år) med SUD og psykiatriske lidelser, herunder unge med ADHD og SUD.	ADHD-målrettet farmakoterapi bør suppleres med SUD-målrettede psykosociale indsatser (fx KAT). Adfærdsterapi som 'first-line' behandling af SUD.	Behov for flere studier/forskning på området.
4	Hogue et al. (2017)  USA	A Clinician's Guide to Co-occurring ADHD among Adolescent Substance Users: Comorbidity, Neurodevelopmental Risk, and Evidence-Based Treatment Options	Narrativt review og kliniske ekspertanbefalinger.	C	Teenagere og unge med ADHD og ASU (adolescent substance use).	To evidensbaserede adfærds behandlingsprogrammer: 1) Medicinintegrerende interventioner (patientorienteret), 2) Interventioner med uddannelsestræning.	Præsenterer en model for sekvenser i et evidensbaseret behandlingsforløb for unge (s. 287).
5	Klassen et al. (2012).  Canada	Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations	Forskningslitteratur-review (13 inkluderede studier men 90 referencer).	C	Voksne med SUD og ADHD.	Et multimodalt, integreret behandlingsforløb med indsatser målrettet både SUD og ADHD. Behandling med ADHD-medicin i kombination med psykoterapi, herunder psykoedukation og tilbagefaldsforebyggelse, kan have en gavnlig effekt, selvom der ikke er evidens for virkningen af disse psykosociale indsatser.	Evidens for begrænset til at give evidensbaserede guidelines. Kontrollerede studier af psykoterapeutiske indsatser mangler.

Nr.	Forfatter, år og land	Studiets titel	Studiets design	Effekt (videnskabelig klaration)	Målgruppe	Anbefalinger på baggrund af review	Øvrigt
6	Martinez-Raga et al. (2013).  Spanien	Addressing Dual Diagnosis Patients Suffering from Attention-Deficit Hyperactivity Disorders and Comorbid Substance Use Disorders: A Review of Treatment Considerations.	Forskningslitteratur-review (16 inkluderede studier, men 136 referencer) og ekspertanbefalinger.	C	Voksne i SUD-behandling med komorbid ADHD.	Et multimodalt, integreret behandlingsforløb med indsatser målrettet både SUD og ADHD, der kan inkludere: ADHD-medicin, psykoedukation, coaching, kognitiv adfærdsterapi. Kognitiv adfærdsterapi har højest evidens af de psykosociale indsatser.	Ingen evidens om rækkefølge (ADHD eller SUD behandling først). Behov for flere studier/forskning på området.
7	Wilens, T. E., & Morrison, N. R. (2012).  USA	Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment.	Forskningslitteratur-review (71 referencer) og ekspertanbefalinger.	C	Unge og voksne med SUD og ADHD.	Et multimodalt, integreret behandlingsforløb målrettet både SUD og ADHD, med fx KAT. Selvom det ikke er klinisk testet, så tyder resultater fra tidligere undersøgelser på, at KAT kan være effektiv for behandling af både ADHD og SUD.	Behov for yderligere forskning, som kan undersøge effekten af KAT og lignende terapiformer.

### 3.2.1 Reviews

I dette afsnit vil vi opsummere resultaterne og anbefalinger fra de syv reviews, som blev identificeret i vores litteratursøgning. Ingen af reviewene havde karakter af et meta-review, da to var narrative reviews, og fem hører under det, der kan kaldes forskningslitteratur-review ('research literature review'). Fire af reviewene er gennemført af amerikanske forskere, mens de tre sidste stammer fra Canada, Spanien og Belgien. Hvor fire af reviewene har fokus på voksne populationer med ADHD og misbrug, fokuserer tre af reviewene også på unge ('adolescents' eller 'youths').

For det første er det værd at nævne, at samtlige reviews havde et primært fokus på medicinsk/farmakologisk eller psykiatrisk behandling af dobbeltproblematikken. Psykosociale indsatser var dermed ikke omdrejningspunktet for reviewene, som ikke desto mindre indebar enten en kort gennemgang af den (begrænsede) evidens på området eller afsluttende bemærkninger og anbefalinger til lovende psykosociale indsatser som supplement til den medicinske behandling.

#### 3.2.1.1 Hovedfund fra reviewene – en multimodal og integreret behandlingsindsats

En gennemgående anbefaling i reviewene er at anvende en multimodal behandlingstilgang, hvor medicinsk behandling suppleres med psykosociale eller psykologiske indsatser. Den medicinske behandling rettes mod ADHD (methylphenidat, atomoksetin, evt. med extended release), hvorimod studierne præsenterer forskellige måder at gribe de psykosociale komponenter an. Vi vil i det følgende opridse reviewenes anbefalinger til, hvilke psykosociale interventioner der anbefales som supplement eller centrale elementer i en multimodal indsats.

Bukstein (2009) anbefaler, at psykosociale indsatser anvendes på begge tilstande, sådan at medicin og psykoedukation målrettes ADHD (hvor psykoedukationen anvendes til at sikre korrekt medicinindtag), og andre psykosociale interventioner målrettes misbruget (Bukstein, 2009). Af psykosociale interventioner, der kan rettes mod misbruget, nævnes kognitiv adfærdsterapi (KAT), motiverende interview (MI), contingency management, familierapi samt 12-trinsbehandling (Bukstein, 2009). Eftersom medicinsk behandling sjældent er tilstrækkeligt for misbrugspatienter med ADHD, bør behandlingen anvende én eller flere af disse evidensbaserede metoder og gerne flere i kombination med hinanden (Bukstein, 2009, p. 203). Bukstein anbefaler på baggrund af reviewet også, at en generel regel bør være, at man først behandler den tilstand, der vil have størst effekt på udfaldet af behandlingen, hvilket næsten altid vil være misbruget. Dette udelukker dog ikke muligheden for sideløbende behandling af begge tilstande, fordi behandlingen af ADHD kan igangsættes, så snart misbruget er 'stabiliseret' (Bukstein, 2009). I lav- og moderat-risiko grupper (personer med et aktivt rusmiddelbrug eller alkohol/hash-misbrug) kan ADHD- og misbrugsbehandlingen således ofte gives sideløbende, hvorimod de psykosociale indsatser rettet mod misbruget bør igangsættes før medicinering for høj-risiko grupper (fx personer med et aktivt misbrug af kokain, heroin, centralstimulerende medicin eller receptmedicin) (Bukstein, 2009, pp. 203–204).

Klassen, Bilkey, Katzman, & Chokka (2012) anbefaler på baggrund af deres review ligeledes en multimodal behandlingsindsats. Reviewet viser, at selv om der mangler evidensbaserede retningslinjer for samtidig behandling af ADHD og misbrug, tyder det på, at stimulerende medicin ikke nødvendigvis bør undgås for patienter med denne komorbiditet, og at en multimodal behandling kan være en succesfuld tilgang til at forbedre ADHD-symptomer uden at forværre misbruget (Klassen et al., 2012). Dog fremhæver studiet også, at der er begrænset evidens for effektiviteten af psykoterapeutisk behandling af ADHD og misbrug hos voksne. Psykoedukation og tilbagefaldsforebyggelse er metoder, som forfatterne mener kan have positive virkning, men som der mangler mere velkontrollerede forsøg af, for at kunne fastslå en egentlig effekt. Der er således for begrænset evidens

på området til at give guidelines til praksis, hvorfor forfatterne efterspørger kontrollerede studier af psykoterapeutiske indsatser (Klassen et al., 2012, p. 195).

Dernæst finder vi tre reviews, som anbefaler kognitiv adfærdsterapi som komponent i en multimodal og integreret behandlingsindsats (Crunelle et al., 2018; Martinez-Raga et al., 2013; Wilens & Morrison, 2012).

Martinez-Raga et al. (2013) anbefaler et multimodalt, integreret behandlingsforløb, hvor en kombination af indsatser målrettes både ADHD og misbruget. Et sådant behandlingsforløb kan ifølge reviewet bestå af følgende elementer: ADHD-medicin, psykoedukation, coaching og kognitiv adfærdsterapi. Psykoedukation er særligt relevant i den første fase af behandlingen mens kognitiv adfærdsterapi er en veldokumenteret metode i behandlingen af ADHD. Derfor anbefaler forfatterne særligt inddragelsen af kognitiv adfærdsterapi (Martinez-Raga et al., 2013, p. 214). Ligesom forgående studier fremhæver forfatterne, at det kun er få studier, der systematisk har evalueret effekten af psykologiske behandlingsindsatser til voksne ADHD-patienter med samtidigt misbrug. Ikke desto mindre anbefaler forfatterne, at psykologiske indsatser bør opfattes som nøgleelementer i den multimodale behandling og ikke blot som understøttende for medicineringen (Martinez-Raga et al., 2013). De psykologiske interventioner er desuden særligt relevante for patienter, der ikke responderer på ADHD-medicin, og for patienter med andre komorbide tilstande. Reviewet fremhæver også, at behandlingsrækkefølgen snarere bør afgøres af 'alvorligheden' af de komorbide tilstande frem for at man antager, at misbruget altid bør stabiliseres inden behandling. Hvis ADHD-symptomerne således er mest fremtrædende, bør der først være fokus på disse (Martinez-Raga et al., 2013, p. 225).

Wilens & Morrison (2012) anbefaler ligeledes et integreret, multimodalt behandlingsforløb, som målrettes både misbrug og ADHD hos unge såvel som hos voksne. Her anbefaler de, på baggrund af ældre guidelines, at misbruget stabiliseres inden eventuel påbegyndelse af medicinsk behandling. Reviewet konstaterer dog også, at farmakologisk behandling af personer med ADHD, som samtidig har et aktivt misbrug, ikke lader til at være virkningsfuldt eller brugbart for hverken ADHD eller misbruget (Wilens & Morrison, 2012). Dog kan klinikere rette opmærksomhed mod depotpræparater ('extended release') og ikke-stimulerende præparater ('nonstimulant') som en del af det multimodale behandlingsforløb. Selvom kognitiv adfærdsterapi ikke er klinisk testet, så tyder resultater fra tidligere undersøgelser på, at denne metode kan være effektiv behandling af både ADHD og misbrug (Wilens & Morrison, 2012, p. 3). Forfatterne efterspørger derfor ligeledes yderligere forskning om kognitiv adfærdsterapi, om rækkefølgen i behandlingsforløb (om behandlingen skal gives sekventielt eller parallelt) samt om de langvarige behandlingseffekter blandt personer med ADHD og et aktivt misbrug (Wilens & Morrison, 2012, p. 5).

Det nylige review af Crunelle et al. (2018) er et yderst brugbart bidrag, fordi reviewet også inkluderer internationale konsensus-baserede anbefalinger på baggrund af reviewets fund. Resultaterne fra reviewet er således blevet diskuteret og valideret af forskere og eksperter på området (ICASA) i 13 lande, som er nået til enighed om både korrekt screening, diagnosticering og behandling af patienter med samtidigt misbrug og ADHD. Anbefalingerne gælder både patienter i misbrugsbehandling, som har ADHD, men også patienter i ADHD-behandling i psykiatrien, som har misbrugsproblematikker (Crunelle et al., 2018). Ligesom foregående studier anbefaler eksperterne på baggrund af reviewet og intern validering en integreret og multimodal behandling af den dobbelte problematik som en lovende tilgang, selvom der fortsat mangler yderligere forskning og evidens for virkningen. Den multimodale behandling bør både indbefatte medicinsk behandling og psykosociale indsatser, herunder psykoedukation, kognitiv- og adfærdsterapi, individuelt eller i gruppe, samt peer support. Forskerne fremhæver desuden den lovende status af en nyligt afprøvet metode, integreret kognitiv adfærdsterapi, som kan rettes mod begge tilstande (denne metode indgår i nærværende videnskortlægning

og beskrives i afsnit 3.2.3.1). Studiet nævner desuden følgende psykosociale indsatser som andre mulige komponenter i en multimodal behandlingsindsats: dialektisk adfærdsterapi, coaching og guidelines udviklet af et belgisk forskerteam (beskrives også i afsnit 3.2.3.3) (Crunelle et al., 2018, p. 48). Der er imidlertid ikke etableret tilstrækkelig evidens for metoder som struktureret færdighedstræning, struktureret dialektisk adfærdsterapi og mindfulness-baseret terapi for netop denne gruppe med ADHD og misbrug (Crunelle et al. 2018, p. 48). Ud over en multimodal behandlingsindsats anbefales behandlere at påbegynde misbrugsbehandling først, men hurtigst muligt følge efter med ADHD-behandling (Crunelle et al., 2018, p. 47). Ikke desto mindre understreger forskerne behovet for en integreret tilgang, således at ADHD behandles i misbrugsbehandling, eller misbrug behandles i ADHD-behandling (Crunelle et al., 2018, p. 47). Ydermere fremhæves under-diagnosticering af ADHD som en mulig udfordring for behandlingsfrafald, og forfatterne fremhæver derfor at anerkendelse og sideløbende behandling af ADHD-symptomer i misbrugsbehandling kan være med til at øge fastholdelses- og gennemførselsrater (Crunelle et al., 2018, p. 48).

### 3.2.1.2 Behandling af unge

To reviews fokuserer specifikt på unge med samtidig ADHD og misbrug (Hammond & Gray, 2016; Hogue, Evans, & Levin, 2017). Hammond & Gray (2016) undersøger eksisterende evidens for behandling af unge (12-25-årige), der både har misbrug og en psykiatrisk lidelse, hvilket også inkluderer unge med ADHD og misbrug. På baggrund af litteraturen anbefaler forfatterne, at psykosociale indsatser (behandlingsengagement og adfærdsinterventioner såsom KAT) bør være 'first-line' behandling af misbruget. De misbrugsrettede psykosociale indsatser bør imidlertid suppleres af ADHD-måltrettet medicinsk behandling (Hammond & Gray, 2016). Forfatterne fremhæver, at der generelt er evidens for, at en kombination af medicinske og psykosociale indsatser kan forbedre både misbruget og den psykiske lidelse, særligt når det gælder 'opmærksomhedsforstyrrelser' såsom ADHD (Hammond & Gray, 2016, p. 313).

I et andet review rettet mod indsatser til unge i ambulant, psykiatrisk ADHD-behandling med samtidigt misbrug finder vi ligeledes anbefalinger af en kombination af medicinske og psykosociale indsatser (Hogue et al., 2017). For det første fremhæver studiet, at et vigtigt succeskriterie for behandling af dobbeltdiagnosticerede unge er, at ADHD-symptomerne anerkendes og behandles i misbrugsbehandlingen (Hogue et al., 2017, p. 279). Forfatterne påpeger, at nyere neurologisk forskning har fastslået, at unge med ADHD og problematisk rusmiddelbrug har neurologiske underskud (deficits) i forhold til motivation og selvregulering (Hogue et al., 2017, p. 281). Disse neurologiske underskud har betydning for planlægningen og effektiviteten af behandling og for at optimere udfaldet af behandlingen anbefaler forfatterne, at behandlere systematisk integrerer ADHD-interventioner i misbrugsbehandlingsforløbene (Hogue et al., 2017, p. 281). For det første anbefaler forfatterne, at medicin integreres i interventionerne, hvor risikoen for misbrug af medicinen søges undgået, ved at man henholder sig til anbefalinger for sikker udskrivning og monitorering af ADHD-medicin. Dette gøres bl.a. ved hjælp af psykoedukation og vejledning samt 'kontraktindgåelser' med forældre/pårørende og de unge selv (Hogue et al., 2017, p. 282). Familiepsykoedukation og familiebaseret beslutningstagning om medicin skal være med til at fremme medicinindtaget og behandlingsfastholdelse (Hogue et al., 2017, pp. 283–284). Dernæst anbefales det, at medicineringen suppleres af evidensbaserede uddannelses-interventioner (academic training), som målretter de unges formåen i skolen, hvor to specifikke interventioner fremhæves: STAND og CASH-AA (Hogue et al., 2017, p. 285). Forfatterne anbefaler følgende rækkefølge i behandlingsforløbet (Hogue et al., 2017, p. 287):

1. Grundig udredning ved indskrivning (både af ADHD og akademisk formåen)
2. Psykoedukation (både af familien og den unge selv)



3. Udredning af skolemotivation i familien og familieinterventioner for behandling og akademisk engagement
4. Familie-beslutningstagning om medicinering, psykoedukation om medicin og evt. medicinering
5. Interventioner målrettet skoletræning og planlægningsevner.

### 3.2.2 Opsummering af hovedfund fra reviews

Psykosociale indsatser anbefales i enkelte reviews primært til misbruget, hvortil medicinsk behandling kan målrette og håndtere ADHD-symptomerne. Dog anbefaler nylige reviews psykosociale indsatser til begge tilstande og fremhæver lovende resultater fra integrerede tilgange, hvor tilstandene netop ikke behandles separat. Desuden fremhæver flere studier, at de gængse opfattelser af behandlingsrækkefølge, hvor misbruget bør stabiliseres, før ADHD-symptomerne kan behandles, er forældede, og at der i højere grad bør tænkes i samtidig behandling – eller i hvert fald, at de misbrugsrettede indsatser kombineres med og *hurtigst muligt* efterfølges af ADHD-behandling.

Reviewene viser også, at psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi fremstår som de mest oplagte og lovende psykosociale metoder til denne population. Psykoedukation anbefales både til misbrugs- og ADHD-behandling og er særligt blevet anvendt i kombination med psykofarmaka, hvorimod kognitiv adfærdsterapi primært har været anvendt og været virksom til behandlingen af misbrug. Desuden nævner flere af studierne også den lovende status af integreret kognitiv adfærdsterapi, hvor adfærdsterapien rettes mod begge tilstande (en metode vi vil beskrive i næste afsnit). Derudover er det gennemgående i reviewene, at de anbefaler medicinsk behandling som del af den multimodale indsats, dog med en opmærksomhed på misbrugspotentialer (ved fx at anbefale depotpræparater og ikke-stimulerende præparater).

Afslutningsvist fremhæver samtlige reviews et behov for yderligere forskning på området, særligt af effekten af psykosociale indsatser og psykologiske interventioner. Der er altså stor efterspørgsel efter høj kvalitets- og systematiske undersøgelser af psykosociale indsatser til personer med samtidigt misbrug og ADHD. Gennemgangen af eksisterende reviews på området viser hermed, at psykosociale indsatser fremstår understuderet, og at psykosociale indsatser ikke er blevet anvendt systematisk i behandlingen af denne population, eftersom medicinsk behandling af ADHD i lang tid har haft hovedsædet i både behandlingen og i forskningen.

### 3.2.3 Effektive metoder

I det følgende vil vi først præsentere en oversigtstabel over de 10 studier af specifikke metoder til behandling af personer med ADHD og misbrug, som vi har identificeret i den systematiske litteratursøgning. De 10 studier dækker over fire konkrete metoder, hvilket vil sige, at der ofte er tale om, at de samme forfattere eller forskerteams har udgivet flere studier om samme metode. Disse fire metoder har alle vist positive effekter i behandlingen af målgruppen. Ud af de 10 studier handler to undersøgelser om patienternes perspektiv i behandlingen og om deres ønsker til behandlingen. I oversigtstabellen beskriver vi ligeledes studiets design, målgruppe, hovedkonklusioner og øvrige forhold og opsummerer derudover også selve indsatsen samt forhold vedrørende implementering og økonomi. Efter tabellen gennemgår vi hver enkelt indsats og beskriver studierne hovedfund.

**Tabel 3.2** Studier om indsatser til ADHD og misbrug

Nr.	Forfatter, år og land	Studiets titel	Studiets design	Effekt (vidensdeklaration)	Målgruppe	Indsats	Implementering og økonomi	Effekt/hovedkonklusioner	Øvrigt
8	Bihlar Muld, B. et al. (2016).  Sverige	Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study.	Evaluering med før- og eftermåling (både baseret på beboernes selvrapportering og personalets bedømmelse)	C	Voksne mænd i tvungen behandling for SUD, som også har ADHD. Afrusede inden indsats. 40 deltog, 28 gennemførte.	Dialektisk adfærdsterapi. Seksugersforløb med to sessioner ugentligt.	Opmærksomhed på manglende motivation for frivillig deltagelse i indsatsen.	Selvrapporteret reduktion i både ADHD-symptomer og psykiske symptomer. Ingen forbedring i personalets bedømmelse af deltagerne. Resultaterne indikerer, at et DBT for voksne med ADHD muligvis er gavnligt for personer med ADHD og SUD, som er i tvungen behandling.	Studiet bør følges op af yderligere studier, der bl.a. inkluderer kontrolgruppe.
9	Bihlar Muld, B. (2016).  Sverige	Men with ADHD in compulsory care for substance abuse: characterization and treatment.	Ph.d. – fire separate studier. Afhandlingens "Study 3" rapporterer resultater fra ovenstående feasibility study, og "Study 4" rapporterer resultater fra kvantitativ followup-studie (seks måneder efter udskrivning).	C	Personer (mænd), der lider af ADHD og har et alvorligt SUD	Dialektisk adfærdsterapi	Højt frafald (30 %). Dog var programmet accepteret og gennemførligt for de fleste deltagere.	Finder signifikante symptom-reduktioner i alle selvrapporterede mål mellem pre- og post-intervention, men ikke i personalets bedømmelse. Followup-studie viser også bedre psykosociale outcomes for deltagere, der gennemførte programmet.	Påpeger at ADHD i kombination med SUD udgør en særlig udsat tilstand. Beskriver kliniske karakteristika for gruppen.
10	van Emmerik-van Oortmerssen, K. et al. (2013).  Holland	Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: study protocol of a randomized controlled trial.	RCT study protocol	A (når det er gennemført)	Voksne med både SUD og ADHD i SUD-behandling.  18-64 år.	Integreret kognitiv adfærdsterapi (ICBT). Kontrol: KAT til SUD.	Kombinerer to manualbaserede KAT-metoder.	Ingen effekter rapporteret i dette studie, da der er tale om en study protocol.	Dette er det første studie, der laver RCT af en kombineret indsats til SUD/ADHD. Resultaterne udgives i 2018/2019.

Nr.	Forfatter, år og land	Studiets titel	Studiets design	Effekt (vidensdeklaration)	Målgruppe	Indsats	Implementering og økonomi	Effekt/hovedkonklusioner	Øvrigt
11	van Emmerik-van Oortmersen, K. et al. (2015).  Holland	Integrated cognitive behavioral therapy for patients with substance use disorder and comorbid ADHD: two case presentations.	Case præsentationer	C	2 mænd med SUD/ADHD. Én 31-årig og én 25-årig.	Integreret kognitiv adfærdsterapi (ICBT).	Kombinerer to manualbaserede KAT-metoder.	Case-præsentationerne illustrerer, at ICBT er en <i>lovede</i> ny behandlingsmetode. Frafald udgør en stor udfordring	Forfatterne påpeger et behov for RCT af metoden.
12	van Emmerik-van Oortmersen, K. (2018)  Holland	ADHD & Addiction: Prevalence, diagnostic assessment and treatment of ADHD in substance use disorder patients	Ph.d. – præsenterer ni separate studier.  Kapitel 9: resultater fra RCT af ICBT (ikke tilgængeligt). Kapitel 12: Konklusion.	A-C	Voksne i SUD behandling med ADHD.	Integreret kognitiv adfærdsterapi (ICBT). Kontrol: KAT til SUD.	Forbedringen i begge grupper sætter spørgsmålstegn ved cost-effectiveness af den integrerede metode	Patienter, som modtog integreret KAT, rapporterede færre ADHD-symptomer efter behandling end patienter, der blot modtog SUD behandling. Rusmiddelbrug, depressive og angstlignende symptomer samt livskvalitet blev forbedret i begge grupper. Dog højt frafald. Alligevel anbefales bred implementering i klinisk praksis.	Kapitel 9 er endnu ikke tilgængelig, da det er under udgivelse. En opsummering af kapitlet findes dog i kapitel 12 (konklusion).
13	Keith, J. R. et al. (2015).  USA	An assessment of an automated EEG-biofeedback system for attention deficits in a substance use disorders residential treatment setting.	Randomiseret, 'mixed factorial design'. Evaluering med to kontrolgrupper.	A	Voksne i SUD døgnterapi med ADHD-symptomer i alderen 18-56 år.  36 kvinder, 59 mænd.	EEG-biofeedback.  Alle modtog gruppe-, familie- og individuel behandling.		Gruppe 1 (EEG) og 2 (guided EEG) oplevede positive ændringer i TOVA-test (Test of Variables of Attention). Gruppe 3 (ekstra terapi) oplevede ingen ændringer. Resultaterne demonstrerer, at neurofeedback effektivt kan forbedre opmærksomhed blandt misbrugere i døgnterapi.	Kun testet blandt misbrugere i intensiv døgnterapi.

Nr.	Forfatter, år og land	Studiets titel	Studiets design	Effekt (vidensdeklaration)	Målgruppe	Indsats	Implementering og økonomi	Effekt/hovedkonklusioner	Øvrigt
14	Matthys, F. et al. (2014a).  Holland/Belgien	Guideline for Screening, Diagnosis and Treatment of ADHD in Adults with Substance Use Disorders.	Guidelines udviklet på baggrund af fokusgruppeinterview, litteratur-review, kvalitetstjek, data-ekstraktion og validering.	C	Voksne med ADHD og SUD.	Guideline: Psyko- edukation, kognitiv adfærdsterapi og færdighedstræning.		Anbefaler et integreret behandlingsforløb, som bør indeholde: 1. fase: psykoedukation, 2. fase: KAT og færdighedstræning. Derudover kan følgende indsatser overvejes: individuel coaching, peer support, dialektisk adfærdsterapi, mindfulness træning og partearbejde.	Behov for yderligere forskning.
15	Matthys, F. et al. (2014b).  Holland	Barriers to Implementation of Treatment Guidelines for ADHD in Adults With Substance Use Disorder.	Kvalitativ evaluering af guidelines (fokusgrupper med personale, patienter, fagpersonale og psykiatere)	C	Voksne med ADHD og SUD.	Guideline (se ovenstående)	Se hovedkonklusioner.	Flere barrierer blev identificeret. På trods af en opdateret guideline opstår underdiagnosticering og ufuldstændig behandling fortsat.	Påpeger, at medicin kun kan spille en "støttende" rolle i behandlingen af samtidig ADHD/SUD.
16	Nehlin Gordh, C., Nyberg, F., & Öster, C. (2015).  Sverige	The patient's perspective on the link between ADHD and substance use: A qualitative interview study.	Kvalitativt interview-studie	C	14 unge under 30 år i ambulant psykiatrisk behandling for ADHD med aktivt rusmiddelbrug (selvvalideret som problematisk).	Ambulant psykiatrisk ADHD-behandling		Ønsket om normalitet og om at høre til identificeres som en vigtig underlæggende driving force for alkohol og stofbrug blandt de voksne med ADHD. Forskerne anbefaler, at SUD-behandling inkluderes i ADHD-behandling.	En svaghed i studiet er lav generaliserbarhed.

Nr.	Forfatter, år og land	Studiets titel	Studiets design	Effekt (vidensdeklaration)	Målgruppe	Indsats	Implementering og økonomi	Effekt/hovedkonklusioner	Øvrigt
17	Kronenberg et al. (2015)  Holland	Personal Recovery in Individuals Diagnosed with Substance use Disorder (SUD) and Co-Occurring Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) or Autism Spectrum Disorder (ASD)	Kvalitativt interviewstudie	C	Patienter i ambulant dobbelt-diagnose behandling med misbrug og ADHD eller autisme.	Dobbeltdiagnosebehandling		Identificerer fire faser i patienternes recovery: 1) krise og diagnosticering, 2) håndtering af irritation, symptomer og byrder, 3) livs-reorganisering, 4) et meningsfuldt liv. ADHD-patienterne foretrækker en coachende attitude fra personalet.	En svaghed i studiet er lav generaliserbarhed (få kvinder og socialt udsatte i studiet)

### 3.2.3.1 Integreret kognitiv adfærdsterapi (ICBT)

I dette afsnit vil vi beskrive en integreret metode til mennesker med samtidigt misbrug og ADHD, som gennem to studier er udviklet, anvendt og afprøvet af et hollandsk forskerteam (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2013; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2015). Metoden består af en integreret kognitiv adfærdsterapi-behandling (ICBT) til voksne med ADHD i misbrugsbehandling. Det ene studie præsenterer en "study protocol" for et randomiseret, kontrolleret studie (RCT) af metoden, mens det andet studie gennemgår to case-præsentationer, som illustrerer foreløbige resultater af behandlingen gennemført i det randomiserede forsøg. De endelige resultater fra RCT'en forventes først at blive publiceret i 2019 og er derfor endnu ikke tilgængelige. I Katelijne van Emmerik-van Oortmerssens nylige ph.d. kan man dog få et smugkig på resultaterne, da hun i sammenfatningen opridses hovedfundene fra RCT'en og vigtige opmærksomhedspunkter (van Emmerik-van Oortmerssen, 2018). Vi vil derfor både præsentere konklusioner fra de to udgivne studier af van Emmerik-van Oortmerssen et al. – study protocol (2013) og case-præsentationer (2015) – samt fra van Emmerik-van Oortmerssens Ph.d. (2018).

#### Undersøgelsesspørgsmål

Hvordan virker integreret kognitiv adfærdsterapi på personer med ADHD i misbrugsbehandling?

#### Indsats

Metoden kaldes 'integreret kognitiv adfærdsterapi' (ICBT) og er en kombination af to evidensbaserede kognitiv adfærdsterapi (KAT)-programmer. Det ene KAT-program er rettet mod misbruget, mens det andet er rettet mod ADHD.

Behandlingen foregår på et ambulant behandlingscenter i Holland, og patienter bliver grundigt screenet, inden de randomiseres i de to grupper, henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Behandlingen af begge grupper foretages af behandlere, der er blevet undervist i metoderne, og som har otte eller flere års behandlingserfaring. De modtager løbende supervision og undervisning.

KAT-programmet, der er rettet mod misbruget, er et 'almindeligt' KAT-program, som anvender manualer fra 'Motivational Enhancement Therapy' og 'Cognitive Behavioral Coping Skills Training'. Elementer fra disse manualer udmønter sig i sessioner med motiverende interview, færdighedstræning og tilbagefaldsforebyggelse (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2013, p. 4). KAT-programmet rettet mod ADHD er derimod inspireret af og tager udgangspunkt i en metode til behandling af voksen-ADHD udviklet af Safren et al. (2005), der kaldes 'Mastering Your Adult ADHD'. I dette KAT-program indgår også psykoekation og organiserings-/planlægningsfærdigheder, og det giver færdigheder, der kan reducere distraktioner. Den integrerede indsats anvender således to manual- og evidensbaserede metoder.

I RCT'en modtager alle deltagere først fire ugers misbrugsbehandling, og derefter opdeles de i to grupper. En "treatment as usual"-gruppe, som kun modtager et KAT-program til misbruget (seks sessioner over tre måneder), og en interventionsgruppe, som modtager det integrerede program (11 sessioner over tre måneder). Forfatterne fremhæver selv, at en svaghed ved undersøgelsen er, at interventionsgruppen modtager flere sessioner end kontrolgruppen, og at den positive effekt, der forventes, kan tilskrives den øgede intensitet og længde frem for selve metoderne. Dog understreger de også, at de netop gerne vil undersøge, om disse ekstra ADHD-rettede sessioner har en betydning for udfaldet af behandlingen. Den integrerede behandling kombinerer således begge KAT-programmer, hvorimod kontrolgruppen kun modtager KAT-programmet rettet mod misbruget. Den indledende misbrugsbehandling, som alle modtager, skal motivere deltagerne til at blive afholdende eller

i hvert fald motivere til at reducere rusmiddelbruget. Desuden diskuteres fordele, ulemper og risikofaktorer ved rusmiddelbruget, og deltagerne får drøftet deres egne målsætninger. Således indgår i dette integrerede forløb et kort indledende misbrugsbehandlingsforløb, der har til formål at reducere patienternes misbrug inden den integrerede indsats.

### **Målgruppe**

Målgruppen for den integrerede indsats er voksne (18-64-årige) i misbrugsbehandling, som har komorbid ADHD.

I RCT'en, som forventes udgivet i 2019, blev i alt 150 inviteret til at deltage i randomiseringen for at tage højde for frafald. Det var forventet, at grupperne (kontrol og intervention) ville bestå af 65 personer i hver. Patienterne skulle være 'selvrefererede', dvs. at de selv havde opsøgt behandling. Desuden skulle medicinerede patienter (som fx tager ADHD-medicin) være under stabil medicinering for at mindske udsving (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2013).

Case-præsentationen omhandler to mænd på henholdsvis 25 og 31 år, som modtog den integrerede behandling (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2015).

### **Studiets design**

Designet af RCT'en er udførligt beskrevet i den udgivne study protocol, både i forhold til randomisering, procedurer, måleredskaber, stikprøvestørrelser og statistisk analyse (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2013).

De to casepræsentationer beskrives både kvantitativt og kvalitativt. Der er således foretaget målinger ved indskrivning i behandling, en uge efter behandling (post-treatment) og to måneder efter behandling (followup) på forskellige standardiserede måleinstrumenter (fx CIDI, CAADID, BDI) (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2015).

### **Resultater**

#### *Case-præsentationer*

Case-præsentationerne illustrerer, at ICBT er en *lovede* ny behandlingsmetode. Hvor den ene deltager dropper ud af behandlingen undervejs, oplever den anden både et fald i ADHD-symptomer, depression og rusmiddelbrug, samt en stigende livskvalitet. Udviklingen viser sig både ved post-treatment og followup to måneder senere (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2015, p. 215). Selvom den ene falder fra, mener forfatterne, at ICBT har store potentialer, som de forventer bliver bekræftet i RCT studiet. Patienten, som fuldførte behandlingen og oplevede disse positive udviklinger, fortæller, at den integrerede behandling hjalp ham med både at kontrollere sit alkoholforbrug, at præstere bedre på arbejdet og med at etablere og indgå i nye relationer. Den anden patient havde et hyppigt hashforbrug og accepterede den integrerede behandling, men dukkede ikke op til den første session og besvarede ikke centrets opkald. Studiet konkluderer, at frafald (dropout) udgør en stor udfordring for denne dobbeltdiagnosticerede gruppe. To hovedudfordringer i både behandling og for forskningen er således, at patienter med komplekse/overlappende lidelser har tendens til at falde tilbage i brug af rusmidler og har problemer med at planlægge og vedholde behandlingen. En styrke ved den integrerede behandling er imidlertid, at den er samtidig frem for sekventiel, fordi en integreret tilgang kan tage højde for, at ADHD- og misbrugs-relaterede problematikker og symptomer kan overlappe og have de samme funktionelle konsekvenser (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2015, p. 216) Forskerne understreger i forbindelse hermed, at afholdenhed fra rusmidler *kan* være et vigtigt første skridt i behandlingen, men at afholdenhed også kan afsløre funktionelle problemer, der indvirker på individets livsførelse og organiseringsevner, som kan påvirke udfaldet af

misbrugsbehandlingen (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2015, p. 216). En styrke ved metoden er derfor, at det integrerede forløb indeholder træning af planlægningsfærdigheder.

#### *Hovedfund fra RCT*

Følgende hovedfund er beskrevet i van Emmerik-van Oortmerssens ph.d. Den endelige afrapportering af studiet er endnu ikke tilgængeligt/udgivet, hvorfor vi i det følgende beskriver de overordnede fund frem for specifikke effekter. Patienter, som modtog integreret KAT (ICBT), rapporterede færre ADHD-symptomer efter behandling end patienter, der blot modtog misbrugsrettet KAT (kontrolgruppen). Forskerne noterede særligt ændringer i patienternes opmærksomhed, og i mindre grad ændringer i hyperaktivitet/impulsivitet (van Emmerik-van Oortmerssen, 2018, p. 212). Rusmiddelbrug, depressive og angstlignende symptomer samt livskvalitet blev imidlertid forbedret i både interventionsgruppen og i kontrolgruppen.

Forbedringen i begge grupper stiller spørgsmål ved 'cost-effectiveness' af den integrerede metode, eftersom misbrugsbehandlingen (kontrolgruppen) opnåede de samme positive ændringer på fx livskvalitet og rusmiddelbrug som den udvidede, og mere omkostningsfulde, integrerede metode. Selvom forskerne således antog, at en reduktion i ADHD-symptomer via den integrerede indsats ville føre til en større reduktion i misbruget end 'treatment-as-usual' (kontrolgruppen), skete dette ikke. Desuden vedbliver frafald og fastholdelse i behandling at være en central udfordring, og analyser viste, at frafald tidligt i forløbet var forbundet med stofmisbrug (frem for alkoholmisbrug) og reducerede planlægningssevner (van Emmerik-van Oortmerssen, 2018, p. 212). Ikke desto mindre anbefaler van Emmerik-van Oortmerssen (2018), at metoden implementeres bredt i praksis og bliver gjort til genstand for yderligere studier – særligt af frafaldsrater, de langvarige effekter og af metodens 'cost-effectiveness' (van Emmerik-van Oortmerssen, 2018, p. 218).

#### 3.2.3.2 Dialektisk adfærdsterapi – gruppebaseret færdighedstræning

I dette afsnit vil vi beskrive et forskningsprojekt, som undersøger et dialektisk adfærdsterapi (DAT)-baseret færdighedstræningsprogram til personer med samtidigt ADHD og misbrug i tvungen misbrugsbehandling i Sverige (Bihlar Muld, 2016; Bihlar Muld, Jokinen, Bolte, & Hirvikoski, 2016). I Sverige kan forvaltningsdomstolen beslutte, at en (stof)misbruger skal i tvungen behandling for sit misbrug, også selvom vedkommende ikke ønsker det. Formålet med dette er at afbryde et livstruende stofmisbrug af for eksempel alkohol eller narkotika, samt at motivere personen til behandling gennem frivillige indsatser (Bihlar Muld et al., 2016, p. 160). SiS, Statsstyrelsen, er den statslige myndighed, der er ansvarlig for individuelt tilpasset tvungen lovbefalede behandling af misbrug i Sverige, som ofte foregår på en af de 11 SiS-institutioner (Bihlar Muld, 2016, p. 27; Bihlar Muld et al., 2016, p. 160).

Behandlingen på institutionerne er baseret på multimodale behandlingsmetoder. Den ikke-farmakologiske behandling kan omfatte forskellige frivillige psykosociale behandlingstilbud, fx et forløb med psykoterapi, som kan gives i forskellige kombinationer, afhængig af individets behandlingsbehov og motivation (Bihlar Muld, 2016; Bihlar Muld et al., 2016). Før dette forskningsprojekt eksisterede ifølge studiet ingen psykoterapeutiske forløb, som var målrettet de specifikke behov hos patientgruppen med kombineret ADHD og misbrug. Formålet med studiet var med afsæt i denne erkendelse derfor at afprøve og evaluere gennemførligheden af et DAT-baseret færdighedstræningsprogram som en frivillig psykoterapeutisk indsats målrettet mænd med ADHD i misbrugsbehandling på en SiS-institution i Sverige (Bihlar Muld, 2016, p. 27; Bihlar Muld et al., 2016, p. 159).



## Undersøgelsesspørgsmål

Formålet med studiet var at vurdere, om et DAT-baseret færdighedstrænings-program var gennemførbart og acceptabelt som et frivilligt tiltag målrettet mænd med ADHD i tvungen misbrugsbehandling.

## Indsats

Metoden kaldes "DAT-baseret færdighedstræning". Metoden er baseret på et behandlingsprogram, som er hentet fra den svenske version (Hirvikoski et al., 2010) af en tysk behandlingsmanual (Hesslinger et al., 2004). Manualen er baseret på dialektisk adfærdsterapi og er målrettet voksne med ADHD (Bihlar Muld et al., 2016, p. 164). I dette studie er behandlingsmanualen blevet modificeret for at lette læsningen og forståelsen for personalet. Derudover er resultaterne fra et af Bihlar Mulds tidligere studier om karakteristika hos ADHD/SUD-patienter i tvungen misbrugsbehandling blevet brugt til at tilpasse behandlingsprogrammet til den specifikke målgruppe (Bihlar Muld, 2016, p. 32; Bihlar Muld et al., 2016, p. 164).

Formålet med behandlingsprogrammet er at udvikle og forbedre deltagernes færdigheder relateret til deres ADHD-symptomer og funktionsnedsættelse. Indsatsen bestod blandt andet af psykoedukation, mindfulness-træning og funktionel adfærdsanalyse (functional behavior analysis) (Bihlar Muld et al., 2016, p. 163). Indsatsen varede seks uger og bestod af to ugentlige gruppesessioner.

Alle deltagere, som fik tilbuddet om indsatsen, boede på en behandlingsafdeling for patienter med ADHD på SiS-institutionen Hornö. Afdelingspersonalet var blevet oplært i princippet for den DAT-baserede behandling. Hver deltager, som takkede ja til behandlingsprogrammet, fik tildelt en coach, som skulle motivere dem til deltagelse i sessionerne. Personalet var derfor også blevet trænet i coaching. Derudover var der altid en coach, en ansat fra deltagernes afdeling, til stede til selve gruppesessionerne. Gruppelederne til sessionerne var uddannede psykologer, som arbejdede på SiS-institutionen Hörno (Bihlar Muld, 2016, p. 32; Bihlar Muld et al., 2016, p. 164).

For at motivere deltagerne til at deltage i gruppesessioner benyttede afdelingspersonalet sig af beskeden belønninger, som for det meste var en foretrukken aktivitet med afdelingspersonalet, såsom en frokost på en restaurant. Belønningerne kunne enten være individuelle eller gruppebaserede og var ikke systematisk planlagt på forhånd (Bihlar Muld, 2016, p. 32; Bihlar Muld et al., 2016, p. 164).

## Målgruppe

Målgruppen var voksne mænd med ADHD i tvungen misbrugsbehandling på SiS-Institution Hornö. Patienterne skulle være afrusede, inden de kunne deltage i indsatsen, og desuden var eksklusionskriterierne: IQ under 70, slem psykiatrisk komorbiditet (fx psykoser), hvis patienterne var selvmords-truede, havde en aggressiv opførsel eller ikke var i stand til at deltage i gruppesessionerne.

40 mænd (19-46 år) takkede ja til at deltage i den frivillige DAT-baserede indsats. 23 af deltagerne var tidligere blevet diagnosticeret med ADHD, og de resterende 17 blev diagnosticeret med ADHD på behandlingsinstitutionen (Bihlar Muld, 2016, p. 32; Bihlar Muld et al., 2016, p. 164).

## Studiets design

Evalueringen af indsatsen bestod af før- og eftermålinger, som var baseret på deltagernes egen selvsvurdering samt personalets vurdering af deltagerne. Der blev målt på gennemførlighed, deltagernes behandlingstilfredshed ("treatment acceptability") og effekt af indsatsen.

The Treatment Credibility Scale (TCS) (Borkovec & Nau, 1972) blev brugt til at måle deltagernes forventninger til indsatsen. TCS blev udfyldt af deltagerne både før og efter indsatsen. Til at måle

deltagernes tilfredshed med indsatsen efter programmets afslutning blev patientevalueringsskemaet fra manualen fra den DAT-baserede færdighedstræning anvendt (Bihlar Muld, 2016, p. 33; Bihlar Muld et al., 2016, p. 164).

Derudover skulle deltagerne før og efter indsatsen besvare et skema med spørgsmål til deres ADHD-symptomer, psykiatriske symptomer og deres generelle velbefindende. Personale fra deltagerens behandlingsafdeling skulle tilsvarende besvare et lignende skema om deltagerens symptomer inden og efter indsatsen (Bihlar Muld, 2016, p. 33; Bihlar Muld et al., 2016, p. 164).

Alle 40 deltagere, som blev inkluderet i det DAT-baserede behandlingsprogram, blev fulgt op seks måneder efter de var blevet udskrevet fra den tvungne misbrugsbehandling. Det skete ved, at deltagerens tilknyttede socialarbejdere blev kontaktet med et kort spørgeskema, som fokuserede på deltagerens nuværende psykosociale situation, status på misbrug, og evt. deltagelse i frivillige behandlingstilbud siden udskrivelsen (Bihlar Muld, 2016, pp. 33–34).

## Resultater

*Gennemførlighed:* Antallet af patienter med ADHD, som opfyldte inklusionskriterierne, og som blev spurgt, om de ville deltage i behandlingen, var 70. Der var 30, som afviste at deltage i forløbet, hvilket vil sige, at 42,9 % ikke havde lyst til at deltage i undersøgelsen. Ud af de 40 deltagere, som startede den DAT-baserede træning, var der 28 (70 %), der gennemførte forløbet. Alle 28 deltog i mindst 75 % af sessionerne. Der var 12, der stoppede indsatsen undervejs (Bihlar Muld, 2016, p. 38; Bihlar Muld et al., 2016, p. 166).

*Behandlingstilfredshed ('acceptability'):* Der var en signifikant stigning i gennemsnitsscoren på the Treatment Credibility Scale (TCS) fra før-indsatsen ( $M = 5,7$ ,  $SD = 1,87$ ) til efter-indsatsen ( $M = 6,34$ ,  $SD = 1,89$ ), hvilket indikerer, at deltagerne overordnet var tilfredse med indsatsen. Deltagerne vurderede psykoedukation som det mest gavnlige element i behandlingen (Bihlar Muld, 2016, p. 39; Bihlar Muld et al., 2016, pp. 166–167).

*Effekt af behandling:* ADHD-symptomer ( $p < 0,001$ ) og psykiatriske symptomer ( $p = 0,01$ ) var reduceret fra før-indsatsen til efter-indsatsen i deltagerens selvrapporteringer. Generelt velbefindende ( $p = < 0,001$ ) var også steget signifikant i selvrapporteringerne. Modsat var der i personalets rapporteringer ingen signifikante forbedringer. Overordnet var korrelationen mellem det selvrapporterede data og personalets rapportering lille (Bihlar Muld, 2016, p. 39; Bihlar Muld et al., 2016, p. 167).

*6 måneders followup:* I den opfølgende undersøgelse viste det sig, at de 28 som havde fuldført behandlingsprogrammet, havde færre tilbagefald og oftere var tilknyttet frivillige behandlingstilbud sammenlignet med de 12, som ikke fuldførte programmet. Der kan dog ikke opsættes nogen egentlige årsagssammenhænge vedrørende forholdet mellem gennemførelsen af det DAT-baserede behandlingsprogram og det psykosociale resultat på opfølgingsundersøgelsen pga. for store forskelle i deltagerens baseline samt manglen på kontrolgruppe (Bihlar Muld, 2016, p. 40).

Opsummerende viser resultatet af forskningsprojektet, at det DAT-baserede behandlingsprogram for ADHD overordnet er gennemførlig og acceptabel som en psykoterapeutisk indsats, målrettet mænd med ADHD i tvungen misbrugsbehandling på en SiS institution i Sverige (Bihlar Muld, 2016; Bihlar Muld et al., 2016).

Hvor deltagerne rapporterede forbedring på både deres ADHD- og psykiatriske symptomer og deres trivsel, så var der dog ingen signifikant reduktion i personalets vurdering af deltagerne. Derudover indikerer antallet af deltagere til behandlingsprogrammet, at motivationen for frivillig ikke-farmakolo-

gisk behandling generelt er lav hos målgruppen. Disse resultater viser, at et DAT-baseret færdighedstræningsprogram for voksne med ADHD kan være gavnlige for nogle patienter med ADHD i tvungen misbrugsbehandling, forudsat at der afsættes betydelige ressourcer til at tilpasse indsatsen til målgruppen og behandlingscentret (Bihlar Muld, 2016; Bihlar Muld et al., 2016). Derudover fremhæver et andet af Berit Bihlar Mulds studier, at medicinsk behandling for ADHD hos patienter med ADHD og svært misbrug kan være med til at øge patienternes evne til at følge et ikke-farmakologisk behandlingstilbud, og derved muligvis forbedre patienternes langsigtede resultater (Bihlar Muld, 2016, pp. 36–37; Bihlar Muld et al., 2016, p. 170).

### 3.2.3.3 Belgiske guidelines

Et belgisk forskerteam har udviklet en guideline specifikt til behandling af voksne med ADHD og misbrug (Matthys, Soyez, et al., 2014; Matthys, Stes, et al., 2014). Det ene studie beskriver, hvordan guidelinen blev udviklet (Matthys, Stes, et al., 2014), mens det andet studie evaluerer implementeringen af guidelinen i praksis (Matthys, Soyez et al., 2014). Guidelinen indeholder både anbefalinger til screening, diagnosticering og behandling af denne dobbeltproblematik, men vi vil primært fokusere på anbefalingerne vedrørende behandling. Anbefalingerne om screening og diagnosticering vil vi dog vende tilbage til i afsnit 3.4, hvor vi samler og gennemgår viden om udredningsproblematikker.

Guidelinen, vi præsenterer i det følgende, skal mere forstås som en opsummering, systematisering og validering af viden om 'best practice' end et egentligt evidens- og manualbaseret behandlingsprogram. Guidelinen er således ikke sammenfattet i en decideret manual, men opridses og anbefaler mulige elementer i et evidensbaseret og ekspertvalideret behandlingsforløb. Netop fordi der mangler studier, der undersøger evidens for indsatser målrettet denne population, valgte dette forskerteam at udvikle guidelinen på baggrund af ekspertanbefalinger, en tværfaglig kvalificeret udviklingsgruppe samt fokusgrupper med patienter, og ud fra eksisterende viden om og review af evidensbaserede metoder i henholdsvis ADHD- og misbrugsbehandling.

#### **Undersøgelsesspørgsmål**

Formålet med studierne er at udvikle en guideline for screening, diagnosticering og behandling af voksen-ADHD blandt misbrugspatienter samt at udforske barrierer for implementering af denne guideline.

#### **Studiets design**

Forskerne udvikler guidelines på baggrund af en metodologi beskrevet af Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), som er en del af det belgiske Cochrane-samarbejde (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 631). Først blev der sammensat en gruppe, der sammen skulle udvikle denne guideline, bestående af deltagere fra alle relevante sektorer. Dernæst blev der foretaget fokusgrupper med patienter og behandlere (læger og psykologer). Viden herfra blev brugt til at foretage et systematisk review af evidensbaseret forskning (resulterede i 66 studier), som blev holdt op imod klinisk erfaring i udviklingsgruppen og udmøntede sig i den første version af guidelinen. Denne guideline blev testet i 12 misbrugscentre over seks måneder, og erfaringen herfra blev inkorporeret i en endelig version.

I implementeringsstudiet blev der afholdt fokusgrupper med både patienter og personale om barrierer i behandlingen, hvor denne viden blev grundlag for yderligere fokusgrupper med fagpersonale, som har afprøvet guidelinen (10 personer) samt psykiatriske afhængighedsspecialister (7 personer).

#### **Målgruppe**

Voksne med misbrug og ADHD (18-64 år) i misbrugsbehandling.

## Resultater og guidelines

### *Litteraturstudiet*

Litteraturstudiet, foretaget af psykiatriske specialister, finder, at der i forskningen generelt er konsensus om, at behandling af personer med ADHD og misbrug bør indebære flere elementer. Dette kunne fx være psykoedukation, medicinering sammen med individuel/gruppeterapi og peer-support (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 638). Desuden er der enighed om, at ADHD-behandling bør integreres i misbrugsbehandling, fordi ADHD symptomer netop kan påvirke misbrugsbehandlingen (pga. impulsivitet og ringe planlægningsevner). Der er imidlertid ikke konsensus om rækkefølge i behandlingen, og det anbefales både, at misbruget bør stabiliseres inden ADHD behandling, og at alvorlige ADHD-symptomer behandles før misbruget (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 638). Dernæst fremhæver reviewet, at forventningen om, at ADHD-behandling ville mindske rusmiddelbruget i komorbide patienter, ikke er blevet bekræftet i RCT-studier af populationen (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 638).

Litteratursøgningen undersøger også evidensen for psykoterapeutisk behandling af ADHD hos voksne, som viser, at der er begrænset evidens for disse metoders virkning (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 640). Der er dog studier, der tyder på, at der er en positiv effekt af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og struktureret færdighedstræning for denne gruppe, samt indikationer på en positiv effekt af psykoedukation, peer support, dialektisk adfærdsterapi (DAT) og mindfulness-træning (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 640). Disse metoder har ikke kun vist sig virksomme i behandlingen af voksnes ADHD, men også i misbrugsbehandlingen, hvor særligt kognitiv adfærdsterapi har vist positive effekter. Dog mangler der evidens for disse metoder over for personer med samtidig ADHD og misbrug, da der kun findes ekspertanbefalinger i litteraturen (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 640).

Selvom der findes stærk evidens for virkningen af medicinsk behandling af ADHD hos voksne uden misbrug, så findes der ingen evidens for virkningen af medicinsk behandling til patienter med samtidig ADHD og misbrug (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 642). Forfatterne mener, at brugen af medicin måske bør øges til ADHD patienter med misbrug, men at man samtidig skal være forsigtig med at ordinere medicin til målgruppen grundet en øget sårbarhed og risiko for misbrug af medicinen (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 642).

### *Guidelines*

Guidelinen anbefaler, at misbruget stabiliseres inden behandlingen af ADHD. Guidelinen understreger, at medicinen kun kan have en 'støttende' rolle i behandlingen af dobbeltproblematikken (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 640). Af ikke-medicinsk behandling anbefaler guidelinen en multimodal behandling. Første fase indeholder psykoedukation, mens anden fase bør bestå af medicinering, kognitiv adfærdsterapi (KAT) og færdighedstræning (individuel eller gruppe-baseret). I anden fase anbefales også individuel coaching og peer support til at understøtte medicinindtaget. Derudover kan dialektisk adfærdsterapi (DAT) og mindfulness-træning være hjælpsom, samt terapi, hvor tætte relationer inddrages. Afslutningsvist bør patientens andre komorbide lidelser også behandles (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 641).

Generelt anbefales en kombination af medicinering og psykoterapi i en integreret tilgang til misbruget og ADHD (samt andre komorbide tilstande). Desuden kan støtte fra familie og peers øge effekterne af behandlingen (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 640). Studiet fremhæver dermed, at komplekse problemer kræver kompleks behandling, og at der bør være fokus på at behandle patienten frem for diagnosen. Således anbefaler guidelinen, at evidensbaserede metoder fra misbrugsbehandlingen tilpasses denne population med samtidig ADHD og misbrug, men også at der foretages yderligere forskning for at etablere evidensen af disse ikke-medicinske tilgange på denne gruppe (Matthys, Stes, et al., 2014, p. 642).

### *Implementering*

I fokusgrupperne blev identificeret flere implementeringsbarrierer. For det første lod implementeringen til i høj grad at være afhængig af praktikernes holdninger til ADHD som begreb (Matthys, Soyez, et al., 2014, p. 135)

Praktikere og fagfolk, der ikke har haft erfaring med diagnosen, forholdt sig således skeptiske til brugbarheden af ADHD-begrebet i den multimodale indsats i misbrugsbehandlingen. En forklaring på dette kan blandt andet være, at det kan virke kontra-intuitivt for personale på misbrugscentre at anbefale ADHD-medicinering, når misbrugsbehandlingen traditionelt set anbefaler afholdenhed, også fra visse (afhængighedsskabende) medikamenter (Matthys, Soyez, et al., 2014, p. 135)

En anden barriere er, at patienter med ADHD og misbrug er svære at identificere i ambulante behandling. Når den ambulante ADHD-behandling kræver en vis grad af afholdenhed, bliver denne gruppe altså ofte afvist fra psykiatriske tilbud. Dette medfører, at stofbrugere med ADHD både føler sig fejlplaceret i misbrugsbehandling og i ADHD-behandling, hvor de andre patienter ikke har misbrug, og hvor de risikerer at blive afvist, hvis de 'afslører' deres misbrug (Matthys, Soyez, et al., 2014, p. 135). Desuden oplevede patienterne, at personale i både misbrugsbehandlingen og i psykiatrien manglede viden om ADHD, og de efterspurgte også alternativer til medicinering. De følte også, at deres ønsker om psykosociale indsatser blev ignoreret af behandlingsinstitutionerne (Matthys, Soyez, et al., 2014, p. 135).

For at mindske disse barrierer foreslår forskerne, at det er nødvendigt med et mere integreret blik på de problemer, som ADHD og misbruget har til fælles, nemlig impuls kontrol, hvilket kan gøre behandlingen mere effektiv. Ved at opkvalificere praktikere, psykologer og andet personale, der har med denne gruppe at gøre, kan man mindske modstanden blandt misbrugscentrenes personale mod at opfatte ADHD som en central komorbid tilstand, som kræver både opmærksomhed og sideløbende behandling (Matthys, Soyez, et al., 2014, pp. 136–137).

Studierne af det belgiske forskerteam finder hermed, at deres guideline er lovende, men at der også er væsentlige implementeringsbarrierer. Afslutningsvist bør det også nævnes, at Frieda Matthys et al. for nylig har udgivet en bog, der er henvendt til praktikere og behandlere på området, som hedder *Managing ADHD in the presence of substance use disorders*. Bogen indeholder praktiske og anvendelige kapitler og præsenterer både den ovenstående guideline og konkrete behandlingsmoduler, der kan anvendes i en multimodal indsats.

#### 3.2.3.4 EEG-biofeedback

EEG-biofeedback (også kaldet neurofeedback) har i tidligere undersøgelser vist sig nyttig som adfærdsbehandling for opmærksomhedsforstyrrelser. I dette studie undersøger Keith et al. om EEG-biofeedback kan være brugbar som supplerende behandlingsmetode til personer med opmærksomhedsforstyrrelser, der samtidig er i behandling for et misbrug (Keith, Rappagay, Theodore, Schwartz, & Ross, 2015, p. 2). Studiet undersøger effekten af to EEG-biofeedback-forløb, hvor det ene forløb er klinikerstyret (af en certificeret neuroterapeut), og det andet forløb er et automatisk-styret EEG-biofeedback-system (BrainPaint®). Derudover indgår i studiet en kontrolgruppe, som i stedet for biofeedback blot modtog ekstra terapi (Keith et al., 2015, p. 3).

#### **Undersøgelsesspørgsmål**

Formålet er at evaluere effektiviteten af EEG-biofeedback som supplerende behandlingsmetode til misbrugere i døgnbehandling med symptomer for opmærksomhedsforstyrrelse.

## **Indsats**

Formålet med EEG-biofeedback er i dette studie at effektivisere deltageres hjernefunktion ved at træne deltageres evne til selvregulering. I EEG-biofeedback-sessionerne trænes deltageres evne til selv at kunne regulere deres mentale tilstand. Forhåbningen er, at deltagerne ved behandling med EEG-biofeedback kan lære selv at generere en mental tilstand, hvor de vil føle sig mere opmærksomme, afslappede, stabile og fokuserede, og derved være mindre præget af opmærksomhedsforstyrrelser (Keith et al., 2015, pp. 3–5).

Ved en EEG-biofeedback-session bliver patientens hjerneaktivitet målt med EEG ved hjælp af elektroder i hovedbunden. Målingerne bliver løbende signalbehandlet i en computer, og relevante parametre udtrækkes af signalet. Når aktiviteten forandres i et givet parameter, bliver dette i realtid illustreret over for patienten som et feedback-signal, det kan fx være via et videobillede eller en lyd. Derefter kan patienten forsøge at ændre feedback-signalet, at manipulere det givne parameter i hjernen og derved sin egen hjerneaktivitet, og derigennem træne sin egen evne til selvregulering (Keith et al., 2015, p. 3).

I den konkrete undersøgelse gennemgik alle deltagere (n=95) det samme behandlingsprogram, som patienter i døgnmisbrugsbehandlingen normalt gennemgår. Behandlingsprogrammet er baseret på Minnesotamodellen, og indeholder bl.a. gruppe-, familie- og individuel terapi. Derudover blev alle deltagere tilfældigt fordelt i én af tre grupper (Keith et al., 2015, p. 3):

Gruppe 1 fik 15 automatiserede EEG-biofeedback-sessioner.

Gruppe 2 fik 15 kliniker guidede EEG-biofeedback-sessioner.

Gruppe 3 fik 15 ekstra terapisesessioner.

## **Målgruppe**

Målgruppen for studiet var voksne i døgnmisbrugsbehandling med ADHD-symptomer, helt specifikt symptomer for opmærksomhedsforstyrrelser. 95 personer var inkluderet i studiet.

Deltagerne var 36 kvinder og 59 mænd i alderen 18-59 år, som var i døgnmisbrugsbehandling, og som havde symptomer for opmærksomhedsforstyrrelser (Keith et al., 2015, p. 4).

## **Studiets design**

Studiet var et randomiseret, mixed factorial design.

Alle deltagere modtog gruppe-, familie- og individuel terapi. Deltagerne blev derudover tilfældigt fordelt i tre grupper med enten et automatisk styret EEG-biofeedback-forløb (gruppe 1), et klinikerstyret EEG-biofeedback-forløb (gruppe 2) eller et forløb med ekstra terapi (gruppe 3). Gruppen, som modtog de ekstra terapisesessioner, fungerede som kontrolgruppe (Keith et al., 2015, p. 4).

Outcomes blev målt ved før- og eftermåling, hvor deltagerne inden og efter behandlingsforløbene havde svaret på spørgsmål angående symptomer relateret til opmærksomhedsforstyrrelser. Til at måle symptomerne blev formelen 'Test of Variables of Attention' (TOVA) brugt. TOVA blev udfyldt ved baseline og igen efter hver femte EEG-biofeedback-session (gruppe 1 og gruppe 2) eller efter hver femte ekstra terapisesession (gruppe 3) (Keith et al., 2015, p. 4).

## Resultater

Studiet viste, at begge grupper, som havde modtaget EEG-biofeedback, oplevede positive ændringer i TOVA-testen, altså en reducere af deres symptomer for opmærksomhedsforstyrrelser. Derimod oplevede kontrolgruppen, som blot havde modtaget ekstra terapi, ingen forbedring i TOVA. EEG-biofeedback grupperne adskilte sig ikke væsentlig fra hinanden i deres resultater, hvilket indikerer, at automatiseret EEG-biofeedback er lige så effektivt som kliniker-styret EEG-biofeedback (Keith et al., 2015, p. 4).

Opsummerende indikerer studiets resultater, at EEG-biofeedback kan være effektiv til at forbedre symptomerne for opmærksomhedsforstyrrelse for misbrugere i døgnbehandling og derved kan være en nyttig, supplerende behandlingsmetode til misbrugere i døgnbehandling (Keith et al., 2015, p. 4). Keith et al. konkluderer afslutningsvist, at forskning fremadrettet yderligere bør dokumentere virkningen af EEG-biofeedback som supplerende terapi til patienter med stofmisbrug og opmærksomhedsforstyrrelser (Keith et al., 2015, p. 4).

### 3.2.3.5 Patienternes perspektiv

I dette afsnit vil vi opsummere de vigtigste pointer fra de to artikler, som handler om patienternes perspektiv i behandling. Det ene studie omhandler patienter i ambulant, psykiatrisk ADHD-behandling i Sverige, som også oplever misbrugsproblemer (Nehlin, Nyberg, & Öster, 2015), mens det andet omhandler patienter på et ambulant dobbeltdiagnose-center i Holland (Kronenberg, Verkerk-Tamminga, Goossens, Van Den Brink, & Van Achterberg, 2015). Begge studier præsterer perspektiver, der er relevante for behandlingen af borgere med samtidigt ADHD og misbrug, men evaluerer som sådan ikke virkningen af specifikke indsatser, men snarere patienternes tilfredshed med og oplevelser af behandlingen.

### 3.2.3.6 Manglende fokus på misbrugsproblematikker i ADHD-behandling

Nehlin et al. (2015) interviewer 14 personer under 30 år i ambulant psykiatrisk behandling, som er diagnosticeret med ADHD, og som har et tidligere eller nuværende alkohol/stofbrug, de selv vurderer er problematisk. Interviewpersonerne fremhævede rusmidlernes centrale rolle for deres hverdag og liv generelt. Ikke kun som et middel til at reducere symptomer og stabilisere tankemylder, men også som en måde at føle sig 'normal' (Nehlin et al., 2015, p. 345). Deltagere kunne således føle et tilhørsforhold til og en accept fra deres omverden, eftersom rusmidlerne gjorde dem i stand til at foretage og mestre hverdagens aktiviteter. Interviewpersonerne anvendte rusmidlerne til at opnå en større ro og en lindring af deres rastløshed og irritation, hvilket gjorde, at de kunne udføre dagligdagens gøremål mere optimalt (Nehlin et al., 2015, p. 346). Dog fremhævede de også negative følger af rusmiddelbruget, såsom en lavere impuls kontrol og øget aggression. Et overraskende fund for forskerne var, at særligt alkohol blev brugt til at dulme ADHD-symptomer snarere end amfetamin, som ellers normalt tilskrives denne funktion. Af særlig relevans for behandling og forebyggelse fremhævede interviewpersonerne, at de mente, at deres misbrug kunne være undgået, hvis deres ADHD var blevet diagnosticeret tidligt (i barndommen). Her mener de, at både medicinering, en struktureret hverdag og viden om ADHD-symptomer kunne have hjulpet dem til at undgå udviklingen af misbruget (Nehlin et al., 2015, p. 346). De efterspurgte ligeledes, at behandlingspersonale ikke ignorerer ADHD-patienternes rusmiddelbrug, men snarere spørger aktivt ind til patienternes motiver for rusmiddelbruget. Interviewpersonerne berettede, at de frem for at håndtere rusmiddelproblemerne havde forsøgt at skjule deres misbrug af frygt for ikke at modtage ADHD-behandlingen (fordi mange psykiatriske afsnit ikke accepterer misbrug). Patienterne efterspurgte således, at der var mere fokus på at tage højde for misbruget i ADHD-behandlingen, snarere end at skubbe det til side. Disse fund fremhæver ifølge forskerne et behov for tidlig diagnosticering såvel som tidlig behandling af ADHD,

samt et potentiale for, at ADHD-behandlingen også kan rumme misbrugsproblematikker, blandt andet ved at personalet spørger aktivt ind til rusmidlernes rolle for patienterne tidligt i behandlingsforløbet (Nehlin et al., 2015, p. 348).

### 3.2.3.7 Recovery-faser og patientbehov i ambulant dobbeltdiagnosebehandling

Kronenberg et al. (2015) interviewer 21 personer i ambulant dobbeltdiagnosebehandling Holland, mellem 18 og 65 år, som ud over misbrug enten havde ADHD eller autisme. Vi vil fokusere på den kvalitative analyse af de ni personer med ADHD. Forskerne identificerer fire temaer, som repræsenterer fire faser i patienternes recovery-proces. Den første fase, *krise og diagnose*, betegner, hvordan patienterne inden behandling følte sig 'fanget' i et sammensurium af tanker og følelser, som ledte til misbruget. Misbruget indebar imidlertid den krise, som førte til behandlingsopstart og diagnosticering med ADHD. ADHD-diagnosen blev omtalt af patienterne som en lettelse og startskuddet til recovery (Kronenberg et al., 2015, p. 244). Den anden fase, *håndtering af irritation, symptomer og byrder*, betegner, hvordan patienterne var irriterede, vrede eller kede af, at de ikke havde fået ADHD-diagnosen tidligere. Ligeledes skabte tilstandens kroniskhed usikkerhed og nedtrykthed, fordi de begyndte at tvivle på fremtidige jobs og relationer (Kronenberg et al., 2015, p. 245). Denne del af recovery-processen, som også indebar, at patienterne skulle genopfinde deres liv og relationer, blev oplevet som en smertefuld kamp. For mange af patienterne med ADHD kunne ADHD-medicinering lindre irritationen, stressen og angsten samt hjælpe i forhold til afholdenhed. Den tredje fase, *reorganisering af livet*, betegner, hvordan patienterne begyndte at skabe et 'normalt' liv med aktiviteter i dagstimerne, øget struktur og sociale relationer. Deres primære mål i denne fase var at genskabe og opretholde relationer, hvilket de oplevede som både trægt og energikrævende. I denne fase handlede det også meget om at holde sig fra rusmidler, hvilket relationerne kunne motivere dem til, selvom de stadig følte sig afhængige (Kronenberg et al., 2015, p. 245). Den fjerde og sidste fase, *opnåelse af et meningsfuldt liv*, betegner, hvordan patienterne nåede til en erkendelse af, at de kunne leve uden rusmidler, og at de havde bedre indsigt i sig selv. Dette gav dem håb, fornyet motivation og stolthed (Kronenberg et al., 2015, p. 246). Kronenberg et al. (2015) påpeger, at indsigten i disse fire recovery-faser kan anvendes af psykiatriske sygeplejersker og personale på behandlingsinstitutionerne, som derved kan støtte op om recovery blandt personer med denne dobbeltdiagnose. Forskerne anbefaler desuden, at gruppen med ADHD og misbrug bør diagnosticeres så tidligt som muligt, medicineres hurtigt, støttes i at blive afholdende og i at acceptere begrænsninger og definere nye mål for fremtiden (Kronenberg et al., 2015, p. 247). Et hovedfund i studiet er afslutningsvist, at ADHD-patienterne foretrækker en coachende attitude fra personalet.

I begge studier fremhæver patienterne således en ærgrelse og vrede over ikke at være blevet diagnosticeret med ADHD tidligere i livet, hvilket understreger et behov for tidlig udredning og screening. Desuden indikerer begge studier, at patienterne foretrækker en rummelig, engageret, aktiv og coachende tilgang fra behandlere og personale, som anerkender patienternes rusmiddelbrug og deres motiver herfor. Patienterne i begge studier fremhæver ydermere "medicinering" og "struktur i hverdagen" som essentielle for recovery og for at forblive afholdende.

### 3.2.4 Opsummering af studier om effektive metoder

Gennemgangen af studierne om specifikke psykosociale indsatser til borgere med ADHD og misbrug tydeliggør ligesom reviewene, at systematisk og højkvalitetsforskning om disse indsatser er meget sparsom. Samtlige studier om de konkrete indsatser fremhæver dermed, at de afprøvede metoder har lovende effekter, men at der fortsat mangler store, systematiske afprøvninger (RCT) af metoderne for at fastslå en egentlig virkning. Vi har således kun identificeret fire specifikke indsatser,



hvoraf en af disse (EEG-biofeedback) kan siges at være mere neurologisk orienteret end psykosocial. I så fald er der kun tre psykosociale metoder, der har vist positive og lovende virkninger på gruppen med ADHD og samtidigt misbrug, nemlig integreret kognitiv adfærdsterapi (ICBT), dialektisk adfærdsterapi (DAT) og belgiske guidelines (psykoedukation, KAT, adfærdstræning, coaching og peer support, med mulighed for at tilføje DAT, mindfulness-træning og pårørendeinddragelse). Desuden har vi identificeret begrænset forskning om patienternes tilfredshed og ønsker til behandlingen, hvor det blev fremhævet, at patienterne ønsker en integreret tilgang, som anerkender begge tilstande, samt en coachende attitude fra personalet.

Desuden har nogle af studierne også påpeget, at metoder ikke bør opfattes som 'quick fixes' eller 'one-size-fits-all'. Virkningen af metoderne afhænger således i høj grad også af behandlernes viden om og erfaring med målgruppen og begge tilstande, samt deres viden om og opmærksomhed på, at ADHD kan vanskeliggøre fastholdelse i et behandlingsforløb. Derfor er det helt centralt for metodernes effekt, at der samtidig fokuseres på at støtte fastholdelse i behandling og på at håndtere fx impulsivitet og dårlig koncentrationsevne.

Næste afsnit løfter blikket fra de specifikke metoder til den danske behandlingskontekst og bevæger os videre fra den systematiske litteratursøgning til dokumenteret viden om gruppen med ADHD og samtidigt, hvor fokus særligt er på erfaringer med dobbeltdiagnosebehandling i Danmark og det tværsektorielle samarbejde.

### 3.3 Danske erfaringer, dobbeltdiagnoser og tværsektorielt samarbejde

Vi har undersøgt danske studier på området for dobbeltdiagnoser og tværsektorielt samarbejde for at indkredse relevant viden – om både målgruppen (borgere med ADHD og misbrug) og udfordringer i og anbefalinger til behandlingen af målgruppen eller relaterede grupper (fx andre dobbeltdiagnosticerede eller dobbeltdiagnoser mere bredt). Efter dette afsnit vil vi i et kort afsnit præsentere og samle de mest centrale overvejelser om udredning og screeningsværktøjer fra både international og dansk forskning.

De nedenfor nævnte studier er ikke blevet fremfundet systematisk (med inklusions- og eksklusionskriterier), men er fremkommet i løbet af søgeprocessen og gennem kæde- og websøgninger. Vi præsenterer denne viden, dels fordi den systematiske litteratursøgning netop konkluderede, at der aktuelt er begrænset forskning om psykosociale indsatser til denne gruppe af borgere, men også fordi dansk forskning og viden på området er relevant for den fremadrettede planlægning af praksis og indsatser i Danmark. Viden fra denne del af litteraturen ligger desuden til grund for udformningen af og indholdet i både ekspertinterviewene, fokusgrupperne med praktikere og efterspørgselsinterviewene med de kommunale chefer og konsulenter på misbrugsområdet, som bliver præsenteret senere i kapitel 4 og 5.

Først vil vi præsentere central viden om målgruppen, nemlig behandlingsovervejelser- og anbefalinger fra Alkoholenheden i Region Hovedstaden (Gunst-Møller, 2009), samt en dansk ph.d. om sammenhængen mellem ADHD og misbrug (Jones, 2014). Dernæst vil vi gennemgå viden om dobbeltdiagnosticerede og dansk forskning i psykosociale indsatser til denne bredere gruppe (Hesse, 2010b; M. U. Pedersen et al., 2015; Thylstrup & Hesse, 2011, 2016; Thylstrup & Johansen, 2009; Thylstrup, Johansen, & Sønderby, 2009). Afslutningsvist vil vi præsentere både udfordringer og anbefalinger til dansk tværsektorielt samarbejde om dobbeltdiagnosticerede borgere (Buch, Thygesen, & Johansen, 2015; Johansen, 2009; Johansen & Børsting-Andersen, 2014; Johansen et al., 2018).

### 3.3.1 Anbefalinger fra dansk ekspert

Marianne Gunst-Møller, sygeplejerske på Alkoholenheden i Region Hovedstaden, giver i en artikel i Sygeplejersken anbefalinger til klinisk praksis og den fremtidige behandling af borgere med misbrug og opmærksomhedsforstyrrelser (Gunst-Møller, 2009). Anbefalingerne er baseret på forfatterens egne erfaringer fra Alkoholenhederne og på faglitteratur. Grunden til, at denne artikel ikke er inkluderet i den systematiske litteratursøgning, er, at studiet har fokus på alkoholmisbrug frem for stofmisbrug og derfor falder uden for målgruppen for søgningen.

På Alkoholenhederne begyndte de i 2008 at tilbyde patienterne at blive psykiatrisk screenet, bl.a. for ADHD, hvor de blev opmærksomme på, at 10 % af deres 1070 patienter har en opmærksomhedsforstyrrelse (Gunst-Møller, 2009). Gunst-Møller anbefaler, at der tilrettelægges individuelle, integrerede og parallelle forløb for disse borgere, da det ikke er nok blot at behandle misbruget eller opmærksomhedsforstyrrelsen hver for sig.

Alkoholenhederne har haft god erfaring med at kombinere følgende metoder i behandlingen: medicinering, psykoedukation, individuel coaching, kognitiv adfærdstræning og samarbejde med kommunale kontaktpersoner. Nogle af patienterne oplevede positive effekter af medicin, som kunne give en reduktion af ADHD-symptomerne. Dog fremhæver Gunst-Møller også, at fx ADHD-medicinering og alkohol ikke bør blandes, fordi det kan medføre, at patienterne drikker mere og oplever meget høje promiller. Psykoedukationen kan lære patienten om egen sygdom og gøre patienten og de pårørende i stand til at forstå sammenhængen mellem symptomer og dagligdagens besværligheder. Udover denne viden om ADHD, og sammenhængen mellem negative ADHD symptomer og misbruget, skal patienterne og de pårørende også undervises i misbruget samt i, hvordan dette og tilbagefald håndteres (Gunst-Møller, 2009). Den individuelle coaching kan særligt bruges til at hjælpe patienterne med at skabe struktur i hverdagen, fx strukturere aftaler og skabe visuelle påmindelser i hjemmet. Gunst-Møller påpeger, at kognitiv adfærdstræning allerede er en væsentlig del af evidensbaseret misbrugsbehandling, men at metoden også kan rettes mod opmærksomhedsforstyrrelsen. Her kan træningen tage udgangspunkt i dagligdagens problemer. Overskuelige opgaver og små øvelser kan skabe selvtillid og øget selvværd, og det er også vigtigt, at øvelserne sætter fokus på patienternes styrker og ressourcer (Gunst-Møller, 2009). Desuden anbefaler Gunst-Møller (2009) et samarbejde med kommunale kontaktpersoner, som kan støtte og hjælpe patienterne i deres kontakt med kommunen og med koordinering af fx bolig og job/kontanthjælp.

Ved at screene patienterne og behandle ud fra disse metoder har Alkoholenhederne oplevet, at patienternes livskvalitet blev øget, samt et reduceret eller ophørt misbrug hos størstedelen af patienterne (Gunst-Møller, 2009). Hun anbefaler derfor, at der fremadrettet opbygges mere viden og erfaring på området for at give denne gruppe bedre, forstående og mere kompetent behandling.

### 3.3.2 Dansk ph.d.-studie om ADHD og misbrug

I 2014 skrev Sheila Jones en ph.d.-afhandling, der undersøger forskellige risikofaktorer forbundet med ADHD og stofmisbrug (Jones, 2014). Årsagen til, at dette studie ikke indgår i ovenstående litteraturgennemgang, er, at hun ikke undersøger specifikke indsatser til denne gruppe – udover medicinsk behandling. I ph.d.'en undersøger hun både de individuelle og miljømæssige faktorer, der kan øge risikoen for misbrug hos unge med ADHD, samt risikoen, der er forbundet med at se ADHD-symptomer som forårsaget af neurologiske forstyrrelser, fordi det kan resultere i en u hensigtsmæssig høj prioritering af behandling med centralstimulerende medicin i behandlingsinstitutionerne (Jones, 2014).

For det første fremhæves jævnaldrenes sociale afvisning ('peer rejection') som væsentlig for udviklingen af et problematisk brug af stoffer blandt unge med ADHD. Desuden kan det at have stofbrugende venner øge risikoen for stofbrug hos unge med ADHD (Jones, 2014, p. 9). Unge med ADHD-symptomer danner således i højere grad relationer til afvigende unge, fordi de føler sig afvist af andre og socialt ekskluderede. Disse fund støtter op om tesen om, at socialiseringsprocesser er med til at skabe misbrug blandt unge, hvor den medierende effekt forstås ud fra menneskets grundlæggende behov for at høre til (Jones, 2014, p. 10). Afhandlingen fremhæver, at tidlige adfærdsproblemer, jævnaldrenes afvisning og socialisering med afvigende unge spiller en rolle for udviklingen af misbrug hos unge med ADHD (Jones, 2014, p. 8). På denne måde interagerer multiple individuelle og miljømæssige faktorer på udviklingen af misbrug hos børn og unge med ADHD.

Frem for at anbefale behandlingsindsatser til voksne med denne dobbeltproblematik anbefaler Jones derfor en tidlig, forebyggende og universel adfærdsmodificerende intervention, The Good Behavior Game, som har vist sig virksom til at reducere aggression hos børn i de mindste skoleklasser og på længere sigt resulterer i positive effekter i forhold til adfærd, ADHD-symptomer og livsudfald (Jones, 2014, p. 11).

For det andet konkluderer afhandlingen, at den medicinske forståelse af ADHD-symptomer (hvor symptomerne forstås som forårsaget af neurologiske mangler) øger risikoen for at anvende medicinske metoder i behandlingskontekster på individer, som egentlig ikke gavnnes af psykofarmakologiske tilgange (Jones, 2014, p. 11). Hun fremhæver, at ADHD-medicin kun har vist sig virksom blandt individer uden misbrug og således ikke blandt personer både med ADHD og misbrug, hvorfor hun anbefaler læger og psykiatere at sørge for grundig udredning og endda muligvis undgå behandling med centralstimulerende medicin. Jones fremhæver, at risikoen for videresalg og misbrug af medicinen er særlig høj for disse borgere, og at intravenøs brug af fx methylphenidat kan have omfattende sundhedsmæssige omkostninger (Jones, 2014, p. 11). Udskrivning af methylphenidat i behandlingssammenhænge kan således lede til nye former for afhængighed samt åbne op for nye stofmarkeder. Derfor mener hun, at man enten helt bør undgå centralstimulerende midler i behandlingen, eller at borgeren med misbrug i det mindste ikke selv administrerer medicinen.

Dette strider imod mange af anbefalingerne fra reviewene, der er beskrevet i nærværende litteratursøgning, som i høj grad anbefaler psykofarmakologisk behandling i en multimodal indsats (dog med opmærksomhed på misbrugspotentiale). Her er det dog væsentligt at pointere, at nogle af forfatterne til reviewene (bl.a. Timothy E. Wilens) har modtaget funding fra medicinalindustrien i årene 2000-2007 uden at opgive det til tidsskrifterne, hvilket blev afsløret i senatshøringer og i en artikel af New York Times (Harris & Carey, 2008).

### 3.3.3 Relevant dansk forskning om dobbeltdiagnosebehandling

I det følgende vil vi præsentere relevant dansk forskning om dobbeltdiagnosebehandling. Her er det klart, at vi langt fra kan præsentere al eksisterende (dansk) forskning, hvorfor vi har udvalgt studier, som er særligt centrale for vores problemstilling og felt. Allerførst præsenterer vi et studie, der gennemgår den eksisterende viden om psykosocial behandling af dobbeltdiagnose-patienter og denne forsknings metodologiske udfordringer (Thylstrup & Johansen, 2009). Dernæst præsenterer vi et studie, som handler om, hvilke behandlingsmål dobbeltdiagnosebehandling bør opsætte, og konsekvenser for fremtidige indsatser og praksis på dobbeltdiagnoseområdet (Thylstrup et al., 2009). Afslutningsvist gennemgår vi fund fra evalueringer og kontrollerede forsøg med forskellige psykosociale indsatser til dobbeltdiagnosticerede borgere i Danmark, herunder et program til borgere med dyssocial personlighedsforstyrrelse, kaldet "Ro På" (Thylstrup & Hesse, 2011, 2016).

### *Metodologiske udfordringer i dobbeltdiagnoseforskning*

Thylstrup & Johansen (2009) gennemgår forskellige udfordringer for dobbeltdiagnosebehandling, som vi antager også gør sig gældende for borgere med ADHD og misbrug. En af udfordringerne ved at give dokumenterede, effektive integrerede behandlingsindsatser er, at det er vanskeligt at vurdere, hvilke delelementer i programmet der er de mest virksomme (Thylstrup & Johansen, 2009, p. 203). Dette skyldes blandt andet metodologiske udfordringer og det faktum, at forskning om integrerede behandlingsindsatser kræver høj kvalitets-, randomiserede forsøg med store stikprøver og standardisere måleinstrumenter, der kan sammenlignes i meta-analyser. Denne type forskning er imidlertid sparsom på dobbeltdiagnose-området (hvilket vores review også viste). Thylstrup & Johansen fremhæver Motivational Interviewing og Kognitiv Adfærdstræning som metoder, der virker lovende for dobbeltdiagnose-patienter, men som der fortsat mangler forskning om og evidens for (Thylstrup & Johansen, 2009, p. 204). Der er således ikke i 2009, ifølge forfatterne, én psykosocial indsats, som har vist særlige gode virkninger på dobbeltdiagnose-patienter, ligesom det heller ikke er helt klart, hvorvidt der er brug for udvikling af eksisterende dobbeltdiagnose-behandlingstilbud, eller om der hellere bør udvikles nye behandlingsindsatser (Thylstrup & Johansen, 2009, p. 206). Nyere studier (for eksempel Gilchrist, Hughes & Delgradillo, 2016) konstaterer dog, at en række kognitive metoder, såsom MI og Kognitiv Adfærdstræning, har vist positiv effekt på stofmisbrug og andre psykiske lidelser. Tilsvarende konkluderer Murthy & Chand (2012), i et review af forskning om dobbeltdiagnoseproblematikker, at kognitiv adfærdsterapi og "Motivation-enhancing strategies" (fx MI) har vist positiv effekt på borgere med skizofreni og stofmisbrug. Samtidig er det tydeligt, at der foreligger et fortsat stort videnskabeligt arbejde i at udvikle viden om dobbeltdiagnoseproblematikken. Desuden fremhæver forfatterne, at størstedelen af den eksisterende forskning er foretaget i amerikansk eller britisk regi. Grundet store organisatoriske og policy-mæssige forskelle er det problematisk blot at overføre disse resultater til andre lande, hvorfor der er brug for yderligere forskning i nationale kontekster (Thylstrup & Johansen, 2009, p. 206). Desuden understreger forfatterne, at det er særligt relevant at forske i behandlingsbehovene for specifikke dobbeltdiagnose-kombinationer og undergrupper (såsom ADHD og misbrug) samt i patientgrupper, som ikke rummes i eksisterende tilbud (fx hjemløse eller minoriteter).

### *Recovery- og patientbaserede behandlingsmål i dobbeltdiagnosebehandling*

I et relateret studie af Thylstrup, Johansen & Sønderby (2009) diskuterer forfatterne forhold vedrørende standarder for behandlingseffekt og effektmål i dobbeltdiagnose-behandling. Som praktikere og forskere har de alle oplevet, hvordan traditionelle effektmål for behandlingen af dobbeltdiagnose-patienter ikke rummer borgernes komplekse situationer (Thylstrup et al., 2009, p. 552). De retter derfor opmærksomhed mod debatter om, hvordan man bedst definerer 'recovery' blandt patienter i misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling.

Forfatterne fremhæver, hvordan behandlingen både bør tage højde for og fokusere på de komplekse og multiple problemer, der kan kendetegne dobbeltdiagnose-patienters liv. Dette betyder også, at målet for patienternes recovery ikke bør reduceres til afholdenhed fra rusmidler (fx 'antal afholdende dage'), eftersom sådan et mål helt overser betydningen af vigtige psykosociale og eksistentielle aspekter af recovery (Thylstrup et al., 2009, p. 555). Målet tager heller ikke højde for, at mange behandlingstilbud opererer inden for et 'skadesreduktions-paradigme', hvor formålet med behandling ikke er afholdenhed, men snarere skadesreducerende handlinger (såsom sikker stofbrug) (Thylstrup et al., 2009, p. 556). Derfor anbefaler forfatterne at tage udgangspunkt i et monitorerings- og followup-program udviklet af McLellan og kolleger, som kigger på fire mål for behandlingen (Thylstrup et al., 2009, p. 556):

1. Reduktion i rusmiddelbrug
2. Livskvalitetsforbedringer

3. Forbedringer i social funktion
4. Minimering af trusler mod folkesundheden og samfundet.

Disse mål er brugbare for dobbeltdiagnose-behandling, fordi de netop inkluderer patientens eget perspektiv på recovery i punkt 2 og 3. Desuden bør behandlingstilbud operere ud fra forståelsen af, at patienternes recovery strækker sig længere end blot behandlingen, hvilket anerkender, at de 'rigtige problemer' først opstår efter behandling, og når patienten ikke længere får støtte. Derfor er der også et stort behov for langvarige relationer til behandlingen og efterbehandlingstilbud (Thylstrup et al., 2009, p. 555).

Forfatterne konkluderer således, at det er essentielt at afklare mål (outcome measures) for dobbeltdiagnose-behandlingen, som bør inkludere patientens eget perspektiv og en forståelse af recovery, der ikke blot fokuserer på afholdenhed. Dette fremhæver også behovet for at supplere eksisterende kvantitative forskningstilgange med kvalitative metoder, der kan definere bredere behandlingsmål ved at undersøge patienternes støttebehov og sygdomsforløb (Thylstrup et al., 2009, p. 559).

#### *Psykoedukation i dansk dobbeltdiagnosebehandling*

I Danmark har Center for Rusmiddelforskning udviklet og afprøvet forskellige psykosociale indsatser til forskellige dobbeltdiagnosticerede grupper. Blandt andet har de afprøvet psykoedukation til personlighedsforstyrrelser i misbrugsbehandling (Hesse, 2010b; Hesse & Thylstrup, 2016; Thylstrup & Hesse, 2016; Thylstrup, Schrøder, & Hesse, 2015), kognitiv miljøterapi under indlæggelse (Lykke, Oestrich, Austin, & Hesse, 2010) og korttidsbehandling af komorbiditet (misbrug samt depression, angst eller dyssocial personlighedsforstyrrelsen) (Hesse, Thylstrup, & Mellentin, 2012).

Samtlige programmer viste positive eller lovende effekter, særligt programmet 'Ro På', som baserer sig på psykoedukation og er målrettet dyssocial personlighedsforstyrrelse og kriminelle personer med misbrug. Da dette er en målgruppe, hvor det kunne tænkes, at ADHD kunne være en komorbid tilstand, vil vi kort beskrive denne metode og resultaterne fra undersøgelsen. 'Ro På' indeholder et individuelt, struktureret psykoedukativt forløb med seks samtaler ud over standard misbrugsbehandling. I samtalerne skal klienten reflektere over, hvordan det er muligt at ændre adfærd, og behandleren skal motivere klienten til at arbejde med sin impulsive livsstil (Thylstrup & Hesse, 2011, p. 43). Samtalerne indeholder følgende seks temaer:

1. Problemer med impulsiv livsstil og positive livsmål
2. Problemhåndtering
3. Stolthed og selvtillid
4. Prosociale og antisociale værdier
5. Betydningen af netværk
6. Tilbageblik og opfølgning.

Et randomiseret kontrolleret studie af 'Ro På' har vist, at dette meget korte psykoedukative forløb, der skaber bevidsthed om dyssocial adfærd, kan forbedre effekten af misbrugsbehandling (Thylstrup & Hesse, 2016; Thylstrup et al., 2015, p. 10). Studiet fandt både forbedringer i stofbrug og aggression, selvom aggression også blev reduceret hos personer, der var blevet tilbudt standardbehandling (Thylstrup et al., 2015, p. 10). Dette forløb er manualbaseret, fleksibelt, har lave omkostninger og rammer en målgruppe, der normalt ikke modtager behandling, men det fremhæves også, at programmet ikke skal stå alene og bør følges op af andre indsatser i misbrugsbehandlingen (Thylstrup et al., 2015, p. 12).

### 3.3.4 Dansk tværsektorielt samarbejde og organisatoriske udfordringer

I dette afsnit vil vi først præsentere centrale udfordringer og organisatoriske barrierer i samarbejdet mellem sektorer i arbejdet med dobbeltdiagnosticerede grupper. Dette efterfølges af konkrete anbefalinger til, hvordan dette samarbejde kan udformes og forbedres.

#### *Udfordringer for tværsektorielt samarbejde*

Thylstrup & Johansen (2009) understreger flere udfordringer for den organisatoriske ramme for dobbeltdiagnose-behandling i Danmark. Behandlingsansvaret har formelt og politisk ligget i psykiatrien, men mangel på politisk prioritering har resulteret i, at dobbeltdiagnosticerede borgere bliver tilbudt behandling på separate institutioner (enten psykiatrisk- eller misbrugsbehandling), hvilket Thylstrup & Johansen argumenterer for ikke matcher patienternes komplekse problemer og behandlingsbehov (Thylstrup & Johansen, 2009, p. 205). I løbet af 00'erne blev der dog etableret og udviklet enkelte integrerede dobbeltdiagnose-behandlingstilbud. Organisatoriske ændringer i forbindelse med Strukturreformen i 2007 skabte imidlertid udfordringer for kommunerne, som skulle absorbere og implementere viden, der førhen lå i amterne, samt for forskningen om dobbeltdiagnose-behandling, som fx havde sværere ved at sammenligne og følge udviklingen af omkostningerne af de integrerede behandlingstilbud. Forfatterne fremhæver, at det fortsat er en udfordring i psykiatrien at skabe bred implementering af dobbeltdiagnose-behandlingsindsatser, og at der samtidig i høj grad er brug for forskning om system- og policy perspektiver og ikke blot om virkningen af bestemte behandlingsmetoder (Thylstrup & Johansen, 2009, p. 206).

Behandlingsmetoder hænger nemlig i høj grad sammen med organisatoriske beslutninger og national policy. Thylstrup, Johansen & Sønderby (2009) sammenligner i deres studie dobbeltdiagnose-behandling i henholdsvis Norge og Danmark, og viser, at dobbeltdiagnose-behandling i Danmark hovedsagligt bliver tilbudt som en 'sidste udvej', hvor dobbeltdiagnose-behandling i Norge snarere er målrettet yngre patienter og tidlig forebyggelse (Thylstrup et al., 2009, p. 557). Disse forskelle afspejler forskellige opfattelser af recovery og forskellige forventninger til patienterne. I Danmark indebærer lavtærskel- og 'last resort'-indsatser et primært fokus på skadesreduktion frem for på målsætninger om stoffrihed eller reduktion i rusmiddelbrug hos patienterne, hvilket kan siges at afspejle lave forventninger til patienternes recovery. I modsætning hertil afspejler den norske tidlige og forebyggende indsats højere forventninger til patienternes recovery (Thylstrup et al., 2009, p. 558). Når behandlingen først sætter ind sent i patientens sygdomsforløb og ikke stiller høje krav til patienten bliver den danske tilgang en selvopfyldende profeti, som gør det sandsynligt, at patientens problemer bliver vedvarende, og at recovery-processen får vanskeligere kår (Thylstrup et al., 2009, p. 558). Således har den nationale organisering af behandlingstilbud konsekvenser for praksis og holdninger blandt behandlingspersonale – og ikke mindst for dobbeltdiagnose-patienterne.

Behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose har traditionelt været placeret i to forskellige systemer, nemlig i det psykiatriske behandlingssystem og i misbrugsbehandlingen (Johansen, 2009, p. 63). Johansen fremhæver, at dette har skabt udfordringer, fordi den psykiatriske behandling kun har kunnet se misbruget, og misbrugsbehandlingen kun har kunnet se den psykiske sygdom, hvorfor begge systemer har sendt patienterne over til hinanden – og skabt situationer, hvor patienten faldt mellem to stole (Johansen, 2009, p. 63). Desuden har det været en udfordring, at de to behandlingssystemer er meget forskellige både filosofisk og klinisk. Dette har betydet, at borgerne i vid udstrækning enten har fået tilbudt parallel behandling (behandling to steder samtidig) eller sekventiel behandling (hvor det ene problem behandles før det andet) (Johansen, 2009, p. 65). Dertil kommer, at det er uklart, hvem der har ansvaret for behandling af denne gruppe, samt at det ofte er en gruppe, som det kan være attraktivt at undgå at tage ansvar for (fordi gruppen ofte har adfærdsmæssige problemer) (Johansen, 2009, p. 65). Denne mangel på politisk prioritering og målrettede

tilbud medfører alvorlige konsekvenser for det enkelte individ, hvorfor Johansen anbefaler en integreret indsats.

Et dansk studie har for nylig påpeget og undersøgt sådanne alvorlige konsekvenser, og hvordan dobbeltdiagnosepatienter oplever mødet med det psykiatriske behandlingssystem (Johansen et al., 2018). Her finder forskerne, at dobbeltdiagnose-patienter ofte oplever at blive afvist eller behandlet dårligt i mødet med det psykiatriske behandlingssystem, og de giver gennem interview med 17 af disse patienter tre forklaringer herpå. Den første forklaring indebærer den stigmatisering, der generelt er forbundet med stofmisbrug, og at patienterne har oplevet at blive mødt med fordømmelse i psykiatrien på grund af deres misbrug (Johansen et al., 2018, p. 161). Den anden forklaring indebærer, at dobbeltdiagnose-patienterne oplever, at de bliver opfattet som 'andenrangs'-patienter eller i hvert fald ikke som 'rigtige patienter' (Johansen et al., 2018, p. 163). Dette sker blandt andet, når disse patienter ikke ophører med deres misbrug efter indlæggelse i psykiatrien. Desuden fremhæver patienterne, at de fx ikke får hjælp til abstinenssymptomer, eller at misbruget ignoreres af personalet. Personalet opfatter således ikke misbruget som et område, de behøver eller bør beskæftige sig med, hvilket påvirker dobbeltdiagnosepatienternes oplevelse af at være 'andenrangs'-patienter (Johansen et al., 2018, p. 163). For det tredje bliver behandlingen af dobbeltdiagnosen vanskeliggjort af psykiatriens forståelse af psykisk sygdom, som værende præcist afgrænsede sygdomsenheder. Fordi misbrug ikke altid udmøntes i en formel misbrugsdiagnose, oplever patienterne under indlæggelse, at personalet ikke beskæftiger sig med deres misbrug (Johansen et al., 2018, p. 166). Samlet set ønsker dobbeltdiagnosepatienterne sig, at personalet er lyttende og imødekomende i forhold til deres misbrug, og at de generelt interesserer sig for patienterne på en måde, som ser og anerkender mennesket bag patienten (Johansen et al., 2018, p. 169). Derfor konkluderer studiet, at der fortsat er massive udfordringer i psykiatrien i forhold til at sikre dobbeltdiagnosticerede en god behandling til trods for, at der de senere år har været indsatser, der netop skulle styrke behandlingen af denne gruppe (Johansen et al., 2018, p. 170).

Johansen (2009) arbejdede og forskede i tre år i behandlingstilbuddet KASA, som er et misbrugspsykiatrisk dagtilbud for mennesker med en dobbeltdiagnose i Glostrup. Rapporten, som blev resultatet af denne forskning, finder, at både brugere, personale og pårørende er meget tilfredse med KASAs behandlingstilbud, og at caféen og casemanageren havde særlig betydning for tilfredsheden. ADHD er ikke den mest hyppige diagnose blandt KASAs brugere, men nævnes dog i bruger-karakteristikken, hvorfor disse forhold også kan være relevante for behandlingen af borgere med ADHD og misbrug. I Johansens (2009) analyse af KASA fremhæves også udfordringer, ikke kun på det organisatoriske niveau, men også på et kulturelt niveau. Analysen finder nemlig, at den integrerede behandling blev farvet af personalets tidligere arbejdserfaringer, som primært lå i psykiatrien. Derfor kunne stofmisbrugsbehandlingen indimellem blive skubbet til side af både brugere og personale (Johansen, 2009, p. 25). En (virksom) integreret indsats bliver imidlertid mulig, hvis der fastholdes et fokus på begge tilstande, hvis misbrugsbehandlingen udføres inden for rammerne af en skadesreducerende tilgang (som personalet er bekendt med fra fx skizofrenibehandling), og hvis man har øje for at behandlingsmiljøer kan være domineret af bestemte fagligheder, som skaber udfordringer for at fastholde en egentlig integreret behandling (Johansen, 2009, p. 146).

#### *Anbefalinger til tværsektorielt samarbejde om mennesker med dobbeltdiagnoser*

Johansen fremhæver i sin rapport om KASA en række anbefalinger fra forskningen og fra danske organisationer til, hvordan behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose bedst udføres (Johansen, 2009, p. 23):

- Behandlingen skal foregå i ét regi (integreret behandling)
- Der skal være diagnosticerings- og behandlingskompetence inden for både psykiatri og misbrug

- Behandlingen skal være tilpasset brugernes problemkompleks og funktionsniveau
- Der skal være mulighed for at opsøge brugerne
- Der skal være et langsigtet perspektiv
- Behandlingsmålene skal være små.

Desuden anbefales, at behandling af dobbeltdiagnosepatienter med fordel kan bygge på kognitive metoder og tilgange, hvor der arbejdes systematisk med patienternes motivation (Johansen, 2009, p. 23). Disse anbefalinger afspejler sig i KASAs tilbud, som yderligere indeholder følgende behandlingstiltag, der ifølge Johansen bør supplere disse anbefalinger:

1. Café og tilgængeligt personale
2. Case management
3. Inddragelse af brugernes perspektiver på behandlingen
4. Pårørendeinddragelse (Johansen, 2009, p. 26).

Derudover foretog KORA i 2014 en evaluering af et tværsektorielt samarbejde om indsatsen over for mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug (som blev kaldt DD- eller dobbeltdiagnoseprojektet), gennemført på Psykiatrisk Center Glostrup (Buch et al., 2015). Dette projekt var et integreret behandlingstilbud, som skulle sikre, at patienterne med ikke-psykotiske lidelser og misbrug blev behandlet for begge tilstande og ikke blot den psykiske lidelse. Behandling var primært psykoterapeutisk og anvendte blandt andet Dialektisk Adfærdsterapi, Kognitiv Adfærdsterapi, Prolonged Exposure (PE) og gruppebaseret rusmiddel-edukation (Buch et al., 2015, p. 17) Evalueringen fandt, at dobbeltdiagnoseklinikken på sin vis var et velfungerende tilbud til dobbeltdiagnosepatienter, men at projektet ikke nåede ud til så mange patienter som forventet, og at målsætninger om samarbejde på tværs af psykiatrien og den kommunale misbrugsbehandling ikke blev indfriet (Buch et al., 2015, p. 5). Undersøgelsen identificerer flere udfordringer, som har stået i vejen for de opstillede succeskriterier og giver ligeledes anbefalinger på baggrund heraf. For det første var det vanskeligt at opspore og henvise relevante patienter, blandt andet fordi det var svært at skabe opmærksomhed om DD-projektet i kommunerne og i almen praksis, samt at de kommunale misbrugscentre oplevede, at der var et u hensigtsmæssigt overlap mellem dobbeltdiagnoseklinikken og misbrugscentrets egen målgruppe (Buch et al., 2015, p. 5-6). En anden udfordring bestod netop i denne konkurrencesituation mellem misbrugsbehandlingen og dobbeltdiagnoseprojektet, hvor diskussionen i samarbejdet ofte endte med at handle om 'hvis dobbeltdiagnosebehandling der er bedst', snarere end hvordan samarbejdspartnerne kunne supplere hinanden (Buch et al., 2015, p. 7). Til fremtidige dobbeltdiagnose-projekter og tværsektorielle samarbejder omkring dobbeltdiagnosticerede anbefaler forfatterne, udover at de bør have mere fokus på bedre samarbejde på tværs ved at inddrage de involverede parter i selve udformningen af indsatsen, at der afsættes ressourcer til at inddrage en projektleder, der kan bistå projektledelse og implementering af sådanne projekter (Buch et al., 2015, p. 7).

I et andet studie rettet mod dobbeltdiagnosticerede patienter, projekt Integreret Indsats, giver KORA og medarbejderne i projektet anbefalinger til et velfungerende tværsektorielt samarbejde (Johansen & Børsting-Andersen, 2014). Indsatsen kørte fra 2011-2014, hvor Psykiatrisk Center Ballerup, Ballerup Kommune og Egedal Kommune indgik som aktører. Projektet udmøntede sig i to tværsektorielle teams (med medarbejdere fra behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling), som mødtes hver 14. dag og koordinerede indsatsen for dobbeltdiagnosticerede borgere (Johansen & Børsting-Andersen, 2014, p. 3). Medarbejderne og forfatterne til rapporten giver følgende 10 anbefalinger til et velfungerende tværsektorielt samarbejde om borgere med dobbeltdiagnose (Johansen & Børsting-Andersen, 2014, p. 15):



- Der skal være en struktur, der sikrer, at man mødes tværsektorielt
- Nye medarbejdere i det tværsektorielle samarbejde skal introduceres til den fælles kultur, der er blevet skabt
- Nuværende medarbejdere skal arbejde med at fastholde det gode fokus på den fælles tilgang
- Det er vigtigt at inddrage læger fra psykiatrien og myndighedspersoner fra kommunerne i integrerede teams
- Det er centralt, at der udpeges én eller flere tovholdere i det tværsektorielle samarbejde, så nogen er forpligtet på samarbejdet
- På sigt skal der være mulighed for, at de forskellige tekniske og informationsbærende systemer understøtter samarbejdet
- De kulturelle forskelle og ligheder mellem aktørerne skal tages seriøst og italesættes
- Der skal gives tid og rum til at mødes, lære og reflektere sammen
- Medarbejderne fra de samarbejdende institutioner skal gives egentlig viden om hinanden og om hinandens arbejdsvilkår
- Centrale kulturelle forskelle i synet på de mennesker, der skal hjælpes, og den behandling, de tilbydes, skal identificeres.

### 3.3.5 Opsummering af danske erfaringer

Ovenstående gennemgang viser, at der også i en dansk kontekst er foretaget forskning om tiltag, der retter sig mod dobbeltdiagnoser, samt at integrerede metoder og tiltag de senere år er blevet afprøvet. Selvom størstedelen af de ovenstående studier ikke har haft eksplicit fokus på misbrug og ADHD, er de alligevel meget centrale for at forstå det eksisterende dobbeltdiagnose-behandlingslandskab i Danmark.

Det er blandt andet blevet fastslået, at socialiseringsprocesser og netværk har stor betydning for udviklingen af misbrug blandt unge med ADHD, og at tiltag og indsatser derfor bør have denne betydning for øje, samt at der med fordel også kan arbejdes forebyggende med tidlige, universelle tilbud. Medicinske forståelser af ADHD begrænser derimod paletten af tilgange, ligesom medicinsk behandling af denne gruppe bør udføres med stor opmærksomhed på misbrug og videresalg af medicinen.

Dernæst har de danske erfaringer tydeliggjort, at der generelt har været en mangel på politisk prioritering af dobbeltdiagnose-indsatser, og at den eksisterende sektoropdeling ikke matcher dobbeltdiagnose-patienters komplekse behov. Sektorernes forskellige sygdomsopfattelser, fagligheder, tilgange og holdninger er fortsat en udfordring for effektiv dobbeltdiagnose-behandling, og der kan hurtigt opstå tvivl om, hvem der egentlig har ansvaret for disse borgere. Studierne viste også, at dobbeltdiagnose-patienter kan blive mødt med fordømmelse og manglende anerkendelse af deres komplekse problemer i den sektoropdelte behandling, men også, at patienterne i integrerede indsatser kunne møde dominerende faglige miljøer, som havde konsekvenser for behandlingens fokus. De danske erfaringer peger således på vigtigheden af patient- og recovery-orienterede, tværfaglige, individuelle og integrerede tilgange i dobbeltdiagnose-behandlingen.

Ud fra disse erfaringer har vi opridset anbefalinger til fremtidige dobbeltdiagnose-tilbud. Dog har danske studier også fremhævet, at det ikke er klart, om man enten bør udvikle eksisterende indsatser eller udvikle helt nye indsatser til specifikke dobbeltdiagnose-målgrupper. Desuden gør store organisatoriske og politiske forskelle mellem lande det vanskeligt at importere eksisterende metoder fra udlandet. Derfor har vi også fremhævet og gennemgået konkrete erfaringer fra eksisterende behandlingstilbud i Danmark. Alkoholenheden i Region Hovedstaden har eksempelvis haft gode

behandlingserfaringer med et individuelt og multimodalt tilbud til borgere med ADHD og misbrug, hvor de blandt andet gjorde brug af kognitive og motiverende metoder. Ligeledes har vi gennemgået positive erfaringer fra tilbud som KASA og Ro På, hvor sidstnævnte tydeliggjorde den lovende status af psykoedukation i dobbeltdiagnose-behandling.

Erfaringerne og anbefalinger fra både reviewene, de konkrete og afprøvede indsatser samt de danske studier vil alle blive inddraget til fokusgruppeinterviewene med praktikere og videnspersoner, for at validere og kvalificere fremtidige mulige løsninger og indsatser for gruppen af borgere med ADHD og samtidigt misbrug.

## 3.4 Udredning og diagnosticering

I dette afsnit vil vi gennemgå centrale overvejelser og opmærksomhedspunkter i forhold til udredning og diagnosticering af mennesker med ADHD og samtidigt misbrug.

### 3.4.1 Vanskeligheder i udredningen

De nylige konsensusanbefalinger påpeger, at tidlig screening for ADHD er meget vigtigt for et succesfuldt misbrugsbehandlingsforløb (Crunelle et al., 2018, p. 45). Den høje forekomst af ADHD blandt personer med misbrug, samt det forhold, at mange patienter ikke af sig selv vil nævne deres symptomer for ADHD over for behandlere i misbrugsbehandling, gør det vigtigt altid at screene patienter med misbrug for ADHD (Crunelle et al., 2018, p. 45). Eftersom ADHD ofte ikke er grunden til, at patienter med misbrug søger behandling, er det klinikernes opgave at adressere og opdag ADHD hos disse patienter (Crunelle et al., 2018, p. 46).

Det er dog ikke uproblematisk at screene og udrede patienter med denne dobbeltproblematik. Symptomoverlappningen mellem forskellige psykiatriske tilstande komplicerer en klar og entydig diagnosticering. Det er derfor vigtigt, at der undersøges for flere diagnostiske tilstande samtidig (Løvaas & Dahl, 2013, p. 159; Matthys et al., 2014, p. 635-637; Crunelle et al., 2018, p. 46). Desuden kan symptomer, der er forbundet med patientens stofbrug fejlagtigt identificeres som ADHD-symptomer (Bukstein & Roberto, 2018), og det anbefales derfor, at udredningen også fokuserer på alkohol- og lægemiddelfrie perioder i patientens liv (Løvaas & Dahl, 2013, p. 159; Matthys et al., 2014, p. 637; Crunelle et al., 2018, p. 46).

Den omfattende komorbiditet hos både voksne med misbrug og voksne med ADHD understreger endvidere vigtigheden af, at der gennemføres en omfattende diagnosticering, hvor den totale psykiske sundhedstilstand udredes, samt at sammenhængen mellem psykologiske, fysiologiske, sociale, kulturelle og kognitive faktorer belyses og indgår i udredningen (Løvaas & Dahl, 2013, p. 159; Matthys et al., 2014, p. 638; Crunelle et al., 2018, p. 46). Derfor er det også hensigtsmæssigt at involvere flere forskellige fagpersoner med forskellige fagkompetencer i diagnosticeringen (Løvaas & Dahl, 2013, p. 160). Matthys et al. og Crunelle et al. argumenterer for, at en læge eller en klinisk psykolog er kvalificeret til at diagnosticere ADHD hos patienter med misbrug, hvis han/hun forinden har tilegnet sig omfattende kendskab til den specifikke målgruppe, altså at klinikerne både har erfaring med afhængighedsbehandling samt erfaring med voksne ADHD-populationer (Matthys et al., 2014, p. 635-637; Crunelle et al., 2018, p. 46).

### 3.4.2 Norske erfaringer

Løvaas & Dahl, forfattere til en norsk bog om patienter med ADHD og rusmiddelbrug, medgiver, at udredningen er kompliceret, men mener samtidig, at det ikke desto mindre er muligt at diagnosticere ADHD hos patienter med misbrug. Jo mere alvorlig misbrugsproblematik, desto mere avanceret bliver udredningen dog (Løvaas & Dahl, 2013, p. 140). De anbefaler, at man først fokuserer på personens rusmiddelproblematikker og vurderer, om personen i en periode kan undgå at være under påvirkning af rusmidler (fx under abstinensstilstand) (Løvaas & Dahl, 2013, p. 142). Før personens rusmiddelproblematik er grundigt kortlagt, bør man være forsigtig med for tidlig udredning af psykiatriske og kognitive tilstande. Dette skyldes, at langvarige og alvorlige misbrugsproblematikker kan give symptomer, der ligner psykiske lidelser. Sådanne symptomer vil imidlertid aftage i afholdende perioder og bør derfor beskrives som konsekvenser af misbruget og som midlertidige symptomer for at undgå fejl-diagnosticering (Løvaas & Dahl, 2013, p. 142). Løvaas og Dahl forklarer yder-

ligere, at diagnosen ikke udelukkende bør baseres på resultater fra screeningsværktøjer, der primært er målrettet patientens aktuelle ADHD-symptomer. Disse er også nødvendige, men det anbefales, at man i diagnosticeringsprocessen også bør inddrage dagligdagsobservationer samt undersøgelse af patientens barndomssymptomer (Løvaas & Dahl, 2013, p. 142). Til bekræftelse af patientens barndomssymptomer anbefales det derfor at inddrage en person, der kendte personen godt i barndommen (evt. familiemedlemmer eller lærere). Derudover bør den diagnostiske proces også indeholde en grundig 'history taking', hvor der indhentes yderligere oplysninger om patientens barndom, familiehistorik, uddannelses- og erhvervshistorie og sociale relationer (Løvaas & Dahl, 2013). For at give patienterne overblik over, hvad der skal ske i en udredningsproces, anbefaler Løvaas og Dahl, at patient og kliniker udarbejder en udredningsplan sammen, inden udredningsforløbet startes. Denne udredningsplan bør opdateres løbende og være tilgængelig for både patienten og for de personer, patienten ønsker at have med sig i udredningsarbejdet. Der skal desuden udpeges en hovedansvarlig for udredningsplanen (Løvaas & Dahl, 2013, pp. 160-161). Udredningsplanen er således tænkt som et redskab, som parterne aktivt forholder sig til i forløbet, og som en form for hjælpeskema i udredningsprocessen.

### 3.4.3 Behov for afholdende periode inden udredning?

Konsensusanbefalingerne foreslår at starte diagnoseprocessen så hurtigt som muligt. Dog anbefales det, at patienten ikke har alvorlige abstinenser eller alvorlig forgiftning (Crunelle et al., 2018, p. 46). Derudover anbefales, hvis det er muligt, at man inkluderer en periode med afholdenhed inden opstart af diagnostisk proces, men det er imidlertid en overvejelse, klinikerens må gøre sig med afsæt i den individuelle patients situation (Crunelle et al. 2018: 46). Tidligere har eksperter anbefalet, at patienter med misbrug har en afholdelsesperiode på en måned, inden der bliver startet et ADHD-udredningsforløb op, da dette vil give en mere præcis og korrekt diagnosticering (Matthys et al., 2014, p. 635). Dette krav om en måneds afholdelsesperiode afviser det belgiske forskerhold dog, og de understreger i stedet, at en korrekt diagnose af ADHD hos voksne med misbrug kræver, at klinikerens har ekspertise inden for begge lidelser (Matthys et al. 2014, p. 635). Både konsensusanbefalingerne og det belgiske team argumenter således for, at det er klinikerens, der i sidste ende må vurdere, om den individuelle patient har behov for en afholdelsesperiode, før screeningen påbegyndes. Det kan klinikerens vurdere ud fra hensyntagen til patientens historie, personlige indstilling, behandlingsbehov og grad af misbrug (Matthys et al., 2014, p. 637; Crunelle et al., 2018, p. 46).

I forbindelse med dette har et nyligt studie af van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2017) undersøgt, om det er pålideligt at screene for ADHD tidligt i misbrugsbehandling, hvor patienterne stadigvæk har et aktivt stofbrug. Her blev en baselinevurdering for ADHD foretaget i de første dage af patienternes misbrugsbehandling, hvor patienterne stadigvæk havde et aktivt stofbrug. Disse resultater blev sammenlignet med resultaterne af en revurdering for ADHD hos patienterne, som blev lavet efter en periode med hel eller delvis afholdenhed. Begge vurderinger blev foretaget ved brug af Connors 'Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV' (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2017, p. 371; van Emmerik-van Oortmerssen, 2018, pp. 203-204). I alt fik 127 voksne patienter diagnosen ADHD ved baseline. Det gennemsnitlige tidsinterval mellem første og anden vurdering var 78 dage, og revurderingen blev foretaget, efter patienterne havde haft fire misbrugsbehandlingssessioner (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2017, p. 371). Ud af de 127 patienter, som fik ADHD-diagnosen ved baseline opfyldte 121 patienter også kriterierne for ADHD ved revurderingen. Studiet viste altså en høj diagnostisk stabilitet (95,3 %) ved diagnosticering af ADHD i opstarten af misbrugsbehandling (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2017, p. 371; van Emmerik-van Oortmerssen 2018, p. 204). Van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2017) konkluderer derfor, at en tilgang, hvor patienter bliver udredt for ADHD i de første dage af deres misbrugsbehandling, selvom de endnu ikke er afholdende, er gennemførlig og pålidelig, da en positiv diagnose sandsynligvis vil blive bekræftet efter en periode

med hel eller delvis afholdenhed. Det anbefales dog at kontrollere diagnosen under behandlingsprocessen (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2017, p. 371; van Emmerik-van Oortmerssen 2018, p. 210). Eftersom ADHD kan diagnosticeres pålideligt under aktivt stofbrug, konkluderer van Emmerik-van Oortmerssen et al. endvidere, at tvivl om diagnostisk stabilitet ikke bør anvendes som begrundelse i misbrugsbehandling for at udskyde diagnostisk vurdering, da dette kan resultere i, at man forhindrer en tidlig integreret behandling af misbrug og ADHD.

#### 3.4.4 Screeningsværktøjer

Forskellige værktøjer og deres validitet er de seneste par år blevet undersøgt og valideret for personer med ADHD i misbrugsbehandling. Studier viser, at op til 20 % af patienter med ADHD bliver overset, hvis man kun bruger ét screeningsværktøj, hvorfor det anbefales, at man kombinerer to screeningsredskaber i udredningen (Crunelle et al., 2018, p. 45). For det første er det blevet fastslået, at 'Adult ADHD Self-Report Scale' (ASRS-v.1.1.) er et brugbart redskab til at spotte mulig ADHD hos voksne i misbrugsbehandling (Bu, Skutle, Dahl, Løvaas, & van de Glind, 2012; van de Glind et al., 2013). I en dansk kontekst har Gunst-Møller anbefalet dem, der foretager udredningen, at udfylde ASRS version 1.1., som traditionelt er et selvrapporteringsskema, sammen med patienterne, for at få alle nuancer med og for at undgå for lave scores (pga. tendens for underrapportering), samt at patienten også selv kan udfylde skemaet sammen med søskende eller forældre. Derudover har screening med Wender Utah Rating Scale (WURS) eller Conners 'Adult ADHD Rating Scale' (CAARS) også vist sig egnede til at registrere mulig ADHD, om end disse redskaber tager længere tid at udfylde. Matthys et al. påpeger, at CAARS og ASRS kan anvendes, forudsat at resultaterne fortolkes med forsigtighed. Disse standardiserede spørgeskemaer har dog en tendens til at identificere et betydeligt antal falske positive, det vil sige at overdiagnosticere ADHD (Matthys et al., 2014, p. 635). Resultatet af disse redskaber giver således kun en indikation af, om der skal gennemføres en grundigere diagnostisk vurdering (Løvaas & Dahl, 2013, p. 164; Matthys et al., 2014, p. 636; Crunelle et al., 2018, p. 45). Altså skal en screening, som indikerer mulig ADHD, altid efterfølges af yderligere diagnostiske vurderinger (Matthys et al., 2014, p. 636; Crunelle et al. 2018, p. 45). Desuden bør patienter, som på trods af negative resultater på ADHD-screeninger alligevel viser ADHD-symptomer, altid sendes videre til udvidet diagnostisk vurdering (Matthys et al., 2014, p. 637; Crunelle et al., 2018, p. 45). Til systematiske interview med patienter kan diagnostiske interviewværktøjer, såsom DIVA 2.0, benyttes (Løvaas & Dahl, 2013, p. 164; Matthys et al., 2014, p. 638).

#### 3.4.5 Risiko for over- og underdiagnosticering

I litteraturen omtales både risiko for over- og underdiagnosticering. For det første kan de strikse krav for diagnosticeringen af ADHD i DSM-IV, hvor ADHD-symptomer skal forekomme uafhængigt af andre lidelser, komplicere diagnosticeringen af ADHD hos voksne med misbrug og føre til en underdiagnosticering (Matthys et al., 2014, p. 635; Crunelle et al., 2018, p. 46). Hvis en person med misbrug ikke har fået diagnosticeret ADHD inden misbrugets opstart, er der en stor risiko for, at symptomer og adfærd, som i virkeligheden knytter sig til personens ADHD, bliver opfattet som konsekvenser af misbruget (Matthys et al. 2014: 635; Crunelle et al. 2018: 46). Mange af konsekvenserne af ADHD (fx jobtab, dårlig skolepræstation) hos patienter med misbrug kan således fejlagtigt blive tilskrevet stofmisbruget. Desuden har voksne med ADHD, hvor ADHD'en først opdages ved indskrivning i misbrugsbehandling, ofte haft symptomerne i mange år og har højst sandsynligt udviklet kompensationsstrategier, der begrænser påvirkningen og/eller maskerer symptomerne for omverdenen (Matthys et al., 2014, p. 635; Crunelle et al., 2018, p. 46). Voksne med misbrug kan desuden ofte have svært ved at huske deres tidligere ADHD-historik/-symptomer- hvilket fører til risikoen for, at ADHD kan blive overset i denne population (Løvaas & Dahl 2013, p. 158; Matthys et al. 2014, p. 635; Crunelle et al. 2018, p. 46). Ydermere antages det ofte fejlagtigt, at man i tilfælde

af angstlidelser, depression eller andre psykiatriske lidelser, ikke bør diagnosticere ADHD. Matthys et al. påpeger imidlertid, at alle lidelser bør tages i betragtning, også når ADHD sameksisterer med andre lidelser (Matthys et al. 2014, p. 635).

For det andet er der risiko for overdiagnosticering. Overdiagnosticering kan fx forekomme, hvis der ikke tages højde for, at patientens ADHD-symptomer også skal have optrådt hos patienten inden stofbrug. Overdiagnosticering kan derudover forekomme, hvis abstinenssymptomer opfattes som ADHD-symptomer (Matthys et al. 2014, p. 635; Crunelle et al. 2018, p. 46). En anden risiko for overdiagnose kan opstå, hvis patienter overdriver ADHD-symptomer i forsøget på få ADHD-diagnosen, så de kan få receptpligtig stimulerende medicin (Jones, 2014). Derfor anbefales opfølgende vurderinger af patienternes ADHD-symptomer løbende i misbrugsbehandlingen (Matthys et al. 2014, p. 636; Crunelle et al. 2018, p. 46). En god opfølgning på diagnosen kan forhindre over- eller underdiagnose, og det er derfor helt centralt at fortsætte med at monitorere patienten, da patientens ADHD-symptomer kan ændre sig ved en vellykket misbrugsbehandling (Matthys et al. 2014, p. 635; Crunelle et al. 2018, p. 46). Det er således væsentligt, at en ADHD-diagnose bliver betragtet som foreløbig, og at den verificeres i løbet af behandlingen.

#### 3.4.6 Opsummering om udredning

Forskning har i de senere år givet centrale anbefalinger og kritikker til udredningsprocesser af personer med ADHD og samtidigt misbrug. Udredningen kompliceres af overlappende symptomer, komorbide tilstande og krav om afholdenhed, og forskere har identificeret risici for både over- og underdiagnosticering af ADHD i misbrugspopulationer. En central udvikling er, at de nyere studier afviser de gængse krav om en lang afholdende periode inden udredningsprocessen, da barndoms-symptomer, udrederens kompetencer og vurderinger samt inddragelse af pårørende muliggør udredning blandt aktivt misbrugende. Dog er det afgørende, at en indledende screening (fx med ASRS v.1.1) opfølges af grundige og differentialdiagnostiske vurderinger, samt at diagnosen monitoreres og verificeres i løbet af behandlingen.

## 4 Kommunernes efterspørgsel af nye metoder

Kommunernes efterspørgsel efter og interesse for nye målgruppespecifikke indsatser eller metoder, som både adresserer dobbeltproblematikken, stofmisbrug og ADHD, belyses i dette kapitel. Kapitlet bygger på 10 telefoninterview med kommunale chefer og konsulenter inden for misbrugsområdet fra 10 udvalgte danske kommuner.

### 4.1 Borgere i misbrugsbehandling med ADHD

Samtlige kommunale chefer og konsulenter oplever, at andelen af borgere i misbrugsbehandling med ADHD-diagnoser eller tydelige symptomer på ADHD er "markant overrepræsenterede" (centerchef, mellemstor kommune), "*og derfor er vi helt principielt altid interesserede i mere viden om målgruppen og i at udvikle vores tilbudsportefølje.*" Centerchefer i de mindre kommuner er enige i, at andelen af borgere i stofmisbrugsbehandling, som også har ADHD, er relativt stor – vurderingen fra de mindre kommuner lyder på en andel fra 30 til 70 %. Det samme billede går igen i de store kommuner.

Der er også bred enighed om, at målgruppen er kompleks, ofte med andre alvorlige sociale og/eller mentale udfordringer end ADHD og stofmisbrug, og derfor også relativt hårdt belastet – "*endda i betragtning af, at de som borgere med stofmisbrug i udgangspunktet er relativt hårdt belastede*" (kommunal chef, mellemstor kommune), og ofte med "*kognitive udfordringer og megen kropslig uro*" (centerchef, mindre kommune). Målgruppen er særlig vanskelig at fastholde i behandling, hvilket enten begrundes i "*en ustruktureret, ofte impulsiv livsstil*" (centerchef, mellemstor kommune) eller i, at behandlingscentre ofte er nødt til at udskrive de borgere, som ikke overholder de aftaler, der er indgået i forbindelse med tilrettelæggelsen af behandlingen (centerchef, mellemstor kommune).

Borgere i misbrugsbehandling beskrives også som potentielt underdiagnosticeret, blandt andet i forhold til ADHD, hvilket ifølge disse kommunale interviewpersoner skyldes, at psykiatrien enten ikke vil udrede borgerne, så længe de er aktivt misbrugende, hvilket de "*er, i hvert fald så længe de ikke er ordentligt udredt*" (kommunal chef, mellemstor kommune), eller ikke anerkender de udredninger, som misbrugscentre selv foretager på baggrund af deres indledende samtaler med borgere og med borgernes nærmeste familier. Konsekvensen heraf bliver ifølge flere af de kommunale centerchefer fra mindre, mellemstore og store kommuner enten, at de mere socialt udfordrede og misbrugende borgere forbliver relativt kaotiske og vanskelige at fastholde i misbrugsbehandlingen, eller at de mindre socialt belastede og mindre misbrugende borgere opsøger private psykiatere, som stiller diagnoser.

### 4.2 Anvendelse af metoder til målgruppen

Det generelle billede af interviewene i de 10 kommuner er, at der anvendes forskellige metoder på målgruppen, og at metoderne ikke altid retter sig mod en eventuel diagnose på ADHD, men nok oftere bygger på en forståelse af borgernes symptomatologi. En centerchef fra en mindre kommune fortæller: "*I udgangspunktet ligger vores fokus aldrig på diagnoser, men på borgernes symptomer, om muligt suppleret med den viden, vi kan hente om borgeren i eksisterende journaler, som vi også diskuterer på konferencen, hvor det endelige tilbud fastlægges. Men altså, vi bygger ikke et behandlingstilbud på en diagnose, hvad enten det drejer sig om ADHD eller noget andet.*" Generelt fremhæver de kommunale interviewpersoner kognitive metoder, så vidt muligt suppleret med frivillige terapiforløb, som de mest oplagte og som dem, der aktuelt anvendes på målgruppen. De større

kommuner – og til dels også de mellemstore og i nogen grad de mindre kommuner – anvender supplerende metoder forud for kognitive sessioner, fx fysisk træning, yoga, NADA-akupunktur, magnet-akupunktur og musik. De fremhæver den positive betydning af disse metoder både for borgernes koncentration under de efterfølgende kognitive terapisesessioner, for borgernes fastholdelse og for borgernes muligheder for at styrke deres sociale relationer og – i forlængelse heraf – deres selvbi- leder. I forhold til anvendelsen af supplerende metoder, fremhæver en kommunal chef fra en mellemstor kommune et udtalt behov for at få afprøvet og valideret disse alternative metoder videnska- beligt, således at de kan målrettes den sociale stofmisbrugsbehandlings målopfyldelse frem for at blive sociale aktiviteter uden effekt på stofmisbrugsbehandlingen. Den samme interviewperson fremhæver specifikt, hvordan tilføjelsen af "Go"-delen på "MI-KAT"-metoden har gjort denne metode mere effektiv på unge under 25 i social stofmisbrugsbehandling. Den kommunale chef: *"De unge har brug for den anerkendelse, som der ligger i at modtage en belønning, og så er det selvfølgelig også væsentligt for deres fastholdelse, at belønningen er brugbar."*

Flere af de kommunale interviewpersoner peger på, at misbrugsbehandlingen er nødt til at have en relativt høj grad af metodefrihed, fordi den samlede målgruppe er kompleks. Selvom der således aktuelt ikke indgår deciderede ADHD-specifikke metoder eller metodekomplekser, fungerer mange af de generelle kognitive metoder også på ADHD-målgruppen, for så vidt de kan hjælpe borgerne med at få skabt mere struktur, sammenhæng, overskuelighed og forståelse for egen situation. I forhold til målgruppen kan det således i lige så høj grad vise sig, at metoder rettet mod borgernes symptomatologi og livsmestring vil blive foretrukket frem for mere diagnose-specifikke metoder.

I forlængelse heraf er det generelt vanskeligt for samtlige interviewpersoner at udpege det mest fordelagtige behandlingsforløb til målgruppen.

### 4.3 Efterspørgsel af metoder

Alle kommunerne er på den ene side åbne over for ny viden og nye metoder, mens de på den anden side oplever, at de metoder, som aktuelt anvendes, også er relevante for denne specifikke mål- gruppe – som ifølge interviewpersonerne udgør hovedparten af den samlede population af borgere i stofmisbrugsbehandling. I forhold til decideret at efterspørge nye metoder eller tilpasning af aktuelle metoder er interviewpersonerne imidlertid ikke enige. Interviewpersoner fra de kommuner, som ifølge dem selv går forrest i udviklingen af en mere effektiv social stofmisbrugsbehandling, og som fx har iværksat udviklingsaftaler med psykiatrien eller andre relevante (kommunale) aktører, efter- spørger mere eksplicit nye metoder end de (ofte mindre) kommuner, som ifølge interviewpersonerne ikke har ressourcerne til realistisk at kunne efteruddanne medarbejdere eller deltage i metodeudvik- lingsprogrammer. En centerchef fra en mindre kommune påpeger eksempelvis, hvordan det kan være vanskeligt at deltage i forskellige fora for vidensdeling, fx i ledernetværksmøder uden for mis- brugscenteret pga. de udgifter, der er forbundet hermed til både transport og løn. Den samme inter- viewperson opfordrer derfor til, at flere af de kompetencefremmende aktiviteter placeres på mis- brugscentre i provinsen frem for i de store byer.

Alle interviewpersoner fremhæver – om end i meget forskellig grad – at det eksisterende tværsek- torielle samarbejde (mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og psykiatrien) ikke fungerer opti- malt. Den gennemgående problemstilling er, at borgerne ikke magter at agere bindeled mellem to forskellige sektorer, og at psykiatrien kan udgøre en barriere for borgernes behandling, når psyki- atriens ikke udreder borgerne for ADHD eller forkaster de udredninger, som er foretaget på misbrugs- centrene. Imidlertid er nogle interviewpersoner mere optimistiske end andre. En centerleder fra en



mellemstor kommune fortæller eksempelvis om et yderst velfungerende samarbejde mellem nabo-kommunens sociale stofmisbrugsbehandling og den dertil knyttede distriktspsykiatri, som ifølge interviewpersonen er relativ lille og derfor mere fleksibel og mobil end den psykiatri, som hører hjemme på de nye store regionssygehuse. En anden interviewperson fra en anden mellemstor kommune opfordrer til, at der iværksættes længerevarende forsøg med at integrere kompetencerne på tværs af sektorer, og melder, at misbrugscenteret i interviewpersonens kommune gerne deltager i sådan et udviklingsprojekt. Denne optimisme går også igen i flere af de andre kommuner. Således oplever flere interviewpersoner, at det eksisterende tværsektorielle samarbejde kan – og bør – optimeres. En relevant målsætning kunne være at integrere den psykiatriske udredning i behandlingsopstarten.

#### 4.4 Opsamling

Generelt oplever kommunerne, at ADHD eller symptomer på ADHD ofte forekommer hos borgere, som modtager social stofmisbrugsbehandling. Kommunerne oplever, at disse borgere ofte også har andre sociale problemer end stofmisbrug, ofte er karakteriseret ved impulsivitet og er vanskelige at fastholde i behandling. Kognitive metoder udgør fundamentet i den eksisterende behandling, og, når ressourcerne er til det, gerne suppleret med forskellige supplerende metoder, som udover at øge effekten af de kognitive metoder også medvirker til at fastholde borgerne i behandling.

Generelt forholder kommunerne sig principielt positivt til ny viden målrettet målgruppen, men der er forskelle i de deltagende kommuners efterspørgsel af nye metoder til målgruppen. Mindre kommuner vurderer, at de kan have vanskeligt ved at afsætte tid og ressourcer til at afprøve eller implementere nye metoder, mens mellemstore og store kommuner umiddelbart er mere imødekomne over for at deltage i metodeudvikling – særligt udvikling af det tværsektorielle samarbejde på området.

## 5 Praktikere og eksperterers erfaringer

Praktikere og eksperter har bidraget med viden og erfaringer, og denne viden har sin særlige styrke i at være forankret i praktiske forhold på området. Dette kapitel indeholder de vigtigste pointer fra de to ekspertinterview og de to fokusgrupper samt analyser heraf.

Vi har interviewet den norske psykolog og klinikchef Eva Karin Løvaas og den danske psykolog og forsker Birgitte Thylstrup samt gennemført to fokusgruppeinterview med repræsentanter fra den kommunale unge- og voksenmisbrugsbehandling, psykiatrien, socialpsykiatrien, misbrugspsykiatrien og privat praksis. I hver fokusgruppe havde vi også repræsentanter med fra de tre ungebbehandlingsprogrammer (U-turn, U18 og MI/KAT-GO) for at kvalificere og diskutere programmernes potentialer for borgere med ADHD.

### 5.1 Målgruppekarakteristik

I både ekspertinterviewene og fokusgrupperne opfattes gruppen af borgere med ADHD og misbrug som en meget belastet og udsat gruppe. Den norske ekspert på området, Eva Karin Løvaas, beskriver eksempelvis gruppen som en meget sårbar patientpopulation i Norge:

*Eva: De har en stor grad af sammenfaldende problemer. Og der er mere tilknytnings eller relationelle problematikker fra opvækst. Jeg snakker her bestemt om den indlagte patientgruppe [i Danmark betegnet som borgere indskrevet i døgnbehandling], som vi har. Som er en vældig sårbar patientpopulation. De er vældig marginaliseret med vanskelige opvækstvilkår, vanskelige boforhold, økonomisk uføre.*

*Interviewer: Så det er i virkeligheden den mest udsatte gruppe?*

*Eva: Ja, det er den, som har mest at slås med.*

Eva beskriver her den patientgruppe, som indlægges, som i hendes optik udgør nogle af de mest udsatte og sårbare borgere. I fokusgrupperne fortalte deltagerne, at de har erfaringer med flere forskellige grupper af borgere i "begge ender af spektret", dvs. både borgere med kortvarige og mindre omfattende misbrug og "kaotiske borgere" med multipelt og langvarigt misbrug. Det var således en udfordring for fokusgruppedeltagerne at give en "samlet" karakteristik af målgruppen, da der er store interne forskelle:

*Behandler: Det er vanskeligt at sige, hvor stor den her gruppe egentlig er, altså som har misbrug og kun ADHD, og ikke andre ting i sit liv. Ikke andre diagnoser, og ikke andre særlige sociale problematikker, som vil påvirke deres adfærd. Og deres verdensforståelse. Så hvis man tager den rene gruppe, så er den nok i virkeligheden ikke særlig stor. Og det er jo ikke den rene gruppe, som vi taler om, når vi taler om det her. Så man er jo på en eller anden måde nødt til at kunne håndtere den her problemstilling med ADHD ved siden af alle mulige andre sideordnede problemstillinger. Og så se på, hvor er de henne i deres liv. Fordi der er jo kæmpe stor forskel på, om de kommer ud af gode baggrundsvilkår og har fine forudsætninger, og så har weekendmisbrug og en galopperende ADHD, eller om de kommer fra gaden og er hjemløse. Det er to totalt forskellige problemstillinger, som skal angribes forskelligt. (Misbrugsbehandler, ungebbehandling, København).*

Deltagerne i fokusgruppen i København lagde meget vægt på, at det er vanskeligt at afgrænse og definere gruppen af borgere med denne dobbeltproblematik. De understregede, at disse borgere ofte har overlappende problematikker, og at ADHD-problematikken sjældent er den mest dominerende. Desuden er der stor kompleksitet og variation blandt borgere med ADHD og samtidigt misbrug, hvorfor det var udfordrende at tale om fællestræk og en homogen gruppe. Ikke desto mindre gav deltagerne nogle bud på, hvad der kunne være fællestræk for størstedelen af disse borgere, nemlig impulsivitet, manglende konsekvenstænkning, udfordringer med fastholdelse og manglende problemerkendelse:

*Medarbejder: Men noget af det, som vi i hvert fald tænker kan være lidt fælles ved dem, det er deres impulsivitet og deres manglende konsekvenstænkning. At det også tit er det, som får dem ud i noget. Altså dem, som kommer ud til os, som har ADHD, er oftest dem, som har prøvet allerflest stoffer. Fordi når de er i et festligt lag, eller bare bliver præsenteret for nye stoffer eller andre stoffer end dem, de kender, så er der færre stopklodser i forhold til at indtage. Og det er også i forhold til at gældsætte sig og gøre alle mulige andre ting, som skaber alle mulige andre sociale problemer. Så vi oplever, at mange af de ting, som kan være rod til mange af deres problemer, ligger i impulsiviteten og evnen til ikke at tænke et par skridt frem (Medarbejder, behandlingscenter, København)*

*Behandler: Altså jeg tænker, at på misbrugsbehandlingsområdet, så er nogle af de træk, som vi har set, at det kan være svært at styre dem i behandlingen. Det kan være svært at fastholde dem i behandlingen, svært at fastholde dem i samtalen, og det kan være svært at have en retning, fordi der kan være sket 1000 ting på en uge. Og så er en af udfordringerne også, i hvert fald når vi sidder med de unge, at de synes sgu ikke, de har et problem. Det er omverdenen, som har et problem. Det er deres mor og far, og skolelæreren, som er en knold. Og chefen, som er en båtnakke. Altså de har det sgu meget godt. Så det kan være svært at motivere dem til en forandring, fordi de tager bare derudaf. Og så er der en masse omkring dem, som er bekymret. Og så er de meget ukritiske i deres misbrug. Det er også en udfordring. De er risikovillige, og de stiller ikke så mange spørgsmål, hvis de bliver tilbudt nogle ting. De tænker ikke over så mange konsekvenser, og så ryger de ud i noget kriminalitet. Også tit nogle steder, hvor de ikke kan bunde og se konsekvenserne af det, de går og laver. Det synes jeg kendetegner dem ret godt. (Misbrugsbehandler, ungebehandling, Aarhus).*

Både i ungebehandlingen og på behandlingscentre finder praktikerne således, at disse borgere er præget af en høj grad af impulsivitet, risikovillighed og manglende konsekvenstænkning. Begge praktikere giver også en beskrivelse af borgernes misbrug som meget ukritisk og peger på, at denne gruppe altså har prøvet og eksperimenteret med mange forskellige typer stoffer. Misbrugsbehandleren i Aarhus indikerer også, at de unge sjældent oplever, at de har et problematisk forbrug eller problemer i det hele taget. Dette bekræfter andre fokusgruppemedtagere, som også fortæller, at denne gruppe generelt oplever, at de har det rigtig godt på trods af en kaotisk hverdag, samt at denne gruppe ofte scorer højt på forskellige 'trivselsscores' i forhold til andre grupper. Omvendt oplever behandlerne også en mindre gruppe, som er mere depressive:

*Behandler: Jeg genkender billedet af de her udadreagerende unge, som synes, det går fint nok, at de har ikke noget problem. Det er de voksne, den er gal med. Jeg synes dog også, at jeg ser nogen, som har mange depressive symptomer, og som har selvskade, og som er i den her evige – du snakker om det her med at være meget forpint, fordi de måske på den ene side godt kan se, at "der er nogle ting her, som jeg mislykkes med. Jeg har ikke styr på det. De andre unge kører forbi mig på det hurtige tog." Og samtidig*

*så har rusmidlerne bare den store appel til dem og er medvirkende til at gøre dem endnu mere depressive i virkeligheden. (Misbrugsbehandler, ungebehandling, Aarhus).*

Der tegner sig således et billede af en sammensat ungegruppe, der både inkluderer udadreagerende unge, der giver udtryk for, at det hele kører, og mere nedtrykte og depressive unge.

Vi spurgte også deltagerne, hvad de anser som de primære årsager til borgernes misbrug, og hvordan borgernes ADHD hænger sammen med deres misbrug. Hertil svarede deltagerne i begge fokusgrupper prompte "selvmedicinering", nemlig at mange i denne målgruppe selvmedicinerer imod tankemylder, en indre uro og generelt en affektiv instabilitet. Desuden oplever deltagerne, at det er udbredt at anvende hash til at sove på og få kontrol over tankemylderet. Udover at selvmedicinere og få styr på tankemylderet fremhæver deltagere både i København og Aarhus, hvordan de ser 'kedsomhed' som en central forklaring på manges misbrug eller problebrug:

*Medarbejder: Vi oplever også, at en af de årsager, som særligt også de unge nævner, er kedsomhed. Altså det der med, at de er blevet hængt af i skolen, og de kan ikke følge med, og så sidder de bare og keder sig. Og så begynder de at holde op med at komme i skole, og så starter misbrug i stedet for. Altså bruger det til at få tiden til at gå imens. (Medarbejder, behandlingscenter, København).*

*Socialrådgiver: Men også rastløsheden, tænker jeg. Både unge og ældre siger, at de godt ved, at struktur og regelmæssighed er godt for dem, men at de røvkeder sig. Så mange af dem vil også søge hen i grupper, hvor der er gang i den, festligt og højt til loftet. Både fordi man måske falder igennem på de sociale regler, som man måske har svært ved, men også pga. kedsomhed. Sådant en modstand til konformitet. (Socialrådgiver, socialpsykiatri, Aarhus).*

Flere af fokusgruppemedtagerne oplever, at mange fra denne målgruppe ofte har et 'socialt' misbrug, hvor de indtager rusmidler i fællesskaber, som netop er centreret omkring stofbrug. De er således ofte del af stofbrugende miljøer, hvor rusmidler er meget tilgængelige. En ungebehandler fra København fortæller, at han oplever, at denne indslusning i stofbrugende fællesskaber starter meget tidligt. Specialklasser, hyppige skoleskift eller dårlig skoletrivsel kan således medføre, at de unge indlemmes i stofbrugende miljøer, hvor der nogle gange også er tale om kriminelle miljøer:

*Behandler: Jeg tænker også, som de bliver ældre og ældre og falder lidt igennem i det gode selskab, og ikke har det samme gode funktionsniveau som almindeligt fungerende jævnaldrende. Det marginaliserer dem jo lidt ud i nogle grupper, som ikke er så kritiske, og måske heller ikke så godt selskab. Så i stedet for at blive trukket op med de velfungerende, så bliver de trukket ned med de dårligere fungerende. Også selvom de har nogle ressourcer. (Misbrugsbehandler, ungebehandling, Aarhus),*

*Behandler: Der vil være nogen af dem [i behandling hos os], som vil kunne sige dele af de samme ting med tankemylder. Men det vil i højere grad være kedsomhed og noget med frustrationer over en tilværelse, som ikke fungerer, og et miljø, hvor der er kriminalitet og massiv brug af rusmidler. Som de er blevet en del af, og måske der, hvor de ligesom har fundet deres plads. Mange, mange skoleskift. Og nederlag i skolen. Frustrationer med familier, altså de vil komme med nogle andre forklaringer, tror jeg. Hvis vi kigger vores journaler igennem. (Misbrugsbehandler, ungebehandling, København).*

Denne pointe om socialisering ud i stofbrugende miljøer finder vi også i litteraturen (Jones, 2014). Det understreger vigtigheden af, at tilbuddene rummer og adresserer disse sociale problemstillinger,

samt at der også tænkes i tidlige, forebyggende tiltag. Fokusgruppetagerne påpegede dog også, at det sociale og festlige misbrug senere kan udvikle sig til et individuelt misbrug, hvor den voksne stofbruger indtager rusmidlerne alene og mere konstant. Selvom de unge også er udsatte på flere livsområder, fremhæver en af fokusgruppetagerne her, hvordan mange voksne med denne dobbeltproblematik er meget belastede:

*Psykolog: Jo ældre du bliver, jo mere falder du af. Jo mere falder du udenfor, jo mere skammer du dig, fordi du ikke kan leve. Altså et eksistenstema ved mennesker med ADHD, især jo ældre de bliver, er, at andre mennesker ikke kan forstå, hvorfor du ikke kan leve bedre, end du gør. Og det kan de sådan set heller ikke selv forstå, fordi "jeg føler mig sådan set rigtig dygtig til nogle ting eller har nogle kompetencer i en eller anden retning, fordi jeg skifter job hele tiden og i ægteskab og alle mulige ting, så er jeg meget sådan forbigående med det hele." Der kommer sådan en nederlagsfølelse og sådan en følelse af at være forkert. Og den sætter sig som en virkelig, virkelig tung ballast hos mange mennesker med ADHD, når de bliver lidt ældre. Fordi når du er ung, så kan man godt tænke, at "nå ja, man fester bare videre". Og være sådan, at man ikke tænker, at der skal ske nogen forandring. Men jo ældre man bliver, jo mere kan man se. Som du også siger, altså de andre suser forbi [...] og det er det, som giver skammen. Det at have evnerne og kan mærke, at man har evnerne, når man sammenligner sig med andre, og ikke kunne bruge dem. Og føle sig helt fra skoletiden, at man faktisk føler sig i stand til mere, end man kan leve. Det giver skam. Og stoftrang. (Psykolog, privat praksis, Aarhus).*

Både eksperterne og fokusgruppetagerne genkender, at der er behov for øget fokus på denne gruppe af borgere med ADHD, som har et samtidigt misbrug. Der tegner sig således et billede af en meget udsat gruppe, som er svære at fastholde i behandling, og som udfordres af impulsivitet og risikovillighed generelt. Eva Karin Løvaas fortæller i forbindelse med dette, at der bør være mere fokus på denne patientgruppe, blandt andet fordi der ofte kræves 'for meget' af dem i behandlingen:

*Eva: Som sagt, så kan jeg godt ønske mig, at vi får mere fokus på rusmiddel og ADHD. Og så ser jeg, at det er en specielt udsat og sårbar gruppe. Både i kommuner og i specialhelsetjenesten. Netop fordi der er impulsivitet og sådan, og de har svært ved at overholde aftaler og forpligtelser. Hvor selv engageret fagpersonale giver op. Det behandlingsapparat, og dem, som skal følge op, giver op i højere grad i den her patientgruppe. Fordi de har for store forventninger, og kommer til at sætte urealistiske forventninger om at ændre det, som tilhører de diagnostiske problemer. Det er sådan, at man accepterer på en måde symptomerne indtil et vist punkt. Fordi man har forventninger om, at symptomerne skal ændres sig i større grad end det, som er muligt. Også selv med god behandling. Så det er en patientpopulation, som er udsat for en del forventninger, og folk mister tålmodighed med det. De synes det er charmerende i en periode, men så stopper de med at synes det. Så selvom det er gode indsatser, vi har, så er det en vældig stor udfordring.*

Hun påpeger således et behov for at anerkende, at symptomerne, der knytter sig til ADHD og misbrug, ikke altid kan eller skal 'fjernes'. Birgitte Thylstrup fra Center for Rusmiddelforskning, den danske ekspert i undersøgelsen, vedkendte også, at der er behandlingsbehov blandt disse borgere, som ikke er mødt, og at der er plads til udvikling og forbedring på dette område. En repræsentant fra et regionalt ADHD-ambulatorium fortæller ligeledes i fokusgruppen, at psykiatrien har svært ved at rumme de mest misbrugende borgere:

*Leder: Jeg synes de er vældig meget mere udsatte. Fordi vi kan ikke tilbyde dem den samme behandlingsform. Fordi vi vil ikke give dem methylphenidat. Og vi vil have, de indtager det på en anden måde end på deres misbrugscenter. At de kan kun hente til en uge af gangen, og deres udeblivelsesprocent må være meget ringere end resten af patientgruppen. Altså de fremmøder ikke. Altså alene det med at finde vej ude i et industri-kvarter en onsdag formiddag, det er svært for dem, som er massivt misbrugende. Det er ganske få, vi har i kontinuerlig behandling, som har et vedvarende stort misbrug. Det hænger ikke sammen. Vi kan ikke rumme deres grad af vanskeligheder, og vi kan ikke tilbyde dem noget, som er attraktivt nok for at få dem til at komme. (Leder, ADHD-ambulatorium, København).*

Interviewpersonerne identificerer hermed, at der er et behandlingsbehov, som ikke bliver mødt i det eksisterende behandlingslandskab, samt at gruppen af borgere med ADHD og misbrug kan være en meget udsat gruppe, netop fordi de er svære at placere i behandlingen og ikke mindst svære at fastholde i eksisterende tilbud.

## 5.2 Erfaringer med virksomme metoder og lovende praksis

I dette afsnit vil vi undersøge praktikernes og eksperternes anbefalinger til virksomme metoder i behandlingen af denne dobbeltproblematik. Vi vil zoomer ind på enkelte behandlingselementer (fx psykoedukation og KAT) og klargøre, hvorfor de enkelte metoder virker godt og er effektive hos borgere med ADHD og misbrug.

I både ekspertinterviewene og fokusgrupperne spurgte vi deltagerne, om de havde særlig god erfaring med bestemte metoder i behandlingen. Deltagerne fremhævede særligt psykoedukation, den motiverende samtale (MI) og kognitiv adfærdsterapi (KAT) som virksomme, men nævnte også mindfulness og musik- og træningsterapi som lovende og effektive for nogle i denne gruppe. Desuden understregede praktikerne et behov for en anerkendende og ressourceorienteret tilgang i behandlingen.

### 5.2.1 Psykoedukation

Både eksperterne og praktikerne fremhævede psykoedukation som et virksomt element i behandling til målgruppen, både i psykiatrien og i misbrugsbehandlingen. Metoden blev fremhævet som et oplagt første trin i behandlingen, som kan give borgeren indsigt i eget adfærdsmønster og ikke mindst ønsker for behandlingen. Birgitte Thylstrup forklarer, at psykoedukation eksempelvis kan medvirke til, at borgeren bliver ansvarliggjort for egen udvikling i behandlingen:

*Birgitte Thylstrup: Så det er med at sætte ind og sige: "hvad er det, der er brug for, nu og her, som fylder mest?" med meget fokus på funktionsniveau i hverdagen, altså: "hvordan kan vi hjælpe dig med at opleve at fungere bedre?". Og så kan det være, at det også hænger sammen med et misbrug, men hvis man ligesom kun sporer sig ind på det, så ser man jo ikke hele den unges eller ældres problematik, så jeg tror, det er meget vigtigt, at man snakker med den unge, og ældre også, og bliver klog på: "hvad er det, der giver mening for jer? Hvad er det, I synes, I gerne vil have hjælp til?". Og det er også en måde at ansvarliggøre folk for deres egen udvikling. Og der kan psykoedukation noget, fordi det ligesom kan hjælpe til, at man bliver opmærksom på: "hvad er det, jeg står med, og hvordan kan jeg overveje at håndtere det?". Og jeg synes, det er respektfuldt. [...] Og så kan man gå videre med kompleksiteterne i forhold til KAT og DAT osv.*

Det var en generel opfattelse blandt fokusgruppedeltagerne, at psykoedukation er meget brugbart til denne borgergruppe, blandt andet til at skabe en forståelse for sammenhængen mellem ADHD og misbrug og til at tydeliggøre konsekvenserne af et fortsat forbrug. Mange af behandlerne fra ungemisbrugsbehandlingen nævner, at psykoedukation er meget brugbart til netop unge, der ud over misbruget har en diagnose:

*Behandler: Og så tænker jeg, at man kan også bruge meget psykoedukation. Der er mange af dem som ved forbløffende lidt om hvad det i virkeligheden vil sige at have ADHD. Hvor at de måske har fået lidt at vide. Men ikke sådan helt ned i praksis, altså hvad betyder det så i min hverdag. Og det kan også være meget forskelligt, hvordan det viser sig for dem. Men jeg tænker det er et punkt, hvor mange mangler rigtig meget selvindsigt. Apropos det der med at være udadprojicerede. De kan ikke selv se deres egne problemer. Det bliver sådan blind spots. De ved ikke hvad ADHD'en i virkeligheden er med til at spænde ben for. (Behandler, ungebehandlingen, Aarhus).*

Behandlere både i misbrugsbehandlingen og psykiatrien ser det som altafgørende og yderst vigtigt at inkludere psykoedukation i behandlingen af denne målgruppe. Psykoedukationen kan dog med fordel, ifølge flere af interviewpersonerne, fokusere på borgerens individuelle symptomer frem for ADHD-diagnosen generelt. Til dette formål anbefaler en af fokusgruppedeltagerne, en psykolog fra privat praksis, at anvende 'BRIEF' i udredningen, som kan gøre borgeren bevidst om egne symptomer:

*Psykolog: [...] altså jeg snakkede om skammen før. Skammen kommer af at du ikke ved hvad der er galt med dig. Du ved bare at det er forkert, og så bliver det personificeret. Hvis jeg får et navn, altså en lidelse, at sætte mine problemer og udfordringer på. Og nogle fortællinger om hvad det er, som er mine udfordringer. Så kan jeg bedre bære det uden at skamme mig så meget. Og så kan jeg begynde at gøre noget ved det. Og så kan jeg begynde også at fortælle andre at det er derfor det er svært at være mig. Og det er derfor der er mange ting, som er gået galt for mig. [...] Altså at når man så laver sådan en psykoedukation, at der jo rigtig, rigtig stor forskel på hvordan folk bliver ramt af den her lidelse her. Og at der også ligger et udredningsperspektiv i det [...] da vi lavede det her udredning insisterede på, at vi skulle bruge BRIEF som instrument ind i psykoedukation. BRIEF er et spørgeskema, som giver en beskrivelse af en række delelementer i frontallap-funktionen. [...] Det instrument individualiserer hvordan det ser ud at være dig. Og derfor bliver det også meget mere relevant. Fordi så bliver det ikke bare en generel ADHD fortælling vi snakker ud fra. Så er det hvordan det er, at være dig. [...] Og så er vi allerede godt på vej, fordi så føler folk at det er dem, som er på det der papir der. Og det skal gøres meget anerkendende, men så kan det have en rigtig god effekt. Fordi så er det ikke bare generelt sådan vi snakker om. Fordi ADHD er jo ikke, altså det er jo bare en bunke symptomer, som man har valgt at give et navn. Det kan komme fra vidt forskellige problemstillinger. I virkeligheden er det jo bare en konstruktion. ADHD er bare en samling symptomer, som du kalder ADHD, og ingen ved rigtig hvorfor så mange mennesker har den, og det kan have vidt forskellige årsager og vidt forskellige fremtrædelsesform. Så derfor er det også vigtigt at individualisere psykoedukation. (Psykolog, privat praksis, Aarhus).*

Metoden blev af samtlige interviewpersoner i undersøgelsen fremhævet og identificeret som central, særligt hvis psykoedukationen tager udgangspunkt i borgerens individuelle og konkrete symptomer frem for generel viden om ADHD, fx ved brug af BRIEF. Psykoedukation fremstår hermed som et

væsentligt, anvendeligt, evidensbaseret og fleksibelt element i behandlingen af borgere med ADHD og misbrug, både i misbrugsbehandling og i psykiatrisk regi.

### 5.2.2 Den motiverende samtale

Dernæst blev den motiverende samtale (motivational interviewing eller MI) fremhævet som et virksomt og brugbart element i behandlingen. Den motiverende samtale består af fire overordnede samtaleteknikker: Åbne spørgsmål, bekræftende udsagn, refleksioner og opsummering. Den motiverende samtale kan bruges af behandleren som et redskab til at styre samtalerne med patienterne, men kan også give patienterne mulighed for at give udtryk for individuelle behov og ønsker til behandlingen:

*Birgitte Thylstrup: Udfordringen er jo ligesom at tilpasse interventionen til det, de kan rumme, så de kan bruge det. Og det motiverende interview er en meget, meget fin måde, synes jeg, at være nysgerrig på sammen med patienten og så også supplere med adfærdsanalyser af det kognitive: "hvad skete der?", og "hvad gjorde du?" (...) Jeg kan godt lide det, og det tiltaler også mange behandlere, og det sikrer også mange patienter i forhold til behandleren, at de ikke bliver overrulet af behandleren. Og det synes jeg, er vigtigt.*

Thylstrup anskuer således den motiverende samtale som en sikring af, at patienterne ikke "overrules" af behandlerne, da den netop tager udgangspunkt i patientens egne forslag til mulige løsninger eller ønsker. Hun, og flere andre interviewpersoner, mener således, at metodens inddragende og "empowering" tilgang er passende til denne patientgruppe, som netop ofte har oplevet nederlag og haft udfordringer med at vedholde adfærdsændringer. Den motiverende samtale placerer nemlig ansvaret for forandring hos patienten, hvor behandleren gennem samtalen hjælper patienten til at blive ansvarlig for egen udvikling ved blandt andet at identificere styrker og ressourcer, som kan indgå i patientens løsningsforslag (Miller & Rollnick, 2012).

En af psykologerne i fokusgrupperne fremhæver endvidere, hvordan metodens fokus på opsummeringer er særligt brugbart i samtaler med personer med ADHD:

*Psykolog: Men det er også en meget styrende samtaleform. Og det er det, som sjældent bliver fremhævet i præsentationen af det. Men det er det. Et af styringsværktøjerne er opsummering. Det er simpelthen lige at sige fx, "nå, så da du kom hjem i dag var der kaos derhjemme, din kone kunne ikke forstå, at du ikke var kommet hjem noget før, og hun begyndte at skælde ud og sådan". Og så gentager jeg bare det, som folk siger, og så imens jeg gentager det, så stopper jeg den der associationsrække. Og så føler de sig vældig hørt, men i virkeligheden er det for at styre dem. For at de ikke skal køre for langt ud af en tangent. Og så fx spørge sige "hey, vil det være okay nu at gå videre. Du sagde at du havde en seddel i lommen, som du gerne ville snakke om?". Altså når jeg så har opsummeret det, og der måske er kommet en kommentar til det. Så på den måde kan jeg styre samtalen (Psykolog, privat praksis, Aarhus).*

Den motiverende samtale kan således anvendes til at få samtalen tilbage på sporet med disse borgere, som ifølge behandlerne ofte kan komme lidt ud af en tangent i samtalerne, fordi de enten har oplevet meget på meget kort tid, eller fordi de har svært ved at holde fokus. Ud over at være meget patientorienteret er den motiverende samtale således også meget vellidt af behandlerne.



### 5.2.3 Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi optrådte også som en central metode i både ekspertinterviewene og fokusgrupperne. Denne form for terapi kan lære patienter at blive opmærksomme på automatiske tanker i problemsituationer og derigennem lære patienten at håndtere sine udfordringer. Metoden er en systematisk og struktureret terapiform, og den indeholder elementer såsom dagsordener og problemløsningsmodeller i samtalen eller i form af hjemmeopgaver. Øvelserne kan hjælpe til at ændre både adfærd og tankemønstre, og ved at afprøve alternative og mere hensigtsmæssige handlemåder kan patienten gradvist mestre vanskelige situationer og handle anderledes.

Kognitiv adfærdsterapi er en udbredt og evidensbaseret metode. Særligt deltagerne i fokusgrupperne fremhævede metoden som virksom hos målgruppen. Flere af behandlerne anbefaler, at der i behandlingen af denne målgruppe anvendes dagsordener, hvor behandleren i starten af samtalen opsætter en dagsorden (gerne visuelt) for sessionen. Desuden fremhæver flere, at visuelle påmindelser – både i samtalen og i hjemmet – er meget brugbare elementer fra KAT, som med fordel kan tænkes ind i behandlingen (fx visuelle dagsordener på en tavle). I følgende uddrag fra fokusgruppen i Aarhus forklarer to ungebehandlere, hvorfor metoden virker særligt godt på unge med ADHD i misbrugsbehandling:

*Behandler: Det er det der med at arbejde med strategier, at arbejde hen imod – jamen hvor er vi så på vej hen. Altså kognitiv terapi og ADHD, det går rigtig godt i tråd, fordi det er tydeligt og tydeligt tavlearbejde, altså man kan strukturere på tavlen – ”se her, vi kigger på det, på den her måde”. Det er gennemsigtigt, og vi kan forklare, hvad vi har gang i, når vi vælger at arbejde hen imod reduktion, eller det kan også være nogle andre ting. Det er meget konkrete redskaber, man kan arbejde med.*

*Behandler: Helt klart. Konkret og målbart. Fordi det er så vigtigt for dem, at de får de der små succesoplevelser undervejs, og at man så lige highlighter dem undervejs – ”ej hvor var det godt. Der fik du kun røget tre gange i stedet for fem.” Og man også er lidt inde over det med måling, fordi det er ikke altid, at de selv kan se det – at få målt på, at de faktisk rykker sig. Så bliver de som regel altid positivt overrasket. Jeg synes, mine unge har været enormt glade for de her registreringskemaer, fordi deres forandring bliver synlige for dem.*

*Interviewer: Så tydeliggøre de små succeser?*

*Behandler: Ja og gerne visuelt.*

*Behandler: Ja og huske det for dem. Fordi når man bruger tavlen og skrift, så har man hele tiden nogle beviser på, at der er sket en udvikling, og man kan hive det frem og se – ”jamen se forrige gang, der arbejdede vi med det på den her måde” – ”nå ja for fanden, jeg glemte det jo egentlig også, men jeg gjorde det alligevel”. Man kan hele tiden hjælpe dem til at huske, at deres nye strategier rent faktisk virker.*

Metoden er således med til at tydeliggøre den unges udvikling ved brug af fx registreringskemaer og tavlearbejde. Kognitiv adfærdsterapi bliver også fremhævet som en metode, der ”kommer med den unge hjem”, både i form af øvelser eller huskekort. Metoden er således ifølge interviewpersonerne yderst relevant for borgere med ADHD og misbrug, fordi metoden kommer med ud af samtalerummet og minder borgerne om, at de kan bruge redskaberne og erkendelserne fra samtalerne i deres hverdag.

#### 5.2.4 Anerkendende og ressourceorienteret tilgang

Det næste element afspejler som sådan ikke en konkret metode, men er en tilgang, som flere af interviewpersonerne fremhævede som meget væsentlig for behandlingens succes og for fastholdelse. Både eksperterne og fokusgruppemedlemmerne anbefalede, at behandlere har en anerkendende og ressourceorienteret tilgang til borgerne, hvilket kan fremme en mere positiv selvforståelse og positive handlemåder:

*Birgitte Thylstrup: Så også fokus på de styrker, der er, for nogen, i at have ADHD, altså det her med ikke kun at problematisere det. Og også, der er lavet lidt forskning om, at der er mange – altså det kan godt hænge sammen med, at man er en god iværksætter. Mange idéer, gang i den. Altså anerkende de unge for, at der er noget i deres adfærd, som rummer nogle spændende muligheder.*

*Behandler: Det kan godt være, det er lidt en selvfølge, men du sagde det der med, at de er vant til at få meget skæld ud. Og mange nederlag. Jeg tænker hele tilgangen med at møde dem anerkendende er noget, som fungerer rigtig godt. Fordi så blomstrer de op, og så åbner de mere op for at lytte til, hvad man siger. Og jeg tænker, de ofte har rigtig dårlig selvværd og dårlig selvtillid også. Fordi de ikke er lykkedes med så meget. (Behandler, ungebearbejdning, Aarhus).*

Netop fordi personer med ADHD ofte har oplevet mange nederlag, fortæller behandlerne, at det har haft god effekt at have denne ressourceorienterede tilgang, hvor personens styrker bliver anerkendt og fremhævet.

#### 5.2.5 Mindfulness

Øvelser baseret på mindfulnessprincipper blev også fremhævet som lovende og væsentlige behandlingselementer. To behandlere i den københavnske fokusgruppe fortæller imidlertid, hvordan de blev nødt til at nedskalere øvelserne og fx lave mere simple åndedrætsøvelser eller gående mindfulness:

*Behandler: Vi har også en af vores grupper, hvor de prøver åndedrætsøvelser. Vi startede ud med at prøve noget mindfulness og fandt ud af, at det var for kompliceret, eller for omfattende. Ja, for krævende faktisk for målgruppen. Så de får introduceret teknikkerne til nogle mindre åndedrætsøvelser. Og afslapningsøvelser, sådan målrettet deres mentale trang. Og det er der nogen af dem, som har været rigtig glade for. Det har været nogen af dem, som har haft overvældende oplevelser af at lige pludselig at gå ind i sig selv på den måde. Der tror jeg, der kunne være et potentiale i, som man kunne undersøge nærmere. (Misbrugsbehandler, ungebearbejdning, København)*

*Medarbejder: Vi har faktisk samme oplevelser, også med mindfulness. Altså vi prøvede også at arbejde meget med det på et tidspunkt, men vi fandt, at det var rigtig, rigtig svært. Men vi gik over til at lave sådan noget gående mindfulness, hvor man bevæger sig rigtig langsomt, og det hjalp faktisk. Fordi der er du også oppe at stå, og du laver nogen bevægelser, så kan du holde lidt mere ro og lidt mere koncentration. Men altså, der er også mange, som har svært ved det. (Medarbejder, behandlingssenter, København).*

Mindfulness blev beskrevet som et behandlingselement, der med fordel kan supplere andre metoder, og som et element, der har haft god effekt for personer med ADHD, netop fordi den i modsætning til de andre kognitive og samtalebaserede metoder er en mere kropslig metode. Selvom begge behandlere påpeger, at øvelserne kan være krævende, mener de også, at man bør undersøge og underbygge virkningen af mindfulness hos denne målgruppe nærmere.

### 5.2.6 Musik- og træningsterapi

To metoder, som ikke dukkede op i litteratursøgningen, men som blev nævnt i både ekspertinterview og fokusgrupper, er musik- og træningsterapi. På det norske behandlingscenter har de eksempelvis arbejdet systematisk med træning inden hver samtale, hvilket de har haft rigtig gode erfaringer med:

*Eva Karin Løvaas: Så vil vi blandt andet anbefale kraftigt patienten at benytte træningsterapi. Det er, fordi vi ser, at patienten klarer bedre at gennemføre udredningen, hvis de har en time med fysisk aktivitet før en udredningssamtale. Så vil de klare at holde koncentrationen længere, så successen for at gennemføre den samtale bliver bedre. Der er ikke nogen systematisk forskning på det, men det er vores erfaring. Og vi prøver også at lægge træningsterapien før en individuel samtale og før en gruppesamtale. (...) Og det er også noget med at få udnyttet endorfinerne og sådan. Det øger koncentrationen. Der er forskning, som har vist, at træningsterapi også reducerer brugen af centralstimulerende midler. Jo mere fysisk aktivitet, jo mindre brug af medicinske præparater. Selvom mange patienter, hvis de får diagnosen, vil få prøvet præparater, så ved vi, at successen på, at det skal virke, sådan som vi ønsker, den er estimeret til 50 procent. Så vi prøver også at introducere andre metoder. Vi ser, at de metoder, som appellerer specielt til denne gruppe, er træningsterapi. Og så ser vi også, at musikterapi er noget, som appellerer. At lære at spille trommer og lære at spille guitar fx*

En ungebehandler i København fortæller ligeledes, at de har haft stor succes med en træningsgruppe, som både kunne give de unge fysisk aktivitet og et positivt fællesskab. I dette tilfælde var der tale om terapeutstyret træning, hvilket også gav mulighed for at have terapeutiske samtaler i en anden kontekst og uden for samtalerummet. Mange unge havde udtrykt stor tilfredshed med disse træningsgrupper, netop fordi de ikke bryder sig om at sidde stille i lang tid af gangen.

Musikterapi bliver ligeledes fremhævet som en lovende metode, der kan supplere andre behandlingselementer. En medarbejder fra voksen-misbrugsbehandling fortæller, at de har haft stor gavn af musikterapi:

*Medarbejder: Vi har to musikterapeuter, som også arbejder meget kropsligt. Også i forhold til ADHD. Det er med at når man arbejder med den der indre uro, hvor du kan prøve at mærke den på andre måder end kognitivt. Når man snakker KAT, fx, så foregår det meget på tankeplan. Der er mange af dem her med masser af tankemylder og indre uro, hvor de ikke kan komme i kontakt med det. De kan simpelthen ikke sidde stille nok til det, men det her med at arbejde med rytmer med trommer fx. Det her med at mærke, hvordan kropsligt er det her, altså det kan faktisk skabe ro. Vi har haft noget held med at arbejde med det på en hel anden oplevelsesorienteret måde. (Medarbejder, behandlingscenter, København).*

Udover at skabe succesoplevelser og give adgang til nye og velfungerende fællesskaber fremhæver flere af behandlerne, at musik- og træningsterapi kan give disse personer en naturlig træthed og derfor også hjælpe på søvn og døgnrytmer, som også ofte er udfordring. ADHD-symptomerne, både hyperaktiviteten og opmærksomhedsbesværet, betyder, at én-til-én-behandlersamtaler ikke altid er

at foretrække, hvorfor kropslige og aktive metoder såsom musik- og træningsterapi ifølge behandlerne kan være meget brugbare for netop denne målgruppe.

### 5.2.7 Belønninger

Et sidste element, som også blev fremhævet som virksomt og lovende, er belønninger. Belønninger blev primært anvendt i unge-misbrugsbehandlingen, hvor flere steder (bl.a. U18 og MI/KAT-GO) havde gode erfaringer med at belønne med fx en frokost på McDonalds eller gavekort. Behandlerne oplevede, hvordan det virkelig har gjort en forskel for særligt de unge med ADHD og har medvirket til fastholdelse i behandling, som ellers har været en stor udfordring for denne gruppe. To behandlere fra fokusgruppen i Aarhus fortæller, hvordan de har haft succes med at bruge belønninger:

*U18-behandler: Noget, jeg har haft succes med, det er rent faktisk at bruge belønninger. I form af, hvis forældrene kan sponsorere et eller andet, eller også mad. Jeg aftalte med en, at hvis han kunne have en hashfri dag, så kunne vi gå ud og spise frokost på McDonald's. Og det havde han faktisk ugen efter, fordi der gik også lidt konkurrence i det for ham. Og det tændte ham lidt, at det også var lidt en konkurrence. Lidt et væddemål. Og det blev hans første hashfrie dag i tre år. Og man kan så sige, at han kunne have løjet om det. Men jeg kunne simpelthen mærke på ham, at der var noget på spil for ham. Fordi nu skulle han i hvert fald vise, at det kunne han. Og senere blev han faktisk rusmiddelfri. Men det var meget at arbejde belønningsmæssigt med hurtige feedback-sløjfer.*

*MI/KAT-GO behandler: Det er jo også det vi har afprøvet af metode. Og det er helt klart for os at se, at det gør en forskel. (...) Så det der med at komme ind og få en belønning. Altså de har fået så meget skæld ud i deres liv. Det der med, at de faktisk bare ved at komme får en belønning. Det har en kæmpe effekt.*

Birgitte Thylstrup fortæller også, at belønninger er særligt oplagte til unge med udadreagerende adfærd frem for internaliserende adfærd, og ikke mindst at de har observeret, at belønninger øger unges deltagelse og fastholdelse i behandling.

### 5.2.8 Afrunding på virksomme behandlingselementer

I ovenstående afsnit har vi introduceret metoder og behandlingselementer, som eksperterne og praktikerne har fremhævet som særligt lovende eller virksomme for både unge og voksne med ADHD og misbrug. Jævnfør litteratursøgningen har kognitiv adfærdsterapi og psykoedukation haft størst evidens for målgruppen, men elementer såsom mindfulness og den motiverende samtale er også blevet fremhævet i litteraturen som lovende metoder til denne dobbeltproblematik, på trods af manglende evidens.

Det er klart, at ingen af disse metoder vil stå alene i en behandlingsindsats, og at metoderne på forskellige måder er sammensat i behandlingsprogrammer eller tilgange. Både praktikere og eksperter understreger, at det er vigtigt, at behandlingen sammensættes ud fra patientens behov og ud fra, hvor meget de kan rumme. Hvor nogle behandlingssteder implicit anvender en palette af metoder i behandlingen har de i Norge udviklet en decideret "behandlings-menu", hvor dobbeltdiagnose-behandlingen tager udgangspunkt i syv metoder og syv tilgange:

*Eva Karin Løvaas: Ja, til behandling af patienter, som også har ADHD, så har vi en stor gruppe, som får træningsterapi. Men igen, så er det jo ud fra, hvad patienten vil foretage sig. Men vi har et helt team, som kan udføre træningsterapi. Når du kommer til klinikken,*

*så er det sådan, at du bliver præsenteret for en behandlingsmenu. Vi har syv perspektiver, og så har vi syv metoder. Som vi har valgt at forholde os til. De syv perspektiver er det psykologfaglig perspektiv, det medicinfaglige perspektiv, det socialfaglige perspektiv, og så har vi (aldersperspektivet) og så har vi kønsperspektivet. Og så har vi selvfølgelig et brugerperspektiv. Og så har vi pårørendeperspektivet. Og af metoder der benytter vi os af miljøterapi, og det er oftest mentaliseringsbaseret miljøterapi. Og så har vi mentaliseringsbaseret individuel og gruppeterapi. Og så har vi kognitiv terapi. Så benytter vi os af MI. Det motiverende samtaleinterview. Og så benytter vi os af træningsterapi. Og så har vi musikterapi, som er ganske nyt inden for faget. Det er utrolig spændende. Og så har vi IPS, Individuel Placement Support. Altså at bistå patienten i at komme ud i ordinert arbejde. Så det er de syv metoder.*

Begge eksperter lagde meget vægt på brugerperspektivet og på, at behandlingen tilrettelægges ud fra patienternes behov og ønsker, hvilket fordrer, at patienten inddrages i såvel udredningsproces som behandlingsplaner. Denne form for behandling kræver selvsagt et center, hvor mange fagligheder og professioner er repræsenteret, og hvor det tværfaglige samarbejde støttes. Disse forhold vedrørende mere generelle anbefalinger til behandling og organisering vender vi tilbage til i afsnit 5.5 og 5.6.

### 5.3 Lovende praksis i misbrugsbehandlingsprogrammer for unge

I dette afsnit vil vi introducere tre lovende unge-behandlingsprogrammer og deres virkning og potentialer som behandling af borgere med ADHD og samtidigt misbrug. Her tager vi primært udgangspunkt i fokusgruppe-interviewene, hvor der var repræsentanter fra de tre programmer til stede, som sammen med de øvrige fokusgruppemedlemmer diskuterede styrker og svagheder ved programmerne i forhold til målgruppen. Det er ikke vores hensigt at give en klar anbefaling af, hvilke af de tre programmer der ville egne sig bedst. Vi ønsker snarere at give indblik i, hvordan de eksisterende programmer allerede behandler og potentielt kan skærpe deres indsats over for borgere med ADHD.

#### 5.3.1 U-turn

U-turn er et rådgivnings- og behandlingstilbud til unge (mellem 16 og 25 år) udviklet i København, men også udbredt til eksempelvis Horsens og Helsingør Kommune. I tilbuddet kan de unge både få åben og anonym rådgivning, individuel behandling (baseret på kognitive og narrative terapier), gruppeforløb (fx træningsgrupper) og daggrupper (kombinerede skole- og behandlingstilbud). Ofte inddrages også familie og netværk. En behandler fra U-turn deltog i fokusgruppen i København og beskriver U-turns tilgang som følger:

*U-turn-behandler: Man kan sige, altså jeg er gået bort fra at kalde det en enkeltstående metode. Jeg vil i høj grad betegne det som en tilgang, fordi metode er for specifikt i forhold til det vi laver. Fordi vi benytter os af forskellige metoder. Det, som er centralt, er, at vi prøver at tilpasse behandlingen den enkelte. [...] Vores udgangspunkt er i højere grad et andet sted end diagnoserne. Det er i højere grad et åbent spørgsmål, altså hvad vi kan hjælpe den enkelte med. Og så tage udgangspunkt i det, som de præsenterer os. Og så har vi oftest en meget åben tilgang. Fænomenologisk. Hvor vi prøver at sætte os ind i deres udfordringer og deres billede, altså at forstå dem. Acceptere deres gode grunde til at bruge rusmidler og til at gøre, som de gør, som et udgangspunkt. Og derfra kan vi så i højere grad sætte ind med mere specifikke metoder afhængigt af, hvad det er for en problemstilling, som de præsenterer for os. Og så kan det være, vi foreslår, at de skal gå*

*i træningsgruppe, eller at vi trækker mere i noget – altså, det kan være traumearbejde, hvis der er nogen, som helt tydeligt er traumatiseret af et eller andet.*

Behandleren fra U-turn fortalte derudover, at deres center i høj grad allerede adresserer ADHD-problematikker i deres forløb, eftersom en høj andel angiver ADHD eller andre diagnoser ved indskrivning (40 % af de unge under 18 og 75 % af de unge over 18 år angav ved seneste indskrivning at have en diagnose). U-turn-modellen kan således siges allerede at have vist sig virksom over for denne undersøgelses ADHD-målgruppe, omend dette ikke var tiltænkt oprindeligt, da U-turn blev etableret som misbrugsbehandling til unge. Metoderne, der anvendes, herunder den motiverende samtale, narrativ og kognitiv terapi samt et systemisk, anerkendende og helhedsorienteret fokus, har ifølge behandleren fra U-turn i høj grad været virksomme også blandt unge med ADHD. Han fortæller dog også, at en central udfordring for denne komplekse metodesammensætning er tværfagligt samarbejde og unge-behandler-matching:

*U-turn-behandler: Vi har bedre muligheder, end I har i psykiatrien. Vi har bedre ressourcer, og vi har større netværk at arbejde med, altså med sagsbehandlere og forskellige. Og har mulighed for at ringe op dagen før, altså de der ting, som du oplever er nødvendige, det har vi mulighed for at gøre i højere grad. Man kan aldrig gøre det tilstrækkeligt. Fordi man kan altid gøre det bedre, fordi de har et rimelig stort behov. Men vi har rimelig gode muligheder. Så handler det bare om, at netop fordi der er så mange forskellige nedslagspunkter, så skal du også være dygtig utrolig mange forskellige steder. Og det er faktisk en udfordring, vil jeg sige. Altså det at blive en dygtig familiebehandler kan du jo bruge et liv på. Så kan du bruge et liv på at blive dygtig til at lave kognitiv terapi, eller narrativ terapi. Eller til at have fokus på det mere pædagogiske aspekt af, hvordan man er sammen med unge mennesker. Det bliver et meget omfattende metodebatteri, vi som institution har tilgængeligt. Så samarbejdet er ret vigtigt i forhold til at kunne have nogen, som er specialister inden for nogle felter, og så kunne sætte de forskellige metoder i værks.*

En udfordring i forhold til fremtidig praksis ved ikke at have fastlåste metoder og ved i højere grad at være en 'tilgang' er ifølge behandleren, at den løse tilgang og det brede metodebatteri kan være svært at overføre til andre steder og lære videre, særligt til mindre centre, som ikke har samme mulighed for den brede personalesammensætning. Desuden indikerer han i citatet, at behandlingen i høj grad afhænger af den behandler, som den unge bliver matchet med, og dennes faglige specialisering. Selvom U-turn er blevet implementeret i og overført til andre kommuner, er en central udfordring således at overføre meget af den 'tavse' og behandlerbundne viden, der er blevet oparbejdet i U-turn. Som behandleren selv påpeger: "Det er meget noget usagt noget, når du ikke har det skrevet ned [i manualer]." Ikke desto mindre var både repræsentanten fra U-turn og de resterende fokusgruppedeltagere positivt indstillede over for U-turns potentialer for målgruppen. Behandleren fra U-turn fremhævede endvidere, hvordan deres nuværende tilbud kunne skærpe indsatsen overfor unge med en ADHD-diagnose:

*U-turn-behandler: Altså vi har fx ikke en psykiater ansat, det ville være et oplagt sted at starte i forhold til at få en øget fokus på brug af medicin som en del af behandlingsmodellen. Og så kunne man jo supplere med forskellige terapeutiske metoder, eller teknikker, vil jeg nærmere kalde det, målrettet nogle af de problematikker, som folk kommer med. [...] Noget af det, som er lidt svært, er, at vi tidligere har haft et ret markant ikke-diagnostisk blik. Altså ud fra hensynet om at være ressourceorienteret. I det løsningsorienterede ligger der jo det der med, at hvis du kigger på ressourcerne, så har det en*

*helende effekt i sig selv. Men så går man jo glip af nogle af de der mere specifikke beskrivelser, som der kan ligge i diagnostiske interview fx. Så det er jo sådan en win some, lose some-agtig tilgang. Så det kunne man blive skarpere på, kan man sige. Altså kunne man gøre noget af dét uden at få de negative elementer med? Altså kan man arbejde med det på den måde? Jeg tror i hvert fald – altså vi er kun femten år gammel vores institution, så der har man jo skullet finde sin identitet og sin position. Og den synes jeg, vi har fundet nu her, og så kan vi så arbejde videre i forskellige retninger derfra. Og det er blandt andet at nærme os nogle andre forståelser på en mere imødekommende måde end hidtil. Og der tror jeg, der ligger nogle gode muligheder for at arbejde videre.*

Behandleren fra U-turn ser dermed muligheder i at etablere samarbejder med psykiatrien eller mere konkret at have en psykiater tilknyttet centret, ligesom han ser potentialer i at blive skarpere på at inddrage diagnostiske interview og beskrivelser uden at slække på de ressource- og løsningsorienterede tilgange til de unge.

### 5.3.2 U18

U18-modellen er en kognitiv behandlingsmodel, der er udviklet ud fra dialogbaserede indsatser, og der arbejdes ud fra systemiske og kognitive behandlingsmetoder. Modellen, som blandt andet er implementeret i Aarhus Kommune, er oprindeligt udviklet til unge under 18 år, men målgruppen kan udvides til 25 år. Særegent for U18-modellen er deres helhedsorienterede og systemiske tilgange, hvor der i høj grad er fokus på inddragelse af den unges netværk og familie i behandlingen.

I fokusgruppen i Aarhus deltog også en repræsentant fra U18-modellen, som har unge mellem 14 og 18 år i behandling. Ligesom repræsentanten fra U-turn oplever denne behandler også, at en høj andel af de indskrevne unge har ADHD, samt at modellens metoder stemmer godt overens med deres behandlingsbehov:

*U18-behandler: Og jeg synes, en del af det at beholde dem i behandling er at lave rigtig meget relationsarbejde. De skal have en stor tillid til en, og det kan de få ret hurtigt, når de er ukritiske. Men den skal også vedligeholdes. Man skal vedligeholde relationen og gøre det meningsfuldt for dem at komme der. Og selvom de så er stabile nogen gange i behandlingen, så er det svært at rykke dem, synes jeg. Fordi det skal bæres ud i praksis. Og det er der, hvor U18 rigtig meget kobler sig på forældredelen, og på andre sociale indsatser også. Og på skole. For ligesom at komme hele vejen rundt, og ligesom lave den her stabilisering, fordi man jo anbefaler meget specielle pædagogiske rammer til unge med ADHD. [...] Vi kigger meget på venedelen og på netværket, når vi laver ungebehandling. Fordi de er så let påvirkelige nogen gange, altså i form af, at de er ukritiske.*

Ud over at have gode erfaringer med psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi, belønninger og en anerkendende og ressourcebaseret tilgang oplever behandleren, at inddragelsen af netværk er meget central for modellens gennemslagskraft hos denne målgruppe. Desuden foretages en grundig udredning i starten af forløbet, hvor psykiatrien har mulighed for at blive inddraget. Hun fortæller dog også, at de godt kunne tænke sig et endnu tættere forløb og samarbejde med psykiatere, særligt til at foretage udredninger og følge op på medicinering:

*Interviewer: Er det din oplevelse, at metoden også går ind og adresserer den her dobbeltproblematik, altså at den både kan håndtere de unges misbrug og måske også ADHD-aspektet?*

*U18-behandler: Ja, i den grad at – vi har jo viden om de forskellige diagnoser, og vi har psykologer i vores team, som kan hjælpe til undervejs, hvis der skal laves en sideløbende behandling. Vi bruger meget psykologisk udredning i nogle sager, men vi har ikke nogen psykiater tilknyttet direkte, og det kunne jo være en mangel. Det kunne være noget, vi synes var vigtigt at have tæt på. Fordi nogen gange så har de her unge kun meget smalle vinduer, hvor de er rusmiddelfrie, og så kan de ikke stå på venteliste, for når de så kommer derud, så er de i rusmiddelbrug igen. Og det her med at have en tæt psykiatrisk opfølgning på medicinering, hvor man ved, de en gang imellem er i rusmiddelbrug, det tænker jeg, er rigtig vigtigt. Men ellers så gør vi jo meget ud af at tænke om de unge og se dem som – altså ikke bare som misbrugere, men se dem i deres helhed, have et helhedsperspektiv, og det inkluderer jo også nogle gange, at de har nogle diagnoser eller vanskeligheder, som vi også skal tænke med ind i behandlingen, at der skal tages højde for.*

Behandleren omtaler hermed et ønske om at have en psykiater tilknyttet deres tilbud, selvom hun også mener, at det er problematisk at kræve tre måneders stoffrihed inden udredning. Udover at psykiatrien kunne anerkende, at stofbrugende unge kan have et behov for udredning og medicin, ser hun potentialer for netværksmøder, hvor U18-medarbejderne appellerer til samarbejde og ”kobler sig på” de unges samtaler i psykiatrien. I forhold til at udvide metoden eller overveje modellens potentialer for voksne over 25 år foreslår behandleren at tænke netværksinddragelsen anderledes, så det i stedet for forældre er ægtefæller, der inddrages i udredningen og behandlingen:

*U18-behandler: Altså med U18, der er det jo særligt, at vi står meget på forældresamarbejde, og det vanskeliggøres lidt, hvis de ikke er hjemmeboende, men det kan give mening at have forældre med ind over, fx til udredning, der er de uundværlige. Men så skulle man måske have noget andet pårørende-arbejde knyttet til, i stedet for forældre, noget måske til ægtefæller, eller hvad ved jeg. Hvem, der nu er tæt på dem.*

*Psykolog: Ægtefæller er rigtig, rigtig vigtige, når det er den gruppe, man snakker om, fordi de har mange gange mange frustrationer*

Således adresserer U18-modellen allerede de unges ADHD-problematikker, og fokusgruppedeltagerne ser også potentialer i modellens udbredelse til voksne med ADHD og misbrug, hvor man fx ville kunne inddrage andet netværk end forældre.

### 5.3.3 MI/KAT-GO

Det tredje og sidste lovende behandlingsprogram, vi har undersøgt potentialerne for, er MI/KAT-GO, som nu kaldes MOVE. Metoden består af motiverende samtaler (med åbne spørgsmål, bekræftelser, refleksioner og opsummeringer) og kognitiv adfærdsterapi (den systematisk strukturerede terapiform, som lærer den unge at blive opmærksom på negative automatiske tanker i problemsituationer og opfordrer til at afprøve problemløsningsmodeller i hjemmet eller i samtalen). Desuden får deltagerne i denne metode et gavekort på 200 kr. ved hvert andet fremmøde og opfølgende behandling (telefonisk kontakt de første tre måneder og personligt møde seks måneder efter behandlingsophør) (M. U. Pedersen, Mulbjerg Pedersen, et al., 2017, p. 5).

I fokusgruppen i Aarhus havde vi både en behandler fra et behandlingscenter, som har implementeret MI/KAT-GO, samt en medarbejder fra Center for Rusmiddelforskning, som har været med til at udvikle, implementere og evaluere metoden, til stede. Her kom det frem, at særligt metodens strukturelle element, opfølgning (op til seks måneder efter behandlingsophør), har været betydningsfuld for målgruppen:



*MI/KAT-GO-behandler: Jeg tænker noget af det, der er i MI/KAT-GO og MOVE, er den der opfølgingsperiode, hvor der er en periode med behandling og så en opfølgning bagefter. Og der får vi telefonsamtalerne, og det er også rigtig godt til [dem med] ADHD, fordi det er lige nok til dem, at vi ringer til dem en gang i ugen i de første tre måneder. Det der med – ”nå men hvordan går det, holder du fast?” ”Nå ja, og jeg har også lige...” Det der med at fastholde dem i det, der skal faktisk ikke så meget til. De behøves ikke sidde i en times samtale om ugen i det næste halve år. En telefonopringning på 5, 7, 10, 15 minutter, afhængig af hvad man lige har gang i, det kan være nok til, at vi hjælper dem til at huske, at de har gang i noget godt [...] og minder dem om, at det, du lærte i går, det kan også bruges i overmorgen.*

Udover at metodens opfølgende elementer har haft god virkning hos unge med ADHD, fortæller behandleren også, hvordan metoden har gjort dem til 'bedre behandlere'. Metodens afgrænsede forløb, påmindelser, statusbreve og de konkrete mål i MI og KAT har ifølge behandleren gjort det nemmere som praktiker at arbejde:

*MI/KAT-GO-behandler: Det er det der med, at du har noget fuldstændig konkret at arbejde med. Det gør også, at man som behandler kan sidde lidt mere fast i stolen og bruge sine redskaber og sige, ”jamen i dag havde vi jo en aftale om, at vi skulle arbejde med det her.”*

En central styrke ved modellen er ifølge behandleren og medarbejderen fra Center for Rusmiddelforskning, at programmet anvender manualbaserede, simple metoder, som er lette at implementere og styre for behandlerne. Resultaterne fra en stor undersøgelse af modellens implementering og effekt i forskellige kommuner forventes at udkomme i starten af 2019, men medarbejderen og behandleren gav indikationer af, hvordan modellen har virket hidtil:

*Medarbejder fra Center for Rusmiddelforskning: Vi kan jo se, de unge kommer til langt flere samtaler, og det må jo tyde på, at der er nogle elementer heri, som er med til at sikre, at de gerne vil komme. Det er dem selv, der ligesom skal dukke op, og der er det her påmindelse og belønning vigtigt – men jeg tror også, de der rammer for selve samtalen er rigtig vigtige. Det giver noget tydelighed og noget tryghed for, hvad det er. Der er også afgrænsning på forløbet, det tror jeg også, er rigtig vigtigt. Og så kan vi også godt se, hvis man går ind og kigger på noget effekt, at for den diagnosekategori, som de falder ind under, der er der ... nu skal jeg lige huske det rigtigt. Halvdelen af dem, der indgår i ni måneders opfølgningen, de er stoffri 21 måneder efter indskrivning.*

Programmet har således haft rigtig god virkning blandt unge med ADHD-diagnose, hvor halvdelen af dem, der gennemførte programmet, fortsat er stoffri efter næsten to år. Det eksisterende program har således stort potentiale for målgruppen, men vi spurgte også, hvordan man i dette program kunne skærpe behandlingen og fokuset på ADHD-problematikker:

*MI/KAT-GO-behandler: Altså når vi taler ADHD, så tænker jeg måske, det der fokus på samarbejdet med psykiatrien – det har vi også, men det er ikke noget, der er en del af MI/KAT-GO-strukturen, at den skal være tværfaglig. Men det er bedst at have alle vinkler på. Altså en ting er at sige, at der er brug for at have noget psykiatri ind over, men at man også gør det håndholdt – ”ved du hvad, jeg tager med op til lægen og hjælper dig med at blive henvist.” Jeg kan også være med til den første samtale i psykiatrien, måske skrive en lille smule ned om de her ADHD-symptomer, som hjælper dem til at komme i de rigtige kasser og blive udredt. Hvis man tænker ADHD, så kunne det måske være det.*

Behandleren ser således potentialer og muligheder for endnu bedre effekt for denne målgruppe i at indgå i et tættere samarbejde med psykiatrien og gøre det 'håndholdt' for de unge (ved fx at tage med dem til samtaler). I forhold til at udbrede programmet til voksne over 25 år fortalte behandleren, at nogle kommuner (inklusive hendes egen) allerede bruger samme model til voksne over 25 år, og at det har givet fin mening og haft god succes. Der var enighed i Aarhus-fokusgruppen om, at modellens metoder (MI, KAT, opfølgning, gavekort) sagtens kunne anvendes til voksenbehandling. Dog kommenterede behandleren, at man kan tænke belønningsdelen anderledes for den ældre målgruppe:

*MI/KAT-GO-behandler: Så vi har talt lidt om i [kommunenavn], i vores misbrugscenter, det der med, kan man give gavekort på 200 kr. til en på 30 år? Altså man kan altid snakke belønning, hvad for en form for belønning, om det lige er 200 kr. eller noget andet, det tror jeg ikke nødvendigvis er vigtigt. Men det der med at tænke belønning, om det så er gavekort eller mad fra Bones, eller pizza med hjem, who knows.*

I relation til dette påpegede Birgitte Thylstrup også, at behandling fremadrettet med fordel kan tænke i forskellige former for belønning for forskellige borgere. Ikke desto mindre blev det også påpeget i fokusgruppen, at det ikke altid vil være hensigtsmæssigt at ændre for meget ved den eksisterende model, da det netop er denne model, der har vist sig virksom over for unge og også over for unge med ADHD, og eftersom disse mulige justeringer (kontaktperson, andre typer belønning) ikke er afprøvet systematisk. Styrken ved modellen er blandt andet metodernes implementerbarhed, og hvis der ændres for meget ved metoderne, kan man risikere at miste sammenligningsgrundlag og ikke mindst de afprøvede og evidensbaserede behandlingselementer.

#### 5.3.4 Programmernes potentialer

I indledningen belyste vi, hvordan disse tre behandlingsprogrammer har vist sig virksomme over for unge, ikke kun i forhold til deres rusmiddelbrug, men også i forhold til ADHD-relaterede problematikker, såsom opmærksomhedsproblemer og koncentrationsbesvær. Imidlertid er det også væsentligt at pointere, at disse konklusioner hviler på forskelligt datagrundlag, hvor evalueringen af MI/KAT-GO har været en større og mere omfattende RCT af programmets virkninger end evalueringen af U18 og U-turn. Selvom vidensgrundlaget således er forskelligt for de tre metoder, tyder vores kvalitative analyse på, at alle tre metoder besidder lovende elementer og potentialer for en målgruppe med samtidigt ADHD og misbrug.

For det første fremhæves KAT og MI, som indgår i alle tre programmer og udgør hovedkomponenterne i MI/KAT-GO, af behandlerne som metoder, der i høj grad også adresserer og rummer ADHD-relaterede problematikker. De strukturelle elementer og belønningsaspektet i MI/KAT-GO er endvidere lovende elementer over for målgruppen, særligt i forhold til fastholdelse og brugernes motivation. Belønningsaspektet kan desuden varieres til ældre målgrupper. U-turns helhedsorienterede og anerkendende tilgang blev ligeledes fremhævet som lovende for målgruppen, da programmet netop kan rumme individets "hele liv" uden at have fokus på stigmatiserende diagnosekategorier og fastlåste identiteter. U18 har ligeledes haft gode erfaringer med en anerkendende og ressourcebaseret tilgang, og fremhæver betydningen af inddragelsen af netværk for målgruppen, hvor man fx kunne udskifte forældre med ægtefæller i behandlingen af ældre målgrupper. Belønninger og psykoedukation fremstår ligeledes som brugbare elementer i en behandlingsindsats til unge med ADHD-problematikker, hvilket blev fremhævet af samtlige behandlere. Alle tre behandlingsprogrammer besidder imidlertid et udviklingspotentiale i samarbejdet med psykiatrien, hvor der fx efterspørges en lokalt forankret psykiater eller at psykiatere vedvarende monitorerer de unges udredning.

## 5.4 Udredning – udfordringer og løsningsforslag

Ekspertter og praktikere gjorde opmærksom på, at udredning og diagnosticering er vigtige temaer, selvom vi ikke spurgte direkte til dem. Mange af interviewpersonerne har oplevet store frustrationer med den måde, der i dag bliver udredt for ADHD-diagnosen, og den nuværende praksis. I de følgende afsnit vil vi opridse fire centrale udfordringer i den eksisterende udredningspraksis, som hver efterfølges af fire anbefalinger fra eksperterne/praktikerne til, hvordan denne praksis kan forbedres fremadrettet. Desuden skal det nævnes, at det kvalitative datagrundlag er relativt begrænset, og at disse erfaringer ikke nødvendigvis skal opfattes som repræsentative. Ikke desto mindre stammer erfaringerne fra mangeårige erfaringer i praksis og anses derfor som relevante for denne undersøgelse.

---

### **Udfordring 1: Det er vanskeligt at isolere og identificere ADHD-symptomer hos personer med misbrug**

Ligesom litteraturgennemgangen påpegede både praktikere og eksperterne, at symptomoverlappningen mellem ADHD og misbrug kan komplicere en klar og entydig diagnosticering, og gjorde ligeledes opmærksom på de store vanskeligheder, der er forbundet med at isolere og identificere ADHD-symptomer hos personer med samtidigt misbrug. Udredningen kompliceres yderligere af andre komorbide tilstande og lidelser:

*Birgitte Thylstrup: [...] det er min erfaring, at de overlapper rigtig tit. Og det kan være svært at vide, hvad der er hvad. Hvad er impulsivitet som ADHD, hvad er sådan lidt mere dyssocialt, problemer med impulsivitet og hvad kan også være andre ting, altså problemer med fokus. Nogle gange kan det også overlappende med depression og andre ting. [...] Og som jeg også kan genkende, fra både forskning og praksis, det er, at ADHD, hvad er det? Hvad er en diagnose, og hvad er en person? Og hvordan bruger man en diagnose bedst til at hjælpe en person? Det synes jeg i sig selv kan være kompliceret.*

ADHD-symptomer kan således være vanskelige at adskille fra andre lidelsers symptomatologi, fx impulsivitet, som også er et centralt symptom på dyssocial personlighedsforstyrrelse.

### **Løsningsforslag 1: Foretag en grundig differential-diagnostisk udredning hos patientgruppen for at undgå fejl-diagnosticeringer og for at sikre grundlag for god behandling.**

Symptomoverlappningen nødvendiggør ifølge både litteraturgennemgangen og praktikerne, at udredningen undersøger flere diagnostiske tilstande samtidig. En psykolog uddyber her, hvorfor det er vigtigt med en grundig differential-diagnostisk udredning:

*Psykolog fra privat praksis: [...] noget af det, man også skal være meget opmærksom på, når man arbejder med den her gruppe, det er, at der er så mange andre lidelser, der kan give de her symptomer. Og det er noget af det, jeg har oplevet, at når der er kommet en almindelig erkendelse af det, at en praktiserende læge siger, at nu skal du ud på ADHD-teamet og udredes. Og hvis det så bliver et spørgsmål om ADHD eller ikke ADHD – det er farligt. Fordi de symptomer, de kan komme af bipolarsygdom, de kan komme i forbindelse med autismespektrum, de kan komme i forbindelse med skizofreni, de kan komme i forbindelse med mange andre lidelser. Så det er meget, meget vigtigt, at man har et udgangspunkt i en reel differential-diagnostisk udredning, som giver et billede af – så vi ikke bare fylder metyl ind i nogle mennesker, som skulle have haft noget stemningsdæmpende medicin. Fordi så er man virkelig på vildveje. Det er meget vigtigt, at man har et fundament for en solid udredning [...] Så at vi også, når vi skal ind og arbejde, og når man skal arbejde med det her, systemerne og de professionelle, så skal man have et*

*udgangspunkt i en god udredning, så man ved, hvad man arbejder med, og ikke arbejder lidt i blinde – ”der var vidst nok noget med noget ADHD”. Så det er også en faktor, der er vigtig, hvis man tænker nogle programmer. Programmerne de skal hvile på, hvem der så end skal lave udredningen, og at den bliver lavet grundigt og ordentligt.*

Ifølge psykologen er det således centralt, at borgerne ikke blot henvises til ADHD-ambulatorier for at blive udredt for ADHD alene, men at der udredes for flere lidelser samtidig. Dette kan ifølge psykologen forhindre uhensigtsmæssig fejlmedicinering, og at behandlerne arbejder ”i blinde”.

---

## **Udfordring 2: Mange patienter ønsker at få diagnosen, så de kan få udskrevet medicin, hvilket skaber basis for misbrug og videresalg af medicinen.**

Jones (2014) gjorde i sin ph.d. opmærksom på risikoen for videresalg og misbrug af methylfenidat blandt personer med ADHD og misbrug. En psykiater, som deltog i fokusgruppen i København, fremhæver samme oplevelse af, at mange patienter ønsker at få en ADHD-diagnose, så de kan modtage ADHD-medicinen, hvilket hun stiller sig meget kritisk over for:

*Psykiater fra dobbeltdiagnose-afsnit: [...] Men vi får rigtig mange patienter henvist, som har ADHD som en ekstra diagnose. Vi har rigtig mange patienter, som rigtig gerne vil have diagnosen. Og vi har mange patienter, som også rigtig gerne vil have behandlingen. Så jeg er meget kritisk over for både diagnoser og behandling, vil jeg sige. Fordi... at det er jo helt utroligt så mange af den slags patienter, som pludselig er kommet på banen. Fra at det var en diagnose, som overhovedet ikke eksisterede for år tilbage, så er der simpelthen så mange af dem nu. [...] det kan godt være, at det er, fordi jeg er læge, og jeg oplever, at patienter meget gerne vil have diagnosen. Og i og med at man er læge, så kan man også godt udskrive ’den der gode medicin’, og det synes jeg er rigtig problematisk. [...] Og det der med, at jeg er kritisk over for diagnosen, så er det jo ikke, at jeg mener, at diagnosen ikke eksisterer. Absolut ikke, men jeg synes tit, den bliver stillet på et alt for løst grundlag. I og med at det jo er en børnediagnose. Det er det jo stadigvæk. Jeg synes tit, at man fuldstændig overser børneanamnesen, og så synes jeg også, at, hvis man skal gøre det ordentligt, så burde folk blive diagnosticeret, når de var clean. Og det er jo det, vi tit ser, fordi vi har folk indlagt i så mange måneder hos os, at de kommer imens de er misbrugende, og har jo masser af opmærksomhedsforstyrrelser, og hvad ved jeg, som jo meget ofte viser sig at være en følge af deres misbrug. Og når de kommer ud af det, så vi ser et fuldstændig andet billede. Og jeg ved godt, at mange steder har man ikke mulighed for at diagnosticere på den måde, men det synes jeg også er meget, meget problematisk. Netop fordi man så, fra mit synspunkt, meget rundhåndet ordinerer methylphenidat. Hvilket jo er rigtig god basis for misbrug, videresalg osv. osv.*

Hun påpeger således, at der er risiko for, at diagnosen bliver stillet på for løst et grundlag og uden at tage højde for børneanamnese, samt at patienterne selv har interesse i at få udskrevet medicinen, som bl.a. kan anvendes intravenøst eller sælges på sorte stofmarkeder.

## **Løsningsforslag 2: Udredningen bør altid inddrage børneanamnese**

Ligesom Løvaas & Dahl (2013) anbefaler praktikerne, at udredningen inddrager barndomssymptomer, hvor familiemedlemmer eller tætte relationer kan bekræfte patientens udsagn:

*Psykolog fra ADHD-ambulatorium: [...] lige præcis barndomsanamnesen er jo en af de ting, som skal ligge til grund, for at vi overhovedet må stille diagnosen. Så jeg synes faktisk, at vi gør et vældig stort arbejde for at indhente den barndomsanamnese. Og også prøver at kigge på symptomatologien, før at misbruget er startet. Hvad er det, misbruget*

*er startet på? Er det indre uro, rastløshed, tankemylder eller er vanskelighederne og opmærksomhedsforstyrrelserne kommet, sidenhen at misbruget er startet? Fordi man pludselig bliver uopmærksom, fordi man har craving og stoftrang, og hvad det hedder.*

Eftersom opmærksomhedsproblemer også kan skyldes fx stoftrang og dermed kan være et symptom på misbruget frem for ADHD, er børneanamnesen og symptomer før misbruget således helt centrale for udredningen.

---

### **Udfordring 3: Der bliver ofte foretaget for korte udredninger og udredninger på for løst grundlag (fx i privat praksis).**

En overraskende kritik af den nuværende udredningspraksis blev taget op i begge fokusgrupper, nemlig at private praksisser har foretaget ufuldstændige udredninger og derved givet ADHD-diagnosen på et for løst grundlag:

*Psykiater fra dobbeltdiagnose-afsnit: [...] Jeg er ikke i tvivl om, at I laver en rigtig grundig udredning, men der er rigtig mange, der bliver diagnosticeret alle mulige andre steder.*

*Psykolog fra ADHD-ambulatorium: Det er jeg helt enig med dig i.*

*Psykiater fra dobbeltdiagnose-afsnit: Privatpraktiserende psykiatere, misbrugscentre og sådan noget, hvor man tænker, "hvor kom den lige fra?", den diagnose.*

*Psykolog fra ADHD-ambulatorium: [...] Det er en konsultation, som varer 10-20 minutter maks. Så der er absolut intet støttende ved siden af. Og en privatpraktiserende psykiater faciliterer jo ikke nogen former for psykosocial indsats ved siden af. Af nogen grad. Og så kan de gå uden beskæftigelse eller uden nogen kontakt til uddannelsesinstitutioner eller arbejdsmarked eller noget som helst. Og troligt hente recepten en gang om måneden. Der er jo ikke noget andet, som støtter det op*

Begge fokusgruppedeltagere har dermed oplevet, at deres patienter er blevet fejldiagnosticeret, og at der muligvis foregår overdiagnosticering af ADHD særligt i private praksisser. Desuden understreger de problematikken i, at de private praksisser ofte blot udskriver medicin og ikke faciliterer psykosociale forløb eller medicin-monitorering.

### **Løsningsforslag 3: Udredningen bør være grundig, bør foregå på patientens præmisser og skal kunne brydes op over flere sessioner**

En af fokusgruppedeltagerne fremhæver, at det kan være meget udfordrende for personer med et massivt misbrug at deltage i to timer lange udredningssamtaler. Hertil anbefaler den norske ekspert, at det er vigtigt, at udredningen foregår på patientens præmisser:

*Eva Karin Løvaas: Og så vil jeg hellere sige, at det er en ekstremt krævende situation at gå ind i at blive udredt. Specielt hvis du har en omfattende rusmiddelproblematik, og det trænger en udredning inden for psykiatri-området [...]. Man skal være vældig sensitiv, når man gennemfører udredningen. Vi kører det efter patientens behov, sådan så hvis de bare kan klare at gennemføre lidt af gangen... Altså sådan så vi ikke siger, at nu skal de ind der og sidde der i fire timer. Vi bruger nok vældig god og lang tid på det.*

I stedet for at koncentrere udredningen på en enkelt session anbefaler Løvaas, at udredningen kan brydes op over flere sessioner, så man gennemfører udredningen trinvis og giver sig god tid. For at undgå for korte og ufuldstændige udredningsprocesser anbefaler praktikerne og eksperterne således, at udredningen naturligvis bør være grundig.

---

**Udfordring 4: Krav om afholdenhed før udredning udelukker en stor patientgruppe fra at blive udredt, særligt dem med mest massivt misbrug.**

Mange af fokusgruppemedlemmerne udtrykker store frustrationer over kravet om tre-seks måneders stoffrihed inden udredning, fordi det skaber meget små vinduer for udredning, og fordi en stor, og udsat, gruppe udelukkes:

*Psykolog fra ADHD-ambulatorium: Fordi vi har jo i mange år arbejdet med en optik, som hedder, at vi udreder kun, når folk har været stoffri. Og gerne har været det i minimum tre-seks måneder. Og det udelukker bare en meget stor patientgruppe fra nogensinde at blive udredt. Hvis man antager, at ADHD'en er en medvirkende årsag til, at der overhovedet starter et misbrug, fordi de selvmedicinerer for de her mange symptomer, så er man jo nødt til at finde ud af at imødekomme på et eller andet niveau. Så det er jo en smadder svær balance, fordi jeg tænker, alle vil være interesseret i at udrede, når de er stoffrie, og i øvrigt havde været det i en længerevarende periode i en stabil periode. Det er bare meget svært. Det er langt fra virkelighedens billede, tænker jeg.*

Psykologen fra ADHD-ambulatoriet præsenterer således en central kritik af deres nuværende praksis, som netop kræver en stoffri periode inden udredning.

**Løsningsforslag 4: Anerkend, at det er muligt at udrede moderat misbrugende, hvis pårørende inddrages, og hvis der netop er fokus på barndomssymptomer (børneanamnese).**

Nyere forskning om udredning af ADHD hos personer med misbrug medgiver, at en afholdende periode inden den diagnostiske proces selvfølgelig ville være at foretrække, men at screening for ADHD er mulig blandt patienter med et aktivt stofbrug (Matthys et al., 2014; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2017). Forskningen anbefaler snarere, at behovet for en afholdende/stoffri periode i sidste ende må være klinikerens vurdering, som også bør besidde viden om begge tilstande. En af fokusgruppemedlemmerne mente ligeledes, at afholdenhedskravet ikke er realistisk, og at det bør være fremtidig praksis, at man udreder moderat misbrugende:

*Psykolog fra privat praksis: Altså det [krav om tre måneders afholdenhed] havde vi ikke i misbrugspsykiatrien, fordi vi vidste godt, at det der, det er ikke realistisk. Og i virkeligheden så, hvis man skal lave en udredning, altså nu kan jeg jo ikke underminere, hvad andre folk siger, men udredningen den ligger jo i det grundige interview med forældre og pårørende, nogle gange søskende, som handler om, hvordan var det, dengang man var barn. Det er i virkeligheden det, der er alfa og omega, om det er ADHD, eller det ikke er. Og hvis ikke det var der dengang, så er det noget, der er kommet til siden, og så er der nogle andre perspektiver, der skal åbnes for. Men den snak kan man godt have, selvom man ryger en joint i ny og næ, og måske en godnat-joint. Altså folk mister jo ikke forstanden, fordi de ryger en joint. Altså på den måde, så er der mange sådan historiske dogmer, som gør, at man ikke kan, altså vi har gjort meget for at nedkæmpe dem fra vores side af, både inde for min faggruppe og inden for psykiater-faggruppen, men det er nok også vigtigt, at man fremover får nogle andre perspektiver på, hvordan er det egentlig man udreder folk med et moderat misbrug, fordi mange af dem, vi møder, det er jo ikke nogen, der er voldsomt misbrugende, og slet ikke nogen, som ikke kan tænke noget som helst, ikke kan tænke en klar tanke. Mange af dem ved udmærket godt, hvordan deres barndom var, og de kan sagtens fortælle om, hvilke de mønstre de havde.*

Udredning af aktive rusmiddelbrugere er ifølge psykologen mulig, hvis man netop inddrager pårørende og foretager en grundig undersøgelse af barndomssymptomer. I forbindelse hermed er det

blevet fremhævet, at det er yderst centralt, at der løbende bliver fulgt op på udredningen, og at diagnosen kontrolleres under behandlingen (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2017).

## 5.5 Forslag og anbefalinger til metodeudvikling

I de følgende afsnit vil vi opridse nogle af de mest centrale anbefalinger og løsningsforslag, som kom frem i både ekspertinterviewene og fokusgrupperne. Det er således ikke vores egne anbefalinger, men anbefalinger og vurderinger fra praksisfeltet og en opsummering af informanternes – praktikernes og eksperternes – udsagn i interviewene. Læsningen og tolkningen af disse anbefalinger skal tages med visse forbehold, da der er tale om særligt udvalgte informanter, som ikke kan siges at være "repræsentative" eller dække hele området fyldestgørende. Praktikernes anbefalinger er væsentlige, fordi de giver et indblik i behandlingsstedernes virkelighed, og fordi de er så nært forbundet til praksis.

### 5.5.1 Behandlingen bør være integreret eller parallel, ikke sekventiel

Det var tydeligt i både ekspertinterviewene og fokusgrupperne, at sekventiel behandling af først misbruget og dernæst ADHD-problematikkerne er problematisk og urealistisk. Samtlige praktikere ser således større potentialer i integrerede eller parallelle behandlingstilgange, hvor der på samme tid er fokus på begge problemstillinger. Birgitte Thylstrup påpeger imidlertid, ligesom vores litteratursøgning kunne konstatere, at der er lavet meget lidt forskning om integreret behandling, ligesom en fokusgruppedeltager påpegede, at det meste dobbeltdiagnose-behandling primært er baseret på 'best clinical practice' og som sådan er relativt dårligt underbygget. Således oplever praktikerne, at der endnu ikke er nok evidens til sagligt at kunne afgøre, om en integreret behandlingsindsats er at foretrække over en parallel, men fokusgruppedeltagerne fremhævede ikke desto mindre integrerede, tværfaglige og samlede indsatser som 'drømmescenarier' og yderst ønskværdige. I denne forbindelse fremhævede nogle af interviewpersonerne behandlingscentret KABS-Stjernevang som et integreret tilbud, der kan rumme borgerens komplekse problematikker, men at denne form for tilbud kun bliver tilbudt et fåtal og sjældent bliver tilbudt borgere, der er massivt belastede af stofmisbrug. Denne type integrerede tilbud bør således udbydes parallelt med andre tilbud målrettet borgere med sværere belastningsgrader.

### 5.5.2 Lad behandlingen fokusere på og være målrettet symptomatologi frem for diagnoser

En pointe, der var bred enighed om både i fokusgrupperne og i ekspertinterviewene, er, at det er vigtigt at fokusere mere på symptomatologi end på diagnoser. Frem for at udvikle metoder, der målrettes misbrugende personer med ADHD-diagnose, kunne man derfor med fordel tænke i at udvikle metoder, der målrettes symptomer såsom impulsivitet, eller som fokuserede bredere på eksempelvis eksekutive funktioner. Det er således vigtigt at kigge på funktionsniveauet hos den enkelte og på, at metoderne ikke kun målrettes ADHD-diagnosen, men også den måde, diagnosen udspiller sig på og kommer til udtryk i den enkeltes hverdag. Desuden fortalte flere af fokusgruppedeltagerne, at de problematikker, man oplever hos personer med misbrug og ADHD, ligner symptomerne hos mange andre patientgrupper og dobbeltdiagnosticerede. Det kunne derfor være mere meningsfuldt at udvikle mere specifikke indsatser, som kunne målrettes fælles symptomer, såsom impulsivitet. En anden væsentlig pointe i relation hertil, er at mange ADHD-patienter har tilegnet sig mange andre vanskeligheder, som 'overskygger' ADHD-symptomerne, fx massivt misbrug, kriminalitet eller andre sociale problemer. I disse tilfælde mener flere af fokusgruppedeltagerne, at det er

vigtigere at kigge på, hvilke symptomer der er mest generende og skaber vanskeligheder i hverdagen, end på ADHD-diagnosen isoleret set.

### 5.5.3 Sørg for, at patienten får ejerskab over behandlingen

En gennemgående anbefaling i interviewene var, at det er vigtigt, at patienten har ejerskab over behandlingen. Eva Karin Løvaas påpegede eksempelvis, at succesraten øges, hvis behandlingen udføres så meget på patienternes præmisser som muligt. For at sikre fastholdelse i behandlingen, og at patienterne overholder de aftaler, der indgås, er det således væsentligt, at patienten får et ejerforhold til aftalerne. Desuden var det tydeligt i fokusgruppeinterviewene, at behandlerne alle talte for en anerkendende og inddragende behandlingstilgang, som tager udgangspunkt i patientens behov. Metoderne, der blev opfattet som mest lovende for målgruppen, var da blandt andet også MI og KAT, som er metoder, der netop inddrager patientens egne behov, ønsker og løsningsforslag. Afslutningsvist anbefalede Birgitte Thylstrup, at man i metodeudviklingsprojekter etablerer brugerpaneler, som muliggør, at interventioner kan undergå fx kulturelle tilpasninger, hvilket kan gøre, at interventionens målgruppe vil opleve indsatsen som mere meningsfuld. En anden fokusgruppedeltager påpegede også, at mange behandlingsprogrammer ofte er renset for "virkeligheden", og at de derfor ikke kan anvendes i praksis som tiltænkt. Derfor efterspørger han en metode-redskabskasse frem for nye metoder, hvor de enkelte værktøjer kan anvendes, alt efter hvilket individ man har med at gøre, og at behandlingen dermed bliver mere individuelt tilrettelagt.

### 5.5.4 En metode er bare en metode – relationer og rammer for metoden er mindst lige så vigtige

En anbefaling, flere af praktikerne også nævnte, er, at der er behov for at kigge bredere end blot de metoder, man anvender i behandlingen, og at patient/behandler-relationen og (de fysiske) rammer for metoden er mindst lige så centrale for behandlingens effekt. Behandlernes kompetencer til at agere med patienten og få patienten engageret er således helt afgørende for metodernes virkning. Det blev desuden italesat, at en metode ikke er bedre end de ressourcer, der bliver givet til metoden. Flere havde desuden oplevet, at behandlingsstedernes fysiske rammer havde stor betydning for denne målgruppe behandlingsdeltagelse, og at åbne glaskontorer fx kunne skabe koncentrationsbesvær. Den generelle anbefaling går dermed på, at metoder i sig selv ikke kan løse målgruppens udfordringer, og at implementering af nye metoder også bør afsætte nok ressourcer til de fysiske rammer og ikke mindst tage højde for vigtigheden af behandlernes relationelle kompetencer.

### 5.5.5 Hav også fokus på efterbehandling og opfølgning (chronic care-perspektiv)

Særligt eksperterne, men også fokusgruppedeltagerne, fremhævede et behov for at have et "chronic care"-perspektiv, hvor man anerkender, at både misbruget og psykiske problematikker kan blusse op igen, eller at borgeren kan have brug for efterbehandling. I norsk regi tager de højde for dette ved at indgå en kontrakt på ét år med dem, der indskrives i døgnbehandling, selvom de måske kun er indlagt i få uger. Årskontrakten giver patienterne en følelse af sikkerhed, og det gør det nemmere for behandlingen at 'gribe' dem igen og få dem tilbage i behandling, hvis der skulle ske tilbagefald eller symptomforværringer. Birgitte Thylstrup påpeger også et behov for at anerkende, at der netop kan opstå kriser og behov for hjælp efter behandlingsforløb, hvorfor et chronic care-perspektiv netop er at foretrække og ikke nødvendigvis vil være dyrere på den lange bane. Her peger eksperterne fx på netværkstilbud, hvor borgeren får mulighed for at skabe nye netværk, men også fremskudt behandling, hvor borgeren følges efter behandling, og hvor dørene til behandling 'flyttes ud' til borgeren. En del af fokusgruppedeltageren påpegede også behovet for at følge borgeren efter behandling, og at dette skyldes, at de oftere ser tilbagefald blandt dobbeltdiagnose-patienter, fordi de typisk



sluses tilbage i misbrugende netværk og samme livsvilkår, som før de kom i døgnbehandling. Ud over virksomme metoder er det således vigtigt at tage højde for, hvordan borgeren følges bedst muligt efter endt behandling, og hvordan man kan formå at etablere meningsfulde udslusnings-, efterbehandlings- og netværksprogrammer, der kan supplere og cementere behandlingens positive effekter.

#### 5.5.6 Vigtigt at supplere med beskæftigelses- og boligrettede tiltag

En anbefaling, der også blev nævnt af flere fokusgruppetagere, er, at det er vigtigt at supplere med beskæftigelses og boligrettede tiltag, netop fordi praktikerne har oplevet, at denne målgruppe har store udfordringer med bolig, uddannelse og arbejde, pga. impulsivitet og manglende konsekvenstænkning. De fremhævede, at disse borgeres eksistensgrundlag ofte er udfordret af en meget lav eller ustabil indkomst samt en ustabil boligsituation, hvilket også skaber udfordringer for behandlingen, hvor det bliver en udfordring blot at "få dem ind ad døren". Flere praktikere oplever desuden, at vejen til meningsfuld beskæftigelse er ret lang for mange af disse borgere, fordi de ofte ikke trives i de etablerede uddannelsessystemer eller arbejdsfællesskaber. For at facilitere denne trivsel og give borgerne meningsfuldt indhold i hverdagen er det ifølge praktikerne således helt centralt, at der også suppleres med beskæftigelses- og boligrettede tiltag. En af fokusgruppetagerne foreslår eksempelvis en mesterlære-ordning, hvor mesterlærerne både fungerer som kontaktpersoner og fagpersoner for de unge, som kunne give de unge faglige succesoplevelser og en mere fasttømret position i samfundet.

#### 5.5.7 Det er urealistisk at behandle alt væk, så samfundet bør også rumme og skabe større accept af målgruppens adfærd

Begge eksperter gjorde opmærksom på, at ADHD og misbrug også er samfundets ansvar. De påpeger begge, at det nogle gange er urealistisk at tro på, at alt kan behandles væk, og at man også bør fokusere mere på inkludering og accept. Dette fokus bør ligeledes afspejle sig i behandlingen, kommunerne, familier, arbejdspladser og så videre, hvor man konstant bør spørge sig selv, om man kan gøre mere eller gøre tingene på en bedre måde end hidtil. Det anbefales således, at man har en større tolerance over hele linjen, og at omgivelserne bør acceptere, at nogle borgere ikke kan blive helt symptomfri, og netop kan rumme dette faktum og deres adfærd. Samfundet bør således blive bedre til at imødekomme og rumme personer, der eksempelvis er meget impulsive.

#### 5.5.8 Mange i denne målgruppe burde få tilknyttet en koordinerende kontaktperson, der kan fungere som borgernes bindeled

Flere af interviewpersonerne har den opfattelse, at det kan være vanskeligt for målgruppen selv at navigere mellem flere forskellige systemer og kontaktpersoner. En fokusgruppetager beklager sig netop over, at systemerne arbejder isoleret på "satellit-øer", og at den eneste, der binder systemerne sammen, er borgeren, som i kraft af opmærksomhedsforstyrrelsen er en relativt ringe formidler. Det kan således være problematisk, at borgeren selv skal være primus motor på at facilitere sammenhængen mellem systemerne og de forskellige indsatser. Det var en generel opfattelse blandt praktikerne, at de eksisterende kontaktpersoner eller koordinerende indsatser ikke har virket optimalt eller efter hensigten. Mange af interviewpersonerne ser derfor et potentiale i at få tilknyttet en case manager, patientmanager eller koordinerende kontaktperson, som i stedet for borgeren bliver bindeleddet og en medansvarlig tovholder mellem de forskellige instanser og indsatser.

### 5.5.9 Den primære udfordring er ikke manglende metoder, men manglende sammenhæng og samarbejde

Især i den københavnske fokusgruppe stillede deltagerne sig kritiske over for behovet for nye metoder og påpegede, at der i højere grad eksisterer udfordringer med den nuværende organisering og overgange mellem systemer. De problematiserede i høj grad den silotænkning og den markante opdeling mellem sundheds- og socialsektoren og påpegede dermed, at borgernes problemer ikke løses af nye metoder, men snarere af helhedstænkning og indsatser "hele vejen rundt". Hverken psykiatrien eller misbrugsbehandling kan således stå alene i indsatser til disse borgere, og man bør fokusere mere på, hvordan man får samarbejdet mellem disse sektorer til at fungere bedre, eller om man helt bør gentænke den eksisterende organisering af dobbeltdiagnose-behandlingen i Danmark. Eksempelvis påpegede flere interviewpersoner behovet for fx at have en psykiater tilknyttet de kommunale misbrugscentre, fordi det eksisterende samarbejde med psykiatere var meget afkoblet og tilfældigt. Desuden påpegede flere af praktikerne, at de metoder, vi præsenterede dem for, jo allerede i høj grad bliver anvendt i praksis (fx MI, KAT, psykoedukation m.m.), både i psykiatrien og i misbrugsbehandlingen, og at der således ikke er tale om en mangel på metoder, men en mangel på tværsektorielt samarbejde og koordinerede indsatser. Disse organisatoriske overvejelser og udfordringer vil vi beskrive mere i dybden i det kommende afsnit.

## 5.6 Organisatoriske udfordringer

De organisatoriske udfordringer forbundet med dobbeltdiagnoser blev fremhævet af flere eksperter og i begge fokusgrupper som særligt relevante i forhold til at udvikle kvaliteten i behandlingstilbudene til borgere med både ADHD og stofmisbrug. I et brugerperspektiv udgør sektoropdeling inden for de sociale og sundhedsmæssige områder et problem for borgerne, fordi de både kommer til at agere bindeled mellem sektorerne, og fordi, som det blev fremhævet i den københavnske fokusgruppe, at "*pengene følger sektorerne [udbuddet] frem for borgerne [efterspørgslen]*". Den københavnske fokusgruppe eksemplificerede dette potentielle problem for borgerne ved den manglende koordinering på tværs af sektorer af forsøg med ACT, som jo ellers netop har til hensigt at tilbyde sociale ydelser i et holistisk perspektiv og på tværs af sektorielle og organisatoriske områder. Imidlertid var både fokusgrupper, flere af de kommunale interviewpersoner samt Birgitte Thylstrup og Eva Karin Løvaas optimistiske i forhold til mulighederne for fremadrettet at organisere sig ud af sektorproblemerne forbundet med dobbeltdiagnose-problematikken: "*I stedet for at tilbyde todelt behandling, skal vi koordinere behandlingsindsatserne ud fra de enkelte borgers behandlingsbehov,*" fremgik det af fokusgruppen i København. Dette kunne ifølge samme fokusgruppe samt flere af de kommunale interviewpersoner gøres ved at indrette et "*mobilt kompetencecenter, som samler kompetencerne, der er nødvendige for borgerne, frem for at borgerne skal rende rundt imellem alle de mange aktører.*" Ifølge Eva Karin Løvaas kan koordinerende tilbud placeres centralt som del af et større center, hvor den psykiatriske udredning indgår i misbrugsbehandlingsopstarten frem for at udgøre en barriere for denne. Ifølge de kommunale interviewpersoner foregår der allerede lovende samarbejder på tværs af sektorer i flere kommuner, og særligt misbrugscentrene er optimistiske i forhold til at udvide disse samarbejder, fx ved at levere udgående misbrugsbehandling i psykiatrien eller psykiatrisk behandling på misbrugscentrene<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Dette ligger i tråd med, hvad FLOR (Foreningen af Ledere i Offentlig Rusmiddelbehandling) har foreslået her i foråret 2018.

## 5.7 Opsamling på praktikernes og eksperternes erfaringer

Fundene fra den kvalitative analyse peger alle i retning af, at stofmisbrugsbehandling og indsatser til denne målgruppe sætter borgeren i centrum i behandlingen og inddrager borgerens perspektiv samt individuelle problematikker og ønsker. Dette indebærer også, at behandlingen må tage udgangspunkt i borgerens individuelle udfordringer og symptomer frem for den overordnede ADHD-diagnosekategori. Brugerperspektivet afspejler sig ligeledes i de metoder, som bliver anset som mest virksomme hos målgruppen, nemlig individualiseret psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi og den motiverende samtale, som i høj grad tager udgangspunkt i borgerens egne formuleringer, ønsker og løsningsforslag. Samtidig anbefales det, at mindfulness-øvelser og musik- og træningsterapi kan tilføjes, hvis det stemmer overens med borgerens behov og evner. Disse psykosociale metoder er også anvendt i de tre ungeprogrammer, som også ved hjælp af belønninger, pårørendeinddragelse og en anerkendende tilgang har haft god effekt hos ungemålgruppen og indeholder potentialer for udvikling til en ældre målgruppe. Det fremstår imidlertid ligeså væsentligt for behandlingens udfald og succes at skabe grundlag for en ordentlig organisering og et styrket tværsektorielt samarbejde om borgerne, hvor borgeren ikke selv behøver være bindeled mellem de forskellige instanser.

# Litteratur

Titler markerede med \* er de publikationer, som er identificeret som effektive behandlingsmetoder i undersøgelsens litteraturkortlægning

- Amilon, A., Birkelund, J. F., Christensen, G., Jeppesen, A. G., & Markwardt, K. (2016). *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Anderberg, M., Dahlberg, M., & Hellberg, K. (2018). Ökad förekomst av ADHD-diagnos bland ungdomar med alkohol och narkotikaproblem (Increased incidence of ADHD diagnosis among young people with alcohol and drug problems). *Socialmedicinsk Tidskrift*, 95(1), 70–84.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45(2), 195–211.
- Berger, N. P., & Johansen, K. S. (2016). Jagten på en ADHD- diagnose: Analyse af situationer og kontekster, hvor det bliver attraktivt at være psykisk syg'. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 25, 129–154.
- Bihlar Muld, B. (2016). *Men with ADHD in compulsory care for substance abuse: characterization and treatment*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bolte, S., & Hirvikoski, T. (2016). Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(3), 159–172.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257–260.
- Brasch, B. B., Christensen, I., Henriksen, J., Boye Larsen, L., Sørensen, A., & Zeuthen, C. (2011). *Vidensbase - Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Bu, E. T. H., Skutle, A., Dahl, T., Løvaas, E., & Van de Glind, G. (2012). Validering av ADHD-screeninginstrumentet ASRS-v1.1 for pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet (Concurrent validation of the Adult ADHD self-report scale (ASRS-v1.1) among patients in treatment for substance use disorder). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(11), 1067–1073.
- 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.
- Bukstein, O. G. (2009). ADHD and comorbid substance use disorder. *Minerva Psichiatrica*, 50(3), 197–207.
- Bukstein, O. G., & Roberto, A. (2018). Moodiness in Patients with ADHD and Substance Use Disorders. In *Moodiness in ADHD* (pp. 145–159). Cham: Springer International Publishing.
- Christoffersen, M. N., & Hammen, I. (2011). *ADHD-indsatser: en forskningsoversigt*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Crunelle, C. L., Van, den B., Moggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F. R., ... ICASA consensus group. (2018). International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Addiction Research*, 24(1), 43–51.

- Dalsgaard, S., Madsen, A. G., & Bikic, A. (2013). Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse - a review. *Minerca Psichiatrica*, 54(4), 281–295.
- Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2002). Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 416–421.
- Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2014). ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood — A naturalistic long-term follow-up study. *Addictive Behaviors*, 39(1), 325–328.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: om ruslidelser og psykiske lidelser* (4th ed.). Oslo: Universitetsforlag.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(1), 14–26.
- Gilchrist, Gail; Hughes, Liz; & Delgadillo, Jaime. 2016. Psychological Interventions for Dual Diagnosis. *Advances in Dual Diagnosis*, Vol. 9. Bingley, United Kingdom: Emerald Group Publishing
- Gough, D., Oliver, S., & Thomas, J. (2012). *An Introduction to Systematic Reviews*. London: SAGE.
- Gunst-Møller, M. (2009). Sammenhæng mellem misbrug og ADHD hos voksne. *Sygeplejersken*, 109(6), 46–52.
- Hammond, C. J., & Gray, K. M. (2016). Pharmacotherapy for Substance Use Disorders in Youths. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25(4), 292–316.
- Harris, G., & Carey, B. (2008). Researchers fail to reveal full drug pay. *The New York Times*, p. A1.
- Haugerud, H. (2009). ADHD og rusmisbruk (SUD). In *Dobbeltdiagnose. En Antologi*. Risskov: Team for Misbrugspsykiatri, Århus Universitetshospital.
- Hesse, M. (2010a). Course of self-reported symptoms of attention deficit and hyperactivity in substance abusers during early treatment. *Addictive Behaviors*, 35(5), 504–506.
- Hesse, M. (2010b). Psychoeducation for personality disorders as an add-on to substance abuse treatment versus attention placebo: a controlled trial. *Drugs & Alcohol Today*, 10(1), 25–32.
- Hesse, M., & Thylstrup, B. (2016). Reaching out to patients with antisocial personality disorder in substance use disorder treatment: interactions between counsellors and clients in a psycho-educational intervention. *Advances in Dual Diagnosis*, 9(2), 97–107.
- Hesse, M., Thylstrup, B., & Mellentin, A. I. (2012). *Undersøgelse af korttidsbehandling for komorbiditet*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Hesslinger, B., Philipsen, A., & Richter, H. (2004). *Psychotherapie der ADHS in Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Hirvikoski, T., Pihlgren, C., Waaler, E., Larsson, M., & Alfredsson, J. (2010). *Psykoterapi för vuxna med ADHD- En arbetsbok*. Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget.
- Hogue, A., Evans, S. W., & Levin, F. R. (2017). A Clinician's Guide to Co-occurring ADHD Among Adolescent Substance Users: Comorbidity, Neurodevelopmental Risk, and Evidence-Based Treatment Options. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(4), 277–292.
- Johansen, K. S. (2009). *Dobbeltdiagnose - dobbelt behandling*. Glostrup: KABS Viden.
- Johansen, K. S., & Børsting-Andersen, S. (2014). *Tværasektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose: en inspirationsguide til forbedring af samarbejdet baseret på erfaringerne*

fra Kultursporet i Projekt Integreret Indsats. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

- Johansen, K. S., Busch, S., Jeppesen, P. P., Mårtensson, S., Poulsen, H., & Larsen, J. L. (2018). Dobbelt diagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 28, 155–172.
- Jones, S. (2014). *Risks associated with the Co-occurrence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder*. Aarhus University: Centre for Drug and Alcohol Research.
- Jones, S. (2016). ADHD og afhængighed af rusmidler. *Stof*, (26), 20–27.
- Jones, S., & Hesse, M. (2018). Adolescents with ADHD – experiences of having an ADHD diagnosis and negotiations of self-image and identity. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 92–102.
- Keith, J. R., Rapgay, L., Theodore, D., Schwartz, J. M., & Ross, J. L. (2015). An Assessment of an Automated EEG-biofeedback System for Attention Deficits in a Substance Use Disorders Residential Treatment Setting. *Psychol Addict Behav.*, 4(11), 17–25.
- Klassen, L. J., Bilkey, T. S., Katzman, M. A., & Chokka, P. (2012). Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(3), 190–198.
- Kohl, K. S., Kessing, M. L., Fynbo, L., Andersen, D., Schmidt, A., Jensen, M. N., & Munkholm, M. C. (2016). *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Kronenberg, L. M., Verkerk-Tamminga, R., Goossens, P. J. J., Van Den Brink, W., & Van Achterberg, T. (2015). Personal Recovery in Individuals Diagnosed with Substance use Disorder (SUD) and Co-Occurring Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Autism Spectrum Disorder (ASD). *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(4), 242–248.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 328–341.
- Levin, F. R., Evans, S. M., Vosburg, S. K., Horton, T., Brooks, D., & Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1875–1882.
- Løvaas, E. K. (2012). Diagnostisering. In K. Lossius: *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Løvaas, E. K., & Dahl, T. (2013). *Rusmiddelbruk og ADHD: hvordan forstå og hjelpe?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lykke, J., Oestrich, I., Austin, S., & Hesse, M. (2010). The implementation and evaluation of cognitive milieu therapy for dual diagnosis inpatients: A pragmatic clinical trial. *Mental Health and Substance Use*, 6(1), 58–72.
- Maggs, J. L., Patrick, M. E., & Feinstein, L. (2008). Childhood and adolescent predictors of alcohol use and problems in adolescence and adulthood in the National Child Development Study. *Addiction*, 103, 7–22.
- Martinez-Raga, J., Knecht, C., de Alvaro, R., Szerman, N., & Ruiz, P. (2013). Addressing Dual Diagnosis Patients Suffering from Attention-Deficit Hyperactivity Disorders and Comorbid Substance Use Disorders: A Review of Treatment Considerations. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(4), 213–230.
- Matthys, F., Soye, V., Van Den Brink, W., Joostens, P., Tremmery, S., & Sabbe, B. (2014). Barriers to implementation of treatment guidelines for ADHD in adults with substance use disorder.

*Journal of Dual Diagnosis*, 10(3), 130–138.

- Matthys, F., Stes, S., Brink, W., Joostens, P., Möbius, D., Tremmery, S., & Sabbe, B. (2014). Guideline for Screening, Diagnosis and Treatment of ADHD in Adults with Substance Use Disorders. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 12(5), 629–647.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press.
- Molina, B. S. G., Howard, A. L., Swanson, J. M., Stehli, A., Mitchell, J. T., Kennedy, T. M., ... Hoza, B. (2018). Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: findings from the MTA longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 59(6), 692–702.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R., & Fox, L. (2013). *Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice*. New York: Guilford Press.
- Nehlin, C., Nyberg, F., & Öster, C. (2015). The Patient's Perspective on the Link Between ADHD and Substance Use: A Qualitative Interview Study. *Journal of Attention Disorders*, 19(4), 343–350.
- Pedersen, M. U., Frederiksen, K. S., & Mulbjerg Pedersen, M. (2015). *UngMap. En metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige. Resultater fra den nationale stikprøveundersøgelse 2014*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M. U., Holm, K. E., Frederiksen, K. S., Jones, S., & Pedersen, M. M. (2017). Effektiv behandling af unge, der misbruger rusmidler. *Stof*, 29, 4–11.
- Pedersen, M. U., & Mulbjerg Pedersen, M. (2013). *Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M. U., Mulbjerg Pedersen, M., Jones, S., Holm, K. E., & Frederiksen, K. S. (2017). *Behandling af unge der misbruger stoffer: en undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, W. (2015). From badness to illness: Medical cannabis and self-diagnosed attention deficit hyperactivity disorder. *Addiction Research & Theory*, 23(3), 177–186.
- PsykiatriFonden. (2007). *ADHD: opmærksomhedssygdommen hos børn og voksne*. København: Psykiatrifonden.
- Safren, S. A., Sprich, S. E., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD: a cognitive-behavioral treatment program : therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Socialstyrelsen. (2016). *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling*. Odense: Socialstyrelsen.
- Tarter, R. E., Kirisci, L., Feske, U., & Vanyukov, M. (2007). Modeling the pathways linking childhood hyperactivity and substance use disorder in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 266–271.
- Termansen, T., Dyrvig, T., Krogsgaard Niss, N., & Pejtersen, J. H. (2015). *Unge i misbrugsbehandling: en evaluering af tre behandlingsindsatser*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2011). Ny undersøgelse på crf - Ro på. *Stof*, 18, 43–45. Retrieved from [www.stofbladet.dk](http://www.stofbladet.dk)
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2016). The Impulsive Lifestyle Counseling Program for Antisocial

- Behavior in Outpatient Substance Abuse Treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(8), 919–935.
- Thylstrup, B., & Johansen, K. S. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions - introduction and commentary. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(3), 202–208.
- Thylstrup, B., Johansen, K. S., & Sønderby, L. (2009). Treatment effect and recovery – dilemmas in dual diagnosis treatment. *Nordisk Alkohol- Och Narkotikatidskrift*, 26(6), 252–260.
- Thylstrup, B., Schrøder, S., & Hesse, M. (2015). Ro På - Hjælp til kriminelle. *Stof*, 25, 1–13.
- van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M. W. J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P. J., Kaye, S., ... van den Brink, W. (2014). Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 158–166.
- van de Glind, G., van den Brink, W., Koeter, M. W., Carpentier, P. J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Kaye, S., ... Levin, F. R. (2013). Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 587–596.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K. (2018). *ADHD & Addiction: prevalence, diagnostic assessment and treatment of ADHD in substance use disorder patients*. Groningen: Rijksuniversiteit.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., Glind, G., Koeter, M. W. J., Allsop, S., Auriacombe, M., Barta, C., ... Konstenius, M. (2014). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction*, 109(2), 262–272.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., Van, G., Van, B., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug & Alcohol Dependence*, 122(1), 11–19.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Koeter, M. W., Bruijn, K., Dekker, J. J., Brink, W., & Schoevers, R. A. (2013). Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 132.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Kramer, F. J., Koeter, M. W., Schoevers, R. A., & van den Brink, W. (2017). Diagnosing ADHD during active substance use: Feasible or flawed? *Drug and Alcohol Dependence*, 180, 371–375.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., van den Brink, W., & Schoevers, R. A. (2015). Integrated cognitive behavioral therapy for patients with substance use disorder and comorbid ADHD: two case presentations. *Addictive Behaviors*, 45, 214–217.
- Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning* (3. ed). Lund: Studentlitteratur.
- Vendsborg, P. (2005). Indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose. In *Cocktail med udfordringer - en antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Wilens, T. E. (2004). Impact of ADHD and Its Treatment on Substance Abuse in Adults. *J Clin Psychiatry*, 65(3), 38–45.
- Wilens, T. E. (2011). Current controversies in ADHD: Diagnosis, treatment and comorbid substance abuse. *Neuropsychiatry*, 1(2), 115–121.
- Wilens, T. E., & Morrison, N. (2012). Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry*, 2(4), 301–312.



Wilens, T. E., & Morrison, N. R. (2011). The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 280–285.

# Bilag 1 Interviewguide: kommunale chefer og misbrugskonsulenter

## Introduktion

Præsentation af aktuelt projekt/videnskortlægning, afgrænsning af målgruppe (stoffer (illegale), ADHD-diagnose i misbrugsbehandling. Hvordan indgår de 10 interview i projektet.

Mundtligt informeret samtykke: Fortrolig behandling af data (anonymisering af interviewperson og kommune), sikker opbevaring af data.

### I. Målgruppebeskrivelse

Fx: køn, alder, socioøkonomi og behandlingshistorik?

I forhold til borgere med stofmisbrug generelt (dvs., borgere, der ikke har dobbeltdiagnoser)? - "Omkostningstunge", "ressourcekrævende", "høj/lav grad af udsathed"

### II. Metodekendskab

Aktuelle metoder, som anvendes, men ikke på målgruppen?

Aktuelle metoder, som anvendes på borgere med "dobbeltdiagnoser"

Aktuelle metoder, som anvendes på målgruppen?

### III. Erfaring med metoder

Hvordan virker de aktuelle metoder/hvad er jeres erfaringer med disse?

Årsager til, at metoderne er virksomme/uvirksomme?

Hvad ville det mest effektive behandlingsforløb være for målgruppen?

### IV. Metodeefterspørgsel

Behov for ny viden og nye metoder målrettet målgruppen? – Hvorfor/hvorfor ikke?

Potentiale til implementering og forankring af nye metoder? – "Forvaltningsregi", "faggrupper", "behandlingssteder"

Aktuelle (realistiske) ressourcer til efteruddannelse af relevante medarbejderprofessioner?

Hvis en ny metode viser sig omkostningseffektiv og/eller virker dokumenterbart/virker bedre end eksisterende metoder, hvordan vil du vurdere kommunens efterspørgsel/interesse herfor?

Hvordan vil du vurdere den økonomiske, faglige og organisatoriske bæredygtighed for en sådan metode?

Mest oplagte måde at implementere nye metoder – fx igennem efteruddannelse, nye nationale retningslinjer, kurser.

## Bilag 2 Guide til fokusgruppeinterview med praktikere og eksperter

### 1. Introduktion til fokusgruppen (5 minutter)

*Allerførst vil vi gerne sige mange tak, fordi I ville deltage her i dag. Det er vi virkelig glade for! Målet med denne fokusgruppe eller workshop er at få indsigt i jeres erfaringer og viden om borgere, der både har misbrug og ADHD, og mest af alt, hvilke indsatser eller metoder der er eller kunne være effektive til denne målgruppe. Resultaterne fra denne fokusgruppe kommer med i en videnskortlægning for Socialstyrelsen, som meget gerne skulle bidrage til at udvikle indsatser på området. Det er derfor vi så gerne ville have jeres hjælp og input, så vi kan få de bedst mulige indsatser til denne borgergruppe.*

*I deltager anonymt i rapporten, hvilket vil sige, at både jeres navne og arbejdssteder bliver sløret, og det vil kun fremgå, hvilken sektor I arbejder inden for. Dog er I jo ikke anonyme over for hinanden, og vi vil opfordre til, at man gerne må tage sine erfaringer fra workshoppen med sig hjem – dvs. det er ikke et lukket forum, hvor man ikke må fortælle om, hvem der sagde hvad, efterfølgende.*

*Først kommer der en kort præsentationsrunde, så vil vi gerne vide lidt om målgruppen helt overordnet, dernæst vil vi diskutere forskellige indsatser og metoder sammen med jer, og afslutningsvist vil vi spørge lidt ind til organisatoriske udfordringer.*

### 2. Præsentation af deltagere (5 minutter)

*Allerførst tager vi en kort præsentationsrunde.*

Kan alle fortælle, hvad de hedder, hvor de arbejder, og hvordan de har arbejdet med målgruppen?

### 3. Beskrivelser af målgruppen – karakteristika og udfordringer (15 minutter)

*Nu vil vi gå lidt videre til målgruppen, og hvad der karakteriserer borgere med samtidigt misbrug og ADHD.*

Hvordan ville I beskrive gruppen af borgere, der både har misbrug og ADHD?

Hvilke udsathed ser I typisk hos denne gruppe borgere?

Hvad ser I som de hyppigste årsager til misbruget hos borgere med ADHD?

### 4. Kendskab til effektive metoder (20 minutter)

*I næste del vil vi tage en runde, hvor I hver især kan nævne og beskrive metoder eller indsatser, der er blevet anvendt til denne målgruppe. I runden må I andre godt supplere, hvis I har lignende erfaringer, eller hvis I bare vil knytte en kommentar.*

Vil I hver især fortælle, om I kender til metoder eller indsatser, der har virket særligt godt til denne målgruppe?

*Hvis de ikke selv kommer ind på det, så nævn følgende metoder: KAT, DAT, MI, psykoedukation, musikterapi, træningsterapi, social færdighedstræning, Ro På.*

## 5. Eksisterende programmers potentiale og tilpasningsmuligheder (20 minutter)

*Nu vil vi gerne have jer til at diskutere og vurdere nogle eksisterende metoders potentiale i forhold til behandling af målgruppen. Vi giver en kort introduktion til metoden og vil derefter gerne have jer til at diskutere styrker og svagheder ved de pågældende metoder. Vi vil også meget gerne have jeres refleksioner over, hvorvidt metoden kan tilpasses målgruppen og hvordan. Skriv gerne styrker og svagheder ned på disse post-its for hver metode.*

Gennemgå følgende metoder: U-turn, U18, MI/KAT-Go.

- Er metoden velegnet til personer med ADHD og et problematisk forbrug af rusmidler?
- Adresserer metoden de kerneproblematikker, som er forbundet med ADHD, dvs. opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet?
- Er der brug for justeringer af metoden, så den adresserer ADHD-problematikkerne og dæmper behovet for stimulerende og beroligende rusmidler?
- Er der behov for at supplere metoden med andre tiltag for at gøre den egnet til den specifikke målgruppe?

5 minutters pause!

## 6. Udfordringer og løsninger

*Inden afslutningen vil vi gerne høre jeres overvejelser om implementeringsvanskeligheder, udfordringer med målgruppen samt organisatoriske udfordringer og mulige løsninger. Her byder I bare ind, som I har lyst til, på vores spørgsmål.*

Hvilke udfordringer oplever man typisk med borgere, der både har misbrug og ADHD i forhold til behandling og blandt personalet?

Hvordan kunne man gøre udredningen/screeningen af disse borgere bedre? Hvad har I gode erfaringer med?

Mangler der målgruppe-specifikke indsatser og behandlingsmetoder til disse borgere?

Hvor ville det være bedst at placere indsatser/behandling til denne målgruppe? (stofmisbrugsbehandling, ADHD-ambulatorier, psykiatrien, andre steder?).

Hvordan kan samarbejdet mellem sektorer blive bedre?

Oplever I medicinsk behandling som en barriere?

Hvad er vigtigt at være bevidst om i forhold til implementering af eventuelle indsatser?

Hvilke organisatoriske faldgruber og udfordringer eksisterer der?

Hvad kunne løsningerne på disse udfordringer være?

## 7. Prioriteringsøvelse – udpegning af relevante og mest realistiske behandlingsindsatser

*Nu vil vi gerne have jer til at prioritere indsatserne på en top tre over mest relevante og realistiske metoder til borgere med ADHD og misbrug. Her kan I tage udgangspunkt i nogle af de programmer og metoder, vi har diskuteret i dag, men I må også godt supplere med metoder, I selv kender til, og argumentere for, hvorfor de evt. er bedre end dem, vi har præsenteret. Øvelsen er altså her, at I*

*skal blive enige om, hvilke metoder eller kombination af metoder der er top tre, og I må meget gerne eksplicite, hvorfor pågældende metoder er de mest effektive, relevante og realistiske for målgruppen.*

Hvordan ville en top tre over mest virksomme metoder (eller kombinationer af metoder) se ud?

*Spørg ind, hvis de ikke selv uddyber hvorfor. Husk voice-over!*

## **8. Afrunding**

Er der noget vigtigt som ikke er kommet frem i løbet af fokusgruppen, som vi bør være opmærksomme på?

## Bilag 3 Overordnet søgestrategi

### **Søgning:**

Søgningen foretages med en blanding af basernes emneord og søgning i titel, abstract og evt. fritekst, som det er mest hensigtsmæssigt i hver base. Tidsbegrænsning i søgningen: 2008 – (dato) 2018. Søgeresultaterne overføres til en Mendeley-database, og dubletter frasorteres løbende, hvor de bedst beskrevne referencer bevares.

### **Antal studier:**

Af ressourcemæssige grunde fastsættes et maks. antal resultater af litteratursøgningen på samlet ca. 3000 referencer, som vi screener og udvælger studier på baggrund af. Beslutningen vedrørende den endelige udvælgelse af studier drøftes i dialog med Socialstyrelsen.

### **Søgeled:**

Der tages i søgningen udgangspunkt i følgende overordnede emneblokke med udgangspunkt i:

**Population** (Blok 1-2, se nedenfor): Mennesker (15 år og opefter) med ADHD og samtidigt misbrug af ulovlige stoffer/rusmidler, ofte benævnt dobbeltdiagnose.

OG

**Intervention** (Blok 3):

Indsats/behandling/praksis/metode

OG

**Outcome** (Blok 4):

Effekt/virkning

### **Blok 1 – Misbrug af ulovlige stoffer/rusmidler:**

*Gældende for alle blokke: Konkrete emneord findes for hver enkelt base med udgangspunkt i de eksemplificerende ord herunder og oversættes til dansk, norsk og svensk.*

**Engelsk:** Substance use or Substance abuse or Drug use or Drug abuse or Illegal Drugs or Substance Use Disorder or SUD or Substance-Related Disorders etc.

### **Blok 2 – ADHD**

Engelsk: "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR adhd OR addh OR "hyperkinetic disorder\*" OR "attention deficit\*" OR hyper-activ\* OR hyperactiv\* OR overactive OR inattentive OR "Diagnosis, Dual (Psychiatry)" OR "Dual diagnos\*" etc.

### **Blok 3 – Intervention:**

#### **Engelsk:**

"Substance-Related Disorders/therapy" or "Substance abuse treatment" or Intervention\* or method\* or program\* or guid\* or mentor\* or counsel\* or coach\* or assistance\* or training\* or support\* or prevent\* or effort\* or rehabilitation\* or treatment\* or service\* or "harm reduction" or psychoeducation or etc.

### **Blok 4 – Effekt/virkning:**

**Engelsk:** (Treatment)outcome\* or Evaluation\* or Evidence or Evidence-based or Effect or Assessment.

Titel-/abstract-ord: Outcome\* or evaluat\* or effect\* or evidence\* or efficacy or experiment\* or trial\* or control\* or random\* OR RCT or study or studies or impact\* or research\* or measure\* or assessment\*

#### **Søgekilder:**

##### **Internationale databaser:**

Sociological Abstracts

SocIndex

PsycInfo

ERIC

PubMed

Cinahl

The Cochrane Library

The Campbell Library

##### **Nordiske databaser:**

SveMed

Netpunkt/DanBib (danske biblioteksbarer)

ORIA/BibSys (norske biblioteksbarer)

LIBRIS (svenske biblioteksbarer)

##### **Nordiske, nationale forskningsdatabaser:**

Den Danske Forskningsbase

SwePub

NORA

## Hjemmesider:

Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet: <http://psy.au.dk/for-skning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/>

KABS - behandlingscenter for stofbrugere: <https://kabs.dk/>

Foreningen Misbrugsportalen: <http://www.misbrugsportalen.dk/forbrug-af-stoffer-unge>

Socialstyrelsen, Sverige: <http://www.socialstyrelsen.se/>

SBU, Sverige: <http://www.sbu.se/>

EPPI Centre, UK: <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/>

SCIE, Social Care Institute for Excellence, UK: <http://www.scie.org.uk/>

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (Canada): <http://www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspx>

National Institute on Drug Abuse (USA): <https://www.drugabuse.gov/about-nida>

Helsedirektoratet, Norge: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Kunnskapssenteret, Norge: [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

Kunnskapssenteret for rusforebyggende og helsefremmende arbeid, Norge: <http://www.forebygging.no/>

Kompetansesenter-RUS, Norge: <http://www.kompetansesenterrus.no/>

Statens Institut for Rusmiddelforskning: [www.sirus.no](http://www.sirus.no)

Det svenske dobbeltdiagnose-netværk: [www.sn-dd.sl](http://www.sn-dd.sl)

Nationalt Videnscenter i Norge: [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

National Institute of Drug Abuse (NIDA): <https://www.drugabuse.gov/>

## Screening

### Inklusionskriterier

#### 1. Indsats:

- Indsatser, som retter sig mod personer over 15 år med misbrug af ulovlige stoffer med en samtidig ADHD-diagnose, og som har dokumenterede positive effekter/virkninger.
- De ulovlige stoffer inkluderer:
  - Cannabis (hash mv.)
  - Centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin og ecstasy mv.)
  - Opioider (heroin og morfin mv.)
  - Andre rusmidler (beroligende medicin, hallucinogener som svampe, LSD m.m., khat, inhalater mv.).



## **2. Sprog:**

- Engelsk, dansk, norsk og svensk

## **3. Tidsafgrænsning:**

- 2008 og frem til i dag (10 år).

### **Studietyper:**

- Studier med selvstændige data om effekt/virkning, som gør det muligt at vurdere indsatsen på denne dimension.
- Studier, som har undersøgt og dokumenteret positiv effekt/virkning af indsatser/metoder, som tilbydes mennesker med stofmisbrug, som også har ADHD-diagnose
- Empiriske videnskabelige studier, dvs. følgende typer af materialer: videnskabelige artikler, forsknings- og analytiske rapporter fra nationale og internationale videncentre, ph.d.-afhandlinger og myndighedsudgivelser. Materialerne identificeres via litteratursøgning i udvalgte databaser relevante hjemmesider. Vi vil i forhold til den konkrete søgning primært inkludere videnskabelige studier fra Danmark, Sverige og Norge og på dansk, svensk og norsk samt internationale engelsksprogede videnskabelige studier

Søgningen inkluderer de fleste forskningsdesign:

- Kohorte-studier
- Studier med tværmotodisk design
- Systematiske reviews og meta-reviews
- RCT
- Studier med kvalitativt design
- Forsøg med kontrolgruppe
- Før-efter-studier.

### **Eksklusionskriterier**

- Ikke-vestlig forskning (dvs. uden for Europa, Nordamerika, Canada, New Zealand og Australien)
- Medicinsk stofmisbrugsbehandling uden et element af psykosocial behandling/indsats
- Substitutionsbehandling, bortset fra hvis denne er i kombination med anden social/psykosocial behandling
- Begrænsede studier med ingen/negativ dokumenteret effekt
- Studier, som undersøger indsatser, der er udviklet til personer under 18 år, og/eller som må formodes ikke at være overførbare/anvendelige i forhold til personer over 18 år
- Pilot-studier, uafsluttede studier og studier, som ikke har været i peer-review, herunder master- og bacheloropgaver og andre studieopgaver.

## Bilag 4 Søgедokumentation

Tidsbegrænsning: 10 år. Sprog: dansk, engelsk, norsk, svensk. Aldersbegrænsning til relevant aldersgruppe hvor muligt. Refworks (RW) login: NIBEadhd/refworks. Dubletter frasorteres via Refworks, så bedste reference med hensyn til abstract/emneord bevares

Databaser: Academic Search Premier, Campbell Library, Cinahl, Cochrane Library, Embase, ERIC, PsycInfo, PubMed, SocIndex, Sociological Abstracts

Nordiske databaser: SveMed, Netpunkt/DanBib (danske biblioteksbarer), ORIA/BibSys (norske biblioteksbarer), LIBRIS (svenske biblioteksbarer)

Nordiske, nationale forskningsdatabaser: Den Danske Forskningsbase, SwePub, NORA

### **PubMed – 14. 6. 2018:**

#1 "Behavior, Addictive"[Mesh] OR (Drug misuse[MeSH Terms]) OR Substance-related disorders[MeSH Terms] OR "Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh]: (263.247)

#2 Substance abuse\*[Title] OR substance use\*[Title] OR substance addict\*[Title] OR substance misuse\*[Title] OR drug abuse\*[Title] OR drug use\*[Title] OR drug addict\*[Title] OR drug misuse\*[Title] OR illegal drug\*[Title]: (40.839)

#3 (#1 OR #2): (271.567)

#4 ("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[Mesh]): (25.516)

#5 Attention deficit disorder\*[Title] OR ADHD[Title] OR hyperkinetic disorder\*[Title] OR hyperactive disorder\*[Title] OR hyperactive inattentive\*[Title] OR overactive behavior\*[Title] OR inattention hyperactivity\*[Title]: (9.359)

#6 (#4 OR #5): (27.271)

#7 (#3 AND #6): (1676)

#8 ("Substance-Related Disorders/prevention and control"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/therapy"[Mesh]) OR ("Drug Misuse/prevention and control"[Mesh] OR "Drug Misuse/therapy"[Mesh]): (82.528)

#9 (((((((((((("Counseling"[Mesh] OR "Psychotherapy"[Mesh]) OR "Therapeutics"[Mesh]) OR "Social Support"[Mesh]) OR "Psychosocial Support Systems"[Mesh]) OR "Preventive Health Services"[Mesh]) OR "Health Promotion"[Mesh]) OR "Mentoring"[Mesh]) OR "Mentors"[Mesh]) OR "Helping Behavior"[Mesh]) OR "Mental Health Services"[Mesh]) OR "Rehabilitation"[Mesh]) OR "Early Intervention (Education)"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh]) OR "Self-Management"[Mesh]: (4.796.760)

#10 (((((((((((intervention\*[Title]) OR treatment\*[Title]) OR prevent\*[Title]) OR counsel\*[Title]) OR coach\*[Title]) OR mentor\*[Title]) OR program\*[Title]) OR service\*[Title]) OR guid\*[Title]) OR method\*[Title]) OR support\*[Title]: (2.334.780)

#11 (#8 OR #9 OR #10): (6.371.120)

#12 (#7 AND #11): (654)

#13 ((((((("Program Evaluation"[Mesh] OR "Evaluation Studies"[Publication Type]) OR "Treatment Outcome"[Mesh]) OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh]) OR "Evidence-Based Practice"[Mesh]) OR "Controlled Clinical Trial"[Publication Type]) OR "Randomized Controlled Trial"[Publication Type]) OR "Health Impact Assessment"[Mesh]): (1.703.061)

#14 (((((((((outcome\*[Title]) OR evaluat\*[Title]) OR evidence\*[Title]) OR effect\*[Title]) OR efficacy[Title]) OR assess\*[Title]) OR trial\*[Title]) OR rct\*[Title]) OR impact\*[Title]): (3.463.759)

#15 (#13 OR #14): (4.552.392)

#16 (#12 AND #15): (201), Publication date from 2008/01/01 to 2018/06/14, Danish, English, Norwegian, Swedish: **131 fund**, til RW

### **Sociological Abstracts – 18. 6. 2018:**

#1 MAINSUBJECT.EXACT("Drug Abuse") OR MAINSUBJECT.EXACT("Substance Abuse") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug Addiction") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drugs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Narcotic Drugs"): (13.108)

#2 Ti("Drug use") OR ti("drug abuse") OR ti("narcotic drugs") OR ti("illegal drugs") OR ab("Drug use") OR ab("drug abuse") OR ab("narcotic drugs") OR ab("illegal drugs"): (9.427)

#3 MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Addiction") AND (drug\* OR narcotics OR substance\*). (9.427)

#4 (#1 OR #2) OR #3): (17.531)

#5 MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Attention Deficit Disorder") OR adhd OR (hyperkinetic disorder\*) OR (hyperactive disorder) OR (hyperactive disorder) OR hyperactivity OR (attention deficit/hyperactive disorder): (2.143)

#6 (#4 AND #5): (138)

#7 (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Treatment") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Psychotherapy")) OR (MAINSUBJECT.EXACT("Guidance") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Counseling")) OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Intervention") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Rehabilitation") OR (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Programs") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Educational Programs")) OR (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Support") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Support")) OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Harm Reduction")): (62.548)

#8 Counsel\* OR Psychotherap\* OR Therap\* OR "Social Support" OR "Psychosocial Support" OR Prevent\* OR "Health Promotion" OR Mentor\* OR Help\* OR "Mental Health Service" OR Rehabilitation OR "Early Intervention" OR "Community Health Service" OR Self-Manag\* OR Coach\* OR Treatment\* OR Program\*: (425.914)

#9 (#7 OR #8): (441.777)

#10 (#6 AND #9): (107), Applied filters: Scholarly journals, 2008-01-01 - 2018-06-18, English: 56 fund, efter frasortering af dubletter: **50 fund** i RW

### **SocIndex – 19. 6. 2018:**

#1 DE "DRUG addiction" OR DE "CROSS-addiction" OR DE "DRUG addiction risk factors" OR DE "DRUG addicts" OR DE "WOMEN drug addicts" OR DE "DRUG addicts" OR DE "NARCOTICS" OR

DE "COCAINE" OR DE "HASHISH" OR DE "OXYCODONE" OR DE "DRUG abuse" OR DE "AM-PHETAMINE abuse" OR DE "COCAINE abuse" OR DE "DRUG addiction" OR DE "HEROIN abuse" OR DE "INTRAVENOUS drug abuse" OR DE "MARIJUANA abuse" OR DE "MEDICATION abuse" OR DE "METHADONE abuse" OR DE "SEDATIVE abuse" OR DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "WOMEN -- Substance use" OR DE "YOUTH -- Substance use" OR DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "WOMEN -- Substance use" OR DE "YOUTH -- Substance use": (34.256)

#2 DE "ATTENTION-deficit hyperactivity disorder" OR DE "ATTENTION-deficit-disordered youth" OR TX attention deficit hyperactivity disorder OR TX ADHD: (7,238)

#3 (#1 AND #2): (575), Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Date of Publication: 20080101-20180631 (278)

#4 (DE "ADDICTION counseling" OR DE "PREVENTION of drug addiction" OR DE "REHABILITA-TION of drug addicts" OR DE "TREATMENT programs" OR DE "SUBSTANCE abuse treatment" OR DE "THERAPEUTICS" OR DE "OCCUPATIONAL therapy" OR DE "PSYCHOTHERAPY" OR DE "TREATMENT programs" OR DE "ADOLESCENT psychotherapy" OR DE "ASSERTIVENESS training" OR DE "BEHAVIOR therapy" OR DE "COGNITIVE therapy" OR DE "EMOTION-focused therapy" OR DE "GROUP psychotherapy" OR DE "DRUG abuse prevention" OR DE "COMMUNI-CATION in drug abuse prevention" OR DE "DRUG abuse treatment" OR DE "COCAINE abuse treatment" OR DE "METHADONE treatment programs": (27.398)

#5 (AB treat\* or AB intervention\* or AB therap\* or AB counsel\* or AB psychotherap\* or AB guid\* or AB coach\* OR AB prevent\* OR AB early intervention\* OR AB mentor\* OR AB support\* ) OR ( TI treat\* or TI intervention\* or TI therap\* or TI counsel\* or TI psychotherap\* or TI guid\* or TI coach\* OR TI prevent\* OR TI early intervention\* OR TI mentor\* OR TI support\*): (125.745)

# 6 (#4 OR #5): (147.009)

#7 (#3 AND #6): (213), Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Date of Publication: 20080101-20171231, English: 174, dubletter fraserteret, derefter **164 fund** i RW

**ERIC – 20. 6. 2018:**

#1 DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Addiction" OR DE "Drug Use" OR DE "Substance Abuse" OR DE "Narcotics" OR DE "Cocaine" OR DE "Marijuana": (14.064)

#2 TI drug abuse OR TI drug use\* OR TI drug addict\* OR TI substance abuse\* OR TI substance use\* OR TI substance addict\* OR TI illegal drug\* OR TI narcotic abuse\* OR TI narcotic use\* OR TI narcotic addict\* OR AB drug abuse OR AB drug use\* OR AB drug addict\* OR AB substance abuse\* OR AB substance use\* OR AB substance addict\* OR AB illegal drug\* OR AB narcotic abuse\* OR AB narcotic use\* OR AB narcotic addict\* OR TI addictive behavio\* OR AB addictive behavio\* OR SUD: (13.145)

#3 (#1 OR #2): (17.492)

#4 DE "Attention Deficit Disorders" OR DE "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" OR TI attention deficit\* OR AB attention deficit\* OR ADHD: (5.780)

#5 (#3 AND #4): (321)

#6 DE "Intervention" OR DE "Crisis Intervention" OR DE "Early Intervention" OR DE "Prereferral Intervention" OR DE "Therapy" OR DE "Drug Therapy" OR DE "Educational Therapy" OR DE

"Group Therapy" OR DE "Physical Therapy" OR DE "Psychotherapy" OR DE "Therapeutic Recreation" OR DE "Rehabilitation" OR DE "Correctional Rehabilitation" OR DE "Drug Rehabilitation" OR DE "Counseling" OR DE "Cocounseling" OR DE "Educational Counseling" OR DE "Family Counseling" OR DE "Group Counseling" OR DE "Individual Counseling" OR DE "Nondirective Counseling" OR DE "Parent Counseling" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Rehabilitation Counseling" OR DE "School Counseling" OR DE "Counseling Instructional Programs" OR DE "Counseling Services" OR DE "Social Support Groups": (84.973)

#7 TI intervention\* OR TI treatment\* OR TI therap\* OR TI psychotherap\* OR TI prevent\* OR TI support\* OR TI counsel\* OR TI mentor\* OR TI program\* OR TI method\* OR TI rehabilit\* OR TI psychoeducat\* OR AB intervention\* OR AB treatment\* OR AB therap\* OR AB psychotherap\* OR AB prevent\* OR AB support\* OR AB counsel\* OR AB mentor\* OR AB program\* OR AB method\* OR AB rehabilit\* OR AB psychoeducat\*: (768.499)

#8 (#6 OR #7): (776.821)

#9 (#5 AND #8): (264), Limiters - Peer Reviewed; Date Published: 20080101-20171231, English: 127

#10 DE "Outcome Measures" OR DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Counseling Effectiveness" OR DE "Evaluation" OR DE "Alternative Assessment" OR DE "Course Evaluation" OR DE "Educational Assessment" OR DE "Formative Evaluation" OR DE "Informal Assessment" OR DE "Institutional Evaluation" OR DE "Instructional Material Evaluation" OR DE "Medical Care Evaluation" OR DE "Medical Evaluation" OR DE "Needs Assessment" OR DE "Peer Evaluation" OR DE "Personnel Evaluation" OR DE "Program Evaluation" OR DE "Psychological Evaluation" OR DE "Recognition (Achievement)" OR DE "Risk Assessment" OR DE "Self Evaluation (Groups)" OR DE "Self Evaluation (Individuals)" OR DE "Summative Evaluation" OR DE "Evidence" OR DE "Evidence Based Practice" OR DE "Response to Intervention": (150.654)

#11 TI outcome\* OR TI effect\* OR TI evaluat\* OR TI evidence\* OR TI randomi?ed control trial\* OR TI rct\* OR TI experiment\* OR AB outcome\* OR AB effect\* OR AB evaluat\* OR AB evidence\* OR AB randomi?ed control trial\* OR AB rct\* OR AB experiment\*: (587.413)

#12 (#10 OR #11): (639.807)

#13 (#9 AND #12): (71), efter bortsortering af dubletter: **60 fund** i RW

### **Cochrane – 21. 6. 2918**

#1 (MeSH descriptor: [Attention Deficit Disorder with Hyperactivity] explode all trees) or (ADHD or attention deficit hyperactivity disorder:ti,ab,kw), (Word variations have been searched), Publication Year from 2008 to 2018: (2684)

#2 (MeSH descriptor: [Substance-Related Disorders] explode all trees) OR ("Substance abuse\*" or "substance use\*" or "substance addict\*" or "drug abuse\*" or "drug use\*" or "drug depend\*":ti,ab,kw), (Word variations have been searched), Publication Year from 2008 to 2018: (13.898)

#3 (#1 AND #2): (174)

#4 (Intervent\* or treatment\* or therap\* or psychotherap\* or counsel\* or guidance\* or prevent\* or program\* or mentor\* or rehabilit\* or effort\*:ti,ab,kw), (Word variations have been searched), Publication Year from 2008 to 2018: (495.228)

#5 (#3 AND #4): (151)

#6 (Evaluat\* or evidence\* or rct or "controlled trial\*" or effect\* or assessment\* or experiment\* or efficacy or impact\* or research\* or measure\* or review\* or meta-anal\* or synthes\*:ti), (Word variations have been searched), Publication Year from 2008 to 2018: (300.624)

#7 (#5 AND #6): (61), efter frasortering af dubletter: **36 fund** i RW

#### **Cinahl – 25. 6. 2018:**

#1 ((MH "Substance Dependence+") OR (MH "Substance Use Disorders+") OR (MH "Substance Abusers+") OR (MH "Substance Abuse+") OR (MH "Street Drugs+")) OR TI substance abuse\* OR TI substance use\* OR TI drug abuse\* OR TI drug addict\* OR TI drug use\* OR TI narcotic abuse\* OR TI narcotic addict\* OR TI narcotic use\* OR TI addictive behav\* OR TI addictive disorder\* : (99.209)

#2 (MM "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") OR TI adhd OR TI attention deficit hyperactivity disorder OR TI attention deficit disorder OR AB adhd OR AB attention deficit hyperactivity disorder OR AB attention deficit disorder

#3 (#1 AND #2): (573)

#4 (MH "Drug Rehabilitation Programs+") OR (MH "Substance Use Rehabilitation Programs+") OR (MH "Early Intervention+") OR (MH "Intervention Trials") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Behavior Therapy+") OR (MH "Counseling+") OR (MH "Support Groups+") OR (MH "Support, Psychosocial+") OR (MH "Preventive Health Care+") OR (MH "Psychoeducation") OR (MH "Mentorship"): (288.028)

#5 TI treatment\* OR TI intervention\* OR TI therap\* OR TI management\* OR TI rehabilit\* OR TI counsel\* OR TI psychotherap\* OR TI therap\* OR TI prevent\* OR TI mentor\* OR TI support\* OR TI educat\*: (551.111)

#6 (#4 OR #5): 745.600)

#7 (#3 AND #6): (124), Limiters - Published Date: 20080101-20180631; Age Groups: Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Language: English, Danish, Norwegian, Swedish: (56), til RW, efter frasortering af dubletter: **40 fund**

#### **Academic Search Premier – 26. 6. 2018**

#1 DE "DRUG addicts" OR DE "DRUG abuse" OR DE "AMPHETAMINE abuse" OR DE "COCAINE abuse" OR DE "DRUG addiction" OR DE "HEROIN abuse" OR DE "INTRAVENOUS drug abuse" OR DE "MARIJUANA abuse" OR DE "MEDICATION abuse" OR DE "METHADONE abuse" OR DE "MORPHINE abuse" OR DE "OPIOID abuse" OR DE "OPIUM abuse" OR DE "PHENCYCLIDINE abuse" OR DE "SEDATIVE abuse" OR DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "AEROSOL sniffing" OR DE "BETEL chewing" OR DE "CAFFEINE habit" OR DE "DRUG abuse" OR DE "DUAL diagnosis" OR DE "GATEWAY drug theory" OR DE "INHALANT abuse" OR DE "NICOTINE addiction" OR DE "DRUGS" OR TI Drug abuse\* OR TI Drug use\* OR TI Substance abuse\* OR TI Substance use\* OR TI Drug Addict\* OR TI Narcotic abuse\* OR TI Narcotic use\* OR TI Addictive behav\* OR TI Addictive disorder\* OR TI Addict\*: (145.519)

#2 DE "ATTENTION-deficit hyperactivity disorder" OR DE "ATTENTION-deficit disorder in adults" OR DE "ATTENTION-deficit-disordered adults" OR DE "ATTENTION-deficit-disordered parents"

OR DE "ATTENTION-deficit-disordered youth" OR TI (adhd or attention deficit hyperactivity disorder) OR AB ( adhd or attention deficit hyperactivity disorder): (26.230)

#3 (#1 AND #2): (1.527)

#4 DE "INTERVENTION (Social services)" OR DE "HEALTH care intervention (Social services)" OR DE "PRE-referral interventions (Education)" OR (DE "EDUCATIONAL OR intervention" OR DE "EARLY intervention (Education)" OR DE "PRE-referral interventions (Education)" OR DE "EARLY intervention (Education)" OR DE "MOTIVATIONAL interviewing" OR DE "DRUG abuse treatment" OR DE "COCAINE abuse treatment" OR DE "METHADONE treatment programs" OR DE "VOLUNTEER workers in drug abuse programs" OR DE "TREATMENT of addictions" OR DE "ADDICTION counseling" OR DE "REHABILITATION" OR DE "COMMUNICATION in rehabilitation" OR DE "MEDICAL rehabilitation" OR DE "NEUROPSYCHOLOGICAL rehabilitation" OR DE "PEER counseling in rehabilitation" OR DE "VOLUNTEER workers in rehabilitation" OR DE "REHABILITATION centers" OR DE "GROUP homes" OR DE "SUBSTANCE abuse treatment facilities" OR DE "REHABILITATION counseling" OR DE "INTERVIEWING in rehabilitation counseling" OR DE "REHABILITATION counselors" OR DE "SUBSTANCE abuse -- Prevention" OR DE "SUBSTANCE abuse treatment" OR DE "CUE exposure therapy" OR DE "DETOXIFICATION (Substance abuse treatment)" OR DE "DRUG abuse treatment" OR DE "DRUG rehabilitation programs for prisoners" OR DE "METHADONE treatment programs" OR DE "MINNESOTA Model (Substance abuse treatment)" OR DE "SUPPORT groups for substance abusers" OR DE "TREATMENT of alcoholism" OR DE "VULNERABILITY model of recovery" OR DE "SUBSTANCE abuse treatment facilities" OR DE "OUTPATIENT substance abuse treatment facilities" OR DE "COUNSELING" OR DE "ADVICE literature" OR DE "ASSERTIVENESS training" OR DE "COUNSELOR & client" OR DE "COUNSELORS" OR DE "CROSS-cultural counseling" OR DE "DRUG abuse counseling" OR DE "EDUCATIONAL counseling" OR DE "FAMILY counseling" OR DE "GROUP counseling" OR DE "HEALTH counseling" OR DE "HOTLINES (Counseling)" OR DE "INTERNET counseling" OR OR DE "MENTORING" OR DE "MULTIPLE counseling" OR DE "PARENT counseling" OR DE "PEER counseling" OR DE "PSYCHOANALYTIC counseling" OR DE "REHABILITATION counseling" OR DE "SHORT-term counseling" OR DE "TEENAGE girls -- Counseling of" OR DE "TEENAGERS -- Counseling of" OR DE "SUPPORT groups" OR DE "SUPPORT groups for substance abusers" OR DE "TEACHER work groups" OR TI intervention\* OR TI treatment\* OR TI therap\* OR TI program\* OR TI support\* OR TI counsel\* OR TI service\* OR TI prevent: (1.210.664)

#5 (#3 AND #4): (258), Limiters - Published Date: 20080101-20180631, Narrow by Language: English (Danish, Norwegian, Swedish), Scholarly journals: (172), til RW, efter frasortering af dubletter: **113 fund**

### **DanBib (Netpunkt) – 26. 6. 2018**

#1 lem=stofmisbrugere eller lem=stofmisbrug eller lem=afhængighed eller lem=misbrug eller lem=stofafhængige eller lem=selvmedicinering eller lem=stoffer eller lem=illegale stoffer eller lem=narkotika eller lem=euforiserende stoffer eller lem=rusmidler eller lem=substance abuse eller lem=substance use eller lem=addiction eller lem=drug use eller lem=drug abuse eller lem=drug addiction eller lem=drugs eller lem=narcotics eller ti=stofmisbrug? eller ti=stofbrug? eller ti=misbrug? eller ti=addict? eller ti=stofafhængig? eller ti=narkotika? eller ti=rusmiddelfafhængig? eller ti=rusmid?: (22.732)

#2 lem=hyperkinetiske forstyrrelser eller lem=adhd eller lem=add eller lem=voksne med adhd eller lem=unge med adhd eller em=opmærksomhedsforstyrrelser eller lem=attention-deficit hyperactivity disorder eller lem=attention-deficit disorder in adolescence eller lem=attention-deficit-disordered

adults lem=hyperkinetiske forstyrrelser eller lem=adhd eller lem=add eller lem=voksne med adhd eller lem=unge med adhd eller lem=opmærksomhedsforstyrrelser eller lem=attention-deficit hyperactivity disorder eller lem=attention-deficit disorder in adolescence eller lem=attention-deficit-disordered adults eller ti=adhd eller ti=ad/hd eller ti=ADDH eller ti=opmærksomhedsforstyr? eller ti=attention deficit disorder?: (2494)

#3 (#1 OG #2), år>2007, sp=dan eller (sp=eng eller sp=enm eller sp=ang) eller sp=nor eller (sp=swe eller sp=sve): 54 fund, avisartikler samt dubletter frasorteret, derefter: **33 fund** i RW

### **Embase – 27. 6. 2018**

#1 Map term: (Drug abuse/ or substance abuse/ or drug dependence/ or drug misuse/) or (drug abuse\* or substance abuse or drug use\* or drug addict\* or substance addict\* or drug dependen\* or narcotic drug\* or illegal drug\* or illegal substance\* or drug misuse\* or substance misuse\*).ti.: (160.209)

#2 Exp attention deficit disorder/di [Diagnosis] or (adhd or attention deficit disorder or attention deficit hyperactivity disorder).ti.: (26.451)

#3 (#1 AND #2): (1517)

#4 Addiction/pc, rh, th [Prevention, Rehabilitation, Therapy] or Exp substance abuse/pc, rh, th [Prevention, Rehabilitation, Therapy] or exp drug dependence/pc, rh, th [Prevention, Rehabilitation, Therapy] or exp drug misuse/pc, rh, th [Prevention, Rehabilitation, Therapy] or Early intervention/ or Nursing intervention/ or Intervention study/ or Family counseling/ or Counseling/ or Support group/ or Prevention/ or Psychosocial rehabilitation/ or Rehabilitation/ or (intervention\* or treatment\* or abuse program\* or counsel\* or guidance\* or rehabilitation\* or support\* or mentor\* or prevent\* or psychotherap\* or therap\*).ti.: (3.146.342)

#5 (#3 AND #4): 373, limit to ((Danish or English or Norwegian or Swedish) and yr="2008 -Current"): 217, til RW, dubletter frasorteret: **132 fund**

### **SveMed – 27. 6. 2018**

#1 Exp:"Behavior, Addictive" OR exp:"Substance-Related Disorders" OR exp:"Diagnosis, Dual (Psychiatry)": (3215)

#2 Misbru\* OR stofmisbru\* OR stofafhængig\* OR rusmiddelafhængig\* OR rusmiddelmisbru\* OR missbruk\* OR drogmisbruk\* OR rusmisbru\* OR rusmiddelbru\* OR rusmiddelavhengig\* OR narkotikaproblem\* OR narkotikabru\*: (1672)

#3 (#1 OR #2): (3318)

#4 Exp:"Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders" OR exp:"Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR adhd OR AD/HD: (543) zamn:"^Vuxna med ADHD^"

#5 (#3 AND #4): (28), 2008-juni 2018: **18 fund**, til RW

### **Libris, Sverige – 28. 6. 2018:**

(ADHD\* OR ADDH OR uppmärksamhetsstörning OR dubbeldiagnos\* OR attention deficit disorder\* OR hyperkinetic\*) AND (missbruk\* OR drogmisbruk\* OR abuse\* OR addict\* OR narcotic\* OR dependen\* OR misuse\* OR SUD): (175), ÅR: 2008 - juni 2018: (124), gennemset, heraf **12 fund** valgt til RW



### **ORIA/BibSys – 29. 6. 2018:**

(Emne: ADHD ELLER Oppmerksomhetsforstyrrelse\* ELLER Attention deficit disorder\*) OG (Emne: misbruk\* ELLER rusmid\* ELLER avhengig\* ELLER abuse\* ELLER addict\*), Siste 10 år: (36), gjennomset, **3 fund** til RW

(Emne: dobbeldiagnose), siste 10 år: (74), gjennomset, ingen valgt

### **Den Danske Forskningsdatabase – 29. 6. 2018:**

(ADHD or opmærksomhedsforstyrre\* or "attention deficit hyperactivity disorder" or dobbeltdiagnose\* or "dual diagnosis" or hyperkineti\*) and (misbrug\* or stofmisbrug\* or narkotikamisbrug\* or rusmid\* or stofafhængig\* or "illegale stoffer" or SUD or "substance related disorder" or drug\* or dependen\*): 2008-juni 2018, videnskabeligt niveau: (103), til RW, dubletter frasortert, derefter **92 fund**

### **SwePub – 29. 6. 2018:**

(ADHD\* OR ADDH OR uppmärksamhetsstörning\* OR dubbeldiagnos\* OR attention deficit disorder\* OR hyperkinetic\*) AND (missbruk\* OR drogmissbruk\* OR abuse\* OR addict\* OR narcotic\* OR dependen\* OR misuse\* OR SUD) AND (behandl\* OR psykoterap\* OR rådgiv\* OR intervent\* OR treatment\* OR therap\* OR psychotherap\* OR counsel\* OR guidance\* OR prevent\* OR program\* OR mentor\* or rehabilit\* OR effort\* OR strategi\*): (71), til RW, dubletter frasortert, derefter **50 fund**

### **NORA – norske vitenarkiv – 29. 6. 2018:**

(ADHD\* OR ADDH OR oppmerksomhetsforstyrrelse\* OR dobbeltdiagnos\* OR attention deficit disorder\* OR hyperkinetic\*) AND (stofmisbruk\* OR misbruk\* OR rusmid\* OR abuse\* OR addict\* OR narcotic\* OR dependen\* OR misuse\* OR SUD) AND (behandl\* OR psykoterap\* OR rådgiv\* OR intervent\* OR treatment\* OR therap\* OR psychotherap\* OR counsel\* OR guidance\* OR prevent\* OR program\* OR mentor\* or rehabilit\* OR effort\* OR strategi\*): (17), heraf 12 studentarbeider: ikke relevante / heraf tidsskriftartikler: 5, gjennomset, 1 haves, øvrige ikke relevante: **0 fund**

### **Campbell Library – 3. 7. 2018**

All reviews, published date 2008-00-01-2018-07-03: (129), titler gjennomset, **1 fund**, til RW

### **Hjemmesider – aug./sept. 2018:**

Gennemset via evt. relevante emneindgange, publikationslister samt søgt på ADHD/ Attention Deficit Disorder\*/(stof)misbrug/ dobbeltdiagnose i forskjellige former og på de relevante sprog på nedenstående hjemmesider:

*Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, DK:* <http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/>

*Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Canada:* <http://www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspx> -

*Danske Regioner, DK:* <https://www.regioner.dk/services/publikationer>

*EPPI Centre, UK:* <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/>

*Folkehelseinstituttet, Norge:* [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

*Forebygging.no, Norge:* <http://www.forebygging.no/>

*Foreningen Misbrugsportalen, DK:* <http://www.misbrugsportalen.dk/forbrug-af-stoffer-unge>

Helsedirektoratet, Norge: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

KABS – behandlingscenter for stofbrugere, DK: <https://viden.kabs.dk/information/publikationer/>

KL – Kommunernes Landsforening, DK: <http://www.kl.dk/>

Kompetansesenter-RUS, Norge: <http://www.kompetansesenterrus.no/>

Kunskapsguiden, Sverige: <http://www.kunskapsguiden.se>

Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid, Norge:  
<http://www.forebygging.no/>

Kunnskapssenteret, Norge: [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

National Institute of Drug Abuse (NIDA), USA: <https://www.drugabuse.gov/>

SCIE, Social Care Institute for Excellence, UK: <http://www.scie.org.uk/>

Socialstyrelsen, DK: <https://socialstyrelsen.dk/unge/rusmidler/udgivelser>

Socialstyrelsen, Sverige: <http://www.socialstyrelsen.se>

Socialt Udviklingscenter SUS, DK: <https://www.sus.dk/udgivelser/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering – SBU, Sverige: <http://www.sbu.se/>

Statens Institut for Rusmiddelforskning, DK: [www.sirus.no](http://www.sirus.no)

Sundhedsstyrelsen, DK: <https://www.sst.dk>

(Det) svenske dobbeltdiagnose-netværk: [www.sn-dd.sl](http://www.sn-dd.sl)

VIVE (KORA/SFI), DK: <https://vive.dk>

I alt: **67 fund**

**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD