

# NO WRONG DOOR og unge med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik

– anbefalinger og grundlag

Udarbejdet på vegne af  
Foreningen DobbeltRamt UngeAlliancen af

Susanne Pihl Hansen  
Birgitte Thylstrup  
Katrine Schepelern Johansen  
Henriette Pirchert  
Mette Clausen  
Tina Bech  
Vibeke Roer Sonnichsen  
Ungerepræsentant fra UngeNetværket  
Forældrerepræsentant fra ForældreNetværket

**Foreningen DobbeltRamt UngeAlliancen** er sat i verden for at styrke og udbrede viden, erfaringer og perspektiver på indsatser til unge under 25 år, der er dobbelt ramt af psykiske lidelser/forstyrrelser og samtidige rusmiddelproblemer – ofte benævnt ”unge med dobbeltdiagnoser”, selv om mange af de unge ikke nødvendigvis er blevet udredt eller diagnosticeret.

**DobbeltRamt UngeAlliancen** er en forening, bestående af **Repræsentantskab** med unge og forældre med personlige erfaringer fra hhv. **UngeNetværk** og **ForældreNetværk**, samt forskere, praktikere og beslutningstagere på tværs af fagområder og sektorer. Foreningen DobbeltRamt UngeAlliancen drives af et **sekretariat**, der understøttes af et **Advisory Board**, bestående af repræsentanter fra UngeNetværk, ForældreNetværk, rusmiddelbehandling, psykiatrisk behandling, forskning, regioner, kommuner og styrelser.

**Foreningen DobbeltRamt UngeAlliancen** er støttet af Det Obelske Familie Fond og Helsefonden.  
Læs mere her: [www.ungealliancen.dk](http://www.ungealliancen.dk).

Følg DobbeltRamt UngeAlliancen på LinkedIn:



Følg UngeNetværket på Instagram:



#### **NO WRONG DOOR og unge med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik – anbefalinger og grundlag**

Udarbejdet af Fagligt NørdeNetværk i DobbeltRamt UngeAlliancen v/ Susanne Pihl Hansen, Projektleder, DobbeltRamt UngeAlliancen  
• Birgitte Thylstrup, lektor, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet • Katrine Schepelern Johansen, seniorforsker, Region Hovedstaden • Henriette Pirchert, leder af Rusmiddelcentret, Ringkøbing Skjern Kommune • Mette Clausen, leder af U-turn, Københavns Kommune • Tina Bech, oversygeplejerske, Børne- og Ungdomspsykiatrien, Odense Universitets Hospital • Vibeke Roer Sonnichsen, Selvstændig ergoterapeut, tidl. Forløbskoordinator i Region Syddanmark • Ungerepræsentant fra UngeNetværket • Forældrerepræsentant fra ForældreNetværket

ISBN fysisk: EAN 9788797554722  
ISBN digital: EAN 9788797554739

Grafisk tilrettelæggelse: D-Grafisk, David Lund Nielsen

Udgivet 2026 med støtte fra **Det Obelske Familiefond** og **Helsefonden**

# Indhold

Indledning .....	5
Definition.....	7
Læsevejledning .....	8
<b>Foreningen DobbeltRamt UngeAlliancen anbefaler: NO WRONG DOOR .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Hvem er de unge - og hvilken hjælp er de blevet mødt af? .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Hvad er No Wrong Door? .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Hvad kræver det at få No Wrong Door til at fungere? .....</b>	<b>21</b>
<b>4. Hvilke erfaringer har vi i Danmark?.....</b>	<b>25</b>
<b>5. Hvordan kan vi sikre og efterleve No Wrong Door i praksis? .....</b>	<b>31</b>
Appendiks A. Fundamentet og de 10 principper .....	38
Appendiks B. No Wrong Door i de internationale retningslinjer for dobbeltdiagnose.....	40
Referencer .....	42

”

For os er det skide vigtigt, at No Wrong Door er noget, der reelt bliver implementeret og ikke endnu en af de her ”fluff-puff” – et begreb, som vi bruger i flæng, men har 100000000000 forskellige meninger om og til.

- Koordinator for UngeNetværket, Sofie Kurtzweil i opslag på LinkedIn, januar 2026



# Indledning

Unge, der er dobbeltramte af psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik, skal have relevant og rettidig hjælp. Det er der bred enighed om blandt politikere, fagpersoner – og blandt de unge selv, deres forældre og nære netværk. Derfor skal det sikres, at hjælpen er tilgængelig, målrettet og tilpasset de behov, som de unge har.

”No Wrong Door” bliver fremhævet af flere og flere i både Danmark og udlandet som et vigtigt princip og tilgang i indsatser til de unge – og til voksne – der er dobbelt ramt. I Danmark bliver No Wrong Door nævnt i f.eks.: Faglig Visitationsretningslinje: *”Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik”* (Sundhedsstyrelsen, 2023); Psykiatriplanen: *”En stærkere psykiatri – en samlet 10-årsplan for psykiatrien”* (Sundhedsstyrelsen, 2025); De regionale beskrivelser af *”Integreret patientforløb for mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik”* (Regionerne, 2024).

Det er positivt – men forstår og mener vi det samme, når vi taler om No Wrong Door? Og hvordan får vi omsat de gode hensigtserklæringer om at bruge No Wrong Door i praksis på en måde, så det reelt gør en forskel for de unge?

## Formål

På baggrund af disse spørgsmål ønsker vi – Foreningen DobbeltRamt UngeAlliancen – at folde ”No Wrong Door” ud, så princippet og tilgangen kan forstås og bruges i daglig praksis i mødet med unge under 25 år, der er dobbelt ramt.

Vi ønsker at bidrage til, at praktikere og beslutningstagere (både lokalt, regionalt og nationalt) kan arbejde konstruktivt med og ud fra en fælles forståelse af No Wrong Door i indsatser til de unge. No Wrong Door skal sikre en tilgang i hjælpesystemerne, der gør, at de unge får tilbudt relevant hjælp, fremfor at de og deres pårørende ople-

ver at blive afvist eller selv er nødt til at finde den rette hjælp i hjælpesystemer, der kan forekomme uoverskuelige. Vi ønsker derfor også at komme med anbefalinger og konkrete handleanvisninger på, hvordan No Wrong Door kan praktiseres i dagligdagen i de tilbud, der er en del af hjælpesystemerne.

Men først og fremmest er formålet at argumentere for, at No Wrong Door er en tilgang, som vi SKAL møde de unge med, hvis vi vil lykkes med at hjælpe dem relevant og rettidigt.

Eller som UngeNetværket udtaler:

” For os er det skide vigtigt, at No Wrong Door er noget, der reelt bliver implementeret og ikke endnu en af de her ”fluff-puff” – et begreb, som vi bruger i flæng, men har 10000000000 forskellige meninger om og til.

– Koordinator for UngeNetværket, Sofie Kurtzweil i opslag på LinkedIn, januar 2026

## Målgruppe

Målgruppen for vores gennemgang og anbefalinger om No Wrong Door er praktikere og beslutningstagere på lokalt og regionalt plan, dvs. lokale indsatser som f.eks. lokalpsykiatri og rusmiddelbehandling, samt kommuner, regioner, Sundhedsråd, der ønsker at sikre et sammenhængende tilbud til de unge, der er dobbelt ramte. På nationalt plan er målgruppen politikere og embedsværk, der typisk sætter de overordnede rammerne for tilbudene.



## Præsentation af ord og begreber

Nedenfor præsenteres en række ord og begreber, som vi har valgt at bruge i forenklet form i hæftet.

**Unge med psykiske lidelser/forstyrrelser og samtidig rusmiddelproblematik:** Unge i alderen 13-25 år, der er dobbelt ramt. Vi har valgt at bruge beskrivelsen bredt, dvs. både om unge, der er udredt og diagnosticeret med en dobbeltdiagnose, og om unge, der ikke er udredt, og om unge, der (endnu) ikke har fået hjælp eller er blevet afvist, men som har symptomer på dobbeltdiagnose. Det vil sige unge, hvor den samlede sværhedsgrad og funktionsnedsættelse gør, at de har brug for sammenhængende hjælp til begge problematikker (og ofte mange andre problematikker). I det følgende vil vi ofte blot omtale denne målgruppen som **de unge**.

**Unge:** Vi har valgt at bruge 'unge' om målgruppen i alderen 13-25 år for at slå fast, at det handler om personer i livsfasen mellem barndom og voksenliv. Ungdomslivet er en særlig periode af livet præget af identitetsdannelse samt egne (og andres) forventninger om øget selvstændighed og kvalificering til voksenlivet, f.eks. i form af uddannelse og økonomisk uafhængighed m.v. De unge er først og fremmest unge.

**Dobbelt ramt:** Ramt af samtidige udfordringer med psykisk lidelse og rusmiddelbrug. Vi er fuldt bevidste om, at 'dobbelt ramt' er en forsimpning, da de fleste unge ofte vil opleve multiple problemer, f.eks. også problemer i familien, med venner, i skole m.m. Så reelt er disse unge ofte meget mere end dobbelt ramt.

**Rusmidler:** Rusmidler forstås her bredt som psykoaktive rusmidler i form af alkohol, hash og andre psykoaktive illegale stoffer samt illegal medicin.

**Rusmiddelproblemer:** Brug af rusmidler på måder og i et omfang, der kan medføre fysiske, psykiske og sociale problemer for den unge og den unges funktionsniveau og/eller problemer i forholdet til omgivelserne. Det kan således være både skadeligt brug og afhængighed, som det er defineret i ICD-10 og i den kommende danske ICD-11. En stor del af de unge vil ikke nødvendigvis opleve rusmidlerne som

problemet, men snarere som dét, der – i hvert fald for en tid – hjælper dem til at fungere i sammenhænge med andre eller med sig selv.

**Pårørende:** Typisk forældre, søskende, kæresten, plejefamilier eller andre nære omsorgspersoner. Det behøver ikke være nogen, som den unge er i familie med. For nogen unge vil en eller flere nære venner være nærmeste pårørende.

**Tilbud, indsatser og hjælpesystemer:** Tilbud og indsatser, der kan hjælpe unge med rådgivning og behandling i forhold til samtidig psykisk lidelse/forstyrrelse og rusmiddelproblematik – og de problemer, der deraf følger. Disse tilbud vil typisk være forankret i de offentlige hjælpesystemer (social- og sundhedssystem) eller i private hjælpesystemer, som er finansieret af de offentlige hjælpesystemer.

**Inddragelse:** Begrebet 'inddragelse' bruges i dag ofte til at påpege, at personer i udgangspunktet skal 'inddrages i deres egen sag'. Denne definition kan problematiseres: Dels indikerer det, at 'nogen andre' end personen selv – her typisk fagprofessionelle – har ret til at bestemme, hvor meget, hvor lidt og hvornår personer med egen erfaring skal inddrages i 'deres egen sag'. Og dels påpeger de unge fra UngeNetværket, at dét, der for dem handler om hele deres levede liv, reduceres til et afgrænset hjørne, 'en sag' hvor de inddrages, men at denne 'sag' ikke kan ses uafhængigt af hele den unges liv. Vi bruger derfor begrebet 'inddragelse' i en bredere forståelse: De unge skal sikres inddragelse, fordi det er de unge, der skal bestemme, hvor meget, på hvilken måde og hvornår andre skal inddrages i deres liv – udgangspunktet for at hjælpe må og skal altid være de unges egne idéer, ønsker og håb.

**Stepped-care model:** Tilbud til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal være graderet organiseret, sådan at valget af interventionens intensitet bestemmes ud fra sværhedsgraden af den enkeltes problemstillinger. Det betyder, at unge skal tilbydes hjælp på det rette niveau og ikke sendes frem og tilbage mellem forskellige tilbud, og at der altid skal være mulighed for at komme tilbage til et tilbud, uden at starte forfra i visitationsprocessen.

# Definition

**No Wrong Door** bruges ofte i forbindelse med dobbeltdiagnose, da de mennesker, der er dobbelt ramt af psykiske lidelser/forstyrrelser og samtidigt skadeligt brug/afhængighed af rusmidler, ofte oplever problemer med afvisning og ansvarsfraskrivelse fra hjælpesystemerne.

**No Wrong Door** betyder, at det skal være et systemansvar at finde frem til en hjælp, der er tilpasset det menneske, der er dobbelt ramt – og dermed ikke op til det enkelte menneske eller de pårørende selv at forsøge at finde den hjælp, der er brug for.

**No Wrong Door** betyder, at en ung – eller en voksen – ikke kan henvende sig et "forkert sted" med et ønske om hjælp og behandling. Alle døre skal være en indgang til den rette hjælp og behandling.

**No Wrong Door** betyder, at den fagperson eller det sted, som den unge har henvendt sig til, har ansvar for at

- hjælpe den unge eller
- følge den unge videre til andre, der kan hjælpe den unge, og
- ikke give slip på den unge, før man har sikret, at andre har taget over og har taget ansvar for at hjælpe den unge.

**No Wrong Door** betyder, at man som fagperson/hjælper/behandler ikke kun er ansvarlig for det tilbud, hvor man selv arbejder – man er også ansvarlig for at afklare den unges hjælpebehov og række ud til andre tilbud, der kan være mere relevante for den unge, dvs. ud i mellemrummet mellem forskellige tilbud, se model 1, side 17.

**No Wrong Door** betyder, at alle udgør en dør og en vej til den rette hjælp i tide.

*For uddybning af No Wrong Door, se kap. 2*



# Læsevejledning

I **Anbefalinger** opsamler vi vores bud på hvordan No Wrong Door kan forstås og praktiseres i arbejdet med unge med dobbeltdiagnoser.

**Kapitel 1** giver en introduktion til unge med dobbeltdiagnoser. Hvem er de? Hvor mange er de? Hvad er dét, de bøvler med, når de er dobbelt ramte?

**Kapitel 2** gennemgår No Wrong Door som princip og tilgang: Hvad betyder No Wrong Door egentlig?

**Kapitel 3** udfolder centrale pointer og viden, som er vigtig for, at implementering af No Wrong Door kan fungere i praksis.

**Kapitel 4** gennemgår eksempler på danske erfaringer, der kan inspirere og give nyttige bidrag til implementering af No Wrong Door.

**Kapitel 5** præsenterer en række spørgsmål, der lægger op til dialog og drøftelser af, om man i en organisation, på en arbejdsplads og i en kollegagruppe bruger No Wrong Door i praksis.

**Appendiks 1** præsenterer DobbeltRamt UngeAlliances bud på det fundament, som behandlingsindsatser til unge med dobbeltdiagnoser skal stå på, samt 10 principper, som indsatserne bør styres efter. Princip nr. 1 handler om No Wrong Door.

**Appendiks 2** præsenterer tre centrale beskrivelser af No Wrong Door, der stammer fra internationale retningslinjer på området fra hhv. Australien, England og USA.

# Foreningen DobbeltRamt UngeAlliancen anbefaler: NO WRONG DOOR

No Wrong Door er en nødvendighed, hvis unge, der er dobbelt ramt, skal have relevant og rettidig hjælp. Her præsenteres vores anbefalinger til, hvordan No Wrong Door kan forstås og praktiseres i mødet og samarbejdet med de unge. Alle anbefalinger er baseret på eksisterende forskning, viden og erfaringer, som gennemgås i kapitlerne 1-4.

## 1. Gør 'No Wrong Door' til nationalt, regionalt og lokalt pejlemærke i indsatsen til unge, der er dobbelt ramt

No Wrong Door bør udmeldes som en overordnet politisk prioritering og tilgang, som hjælpesystemerne skal baseres på og organiseres efter. En national prioritering er afgørende for at sikre tydelige pejlemærker i indsatser til de unge. Ligesom en regional og kommunal prioritering også er afgørende for at få No Wrong Door til at virke i praksis, så de unge kan mærke det i mødet med hjælpesystemerne.

Hjælpesystemerne skal sikre sammenhæng og kontinuitet i hjælpen på tværs af tilbud, fagligheder, forvaltninger og sektorer – og på tværs af kommuner, regioner og stat.

## 2. Gør alle til ambassadører for No Wrong Door – vi har alle et ansvar

No Wrong Door er alles ansvar, og beskrives i internationale retningslinjer som "Everyone's Job" (Thylstrup et al., 2023a). Det betyder, at alle, som de unge og deres pårørende kontakter eller møder på deres vej for at finde hjælp,

skal være ambassadører for at sikre No Wrong Door: Alle udgør en åben dør og en vej til den rette hjælp i tide.

Det betyder også, at de unge og deres pårørende ikke kan banke på "en forkert dør". Det er alles ansvar at støtte op om No Wrong Door som tilgang i hjælpesystemerne i Danmark. Alle, både i psykiatri, rusmiddelbehandling og andre relevante hjælpetilbud, har et ansvar: De unge og deres pårørende skal tages alvorligt, mødes med venlighed og nysgerrighed og sikres relevant og rettidig hjælp, både ved akutte problemer og ved opstart i længerevarende indsatser.

## 3. Gør hjælpesystemerne ungevenlige

De unge skal mødes af hjælpesystemer, der er:

- lettilgængelige, dvs. at det skal være nemt for de unge at komme i kontakt med tilbuddet, både hvad angår kommunikation, geografisk afstand og åbningstider,
- udadvendte og kontaktsøgende, dvs. at de unge skal opleve, at de er velkomne, og at

der bliver rakt ud til dem, også selv om de f.eks. ikke dukkede op til en aftale,

- respektfulde og tryghedsskabende, dvs. at de unge skal opleve at blive mødt som unge mennesker, der ønsker sig gode ungeliv, fremfor at blive mødt som problembærere eller som en specifik diagnose, og at de unge skal opleve at blive mødt af medarbejdere, der gerne vil samarbejde med de unge og opbygge en bæredygtig kontakt/relation (Ry og Hansen, 2024, samt Appendiks 1).

#### **4. Mød også de pårørende med en No Wrong Door**

Forældre, søskende, plejefamilier, venner og andre nære omsorgspersoner udgør ofte en vigtig ressource, der kan bidrage til, at de unge får relevant og rettidig hjælp, og som kan støtte de unge i bedringsprocessen, også efter endt behandling. Også selv om de unge er fyldt 18 år. Involvering af pårørende skal altid ske med respekt for og i samråd med de unge selv – og med en opmærksomhed på, at de unges behov kan ændre sig over tid.

Det er også afgørende, at hjælpesystemerne er opmærksomme på, at pårørende, hvis de skal kunne udgøre en ressource, også skal støttes. Det bør ske ved at adressere og identificere de pårørendes egne behov og sikre, at de får den hjælp, de har brug for. Støtten bør finde sted uafhængigt af de unges forløb, så støtten til pårørende, herunder også søskende, udgør et selvstændigt fokuspunkt (Hansen og Ry, 2022; Thylstrup et al., 2023a).

#### **5. Tænk No Wrong Door ind i Stepped Care-modellen på dobbeltdiagnoseområdet**

Alle led i processen, dvs. henvisning, visitation, planlægning af behandling samt selve behandlingen – også på tværs af sektorer – bør være baseret på No Wrong Door. Målet er at give de unge adgang til den hjælp, de har brug for, når de har brug for den, og i de omgivelser, der passer bedst til deres behov.

Stepped Care-modellen understreger netop, at beslutning om intensitet og kvalitet af en indsats og et samlet tilbud løbende skal monitoreres og vurderes for at sikre, at den planlagte behandling er relevant og giver mening (Sundhedsstyrelsen, 2023). Beslutninger om at ændre indhold i indsats skal baseres på en samlet vurdering af de unges, de pårørendes og de professionelle oplevelse af bedring og hjælpebehov, samt på den løbende monitorering og den målbare effekt, som indsatsen har på de unges problemstillinger og behandlingsmål.

#### **6. Sørg for ressourcer og kompetencer, der styrker No Wrong Door**

Det skal sikres, at de unge mødes af kompetente medarbejdere, som besidder de nødvendige værdier, den rette viden og de relevante færdigheder. For at sikre dette er det vigtigt at afsætte midler til kompetenceløft af frontlinjemedarbejdere. Fagpersoner og ledelse skal have tilstrækkelig ekspertise til at varetage den kliniske behandling og faglige ledelse, og der bør være mulighed for supervision (Hansen og Ry (red), 2024; Hansen og Jensen (red), 2020).

Medarbejderne skal have den nødvendige rummelighed og forståelse for at hjælpe de unge ind i hjælpesystemerne og gennemslip eller kriser i behandlingsforløb, så de ikke udskrives, før de selv er klar eller ønsker at blive udskrevet. Det er også vigtigt, at de unge altid får mulighed for at komme igen, når de er klar – og ikke skal starte forfra eller helt udelukkes fra indsatser. Det er ikke nødvendigvis et tegn på manglende motivation, hvis unge udebliver eller ønsker at blive udskrevet, men kan være et tegn på, at de unge har brug for en anden type hjælp, mere hjælp eller mere koordineret hjælp.

### **7. Sørg for at forankre No Wrong Door lokalt og forpligtende**

Sidst men ikke mindst er et uhyre centralt element i No Wrong Door at have kendskab til

relevante indsatser, der vil være tilgængelige for de unge i et givent geografisk område og på tværs af sektorer. No Wrong Door fordrer derfor et lokalt kendskab til tilbuddene i det område, hvor de unge lever. No Wrong Door fordrer også lokale og gerne skriftlige samarbejdsaftaler mellem disse tilbud, så det er muligt at strikke det bedst mulige tilbud sammen til den enkelte ung (SAMHSA, 2020:17; Christensen et al, 2024).

Det vil være oplagt, at tilbud til unge med dobbeltdiagnoser, herunder implementering af No Wrong Door, bliver tænkt med ind som en højt prioriteret opgave for de kommende Sundhedsråd. Det vil give mulighed for, at der lokalt tages udgangspunkt i de tilbud og den infrastruktur, der findes i det pågældende geografiske område (Sundhedsreformen, 2024).



# 1. Hvem er de unge – og hvilken hjælp er de blevet mødt af?

*Unge, der er dobbelt ramt, skal gribes og tilbydes hjælp, når de har behov for det. Hjælpen skal være lettilgængelig for de unge og deres nærmeste, og hjælpen skal matche de unges behov, sådan at de hjælpes bedst muligt og hurtigst muligt. I dette kapitel vil vi – på baggrund af den viden, som DobbeltRamt UngeAlliancen har indsamlet gennem årene – kort præsentere de unge og de behov, som de har.*

## Hvem er de unge?

Det er unge i alderen 13-25 år, der i en tidlig del af deres liv er blevet ramt af de to største risikofaktorer for social udsathed, nemlig psykisk lidelse/forstyrrelse og rusmiddelproblematikker – problemer, der risikerer at trække spor langt ind i voksenlivet, hvis de unge ikke får relevant hjælp efter behov (Hansen og Ry (red), 2024; Benjaminsen og Enemark, 2024; Hansen og Jensen, 2020).

Det er unge, der har mistet dyrebare år af deres ungdomsliv – unge som allerede er, eller risikerer at blive, en del af den gruppe unge på ca. syv procent af danske unge mellem 15-24 år, som i dag står uden uddannelse og job, og som ifølge Reformkommissionen, udgør "en af de fem største udfordringer for det danske samfund". (Reformkommissionen, 2021).

De unge fra UngeNetværket i DobbeltRamt UngeAlliancen (UngeNetværket, 2025a; UngeNetværket, 2025b) forklarer, at de er unge mennesker ...

- som ofte har følt sig anderledes helt fra barndommen eller den tidlige ungdom, og som ofte har kæmpet for at tilpasse sig deres omgivelser i familien, skolen, vennegruppen, samfundet;
- som har følt sig – og ofte stadig føler sig – forkerter, for mærkelige, for uelskelige, for urolige,

for stille, for larmende, eller bare alt for meget. Eller alt for lidt;

- som har oplevet, at rusmidler over tid – og i en alt for tidlig alder – har vundet indpas, fordi rusmidler gjorde det nemmere at passe ind blandt de andre unge, i familien, i skolesystemet. Eller fordi rusmidlerne har dulmet uudholdelige smerter og dét at føle sig forkert. Eller har dæmpet uro, konflikter eller anden adfærd, som har givet problemer med omgivelserne;
- som qua deres alder befinder sig midt i en afgørende livsfase, hvor de er i gang med – eller hvor andre forventer at de er i gang med – at skabe sig selv, finde fodfæste og retning i deres liv;
- som ofte befinder sig i en særlig familiesituation, fordi forældre og søskende eller andre nære omsorgspersoner stadig kan spille en vigtig rolle i dagligdagen.

Men det er også unge ...

- der – hvis de får den rette støtte – stadig har mulighed for at få et godt og meningsfuldt liv;
- der fortjener relevant og rettidig hjælp, så livet kan blive bedre og fremtiden mere håbefuldt;
- hvis liv er langt mere end det, der er fokus på i hjælpesystemerne.

## Hvor mange unge har en dobbeltdiagnose?

Det er vanskeligt at give et præcist tal på hvor mange unge, der er diagnosticeret med en dobbeltdiagnose, fordi der vil være et mørketal.

- En registerundersøgelse viser, at 6.405 unge i alderen 18-24 år var registreret med dobbeltdiagnose i 2021 (Benjaminsen & Enemark, VIVE, 2024).
- En anden registerundersøgelse, foretaget af Sundhedsstyrelsen, viser, at der i perioden

2022-2024 var registreret 1.789 børn og unge under 18 år (Sundhedsdatastyrelsen, 2025).

Dertil kommer de unge, der kun er registreret med én diagnose, eller som slet ikke er registreret i systemerne, fordi de ikke er udredt, fordi de er udredt hos egen læge eller i privat regi, eller fordi de er gået under radaren. Det kan også være, fordi de ikke selv ønsker hjælp lige her og nu eller på den måde, hjælpen bliver tilbudt. Eller at de 'bare' ikke har det nemt med systemkontakt. Det kan også skyldes, at hjælpesystemerne ikke har øje for, at der bag f.eks. fraværsproblemer i skolen eller konflikter i hjemmet kan ligge problemer med rusmidler eller uopdagede psykiske lidelser/forstyrrelser. Eller fordi de unge er blevet afvist af hjælpesystemerne, pga. et aktivt brug af rusmidler, eller fordi de ikke er blevet diagnosticerede med 'den rette' diagnose.

Flere forskellige faktorer spiller ind på, hvorfor de unge og deres nærmeste bliver afvist eller ikke oplever at få den rette hjælp: Der er blevet opbygget en specialiseret psykiatri, hvor de unge ikke passer ind i de beskrevne målgrupper/pakkeforløb – og derfor afvises. Mange kommuner har ikke specialviden om kombinationen af psykisk lidelse og rusmiddelforbrug – og derfor overses disse problematikker. Mange fagpersoner føler sig magtesløse, fordi de ikke har den specialviden, der er brug for. Der er ikke tilstrækkelig koordination mellem de forskellige sektorer – og derfor får ingen et samlet overblik.

Og endelig er en meget væsentlig faktor, at de unges problemer sjældent 'bare' handler om rusmidler og psykisk mistrivsel/lidelse/forstyrrelse – de unge oplever måske også store problemer i skolen, konflikter i hjemmet, anbringelse udenfor hjemmet, rusmiddelproblemer hos forældre, social isolation m.m. – og måske fylder disse problemer så meget, at der ikke kommer fokus på dét, der kan 'ligge bagved'.

## Hvilken hjælp er de unge blevet mødt af frem til nu?

Det er velkendt – både fra forskning og praksis – at dobbeltdiagnose/ dobbeltproblematiker ofte dækker over mange forskellige problemer, der kræver indsatser fra mange forskellige instanser. Det er her vigtigt at huske på, at problemerne – for de unge – ofte opleves som ét sammenhængende problem: Rusmidlerne kan give ro i hovedet, når en psykose banker på, eller når hjernen er ADHD-ramt, men rusmidlerne kan også gøre det svært at komme op om morgenen, eller give mange konflikter derhjemme eller på bostedet, og kan samtidig også betyde, at der kommer problemer i skolen eller usikkerhed om fremtiden. Eller omvendt.

De unge – og deres forældre – fortæller, at de ofte i lang tid har forsøgt selv at finde frem til den rette hjælp, og at de fór vild eller gav op på vejen gennem et meget komplekst hjælpesystem (Hansen og Ry, 2022).

De unge fortæller om at blive afvist og om at blive mødt af en lukket dør. Eller om at blive henvist videre til andre steder, som måske kun var åbne på bestemte tidspunkter, eller som havde lang ventetid, før det var muligt at komme ind. De unge fortæller om, at de fik besked på at komme igen, når der var kommet styr på de andre problemer, f.eks. problemer med rusmidler. Eller at deres problem eller diagnose ikke lige passede ind her i det her tilbud (Hansen og Ry, 2022; UngeNetværket, 2025b).

Det er ikke, fordi der ikke bliver brugt ressourcer på området. En registerundersøgelse fra VIVE viser, at der i 2021 blev brugt 1,6 mia. kr. brutto/ 1,3 mia. kr. netto på indsatser og ydelser til de 6.405 unge mellem 18-24 år, der var registreret med dobbeltdiagnose (Benjaminsen & Enemark, VIVE, 2024). Om dette beløb er tilstrækkeligt eller for lidt/for meget, siger undersøgelsen ikke noget om. Men det konkluderes, at en meget stor del af udgifterne går til akutte ydelser, bl.a. døgnindlæggelser, ophold på herberg eller midlertidige botilbud, som mere har karakter af brandslukning fremfor velplanlagte tiltag med konkrete og langtidsholdbare mål for øje.

## Nye indsatser på vej – men de er ikke tilstrækkelige

I september 2024 blev der påbegyndt et integreret tilbud til voksne med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik, herunder også unge voksne mellem 18-25 år (*Sundhedsstyrelsen, 2023*), og i løbet af 2026 skal der, som led i 10-årsplanen for Psykiatrien, også iværksættes et tilbud til børn og unge under 18 år (*Sundhedsstyrelsen, 2025*). Formålet er at give et samlet og sammenhængende tilbud til mennesker, der er dobbeltramt af psykiske lidelser og samtidigt problematisk brug af rusmidler.

I september 2024 blev de lettilgængelige kommunale behandlingstilbud til børn og unge (5-17 år) med lette til moderate symptomer på psykisk mistrivsel også igangsat og fuldt implementeret 1. januar 2026 (*Sundhedsloven §126*). Det lettilgængelige behandlingstilbud har til formål at forebygge at lettere/moderat mistrivsel udvikler sig til det værre. Tilbuddet bygger på principper om bl.a. hurtig hjælp og mulighed for at henvende sig direkte uden henvisning fra f.eks. læge; vederlagsfri udredning og tidsbegrænset manualbaseret behandlingsforløb; fokus på hele familien og inddragelse af kommunale og regionale indsatser på tværs af fagligheder og sektorer.

Der er mange gode takter og intentioner i disse tilbud til under og over 18-årige, men det er ikke tilstrækkeligt. Selv om flere fagligheder og opgaver samles i samme tilbud eller får pligt til at koordinere, vil der altid være behov for at inddrage andre tilbud, som også skal bidrage til at støtte bedringsprocessen og et godt ungeliv.

Både det integrerede tilbud til voksne med dobbeltdiagnose og det sammenhængende tilbud til unge under 18 år har en afgrænset målgruppe, og rummer derfor ikke alle unge, der er dobbelt ramt af psykisk lidelse og samtidige rusmiddelproblemer.

Dertil kommer, at de lettilgængelige kommunale behandlingstilbud ikke nødvendigvis har et særligt fokus på – eller de rette kompetencer og faglighed til – at opdage og behandle eventuelle rusmiddelproblematikker hos unge i psykisk mistrivsel. Dvs. at disse unge risikerer enten ikke få den relevan-

te hjælp, eller at de skal henvises videre til anden hjælp, med fare for, at denne overgang igen betyder, at de bliver overset eller ikke får tilstrækkelig hjælp.

Det betyder i praksis, at der stadig vil være unge under 18 år og unge voksne mellem 18-25 år, der risikerer at falde mellem flere stole.

Dobbeltdiagnoseproblematikker kan ikke løses i et snuptag med én enkel løsning. Ansvar for problemerne er ofte 'hjemløst', fordi den nuværende organisering af hjælp betyder, at ingen eller ganske få tager det fulde ejerskab og koordinationsansvar for at hjælpe de unge med deres samlede livssituation. Rigtig mange aktører på det sociale, sundhedsfaglige og uddannelsesmæssige område vil møde unge, der er dobbeltramt. Men det er kendetegnende, at de opgaver, som de enkelte aktører ser som deres ansvar, sjældent eller aldrig involverer at sikre hjælp og støtte til den unge med alt det, der er relevant for de unge. I stedet fokuseres der på et afgrænset indsatsområde – f.eks. hjælp til at få et job, men ikke samtidig at få styr på de indre stemmer, eller hjælp til at få styr på tankemylder og angstanfald, men ikke at få et sted at bo. Udfordringen i forhold til at sikre den rette hjælp er, at de unges problemer hænger sammen og derfor går på tværs af de enkelte fagpersoner, fagområder og sektorerers ansvar og kompetencer.

## No Wrong Door – en vigtig del af løsningen

I en amerikansk artikel beskrives No Wrong Door som en "modgift til alle de afgrænsninger, der findes i USA", og defineres som et "bevidst tiltag til at forbinde specifikke indsatser og skabe sammenhæng i tilgange på tværs af adskilte områder" (*Evans, 2019: 8*).

I Danmark er der brug for en No Wrong Door: Der er brug for, at unge bliver mødt af åbne døre – lige meget hvor de henvender sig/bliver opdaget. Det første princip i *Fundamentet og de 10 principper* lyder derfor: Vores dør er en No Wrong Door (*UngeAlliancen, 2024; se Appendiks A*).



## 2. Hvad er No Wrong Door?

*I indledningen definerede vi kort No Wrong Door. I dette kapitel uddyber vi No Wrong Door, hhv. som et princip, der skal give retning for planlægning, og som en tilgang, der anviser konkrete veje i praksis. Vi præsenterer også helt kort, hvordan No Wrong Door beskrives i en engelsk retningslinje.*

### No Wrong Door som princip

No Wrong Door er et princip (en grundlæggende regel), som skal styre planlægningen af indsatser. No Wrong Door er også en tilgang og praksis, som foreskriver konkrete handlinger i mødet med unge, der er dobbelt ramt.

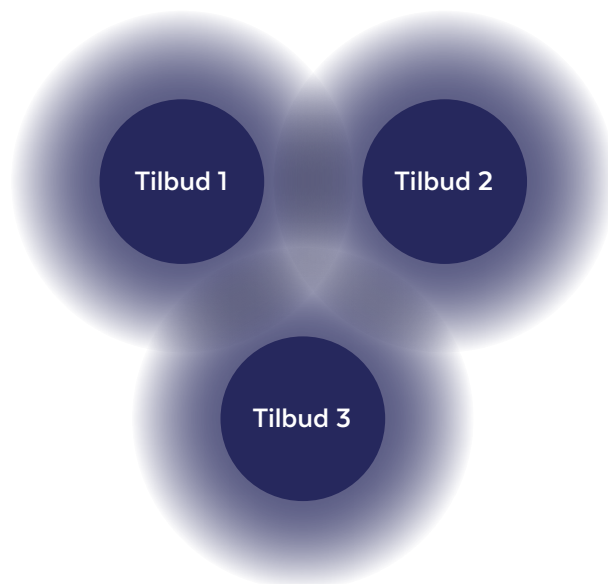
Princippet No Wrong Door tager udgangspunkt i, at der ikke er én rigtig indgang til hjælp. Det betyder, at alle indgange, som de unge søger for at få hjælp, er rigtige. Det betyder også, at alle har pligt til at være imødekommende og række ud til de unge, når muligt – og ikke bare vente på, at de kommer igen af sig selv, f.eks. efter en udeblivelse fra en samtale.

Princippet indebærer, at de unge skal tilbydes hjælp, når de henvender sig i hjælpesystemerne, ligegyldigt hvor de henvender sig. Det betyder, at både det enkelte tilbud og den enkelte fagperson, som en ung møder, har ansvar for at identificere, hvor den ung kan få den bedste hjælp – uanset om hjælpen kan gives i eget regi eller skal gives i andet regi. Helt grundlæggende betyder princippet, at man i mødet med de unge skal tænke: Her er en ung, der har brug for hjælp – hvad kan vi selv bidrage med, hvem kan/skal ellers bidrage og hvordan sikrer vi, at den ung får kontakt med disse andre aktører?

No Wrong Door som princip forpligter både forskellige hjælpesystemer og den enkelte fagperson til at sikre, at de unge får etableret en direkte og relevant kontakt i eget eller andet regi. Det betyder også, at både den organisation, som står for et

givent tilbud og den enkelte fagperson, som er ansat i en given organisation eller i et givent tilbud, skal sikres kendskab til, eller er forpligtet til at op-søge viden om, andre relevante tilbud. Der er altså en forpligtelse til både at have kendskab til sit eget tilbud og til at vide noget om andre steder, visitationsveje m.m.

Princippet om No Wrong Door understreger også, at der skal være et bæredygtigt samarbejde på tværs af hjælpesystemer og tilbud. Igen betyder det, at både det enkelt tilbud og den enkelte fagperson er forpligtet til at muliggøre og etablere samarbejde med andre tilbud, hvis det er relevant. Nogle gange vil dette samarbejde handle om brobygning, andre gange vil der være tale om et længerevarende samarbejde, hvis en ung har brug for flere forskellige indsatser over tid. Med andre ord er alle forpligtede til at række ud over sit eget tilbud for at sikre, at der ikke er huller mellem tilbud, hvor den ung kan tabes. (Se model 1)



Model 1. Overblik over mellemrum mellem tilbud, som alle bør være forpligtede til række ud i, for at sikre at ingen unge falder mellem tilbud.

## No Wrong Door som tilgang

No Wrong Door som tilgang betyder, at hjælpesystemerne og fagpersonerne møder de unge med et "Velkommen, godt du kom" – og med nysgerrighed, respekt og interesse.

De enkelte tilbud og fagpersonerne skal se sig selv som den åbne dør, også selv om der kan være brug for at hjælpe en ung videre til et andet tilbud. Fagpersonerne skal tage imod og anerkende de unge for at have rakt ud efter hjælp. Fagpersonerne skal tale med de unge om, hvad de håber at få hjælp til, og hvordan de kan støttes i at få denne hjælp. Organiseringen af hjælpesystemerne skal sikre tid til dette møde og tid til at etablere en god kontakt og den rette hjælp.

No Wrong Door som tilgang betyder også, at hjælpesystemerne skal organiseres, så det sikres, at der findes indgange med en lav dørtærskel, hvor de unge populært sagt 'kan komme ind fra gaden'. Det skal være nemt at komme i kontakt med hjælpesystemet, og de unge skal ikke føle, at der er for meget på spil for dem, når de søger hjælp, eller at de risikerer at blive afvist. For nogle kan det f.eks. være en barriere at skulle udlevere sit cpr-nummer, og der bør derfor være mulighed for at få anonym rådgivning.

No Wrong Door som tilgang betyder vedholdenhed og åbenhed overfor de unges behov: Hvis de har behov for en pause i indsatsen, eller trækker sig fra behandling, skal det være nemt at genopstarte et forløb og få hjælp efter den planlagte eller ikke-planlagte pause. Et vigtigt element er her, at fagpersonerne også rækker ud, hvis en ung udebliver fra aftaler, og ikke bare udskriver den unge. I stedet bør de unge kontaktes 1-2 gange for at høre, om de reelt ønsker en pause, og forsikres om, at de altid er velkomne til at henvende sig igen.

## No Wrong Door i internationale retningslinjer

No Wrong Door har i flere år været fremhævet som central i arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnose i flere internationale retningslinjer, særligt i en australsk retningslinje fra 2016 (Marel et al., 2016), en engelsk retningslinje fra 2017 (Public Health England, 2017) og en amerikansk retningslinje

fra 2020 (SAMHSA, 2020) (For uddybning se Appendiks B og Thylstrup et al, 2023a for uddybning af definitioner i internationale retningslinjer.)

Vi vil kort fremhæve to centrale principper fra de engelske retningslinjer, som bør kendetegne indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose (Public Health England, 2017: 8-9):

- No Wrong Door = der er ingen forkerte døre ind i hjælpesystemet
- Everyone's job = alle har et ansvar

Iflg. disse retningslinjer betyder No Wrong Door ikke, at mennesker skal modtage behandling det første sted, de henvender sig, men at alle behandlingstilbud bl.a. skal være proaktive, fleksible og medfølelse i deres tilgang; tilbyde hurtig vurdering og videre visitation; og sikre koordinering og lægge plan for hvordan man bedst muligt kan bibeholde kontakten (Ibid: 34).

For uddybning, se Appendiks B.

# Hvad betyder No Wrong Door for dig?

## MOR TIL UNG OG MED I FORÆLDRENETVÆRKET:

**F**or mig betyder det, at man straks kan få hjælp, selv om man ikke rammer den rette "dør" i første omgang.

Dét oplevede jeg, da min søn endelig fik mulighed for at blive udredt for ADHD som 15-årig – efter mange års mistrivsel, skolefravær og kamp med systemerne.

Dét oplevede jeg, da vi mødte et team af to sygeplejersker i børne- og – ungepsykiatrien, som havde særligt fokus på "misbrug" oveni den psykiatriske lidelse. Vores søn var ærlig omkring brug af euforiserende stoffer for at holde hverdagen ud. Det var startskuddet til et fantastisk og hårdt samarbejde. Her blev han ikke mødt af fordomme eller løftede fingre, men blev derimod set og hørt som den, han er. De blev hans støtte og tryghed, når alt andet sejlede omkring ham. Langsomt fik de ham støttet i de gode valg og bekræftet ham i, at han er præcis helt perfekt, som han er. Selvom medicin m.v. var under kontrol efter 9 måneder (dvs. da min søn blev 16 år) fortsatte kontrol og besøg hos børne- og ungdomspsykiatrien hver 5 uge, frem til 2 mdr. efter hans 18. år.

Dét oplevede jeg ikke, når vi ikke kunne få anden hjælp eller støtte til ham og familien andre steder fra, samtidig med at han var i behandling i psykiatrien. Kun høje krav, pression, trusler og mistillid.

Dét oplevede jeg, da min søn for nylig (som 17-årig) blev tilknyttet IPS. Det var faktisk hans socialrådgiver, som hørte om IPS og straks tænkte på vores søn. Her lytter de og prøver at ramme den rigtige løsning til den enkelte unge. Dog med ret mange svære krav til den unge. Samarbejde og selvbestemmelse er nøgleordene her. Han har en "ansat" IPS-medarbejder og kan til enhver tid sige stop. Selvom det er hårdt, har de sammen formået at fin-

de en vej ud af 5 års skolemangel og langsomt fået ham til at møde op på skole 24 timer om ugen, dog kun værkstedsdelen. Jeg er chauffør om morgenen, og kontaktperson henter om eftermiddagen. Dette giver min søn værdi og mening med livet.

At møde en No Wrong Door tilgang er betydningsfuldt for mig, fordi det giver tryghed i at vide, at vi gør alt det bedste for vores barn, og vores søn ved, trods alt, at han er et helt fantastisk menneske med så meget godt i sig, som desværre aldrig har fået lov at komme til syne i vores elendige kommunale systemer. Stort potentiale er forsvundet op i den blå luft. Vores tillid til det offentlige Danmark er ikke eksisterende og bliver det aldrig, det har vi oplevet for mange svigt og fejl til.

Men lige de to børne- og ungdomspsykiatriske sygeplejersker har kunnet gøre noget, ingen andre har "givet". Vi kan aldrig takke dem nok. At møde dem har betydet, at vores søn og vi er blevet mere fortrolige og kan snakke om de svære ting og være helt ærlige overfor hinanden. Det giver en spinkel tro på fremtiden. Der er mange bjerge, der endnu skal bestiges ...

Men nu er vores søn og vi som familie igen overladt til ingenting, nu hvor han er afsluttet i børneambulatoriet. Der er dage, der er bedre end andre, men der er ingen at vende det med mere. Jeg håber, at han har fået så meget god energi af de to fantastiske sygeplejersker, at han kan overvinde nogle af alle hans indre dæmoner.

Tænk at man som forælder til en søn over 18 stadig er den, der skal løfte og vejlede sit barn, som er kendt på papiret til ikke at kunne klare sig selv. At være ressourcestærk som forældre er ikke altid en gave, da det desværre slider ekstremt meget på ens helbred både psykisk og fysisk.



# 3. Hvad kræver det at få No Wrong Door til at fungere?

*I dette kapitel udfoldes centrale pointer og viden, som er vigtig for, at implementering og anvendelse af No Wrong Door fungerer i praksis. Med andre ord, så beskriver kapitlet det fundament, som er nødvendigt for No Wrong Door. Kapitlet bygger på viden fra internationale retningslinjer, forskningslitteratur, samt erfaringer fra de eksperter, der indgår i DobbeltRamt UngeAlliancen.*

## Samarbejde, informationsdeling og governance

Tværasektorielt samarbejde efter principperne om No Wrong Door kræver faste rammer: Delt koordinationsplaner, klare ansvarspunkter og faste mødefora. Uden denne struktur bliver gode intentioner ikke til løsninger på systemniveau. Der er behov for styregrupper på tværs – med repræsentation fra kommuner, regioner, unge og pårørende – som har ansvar for, at der altid er relevante tilbud til de unge. De nye Sundhedsråd bør også tænkes ind i en sådan organisering, ligesom de lettilgængelige kommunale behandlingstilbud til børn og unge i mistrivsel bør være en integreret del af det tværasektorielle samarbejde.

## Adgang, visitation, lav dørtærskel og ventetid

No Wrong Door betyder, at hjælpesystemerne og de enkelte tilbud skal tilpasses de unge og deres behov – også i akutte situationer, og når rusmidler er en faktor.

Der er behov for etablering af henvisningsveje og akutberedskaber, så de unge ikke afvises i psykiatrien, på skadestuen eller i rusmiddelbehandlingen (*Public Health England, 2017*) eller nogle af de andre steder, hvor de henvender sig (f.eks. egen læge, beskæftigelsestilbud m.m.). Nogle gange vil der være ventetid, før de unge kan få adgang

til det rette tilbud. Her er det vigtigt, at kontakten med den enkelte ung fastholdes og vedligeholdes i ventetiden, f.eks. i form af en socialpædagogisk indsats eller hjælp til andre problemstillinger, indtil det rette behandlingstilbud er tilgængeligt.

Visitationskriterier er nogle gange så snævre, at de i praksis kommer til at holde de unge ude af relevante tilbud. Der er derfor behov for en tydelig kommunikation omkring visitation, og for at en afvisning i et tilbud ikke i praksis bliver en afvisning af hjælp generelt. Det er et systemansvar at sikre, at der tilbydes relevant hjælp og behandling.

Dobbeldiagnose beskrives ofte som et komplekst problem for det menneske, der er ramt, men overser, at meget af denne kompleksitet faktisk ligger i organiseringen af hjælpesystemerne.

En stor udfordring for de unge er, at psykiatrien ofte stiller krav om, at de skal være ophørt med at bruge rusmidler, før der kan ske udredning eller behandling. Mange læger udskriver ikke medicin til unge med et igangværende rusmiddelbrug og henviser i stedet til, at de først skal være "rusfri". Denne praksis betyder i realiteten, at mange unge oplever at blive fastholdt i deres selvmedicinering med rusmidler, fordi de ikke får adgang til den nødvendige psykiatriske hjælp. Eller at de ikke oplever at kunne fortælle om deres rusmiddelbrug, men skjuler det, for at kunne få udredning og behandling. For at No Wrong Door skal fungere i praksis, kræver det, at psykiatrien lever op til den formulerede forpligtelse til at udrede og behandle unge med samtidig psykisk lidelse og problematisk rusmiddelbrug, også ved et aktivt rusmiddelbrug (*Sundhedsstyrelsen, 2023*). Hvis der af hensyn til de unges sikkerhed ikke kan tilbydes medicinsk behandling, skal der tilbydes andre interventioner mhp. senere at kunne opstarte medicinsk behandling.

Det kræver dog også en erkendelse på tværs af hjælpesystemerne, at en psykiatrisk diagnose ofte udgør et pragmatisk, sundhedsfagligt arbejdsredskab og ikke en endelig definition af hvem og hvad de unge "er". Det er derfor vigtigt at revurdere diagnoser, der er givet igennem et forløb, f.eks. når de unge bliver ældre, hvis de ændrer deres rusmiddelbrug, eller hvis der sker andre større ændringer i deres livssituation.

Psykiatri og rusmiddelbehandling skal samarbejde koordineret og parallelt, ikke sekventielt. Dette bør indarbejdes i nationale retningslinjer, lovgivning og i regionernes kvalitetsmål.

## Kompetenceløft og fælles fagligt overblik

For at få No Wrong Door til at fungere kræves et bredt løft af kompetencer. Det skyldes bl.a., at det opdeltede behandlingssystem har betydet, at man ikke alle steder har haft fokus på rusmidler i psykiatrien eller på psykiatriske problemer i rusmiddelbehandling. Alle fagpersoner skal kunne genkende tegn på dobbeltproblematikker og handle korrekt. Det kræver f.eks.:

- Nationale kompetenceudviklingsforløb og efteruddannelse;
- Praktik i hinandens organisationer eller mulighed for at følge en medarbejder i en anden organisation (jobshadowing);
- Adgang til sparring, rådgivning og supervision fra relevante eksperter.

Kompetenceløftet skal bl.a. have fokus på:

- At kunne genkende tegn på dobbeltproblematikker;
- Ungesyn – dvs. en forståelse for hvordan det er at være ung, for at ungdomstiden er en særlig livsperiode at befinde sig i, og hvordan man kan møde de unge med anerkendelse og forståelse og i det hele taget et ungevenligt sprog og tilgang;
- Kompetencer til samarbejde og netværksskabelse (f.eks. relationel koordinering);
- Kendskab til tilbud, indsatser og behandlingstilgange, samt grundlæggende lovgivning, der findes på området.

## Unge og forældre som aktive stemmer

Unge og deres pårørende har en unik indsigt i deres egne behov, samt i systemets svigt og potentialer. Derfor er inddragelse af unge og pårørende nødvendig, både i planlægning, evaluering og tilpasning af indsatser. Erfaringerne fra DobbeltRamt UngeAlliancen er, at mange unge og forældre både gerne vil indgå i et sådant arbejde og har helt central viden i forhold til at sikre, at den fremtidige organisering af tilbud bliver mere relevant og rummelig.

## Peer-støtte/mentorere – styrken ved lige relationer

En vigtig del af en helhedsorienteret og sammenhængende indsats kan være inddragelsen af peer-støtte eller mentorere. Peer-støtte betyder, at mennesker med egne erfaringer med psykiske vanskeligheder og rusmiddelbrug uddannes og ansættes til at støtte andre unge i lignende situationer. Det giver de unge rollemodeller, der kan skabe håb og møde dem i øjenhøjde.

Forskning dokumenterer, at peer-støtte kan øge tillid og tryghed i mødet med et hjælpesystem og kan også styrke tilknytning til behandlingsforløb og reducere tilbagefald i rusmiddelbrug, når det kombineres med faglige indsatser (Repper & Carter, 2011; Slade et al., 2014; Bassuk et al., 2016). Peer-støtte bidrager desuden til at fremme unges oplevelse af egen mestring og recovery.

Også i Danmark er der gode erfaringer med peer-støtte. I både Region Hovedstaden og Region Midtjylland har psykiatrien siden 2013 arbejdet med peer-medarbejdere, og evalueringer viser, at det har styrket brugernes oplevelse af at blive mødt med respekt og håb (Socialstyrelsen, 2018). Flere kommuner – herunder København, Aarhus og Odense – har desuden anvendt peer-støtte på rusmiddelområdet, hvor det særligt har vist sig effektivt til at nå unge, der ellers ikke ville opsøge hjælp. UngeNetværket i DobbeltRamt UngeAlliancen har også peget på behovet for at møde nogen, "der selv har prøvet det", fordi det skaber en anden form for forståelse og troværdighed end mødet med fagpersoner alene (UngeNetværket, 2025a+b).

# Hvad betyder No Wrong Door for dig?

## UNG FRA UNGENETVÆRKET:

**N**o Wrong Door betyder for mig, at der kun er rigtige døre at gå ind af, hvis man har en dobbelt-diagnose. Evt. en medarbejder i afdelingen, som følger den fremmødte til den rette behandling, videre udredning eller anden form for støtte.

Jeg oplevede selv at blive mødt på den helt rigtige måde hos kommunens misbrugskonsulent. Selvom jeg gik i OPUS på daværende tidspunkt, henviste han mig til individuel behandling i [tilbud målrettet unge, der er dobbeltramt]. Min kontaktperson fra OPUS var med til samtalen, hvilket var til stor gavn for mig. Det sted var det helt rigtige sted for mig, med en god kontaktperson, der altid tjekkede op på mig en ekstra gang.

Det var betydningsfuldt for mig, fordi jeg havde svært ved at se og forstå hvor stor en hæmsko, mit store forbrug af hash var for mit helbred, både psykisk og fysisk. Her blev jeg ikke mødt af spørgsmål eller kommentarer som; "Hvorfor stopper du ikke bare?"; "Tag dig sammen!" eller "Det er jo bare, at..." Her tog de imod mig, som jeg var, og der blev taget hensyn til mine behov. Der blev blandt andet støttet op om at tælle joints, at skære ned og forsøge at grave ind i, hvorfor jeg havde behov for at ryge.

Den store forskel, det gjorde for mig at blive mødt og behandlet på denne måde, var bl.a. at det har ændret mit syn på mit hashforbrug, og jeg har i min behandling fundet frem til, at jeg kan have et godt forhold til hash. I dag får jeg det medicinsk af min smertelæge.

## UNG FRA UNGENETVÆRKET:

**N**o Wrong Door betyder for mig, at det, jeg oplevede, aldrig burde være sket. Efter 1 år med stofafhængighed, sagde jeg, for første gang, endelig højt, at jeg havde et problem, og havde brug for hjælp til at håndtere det. [Psykiatrisk afdeling med speciale i dobbeltdiagnoser], meldte tilbage, at de ikke ville hjælpe mig, da jeg ifølge dem "havde den forkerte diagnose".

Så jeg startede i et ambulans misbrugsbehandlingstilbud, der har bred viden om autisme OG rusmidler. (Det havde jeg sgu aldrig hørt om før.) Jeg følte for første gang i et behandlingstilbud, at jeg IKKE skulle gøre mig fortjent til deres hjælp, og at jeg var hjælpen værd, uden forbehold og kriterier. Jeg kan sige, hvad de IKKE gjorde: De fik mig ikke

til at skamme mig, de krævede ikke, at jeg havde en 'perfekt' og lineær bedringskurve, og de forventede ikke, at min motivation for egen bedring var konstant.

Det var betydningsfuldt for mig, af den meget simple årsag, at jeg for første gang indså, at et bedre liv var indenfor rækkevidde.

Jeg har desværre oplevet, at jeg selv skulle kæmpe for at få den rette hjælp. Jeg stod på egne ben med koordinering af hele netværket, bestående af sagsbehandlere, kontaktpersoner, læger osv. Ansvar for at finde en vej i behandlingssystemet lå på mine skuldre, og jeg ville ønske, at jeg havde haft nogen til at pege mig i den rigtige retning.



## 4. Hvilke erfaringer har vi i Danmark?

*No Wrong Door er ikke indført systematisk i Danmark – endnu. Men den gode nyhed er, at der allerede eksisterer positive erfaringer med at praktisere flere aspekter af princippet og tilgangen – erfaringer, som kan indgå i udvikling af No Wrong Door i Danmark. I dette kapitel gennemgår vi eksempler på danske erfaringer, som kan inspirere og give nyttige bidrag til implementering af No Wrong Door. De tilbud, som erfaringerne stammer fra, bruger oftest ikke selv betegnelsen No Wrong Door – det er altså forfatterne, der vurderer, at disse erfaringer også kan ses som erfaringer på No Wrong Door, hvilket begrundes ved afslutning af hvert eksempel.*

### Samarbejdsprojektet PUR U20, Region Syddanmark

Et projekt, der tydeligt illustrerer potentialet i No Wrong Door-tilgangen, er PUR U20 (Psykiatri, Unge & Rusmidler under 20 år). PUR U20 var et samarbejde mellem Unge & Rusmidler i Odense Kommune og Børne- og Ungdomspsykiatrien i Odense, Region Syddanmark, og blev støttet af Helsefonden i perioden 2021-2023.

Målgruppen for PUR U20 var unge i alderen 13-20 år med psykiske vanskeligheder og samtidig eksperimenterende eller problematisk rusmiddelbrug. Formålet med projektet var at udvikle metoder, fastlægge arbejdsgange og opkvalificere fagpersoner, så unge og deres pårørende kunne få let adgang til rådgivning og relevant hjælp gennem én sammenhængende og koordineret indsats.

Rådgivningen i Unge & Rusmidler kunne foregå anonymt (op til fem samtaler), uden at den unge skulle registreres eller indgå i egentlig behandling. Det havde stor betydning, særligt for de unge, som ikke selv mente, at de havde et problematisk brug

af rusmidler, men blot havde et ønske om forandring og om at kunne få tilstrækkelig hjælp i psykiatrien. For flere familier var denne tidlige og lettilgængelige rådgivning tilstrækkelig til, at de kunne komme videre og opleve bedring.

Erfaringerne fra PUR U20 viste, at samarbejdet mellem psykiatri, kommune og rusmiddeltilbud blev styrket markant. Fagpersoner har opnået større indsigt i hinandens arbejdsområder og arbejdsgange, hvilket har bidraget til en mere helhedsorienteret indsats over for de unge. Forældrene har været aktivt inddraget og har oplevet, at deres perspektiver er blevet mødt med respekt og uden fordomme (PUR U20, 2023).

**Set i et No Wrong Door-perspektiv** har projektet medført, at medarbejdere på tværs af sektorer har fået et bedre kendskab til hinanden og til de respektive tilbuds målgrupper. Det har gjort det lettere at foretage relevante henvisninger og skabe smidige overgange mellem indsatserne. Den fremskudte indsats fra rusmiddelcenteret til psykiatrien har bidraget til større viden om området, samt mindsket risikoen for, at de unge blev tabt i overgange mellem systemerne. På samme måde har psykiatriens fremskudte indsats i rusmiddelcenteret betydet, at flere dobbeltramte unge blev identificeret og hjulpet til relevant udredning og behandling.

Ikke mindst har PUR U20 vist, at det tætte tværsektorielle samarbejde har givet unge og deres familier adgang til relevant hjælp – også i ventetid og overgangsperioder. Og særligt muligheden for i ventetiden på udredning eller behandling i børne- og ungdomspsykiatrien at kunne modtage rådgivning, evt. anonymt, om rusmiddelbrug i Unge & Rusmidler, har iflg. både unge og forældre været særligt værdifuld.

## Forløbskoordination, i bl.a. Region Syddanmark

No Wrong Door skal modvirke, at de unge falder mellem flere stole, når de er eller skal i kontakt med flere forskellige hjælpesystemer. Det kræver koordinering og én samlet plan, der kan give fælles overblik – og tryghed for den unge og familien, så de ikke selv skal forsøge at skabe overblik i et ofte meget komplekst opbygget system.

Et eksempel på et konkret værktøj til at skabe overblik er "De Koordinerende Indsatsplaner". De Koordinerende Indsatsplaner blev introduceret nationalt for at støtte op om de enkelte regioner og kommuners generelle forpligtigelse til at sikre, at alle borgere kan modtage psykiatrisk behandling og samtidig behandling for rusmiddelproblemer, og derved skabe bedre sammenhæng i den enkeltes forløb. Formålet med De Koordinerende Indsatsplaner var – og er stadig – at skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale stof- og alkoholbehandling. Øvrige indsatser på det somatiske-, social- og/eller beskæftigelsesområde mv. skal inddrages, hvis det vurderes relevant (*Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, 2014*).

I Region Syddanmark valgte man at ansætte forløbskoordinatorer i både voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri til – ved hjælp af De Koordinerende Indsatsplaner – at sikre sammenhæng i indsatserne. I et af lokalområderne, Børne- og ungdomspsykiatrien i Esbjerg, der på daværende tidspunkt dækkede unge op til 20 år i fem kommuner (Esbjerg, Varde, Vejen, Fanø og Billund Kommuner), udarbejdede man f.eks. en fælles aftale med følgende hovedpunkter:

- Første instans, der erfarer, at en ung, indskrevet i ambulant, dag- eller døgnbehandling, har et forbrug af rusmidler, kontakter forløbskoordinator
- Forløbskoordinator tilbyder den unge og forældre at koordinere forløbet (det er nødvendigt med samtykke fra både ung og forældre)
- Herefter indkalder forløbskoordinator den unge og forældre til opstartsmøde mhp. at lægge en fælles plan og sikre, at alle relevante er/ bliver involveret

- Forløbskoordinatorens rolle er at sikre, at viden løbende bliver opdateret f.eks. gennem netværksmøder, hvor forløbskoordinator også er tovholder og referent.

Evalueringer og erfaringer fra praksis viser, at De Koordinerende Indsatsplaner styrker relationerne mellem de involverede fagpersoner og bidrager med overblik og fælles forståelse af den unges forløb – både for fagpersonerne og for den unge selv og familien. Det understreges dog også, at det er afgørende, at nogen er ansvarlig for indsatsplanen, og at denne forløbskoordinator/tovholder har mandat til at få psykiatri, rusmiddelbehandling og kommunale instanser til at samarbejde effektivt (*Buch og Petersen, 2015; Jensen og Roer, 2020*).

Effekten af forløbskoordination afhænger af, funktionen har reel beslutningskraft og adgang til relevante aktører. Uden dette risikerer funktionen at blive tandløs, men med de rette rammer kan forløbskoordination være det afgørende bindeled, der sikrer sammenhæng, kvalitet og kontinuitet i de unges forløb.

Unge fra UngeNetværket og forældre fra ForældreNetværket fortæller, at dét, der gjorde en forskel for dem, var at møde en fagperson (behandler, forløbskoordinator eller tovholder), der var parat til og havde mulighed for at gå den ekstra mil, der var brug for (*Hansen og Ry, 2022; UngeNetværket, 2025b*).

På grund af organiseringen af hjælpeindsatsen i en række forskellige behandlings- og støttetilbud vil en ung, der er dobbelt ramt, næsten altid have brug for hjælp fra flere forskellige tilbud. Der vil derfor i udgangspunktet altid være behov for en koordinering af indsatser mellem forskellige tilbud.

**Set i et No Wrong Door-perspektiv** betyder forløbskoordination, at en professionel har ansvaret for at få et forløb på tværs af forskellige indsatser til at hænge sammen og følge op på, at indgåede aftaler effektueres – fremfor at det er den unge selv eller dennes pårørende, der løfter dette arbejde. Samtidig har De Koordinerende Indsatsplaner også fungeret som et fælles dokument på tværs af sektorer og tilbud, og dermed som en understøttelse af forløbskoordinationen og generelt af samarbejdet.

## Særlig unge-indsats i APU, Region Hovedstadens Psykiatri

No Wrong Door handler også om at møde de unge på en måde, så de føler sig velkomne – en særlig ungevenlig tilgang.

Det har man gjort sig konkrete erfaringer med i APU, Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling, Region Hovedstadens Psykiatri. APU er et ambulantly, sammenhængende og veldokumenteret behandlingstilbud til voksne med dobbeltdiagnoser (ikke-psykotiske lidelser som f.eks. depression, angst, OCD, personlighedsforstyrrelser og PTSD, og samtidig rusmiddelproblematik). Tilbuddet er udviklet i tæt samarbejde med rusmiddelcentre i hovedstadsområdet (Møller et al., 2021).

APU oplevede dog, at kun få unge mellem 18-25 år kom ind i tilbudet, og at der var dårligere resultater med de unge, der blev indskrevet, end med de voksne over 25 år. APU bad derfor VIVE – med støtte fra Helsefonden – om at undersøge hvorfor. VIVE interviewede en række unge og kunne på den baggrund opstille en række anbefalinger, som man bør være særligt opmærksomme på i behandlingstilbud til unge (Kirkegaard et al, 2022):

- **Tidslighed og ventetid:** De unge kan – og vil ofte – opfatte tid anderledes end fagpersoner. Selv en ventetid, der set med fagpersonens øjne kan virke rimelig og ligger inden for rammerne af lovgivning, kan opleves som utrolig lang tid for en ung, der ønsker hjælp her og nu.
- **Tryghed:** De unge har ofte mange – og ofte mange negative – erfaringer med behandling, som kan påvirke opstartsfasen. Det er derfor vigtigt med kontakt med færrest mulige behandlere i denne fase, og at der allokeres en gennemgående kontaktperson, der er med til alle møder, indtil den unge har fået tillid og føler tryghed overfor de involverede behandlere. Mange unge kan have brug for, at samtaler kan ske udenfor behandlingsstedet, hvor de føler sig mere trygge – f.eks. derhjemme eller på en gåtur.
- **Forløb skal være tilpasset den enkelte ung:** De unge har brug for et fleksibelt og individu-

elt tilrettelagt forløb. Det er nødvendigt at være opmærksom på andre problemstillinger, f.eks. familieproblemer, og hvad de kan betyde for de unges forløb. Endelig skal der være fokus på hvordan forældre og andre pårørende bedst muligt kan inddrages og aktiveres som støtte for de unge og behandlingsindsatsen.

På baggrund af disse anbefalinger afprøvede APU særlige tiltag mhp. at kvalificere deres egen tilgang til de unge, både i det første møde og mhp. at få de unge ind i behandlingsforløb. Blandt andet ansatte man en unge-koordinator, som fulgte de unge i den indledende del af behandlingen. VIVE blev bedt om evaluere forløbet og kom bl.a. med følgende pointer (Grønfeldt et al., 2024):

- Interesse, inddragelse og mulighed for individuel tilpasning giver motivation hos de unge,
- Tillid og gennemgående relation samt tæt støtte i overgangen giver tryghed,
- Hjælp til sociale problemer giver de unge flere ressourcer til at overskue behandling og mindsker oplevelse af ventetid,
- At blive mødt som et helt menneske i psykiatrien har stor værdi for de unge.

Evalueringen bekræftede dermed mange af de pointer, som unge og forældre i DobbeltRamt UngeAlliancen også har fremhævet i podcasts, publikationer, kronikker og oplæg (Hansen og Ry, 2022; UngeNetværket, 2025b; Socialt Indblik, 2024-25).

**Set i et No Wrong Door-perspektiv** peger erfaringerne fra APU på betydningen af, at de unge blev kontaktet af ungekoordinatoren, lige så snart henvisningen kom, og at denne kontaktede den unge via telefonopringning og ikke bare via en besked i e-Boks. Evalueringen pegede også på det betydningsfulde i, at ungekoordinatoren fulgte den unge igennem hele den indledende fase, og mødte den unge som et helt menneske, hvis ønsker til behandling skulle tages alvorligt. Ungekoordinatoren havde desuden en høj grad af forløbskoordinering, og var bl.a. behjælpelig i forhold til de sociale problemer, der kunne stå i vejen for, at den unge kunne passe sin behandling.

## Ungesyntet i tilbud til unge med rusmiddelproblemer, bl.a. i U-turn, Københavns Kommune

No Wrong Door handler om at møde den unge, der hvor han/hun er lige nu – og om at gå med det, der giver mening for den unge, for på den måde at hjælpe bedst muligt og for at undgå at den unge bliver ekskluderet eller falder mellem flere stole. Lige præcis en sådan ungevenlig tilgang er gennem de sidste mange år blevet udviklet i rådgivnings- og behandlingstilbud i hele landet, særligt målrettet unge under 25 år med et problematisk brug af rusmidler.

Et af disse tilbud er U-turn, som er Københavns Kommunes rådgivnings- og behandlingstilbud til unge under 25 år med rusmiddelproblemer ([www.uturn.kk.dk](http://www.uturn.kk.dk)). U-turn blev etableret som et særligt tilbud til unge i 2004. Kommunen ønskede med U-turn at få et tilbud, som de unge ville opleve som et rart sted at komme, og hvor de unge mødes på en ikke-dømmende måde og med en nysgerrig tilgang til netop de unges egen oplevelse af deres situation, perspektiver, behov og mål.

U-turns tilgang bygger på en række principper:

1. Attraktive tilbud, der vækker nysgerrighed
2. Imødekomende og hyggelige rammer
3. Frivillighed, åbenhed og synlighed
4. Udgangspunkt i den enkelte unges behov
5. Helhedsorienteret tilgang og inddragelse af alle relevante parter, når det er muligt
6. Særligt fokus på arbejde og uddannelse
7. Vægt på kreativitet og aktivitet
8. Service og hurtig handling

U-turn har ingen eksklusionskriterier, hverken i forhold til rusmidler, psykisk sygdom eller andet. Det betyder, at de unge kommer med mange forskellige problemstillinger, erfaringer med rusmidler, forskellig adgang til ressourcer i netværket, forskellig motivation m.m. og dermed også med meget forskellige behov for rådgivning og behandling. Som en del af de individuelle eller gruppebaserede behandlingsforløb har de unge i U-turn også mulighed for at deltage i f.eks. sport, madlav-

ning og kreative fællesskaber, hvor de kan udtrykke sig gennem musik, tekstskrivning mm.

U-turn har fokus på hele den unges livssituation og dermed på at hjælpe med at skabe positive forandringer i det, der står i vejen for at reducere eller ophøre rusmiddelforbruget. Her er det ofte vigtigt at kunne inddrage familie, netværk, skole, uddannelse, psykiatri eller andre relevante tilbud og at sikre hurtig handling på det, der er vigtigt for den unge. U-turn har derfor også særlige tilbud til forældre og andre nære pårørende i form af individuelle samtaleforløb i tilknytning til de unges behandlingsforløb eller gruppeforløb, hvor forældre kan deltage, uafhængigt af om deres søn/datter er i behandling i U-turn.

Lignende tilbud, funderet på samme ungevenlige tilgang, findes hos Unge Kontakten i Aarhus Kommune (U18-modellen); Unge & Rusmidler i Odense Kommune (U18-modellen); HelsingUng i Helsingør Kommune; KABS Rusmiddelbehandling i Valby, der dækker flere kommuner i hovedstadsområdet; Novavi Stofrådgivningen og KKUC Ung, der er private behandlingstilbud til unge.

**Set i et No Wrong Door-perspektiv**, så er følgende elementer centrale i U-turn og de øvrige tilbud til unge: For det første er der en lav dørtærskel, dvs. at der er nem adgang til at få hjælp. Det betyder, at de unge ikke risikerer at blive sorteret fra eller afvist, når de søger hjælp. For det andet, så møder man den unge som ung – med alt hvad det indebærer. Det vil sige, at man er nysgerrighed på, hvad der fylder i den unges liv, og at man arbejder med de forskellige problemstillinger i den unges tempo. Det betyder også, at man som behandler ikke selv har nogen dagsordner på den unges vegne – det er den unge selv, der sætter dagsordenen. Endelig bruges fællesskaber aktivt i indsatsen ud fra en erkendelse om, at unge, der er dobbelt ramte, har brug for at føle sig forbundet til andre unge.

## Ressourcepersoner i sundhedsvæsenet – socialsygeplejersker

Socialsygeplejersker er sygeplejersker ansat på hospitalerne, der understøtter socialt udsatte patienter, herunder unge voksne, der ofte oplever at have det svært under en indlæggelse. Mange af disse er mennesker, der bruger rusmidler, hvor socialsygeplejerskerne bl.a. sørger for, at der sker en ordentlig afdækning af rusmiddelproblemerne, sikrer substitutionsbehandling under indlæggelse, klæder det øvrige personale på til at møde de unge med en større forståelse for deres situation og adfærd, understøtter rummelighed og fleksibilitet på afdelingerne og arbejder med brobygning ud til relevante tilbud efter indlæggelsen.

Socialsygeplejersker arbejder også med at få de forskellige hjælpesystemer i regioner, kommuner og civilsamfund til at arbejde sammen. Der er ofte forholdsvis mange aktører involveret i disse patienters forløb, men det er ikke altid, at nogen har opgaven med at skabe overblik og sammenhæng. Den rolle løfter socialsygeplejerskerne nogle gange (Johansen, 2024; Jeppesen & Tekeste 2025).

Derudover løfter socialsygeplejersken også andre arbejdsopgaver, som trækker på elementer af en No Wrong Door tilgang (Johansen et al., kommende):

- Hjælpe patienter, der har været indlagt til afrykning, med at komme i behandling i et kommunalt rusmiddelcenter. Det kan f.eks. være at ringe til centeret sammen med patienten og aftale tid eller at følge med til de første par aftaler i rusmiddelcenteret,
- Systematisk indsamle viden om hvilke behandlings- og støttetilbud, der er bedst klædt på til at hjælpe patienten, og etablere samarbejdsrelationer med disse tilbud, så viderehenvísninger har større sandsynlighed for at fungere,
- Holde kontakt med patient i perioder med ventetid, indtil der er blevet etableret en kontakt til et andet behandlingstilbud,
- Fungere som 'advokat' for patienten i tilfælde af afvisninger og holde fast i, at hjælpesystemerne har forpligtelsen til at finde et relevant tilbud på trods af patientens komplekse problemstilling.

Socialsygeplejerskerne arbejder ikke kun med voksne, meget socialt udsatte patienter, men har også et fokus på unge patienter, der kommer i kontakt med sundhedsvæsenet og som udviser tegn på mistrivsel og har en risikoadfærd i forhold til på sigt at blive socialt udsatte. Det gælder socialsygeplejersker i psykiatri og somatik samt socialsygeplejersker, der er ansat på en børneafdeling (se også Jeppesen & Tekeste 2025).

**Set i et No Wrong Door-perspektiv**, spiller forløbskoordination også i dette eksempel en vigtig rolle. Socialsygeplejerskerne løfter rollen som forløbskoordinator for de udsatte patienter og bidrager derudover med en række andre elementer, der understøtter en No Wrong Door tilgang: Indsamling af viden om relevante tilbud, så man i højere grad kan sikre, at patienterne bliver henvist til de mest relevante tilbud; etablering af samarbejdsrelationer med disse tilbud, så overgangene kan sikres for patienterne; samt sikring af at patienterne får de rettigheder, som de formelt har – f.eks. når kommunal rusmiddelbehandling ikke mener at have tilbud til rusmiddelbrugere med autisme eller ADHD.

# Hvad betyder No Wrong Door for dig?

## UNG FRA UNGENETVÆRKET:

Jeg har oplevet at modtage god hjælp i [kommunalt rådgivnings- og behandlingstilbud for unge med rusmiddelproblemer]. Her blev jeg mødt som et ungt menneske først og fremmest, og ikke blot som en diagnose, eller en der skulle diagnosticeres på ny, eller som en misbruger, eller et problembarn.

Min behandler var nysgerrig på mig som person, og ikke kun på mine traumer, mine historier, der kunne få psykologer til at græde eller vise ubehag. Min behandler ville hjælpe mig med det, der trykkede nu og her, og ikke dét, der trykkede for 10 år siden, som stadig påvirkede mig den dag. Da "nu og her" problemerne blev taget hånd om, var det lettere at bearbejde fortiden.

I psykiatrien sagde de tit, jeg ville blive smidt ud af behandling, hvis jeg fortsat misbrugte stoffer. I deres øjne var et misbrug åbenbart, hvis jeg faldt i 1 gang på en måned – mit misbrug var, hvis jeg tog stoffer flere dage i træk. Jeg måtte derfor lyve for dem, og kunne kun fortælle sandheden i [det kommunale tilbud]. I psykiatrien ville de gerne have, at jeg skulle droppe ud af gymnasiet, fordi "det er for hårdt for dig at gå til to slags behandlinger, møder på kommunen, og samtidig gå i skole".

Men min behandler sagde, "du skal blive i skolen, det er det eneste sted, hvor du føler dig som et normalt ungt menneske. Hvis hele dit liv er behandling, så vil du miste at føle dig normal" – og hun havde ret. Jeg blev i skolen, og jeg blev langsomt mere normal, mindre sindssyg. Jeg begyndte langsomt

at kunne se en vej frem, et andet liv, som ikke kun handlede om at være syg og skulle behandles i årevis. Det var først som voksen, da jeg holdt op med at gå i psykiatrien, at jeg faktisk blev rask. Bevares, jeg har ADHD og har svært ved at rydde op derhjemme og gå i gang med opgaver, men de andre 5+ diagnoser er frafaldet, og er ikke noget, jeg viser symptomer på længere.

Min behandler, føler jeg, er den eneste behandler, som ægte har sat en udvikling i gang i mig. De utallige psykologer, psykiatere, kontaktpersoner osv., har hjulpet med småting, har givet mig medicin osv., men jeg var stadig lige så syg, lige så træt af livet, og havde lige så lidt lyst til at leve og ændre min tilstedeværelse. I [det kommunale tilbud] fik jeg nogle guldkorn, som faktisk gav mig lyst til noget andet. Men alt det hårde arbejde skulle jeg stadig lave selv. Nu skriver vi 2026, og jeg har ikke været i nogen form for behandling for min psyke eller andet siden 2022. Og aldrig har jeg haft det så godt.

Jeg ser på det sådan, at hvis man konstant er i behandling, konstant skal skænke op af sin fortid foran andre mennesker, snakke om hvor forfærdeligt man har det, hvor meget man har lyst til at dø; ja, men, så får man kun endnu mere lyst til at dø. Lige så snart jeg distancerede mig fra at snakke om, hvor dårligt jeg havde det, så holdt jeg op med at have det dårligt.

Jeg følte mig endelig normal – præcis som min behandler sagde.

# 5. Hvordan kan vi sikre og efterleve No Wrong Door i praksis?

*Det er vigtigt at sikre en fælles forståelse af No Wrong Door. Lige så vigtigt er det at omsætte No Wrong Door til noget, der kan efterleves og gøre en positiv forskel i praksis. No Wrong Door skal understøtte, at de unge får reel hjælp – det må ikke blot blive et fint begreb uden praktisk betydning. I dette kapitel har vi samlet en række spørgsmål, som kan bruges til inspiration og refleksion i jeres organisation, på jeres arbejdsplads og i jeres kollegagrube: Hvordan kan I sikre og efterleve No Wrong Door hos jer? Hvordan kan No Wrong Door blive et princip og en tilgang, der er ladsiggørlig og levedygtig lokalt og regionalt?*

## No Wrong Door er rettet mod praksis og skal fungere i praksis

Hvordan kan vi sikre, at retningslinjer og anbefalinger om No Wrong Door bliver omsat til praksis, til gavn for de unge, der er dobbelt ramte?

En undersøgelse, igangsæt i regi af DobbeltRamt UngeAlliancen, viser, at fokus på, hvordan implementering kan foregå i praksis, generelt er fraværende i både danske og internationale retningslinjer på området (Thylstrup et al., 2023b). Det er et problem, for det betyder, at der ikke er megen hjælp at hente for dem, der får ansvaret for at følge retningslinjerne og omsætte dem til praksis. No Wrong Door risikerer meget let at blive "endnu et af de her 'fluff-puff'-begreber, som vi bruger i flæng", som UngeNetværket formulerer det.

Det er derfor essentielt, at der i de overordnede retningslinjer, typisk udarbejdet på styrelsesniveau, indtænkes et fokus på, hvordan No Wrong Door kan implementeres i praksis, både som et retningsgivende princip og som en konkret handleorienteret tilgang.

Men det er også nødvendigt, at der lokalt og regionalt afsættes tid og ressourcer til at omsætte de overordnede retningslinjer til noget, der kan lade sig gøre og som er levedygtigt i praksis. No Wrong Door er rettet mod praksis – og skal fungere i praksis.

I det følgende har vi – på baggrund af forskning samt DobbeltRamt UngeAlliancens viden og erfaringer – samlet en række spørgsmål, som vi mener er relevante at stille sig selv og hinanden på ledelses- og praksisniveau, når No Wrong Door skal implementeres.

Spørgsmålene er bl.a. inspireret af en engelsk guide: *Better care for people with co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions – a guide for commissioners and service providers (Public Health England, 2017)*. Guiden handler om at kvalificere indsatsen til mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, og ikke kun om No Wrong Door, men den udmærker sig ved at opstille en række konkrete og handlingsanvisende spørgsmål, der kan bruges af både ledelse og praktikere til at drøfte, om man er på rette vej.

## Der er brug for en overordnet plan for implementering

Når No Wrong Door skal omsættes til praksis er der først og fremmest brug for en overordnet plan for implementering.

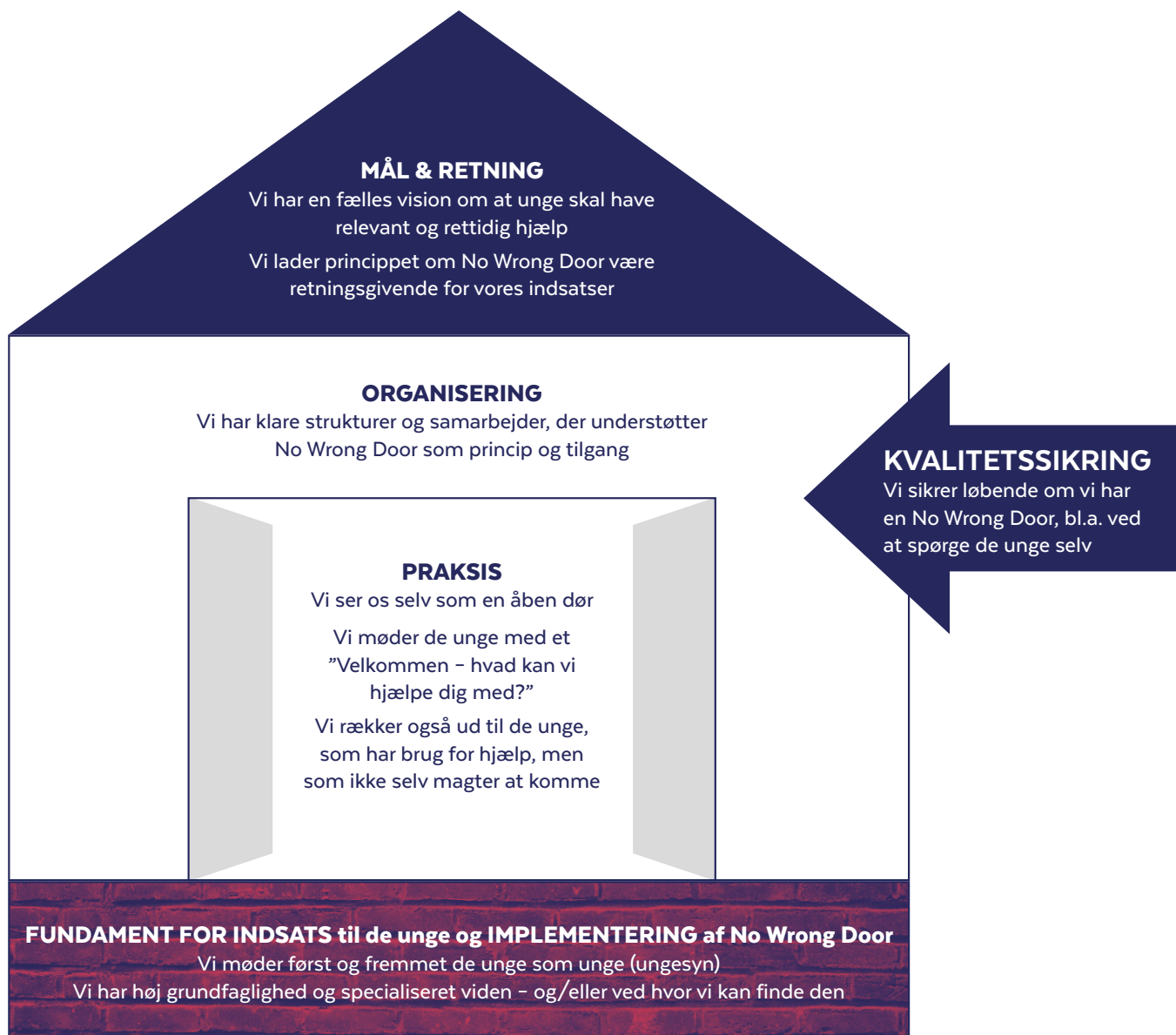
I en ældre retningslinje om psykose og sameksisterende stofmisbrug fra det engelske National Collaborating Centre for Mental Health understreges bl.a. disse tre pointer, som kan styrke implementering af anbefalinger i en given retningslinje – pointer som også er centrale for implementering af No Wrong Door (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011:10):

- Det er afgørende, at der lokalt udarbejdes en plan og identificeres ressourcer til at implementere anbefalinger fra en given retningslinje. Med 'lokalt' vælger vi her at forstå både kommunalt og regionalt.
- Den lokale plan skal baseres på eksisterende behov og tilbud i lokalområdet, som afdækkes i forbindelse med planen. Det vil give mulighed for, at man i planlægningen af implementering kan tage højde for personalemæssige ressourcer/kompetencer (f.eks. mangel på børne- og ungespsykiatere) og lokal geografi og infrastruktur (f.eks. ingen eller ringe transportmuligheder til og mellem relevante tilbud).
- Der skal samtidig være stor opmærksomhed på, at implementering tager tid, særligt når det kræver faglig opkvalificering.

No Wrong Door skal – som gennemgået i kapitel 3 – forstås både som et overordnet princip, der skal give retning, og som en tilgang i praksis, der skal anviser konkret handling mhp. at sikre hjælp til de unge. No Wrong Door retter sig derfor mod flere niveauer i organiseringen: både overordnet organisering og ledelse, lokal (faglig) organisering og ledelse samt praktikere, der møder de unge. Dertil kommer at de unge selv og deres pårørende også skal involveres. Når No Wrong Door skal implementeres, er det vigtigt at være opmærksom på alle disse niveauer – og på hvem, der skal være ansvarlige for og medvirke til omsætning til praksis.

Det kalder på opmærksomhed på flere områder, når No Wrong Door skal implementeres i praksis (Se model 2):

- **Mål og retning:** Det er nødvendigt med en overordnet fælles vision for implementering af No Wrong Door, der angiver mål: *Unge, der er ramt af psykisk lidelse og samtidigt problematisk rusmiddelbrug, skal have relevant og rettidig hjælp, og retning: No Wrong Door skal være det retningsgivende princip for indsatserne.*
- **Organisering:** Der er brug for klare understøttende strukturer i den enkelte organisation, som sikrer, at der er tid til at tale med de unge og eventuelt at hjælpe dem videre til andre indsatser. Samtidig er der brug for stort kendskab til og samarbejder med andre aktører, baseret på bindende – og gerne også skriftlige – aftaler.
- **Praksis:** Der er brug for kompetente fagpersoner, der har tilstrækkelig viden til at kunne identificere og hjælpe de unge, enten i eget regi eller støtte de unge til at komme videre til andre indsatser, der kan hjælpe de unge.
- **Kvalitetssikring:** Det er nødvendigt løbende at sikre kvaliteten af No Wrong Door-principper og -tilgang i praksis, bl.a. ved helt simpelt at spørge de unge og deres pårørende, om de oplever at møde No Wrong Door, når de forsøger at få kontakt med hjælpesystemerne.
- **Fundament:** Endelig er det absolut afgørende, at det hele, både selve indsatsen til de unge, der er dobbeltramte, og implementeringen af No Wrong Door, er baseret på et solidt fundament, der sikrer, at de unge først og fremmest mødes som unge (ungesyn) af fagpersoner med relevante kompetencer (Ry og Hansen, 2024, se også Appendiks 1).



Model 2. Overblik over områder, der kræver opmærksomhed ved implementering af No Wrong Door

## Spørgsmål til inspiration og refleksion

Nedenfor er opstillet en række spørgsmål til inspiration og refleksion på forskellige niveauer i organisationen. Spørgsmålene kommer rundt om forskellige aspekter, som er vigtige for at sikre implementering af No Wrong Door i praksis.

### Mål og retning

*Den overordnede ledelse har ansvar for mål og retning i en given organisation. 'Organisation' og 'ledelse' skal her forstås bredt, f.eks. som overordnet ledelse i en kommune eller en region, eller overordnet ledelse for de samlede indsatser på et givent område. De følgende spørgsmål er primært rettet mod den overordnede ledelse:*

- **Er der formuleret et mål om at lade No Wrong Door være det retningsgivende princip for organisationens møde med unge, der henvender sig, og som kunne være dobbelt ramte?**
  - Er der også opmærksomhed på de unge, som ikke af sig selv henvender sig/har mulighed for at henvende sig, men som har brug for hjælp? F.eks. unge, som ses i somatiske/psykiatriske akutmodtagelser og indsatser for hjemløse, som falder fra i uddannelsessystemet eller er uden beskæftigelse eller som kommer i kontakt med politi og kriminalforsorg.
- **Er der lagt en plan for implementering af No Wrong Door i praksis?**
  - Hvilke muligheder og barrierer i organisationen (f.eks. økonomiske, strukturelle, geografiske) kan der være for implementering af No Wrong Door?
  - Hvordan sikres en systematisk opsamling på erfaringer, fremdrift og eventuelle problemer i implementeringen af No Wrong Door?
- **Hvem er ansvarlig for implementeringen af No Wrong Door i organisationen?**
  - Er der udpeget en eller flere ansvarlige tovholdere for processen, og har tovholder relevant ledelsesmæssig opbakning og mulighed for at bevæge sig på tværs af sektorer, lokale tilbud og fagligheder?

- Er der etableret en tværgående koordineringsgruppe, der kan følge mål og resultater samt håndtere udfordringer og sikre fremdrift?

- **Hvem er blevet inddraget i arbejdet med No Wrong Door som princip og tilgang? Og hvordan har de bidraget?**
  - Er unge med erfaringer og deres pårørende blevet inddraget? Og er de fortsat inddraget – hvordan?
  - Er fagprofessionelle fra relevante indsatsområder blevet inddraget? F.eks. børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, rusmiddelbehandling samt andre relevante tilbud? Og er de fortsat inddraget – hvordan?

### Organisering

*Ledelsen af den enkelte organisation (f.eks. rusmiddelcenter eller psykiatrisk afdeling) har ansvaret for organisering af indsatsen i praksis, indenfor de overordnede rammer, som er udstukket politisk, lovgivningsmæssigt, økonomisk og strukturelt. De følgende spørgsmål er primært rettet mod den lokale (faglige) ledelse, der skal sikre, at den praktiske implementering af No Wrong Door bliver tilpasset de lokale forhold.*

- **Hvordan giver implementering af No Wrong Door som retningsgivende princip og handlingsanvisende tilgang mening for organisationen af jeres afdeling/center?**
  - Hvad er jeres afdeling/center sat i verden for? Og hvordan kan No Wrong Door spille ind i jeres formål?
- **Er der lavet en afdækning af udefrakommende strukturer, lovgivning, geografiske forhold eller andet, der hhv. kan fremme eller hæmme implementering af No Wrong Door i jeres indsats?**
  - Er det nemt for de unge at komme ind ad jeres dør (lav dørtærskel), og har I en ungevenlig indgang til jeres organisation? Hvis ikke, hvordan kan det sikres?
  - Hvad betyder jeres geografiske placering ift. de unge og andre aktører, som de unge kan møde? Hvordan håndteres eventuelle udfordringer?

- Er der elementer i de rammer og den lovgivning, jeres organisation er underlagt, som kan hhv. fremme eller hæmme implementering af No Wrong Door? Hvordan kan det håndteres?
- **Er der tilstrækkelig tid og ressourcer i organisationen til at sikre, at de unge reelt møder en åben dør, når de rækker ud efter hjælp?**
  - Har I tilstrækkelig viden om, hvad I kan – og hvad I ikke kan – sådan at I kender jeres egne ressourcer og begrænsninger?
  - Hvordan sikres tilstrækkelig tid og ressourcer til at række ud til de unge, hvis de f.eks. ikke kommer til en aftale?
  - Hvordan sikres tilstrækkelig tid og ressourcer til at finde relevant hjælp og yde følgeskab til de unge, der har brug for andet eller mere end jeres hjælp?
  - Hvordan hjælper I de unge i jeres målgruppe, som måske ikke af sig selv henvender sig hos jer? Hvordan sikres tilstrækkelig tid og ressourcer til, at I kan række ud til disse unge?
  - Hvordan understøtter I samarbejde med og inddragelse af pårørende (forældre, søskende, venner og andre nære omsorgspersoner)?
  - Har I opmærksomhed på opsporing af behov hos de pårørende og sikring af, at de får hjælp til disse behov?
- **Er der lavet en systematisk gennemgang af tilbud i lokalt og regionalt og på tværs af sektorer, som kan spille sammen med jeres indsats og bidrage til, at de unge mødes af en No Wrong Door og ikke tabes mellem flere stole?**
  - Hvem er jeres mulige samarbejdspartnere? Hvad kan de og I tilsammen?
  - Hvordan kan samarbejdet mellem jer optimeres og sikres? Har I f.eks. indgået skriftlige aftaler om samarbejde til gavn for de unge? Og hvordan kan I overkomme eventuelle huller i mellemrummet mellem jeres indsatser? (Se model 1)
  - Har I opmærksomhed på eventuelle overgange, hvor de unge skal gå fra en indsats til en anden – og hvor der kan være risiko for at miste kontakt og bæredygtig relation (herunder overgang fra børne- til voksenområdet)?
- **Er der sikret en systematisk måde at opsamle og afrapportere erfaringer, fremdrift og eventuelle problemer med implementering af No Wrong Door i jeres indsats?**
  - Hvem er ansvarlig for implementering, evaluering og eventuel afrapportering?
  - Hvordan sikres, at der er mulighed for at handle på eventuelle problemer?

## Praksis

*Det overordnede ansvar for indsatsen i praksis er ledelsens, men dem, der skal udføre No Wrong Door i praksis, er de fagpersoner, der arbejder direkte med de unge. De følgende spørgsmål er målrettet fagpersoner og medarbejdere i de enkelte indsatser. Men vi anbefaler, at ledelsen læser med.*

- **Hvordan giver implementering af No Wrong Door som retningsgivende princip og handlingsanvisende tilgang mening for jeres møde med de unge i dagligdagen?**
  - Hvad er jeres afdeling/center sat i verden for? Og hvordan kan No Wrong Door spille ind i jeres formål og ansvarsopgaver?
- **Er I sikre på, at de unge mødes af en No Wrong Door, når de henvender sig til jer?**
  - Hvordan møder I de unge, når de henvender sig første gang? Hvordan sikrer I, at de unge føler sig hørt og forstået – og ikke oplever sig afvist, misforstået eller mødt af (forkerte) forforståelser om unge, der har problemer med rusmidler og/eller psykiske problemer?
  - Hvordan undersøger I, hvad de unge har behov for? Hvordan sikrer I tid og ro til, at de unge tør/magter at åbne op for dét, der fylder for dem (og som ikke nødvendigvis 'kun' er rusmidler eller psykiske problemer)?
  - Har I en plan for, hvordan det skal håndteres, hvis en ung ikke kommer til en aftale? Hvordan sikrer I, at I er tålmodige og tager ansvar for at holde kontakt – og ikke bare afventer, at de unge kommer igen af sig selv?
  - Hvordan sikrer I, at de unge oplever, at den hjælp, de møder, er korrekt, medfølelse, og at den adresserer, de behov, de har?
  - Hvordan sikrer I, at de unge bliver hjulpet hen til den indsats, som de har brug for, også

når denne indsats ikke er i jeres egen organisation? Har I en plan for brobygning og følgeskab?

- Hvordan sikrer I, at de unge ved, at de altid er velkomne igen, hvis de har brug for en pause eller ikke lige nu ønsker den indsats, som I kan tilbyde?
- Hvordan understøtter I samarbejde med og inddragelse af pårørende (forældre, søskende, venner og andre nære omsorgspersoner) – med respekt for de unges egne behov og ønsker?
- Har I opmærksomhed på opsporing af behov hos de pårørende og sikring af, at de får hjælp til deres egne behov?
- **Er I sikre på, at jeres kompetencer er de rette og tilstrækkelige til at møde de unge med No Wrong Door?**
  - Oplever I, at I har tilstrækkelig viden om dét at være ung, om rusmidler og/eller om psykiske problemer – og om at møde unge, der er dobbelt ramt?
  - Har I tilstrækkelige redskaber til at møde de unge med en No Wrong Door-tilgang?
  - Hvor er der eventuelt huller i jeres viden – og hvad skal der til for at udfylde disse huller?
  - Er der planer for, hvordan I sikres relevant sparring i dagligdagen, f.eks. i form af supervision?
  - Har I tilstrækkelig viden om relevante samarbejdspartnere på tværs af tilbud, og om hvad de kan tilbyde til målgruppen? Og har de tilstrækkeligt kendskab til jer? Er der en plan for hvordan I/jeres indsats kan række ud og styrke samarbejdet med andre – og hermed også bygge bro mellem relevante indsats?
- **Er der sikret en systematisk måde, hvorpå I kan opsamle og dele jeres praksisviden og erfaringer, fremdrift og eventuelle problemer med implementering af No Wrong Door i jeres indsats?**
  - Hvordan sikrer I løbende dokumentation af og læring fra jeres viden og erfaringer med No Wrong Door?
  - Har I interne og/eller eksterne fora, hvor I har mulighed for at erfaringsudveksle og

kvalitetssikre jeres viden i personalegruppen/med jeres samarbejdspartnere?

## Kvalitetssikring

*Ledelse har det overordnede ansvaret for at sikre kvaliteten i de indsatser, der bygger på No Wrong Door, men kvalitetssikringen bør også ske i det daglige og i de direkte møder med de unge. De følgende spørgsmål er derfor rettet mod alle, dvs. både den overordnede ledelse kommunalt eller regionalt, den faglige ledelse af de enkelte afdelinger og centre samt fagpersoner, der møder de unge i dagligdagen.*

- **Er der sikkerhed for, at unge med dobbelt-diagnose aldrig afvises fra de enkelte tilbud på baggrund af deres brug af rusmidler eller grad af psykisk lidelse?**
- **Er der sikret en måde, hvorpå de unges egen stemme – og deres pårørendes stemmer – kan blive en essentiel del af kvalitetssikringen, og at disse stemmer dermed bidrager til implementeringen af No Wrong Door?**
  - Spørger I de unge, om de oplever at blive mødt af en No Wrong Door tilgang eller ej? Hvordan og hvornår?
  - Spørger I de pårørende til de unge?
  - Er disse vurderinger af No Wrong Door en integreret del af den daglige praksis og/eller den overordnede erfaringsopsamling?
- **Er det sikret, at ledelse og medarbejdere har de nødvendige kompetencer til at sikre No Wrong Door?**
  - Er der adgang til fælles kompetenceudvikling, der sikrer en fælles forståelse for og omsætning af No Wrong Door i praksis?
  - Har medarbejderne adgang til sparring og/eller supervision, der kan bidrage til at vedligeholde forståelsen for No Wrong Door i den daglige praksis?
- **Er der sikret en systematisk dokumentation og erfaringsopsamling på implementering af No Wrong Door?**
  - Hvordan og hvornår følges op på de opstillede mål for implementering af No Wrong Door?

# Hvad betyder No Wrong Door for dig?

## UNG FRA UNGENETVÆRKET:

Jeg gik i [kommunalt tilbud til unge fra familier med rusmiddelproblemer], og min behandler fik mistanke om, at jeg "var sårbar på en anden måde", end de unge hun normalt vist mødte. Så hun spurgte ind til, om jeg havde overvejet at søge psykiatrisk hjælp. Det havde jeg, men jeg var ikke lykkedes med at komme igennem til psykiatrien. Hun spurgte, om jeg stadig gerne ville derind, og det ville jeg gerne. Så rådede hun mig til at prøve igen. Og spurgte om jeg ville have, at hun tog med til min egen læge.

Det endte med, at jeg prøvede selv først, at hun dernæst tog med til en konsultation, og at hun bagefter rådede mig til at skifte læge. Efter det skift, tog

hun med til den første konsultation, jeg var til hos min nye læge, og hvor jeg så fik en henvisning.

Min behandler spurgte mig altid, hvordan jeg havde lyst til at gribe situationen an og fortalte sit synspunkt, så jeg ikke følte mig ført bag lyset. I løbet af processen har jeg både været interesseret og opgivende og lidt afvisende, og det var der plads til. Alligevel kom hendes budskab om, at jeg nok havde brug for psykiatrisk hjælp flot og varmt igennem, og som fortællingen vidner om, så holdt hun mig i hånden lige så meget, som jeg havde brug for, for at nå ind til psykiatrien.

## UNG FRA UNGENETVÆRKET:

Jeg oplevede en No Wrong Door i 2020, da der endelig var et menneske, som så mig og stillede spørgsmål ved både selve min (daværende) diagnose, men også til forløb og behandler.

Jeg fik den rigtige diagnose. Jeg fik hjælp til at blive stoffri, på den måde som passede mig bedst.

Jeg fik psykoedukation og hjælp til at finde mig selv

igen på mine egne præmisser.

For at sige det en anelse groft, men direkte; ellers havde jeg været røget i svinget ...

Det gav mig en forståelse for min fortid, muligheden for at validere nutidige mig og give mig selv en fremtid.

## UNG FRA UNGENETVÆRKET:

No Wrong Door er for mig: ikke at føle sig forkert, og at der altid er nogen at støtte sig til og komme til for hjælp.

I min tid på forskellige døgninstitutioner har der været flere voksenroller, som har gjort en god indsats og sat et godt indtryk hos mig. Særligt på det første sted, hvor jeg var anbragt, var der en leder, som behandlede mig rigtigt godt. Jeg var ofte med hende hjemme i weekenderne, og da der opstod en

voldsom episode på stedet tilbød hun, at jeg midlertidigt boede hos hende.

Det var med til, at jeg i en meget ung alder faktisk følte jeg blev taget seriøst, som ikke var noget jeg rigtigt havde oplevet før. Jeg følte mig set og hørt. Hvis ikke hun havde været der til at hjælpe i den situation, havde det været en magtesløs kamp for min mor, og jeg havde derfor været nødsaget til at blive på bostedet, jeg var anbragt på.

# Appendiks A.

## Fundamentet og de 10 principper

### De 10 principper

**Princip 1:** Vores dør er en 'No Wrong Door'

**Princip 2:** Vi skaber en tryk og tillidsfuld relation til den unge og tager udgangspunkt i den unges ønsker og vurdering af behov

**Princip 3:** Vi samarbejder som udgangspunkt altid med familie og netværk – og understøtter, at også de får relevant hjælp

**Princip 4:** Vi har fokus på hele den unges liv

**Princip 5:** Vi tilstræber at hjælpe her og nu, og er samtidig tålmodige og giver den unge tid

### Fundamentet

Et særligt ungesyn

Siden 2018 har DobbeltRamt UngeAlliancen – gennem forskningsprojekter, metodeafprøvninger og evalueringer – indsamlet stor viden om, hvad der virker og ikke virker i behandlingsindsatser til unge, der er dobbelt ramt.

På den baggrund har DobbeltRamt UngeAlliancen udarbejdet et bud på FUNDAMENTET, som behandlingsindsatser til de unge skal stå på, samt på de 10 PRINCIPPER, som indsatserne skal styres efter (Ry og Hansen, 2024). Læs mere her:



**Princip 6:** Vi understøtter den unges mod på og lyst til forandring

**Princip 7:** Vi tilrettelægger indsatsen og metoderne fleksibelt og tilpasset den enkelte unges behov

**Princip 8:** Vi vurderer og justerer løbende indsatsen – sammen med den unge

**Princip 9:** Vi sikrer kontinuitet og koordination i forløbet

**Princip 10:** Vi er bevidste om, at de unge også efter behandling kan have brug for støtte

**Høj grundfaglighed og specialiseret viden**

# Appendiks B.

## No Wrong Door i de internationale retningslinjer for dobbeltdiagnose

I Appendiks B ser vi på, hvordan No Wrong Door præsenteres og beskrives i tre centrale retningslinjer fra henholdsvis Australien, England og USA.

'No Wrong Door' har i flere år været fremhævet som et centralt princip i indsatsen for dobbeltdiagnose i flere internationale retningslinjer, særligt i en australsk retningslinje fra 2016 (Marel et al., 2016), en engelsk retningslinje fra 2017 (Public Health England 2017) og en amerikansk retningslinje fra 2020 (SAMHSA, 2020).

I 2022-23 blev der i regi af DobbeltRamt UngeAlliancen og med støtte fra Helsefonden taget initiativ til at en gruppe danske forskere undersøgte danske og internationale retningslinjer. Som led i dette initiativ blev der i 2023 publiceret en dansk rapport, hvor retningslinjerne fra Australien, England og USA, samt Norge og Sverige er gennemgået systematisk på en række områder, herunder No Wrong Door (Thylstrup, 2023a). I det følgende vil de tre centrale retningslinjer fra Australien, England og USA blive kort gennemgået.

Som det vil fremgå, er retningslinjerne ikke konkrete eller handlingsanvisende ift. hvordan de i praksis skal efterleves. Vi har derfor også forsøgt at få kontakt med de ansvarlige myndigheder og organisationer for at få deres erfaringer med at implementere No Wrong Door i praksis, men har endnu ikke fået fyldestgørende svar tilbage.

### Australien

No Wrong Door indgår i retningslinjernes beskrivelse af principper for arbejdet med mennesker

med dobbeltdiagnoser (principperne er ikke aldersspecifikke) (Marel et al. 2016:15, oversættelse til dansk fra Thylstrup et al., 2023a). Her understreges bl.a.:

- Sørg for lighed i adgang til hjælp. Anvend en 'No Wrong Door'-policy.
- 'Do No Harm' – gør ingen skade.
- Arbejd inden for dit kompetenceområde, involvér dig løbende i faglig udvikling, og vær opmærksom på, at komorbiditet er et kerneområde for alkohol- og stofbehandling.
- Anerkend, at komorbiditet er almindeligt, og at alle rutinemæssigt bør screenes for komorbiditet. Monitorér løbende i forhold til symptomer og vurdering af behandlingseffekt.
- Anvend en klientcentreret tilgang, og understreg samarbejdets rolle i behandlingen.
- Hav realistiske forventninger og udtryk tillid til behandlingens effektivitet.
- Anvend en ikke-dømmende og ikke-konfronterende tilgang i behandlingen.
- Involver familier og omsorgspersoner i behandlingen.
- Opbyg fortsat hjælp på lang sigt.

No wrong door' foldes ud således i retningslinjerne (Marel et al. 2016:16 – oversættelse til dansk fra Thylstrup et al., 2023a):

"I overensstemmelse med ovenstående principper bør AOD-tilbud [Alkohol Og Stoffer] (og alle andre sundhedstjenester) anvende en 'No Wrong Door'-politik. Ingen klient bør afvises fra behandling; i stedet er det nødvendigt at fastlægge, hvor klienten vil modtage den mest passende hjælp. Når en person henvender sig til et tilbud, der ikke har kompetencer til at levere den relevante indsats, bør vedkommende guides videre

til passende tilbud [...], med opfølgning fra personalet for at sikre, at personen modtager relevant behandling [...]. På denne måde bør enhver indgang i sundhedssystemet give adgang til de nødvendige indsatser.”

## England

No Wrong door indgår som ét af to hovedprincipper (principperne er ikke aldersspecifikke) (Public Health England, 2017:8-9):

- ‘Everyone’s job’
- ‘No Wrong Door’.

Disse to principper foldes ud således (Ibid: 25 – oversættelse til dansk fra Thylstrup et al. 2023a):

“Det er alles ansvar. Dobbeldiagnose er reglen snarere end undtagelsen. Det er et fælles ansvar for både psykiatri og rusmiddelbehandling at arbejde sammen for at imødekomme behovene. Både psykiatri og alkohol- og stofbehandling skal have en No Wrong Door for mennesker med sammenfaldende problemer. Det anbefales, at driften i de forskellige tilbud har fokus på at imødekomme den enkeltes problemer på en måde, der er samarbejdende, effektiv og fleksibel, og som forebygger eksklusion og i stedet tilbyder tilgængelig, medfølelse og ikke-dømmende hjælp og støtte.”

No Wrong Door foldes yderligere ud med disse punkter (Public Health England 2017: 34 – oversættelse til dansk fra Thylstrup et al. 2023a):

“No Wrong Door betyder ikke, at folk skal modtage behandling det første sted, som de henvender sig, men at alle behandlingstilbud skal:

- være proaktive, fleksible, medfølelse og antidiskriminerende i deres tilgang
- Tilbyder hurtig vurdering og videre-henvisning hvis relevant
- tilbyde hurtig svar til akutte fysiske og psykiske helbredsproblemer og sociale problemer, samtidig med at man laver langsigtede planer for behandling og støtte
- Have en konkret person, der kan koordinere behandling og støtte fra flere forskellige instanser, understøttet af klar kommunikation i journaler
- Undersøge sammen med klienten, hvorfor de er stoppet med at bruge indsatser tidligere og lave en

plan for, hvordan man kan bibeholde kontakt”

## USA

I de amerikanske retningslinjer finder vi følgende beskrivelse under overskriften: Making ‘No Wrong Door’ a reality/Gør ‘No Wrong Door’ til virkelighed (SAHMSA 2020: 17, vores oversættelse) (principperne er ikke aldersspecifikke):

“Konsensuspanelet [der har udarbejdet retningslinjerne] anbefaler stærkt en No Wrong Door politik: effektive systemer må sikre, at den individuelle persons behandlingsbehov bliver identificeret og vurderet, og at personen vil modtage behandling, enten direkte eller gennem henvisning, uafhængigt af, hvor vedkommende henvender sig i behandlingssystemet.

Formålet med No Wrong Door er at skabe et behandlingssystem, hvor behandling bliver tilgængelig uafhængigt af, hvor man henvender sig. En person med dobbeldiagnose, der har behov for behandling, kan henvende sig i primærsektoren, til et herberg, til kommunen, til skadestuen eller i det retslige system. Nogle har brug for, at der bliver skabt en ‘rigtig dør’ til dem. For eksempel gennem udgående teams, der kan sikre adgang til behandling for personer, der ikke selv vil op-søge behandling.

En No Wrong Door-tilgang har fem store implikationer for organiseringen af behandling:

1. Vurdering, henvisning og behandling på tværs af steder og sektorer lever op til en No Wrong Door-tilgang.
2. Kreative udgående tiltag anvendes for at opfordre folk til at søge behandling
3. Behandlingstilbud og personale kan ændre mål og indsatser for at sikre engagement hos personer, der er tvivlende i forhold til at gå i behandling
4. Behandlingsplaner er baseret på klienternes behov og afspejler de forandringer, som klienten går igennem i de forskellige stadier af behandling
5. Overordnet set, så skal hjælpesystemet være sømløst, sikre sammenhæng i behandlingen på tværs af forskellige indsatser. Dette er kun muligt ved, at der etableres samarbejde på tværs af instanser, og at der er et tydeligt ønske om at samarbejde”.

# Referencer

- Bassuk et al. (2016): Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review.
- Benjaminsen, L. og Enemark, M.H. (2024): Brug af velfærdssystemet blandt unge med dobbeltdiagnose – en registerbaseret undersøgelse af brug af indsatser og ydelser blandt unge med både en psykisk lidelse og et misbrug, VIVE.
- Buch og Petersen (2015): *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner*, KORA.
- Christensen, M., Pirchert, H., Ravn, E., Schmidt, H., Winther, I.M. (2024): Kom på Forkant med ForkantsDanmark – med en temadag, udarbejdet i samarbejde med UngeAlliancen.
- Danske Regioner (2024): De regionale beskrivelser af Integreteret patientforløb for mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik.
- Evans, E. J. (2019). The No-Wrong-Door Approach: Antidote to Boundaries within the American Welfare State. *Health Soc Work*, 44(1), 8-12.  
<https://doi.org/10.1093/hsw/hly042>.
- Helsedirektoratet (2020): Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024): Aftale om Sundhedsreform 2024.
- Jensen, P. og Roer, V. (2020): Koordinerende indsatsplaner og forløbskoordination, UngeAlliancen.
- Jeppesen og Tekeste (2025): Socialsygepleje til børn og unge. Kap.12 i Holgersen og Lindhardt (red): Sygepleje til børn og unge, Munksgaard.
- Johansen, K. S. (2024). Evaluering af: Socialoverlægefunktionen i Psykiatri og Somatik i Region Hovedstaden og Socialsygeplejerskefunktionen i Region Hovedstadens Psykiatri. Klinisk Forskningsafdeling, Hvidovre Hospital.
- Johansen, K. S., Busch, S., Larsen, J. L. (kommende) How to practice 'no wrong door' in relation to patients with dual diagnosis – examples from social nurses in Denmark.
- Hansen, S.P. og Ry, T. (red) (2024): Hvad ved vi i dag om unge med dobbeltdiagnose – Grønbog #2, UngeAlliancen.
- Hansen, S.P. og Ry, T. (2022): Om unges og forældres møder med hjælpesystemerne, UngeAlliancen.
- Hansen, S.P. og Jensen, P. (red) (2020): Unge med dobbeltdiagnose – artikelsamling, UngeAlliancen.
- Hansen, S.P. og Jensen, P. (red) (2019): Unge med dobbeltdiagnose – Grønbog #1, UngeAlliancen.
- Kirkegaard, S. et al (2022): Ung i Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling – en undersøgelse af tværsektorielt behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose, VIVE.
- Marel, C. et al. (2016): Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings.
- Møller, S.B. et al. (2021): Samarbejde på tværs – en undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik, Region Hovedstadens Psykiatri.
- National Collaborating Centre for Mental Health, (2011): *Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People*.

- Nordentoft, M. (2025): No Wrong Door skal være et grundprincip i Psykiatrien, Kronik i Dagens Medicin, 13. aug. 2025
- Public Health England (2017): Better care for people with co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions – a guide for commissioners and service providers.
- PUR U20 (2023): Psykiatri, Unge og Rusmidler under 20 år – Viden og erfaringer fra et tværsektorielt samarbejde, Unge & Rusmidler, Odense Kommune.
- Reformkommissionen (2021): Erkendte, forsøgt løst, uløst – rapport 1, Finansministeriet.
- Repper & Carter (2011): A review of the literature on peer support in mental health services.
- Ry, T. og Hansen, S.P. (2024): Fundamentet og de 10 principper, UngeAlliancen.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020): Treatment Improvement Protocol 42: Substance Use Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders.
- Slade et al. (2014): Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry.
- Socialstyrelsen (2018): Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige og brug af mentorer med brugerbaggrund i den regionale og kommunale indsats – Slutevaluering
- Socialt Indblik (2024-25): Podcastserien Dobbelt Ramt, udviklet i samarbejde med UngeAlliancen og med støtte fra Helsefonden, <https://www.socialtindblik.dk/tag/dobbelt-ramt/>
- Sundhedsdatastyrelsen (2025): Data leveret til følgegruppe vedr. nyt behandlingstilbud for børn og unge med samtidig rusmiddelproblematik og psykisk lidelse, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2014): Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner.
- Sundhedsstyrelsen (2023): Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.
- Sundhedsstyrelsen (2025): En stærkere psykiatri – en samlet 10-årsplan for psykiatrien.
- Thylstrup, B, Schrøder S, Jobe LB, Johansen, KS. (2023a) Unge og dobbeltdiagnose 1. Rapport om retningslinjer om udredning og behandling uden for Danmark. Psykologisk Institut, Center for Rusmiddelforskning.
- Thylstrup B, Schrøder S, Schepelern Johansen K, Jobe LB (2023b): Unge og dobbeltdiagnose 3. Rapport om udarbejdning og implementering af udenlandske og danske retningslinjer om udredning og behandling. Psykologisk Institut, Center for Rusmiddelforskning.
- UngeAlliancen (2022): Ingen dør må være forkert, når unge med dobbeltdiagnoser søger hjælp, Kronik i Altinget, 8. sept. 2022.
- UngeNetværket (2025a): Vi er blevet kaldt dovne, skældt ud og ignoreret, Kronik i Politiken, 8.marts 2025.
- UngeNetværket (2025b): Mine ar lyser dagen op, Forlaget Socialt Indblik.

