

En tværfaglig udfordring

Undersøgelse af kommunernes indsats
for mennesker med sindslidelse og misbrug



En tværfaglig udfordring - Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug

Marts 2011

Udgivet af Socialt Udviklingscenter SUS

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

Forside: Bjarne Møller

Forord

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

Undersøgelsen er udført ved hjælp af både kvalitative og kvantitative metoder. Der er udsendt spørgeskema til samtlige af landets 98 kommuner. 57 kommuner har udfyldt spørgeskemaet. Herudover har 4 kommuner deltaget i interview.

Socialt Udviklingscenter SUS vil gerne takke alle deltagere i undersøgelsen for at give os adgang til jeres opgørelser, erfaringer og refleksioner på et felt, hvor grænserne ofte er udflydende, og det derfor kan være svært at komme med eksakte opgørelser og generelle overvejelser og refleksioner.

Undersøgelsens resultater og analyser underbygges af en vidensrapport: 'Vidensbase – Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug'.

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

God læselyst!

Indhold

1.1	Baggrund for undersøgelsen	6
1.2	Sammenfatning.....	7
1.2.1	Målgruppen	8
1.2.2	Social støtte	8
1.2.3	Sundhedsfaglig støtte/behandling	9
1.2.4	Økonomisk støtte og beskæftigelse	11
1.2.5	Udfordringer og fremtidig indsats.....	12
2	Målgruppen	14
2.1	Antal borgere med sindslidelse og misbrug	15
3	Oversigt over indsatserne.....	21
4	Social støtte	25
4.1	Støtte i eget hjem	25
4.2	Botilbud.....	26
4.3	Boformer for hjemløse.....	27
4.4	Botilbud for mennesker med sindslidelse og misbrug	28
4.5	Modtager ikke støtte i henhold til serviceloven	30
5	Sundhedsfaglig støtte/behandling	32
5.1	Ambulant behandling for misbrug.....	32
5.2	Døgnbehandling for misbrug	34
5.3	Psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri.....	34
5.4	Psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læge/psykiater	36
5.5	Psykologbehandling	37
5.6	Tilbud målrettet behandling af borgere med sindslidelse og misbrug.....	38
5.7	Modtager ikke behandling for psykisk lidelse	39
5.8	Modtager ikke behandling for alkohol- eller stofmisbrug.....	40
6	Økonomisk støtte og beskæftigelse	43
6.1	Førtidspension	43
6.2	Kontanthjælp	44
6.3	Sygedagpenge	45
6.4	Modtager ikke økonomisk støtte.....	46
6.5	Beskæftigelsesindsatsen	47
6.5.1	Beskæftigelses- eller jobtilbud til målgruppen.....	47
6.5.2	Fleksibilitet i tilbud og arbejdsmarked	48
6.5.3	Motivation: Pisk eller gulerod?	49
7	Udfordringer og fremtidig indsats	50
7.1	Manglen på specifikke tilbud til målgruppen	51
7.2	Samarbejde de forskellige indsatser imellem.....	54
7.2.1	Hvor trykker skoen – internt?.....	56
7.2.2	Hvor trykker skoen – kommune og psykiatri?.....	57
7.2.3	Hvor trykker skoen – kommune og eksterne leverandører?	58
7.3	At motivere borgerne til behandling og fastholde dem i behandling	59
7.4	Øvrige udfordringer og fremtidige indsatsbehov	60
7.4.1	Manglen på særlige tiltag til unge	60

7.4.2	At erstatte misbruget med noget andet i hverdagslivet	61
7.4.3	Uddannelse og supervision	61
7.4.4	Tidlig opsporing af målgruppen.....	62
7.4.5	At give målgruppen intensiv behandling sammen med andre målgrupper	62
7.4.6	Kvalificeret diagnosticering	63
7.4.7	At bevare borgeren i egen bolig.....	63
7.4.8	At finde psykiatere, der vil tage sig af målgruppen.....	63
7.4.9	Manglen på efterbehandling	63
7.4.10	Fleksible og rummelige tilbud	63
8	Metode	65
8.1	Den kvantitative spørgeskemaundersøgelse.....	65
8.1.1	Hvem deltager i spørgeskemaundersøgelsen?	67
8.1.2	Svarenes validitet	69
8.2	Den kvalitative kommuneundersøgelse	71
8.2.1	Interview.....	72
8.2.2	Interviewguide.....	75
9	Bilag 1: De deltagende kommuner i spørgeskemaundersøgelsen.....	76
10	Bilag 2: Spørgsmål om indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug	78
11	Bilag 3: Kvalitativ kommuneundersøgelse – indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug.....	85
12	Bilag 4: Seneste undersøgelser af indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug.	88

1 Undersøgelsens formål, baggrund og konklusioner

I denne rapport formidles resultaterne fra en undersøgelse af danske kommuners indsats over for mennesker med sindslidelse og misbrug. Formålet med undersøgelsen er at få mere viden om kommunernes indsats i dag (2010) samt kommunernes udfordringer og fremtidige indsatsbehov i forhold til mennesker med sindslidelse og misbrug. Derudover tegner undersøgelsen et billede af, hvor stor gruppen af borgere med sindslidelse og misbrug er – set fra kommunernes perspektiv.

1.1 Baggrund for undersøgelsen

Undersøgelsen af kommunernes indsats overfor mennesker med sindslidelse og misbrug tager først og fremmest afsæt i de tre seneste større undersøgelser gennemført på området. Det drejer sig om:

- 'Hvad sker der nu? - En forundersøgelse af indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose' (2009)
- 'Tilbud og behandling til patienter med dobbeltdiagnose i Skandinavien' (2006) (offentliggjort 2008)
- 'Udvikling af døgntilbud til sindslidende med misbrug' (2006)

En gennemgang af de tre undersøgelser findes i bilag 4.

De tre undersøgelser giver tilsammen et bredt billede af feltet omkring mennesker med sindslidelse og misbrug; herunder hvilke specialiserede tilbud, der eksisterer, samt udfordringerne på området. Det er dog væsentligt at understrege, at to af undersøgelserne er udarbejdet *før* Strukturreformen i 2007, hvor organiseringen af indsatserne ændrede sig.

På baggrund af den viden, vi har fra undersøgelserne, vurderes det, at der fremadrettet er følgende behov:

A. Viden omkring:

- Mennesker med sindslidelse og misbrug er primært blevet behandlet ud fra en samlebetegnelse, som dækker over flere forskellige psykiatriske lidelser og typer af misbrug. Der er behov for at kortlægge målgruppen i forhold til:
 - a) Mere specifikke parametre, som for eksempel diagnose og misbrug
 - b) De forskellige undergruppers indsatsbehov.
- Kortlægning af hvilke typer tilbud og metoder, der er mest effektive og hensigtsmæssige.

B. Udvikling af praksis, særligt i forhold til:

- Udbygning af indsatsen, så man i de enkelte kommuner og regioner har effektive vidensbaserede tilbud. Herunder er der behov for udvikling af særlige indsatser for unge med sindslidelse og misbrug, blandet andet ud fra et forebyggelsesperspektiv.

I de nævnte undersøgelser fremgår det blandt andet, at der er få unge under 30 år med sindslidelse og misbrug i de undersøgte danske tilbud sammenlignet med andre lande (for eksempel Norge).

- Udvikling af effektive og hensigtsmæssige koordinerings-/samarbejdsmodeller internt i den enkelte kommune på tværs af myndigheder og sektorer med inddragelse af alle relevante aktører; herunder socialpsykiatri, socialforvaltning, beskæftigelsesindsats, misbrugsbehandling, pårørende med flere. Samtidig er det afgørende at udvikle hensigtsmæssige koordinerings-/samarbejdsmodeller mellem kommunale og regionale tilbud; herunder behandlings- og socialpsykiatri og misbrugsbehandling samt Kriminalforsorgen.

Nærværende projekt fokuserer på videnselementet med henblik på at kvalificere den fremtidige udvikling af indsatsen på området. Udover at trække på viden fra ovennævnte tre undersøgelser inddrager nærværende kommuneundersøgelse også viden fra den 'Vidensbase om indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug', som Socialt Udviklingscenter SUS har udarbejdet via et dybdegående litteraturstudie, der er udført sideløbende med udarbejdelsen af kommuneundersøgelsen.

1.2 Sammenfatning

Undersøgelsens konklusioner er baseret på en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse udsendt til alle landets kommuner og besvaret af 57 kommuner. Desuden har relevante ledere og medarbejdere fra fire kommuner og deres anvendte tilbud til mennesker med sindslidelse og misbrug deltaget i kvalitative interview.

Både den kvantitative og den kvalitative del af undersøgelsen har fokuseret på kommunernes oplevelser af:

- Målgruppen – hvor mange borgere med sindslidelse og misbrug er der i den enkelte kommune og hvilke udviklingstendenser ser ledere og medarbejdere?
- Borgere med sindslidelse og misbrug i eksisterende tilbud i forhold til:
 - Social støtte

- Sundhedsfaglig støtte/behandling
- Økonomisk støtte og beskæftigelse.
- Udfordringer i indsatsen og udviklingsbehov.

Her følger undersøgelsens overordnede konklusioner.

1.2.1 Målgruppen

Kommunerne har i spørgeskemaundersøgelsen givet et skøn over, hvor mange af deres borgere der har både sindslidelse og misbrug. Det viser, at der ifølge kommunerne er gennemsnitligt 278 borgere med sindslidelse og misbrug i hver kommune. Det svarer til 0,4 % af det gennemsnitlige indbyggertal i de deltagende kommuner og giver et estimat på 22.000 borgere med sindslidelse og misbrug på landsplan.

I forhold til andre undersøgelser af målgruppens størrelse er det væsentligt at have sig for øje, at de forskellige opgørelser og estimater af målgruppens størrelse baserer sig på vidt forskellige grundlag og metoder fra undersøgelse til undersøgelse. Nærværende undersøgelse supplerer øvrige undersøgelser af målgruppens størrelse ved at estimere størrelsen set med udgangspunkt i kommunernes oplevelse af målgruppens størrelse.

Undersøgelsen viser, at kommunerne oplever flest borgere med 'lettere' psykiske lidelser, såsom depression, personlighedsforstyrrelse, følelsesmæssige forstyrrelser og misbrug af alkohol og/eller narkotika.

I den kvalitative del af undersøgelsen vurderer kommunerne, at der er sket en stigning i antallet af unge med sindslidelse og misbrug i løbet af de senere år. Det vurderes ikke, at målgruppen samlet set er blevet større, men at der er kommet større fokus på området og at kommunerne dermed har fået kendskab til flere unge borgere med sindslidelse og misbrug.

1.2.2 Social støtte

Størstedelen af de borgere med sindslidelse og misbrug, som er i kontakt med kommunen, modtager ifølge kommunerne en eller anden form for social støtte, mens 14 % *ikke* modtager støtte i henhold til Serviceloven. De små kommuner og kommuner med små andele af borgere med sindslidelse og misbrug har forholdsvis flere borgere fra målgruppen, der *ikke* modtager social støtte end de større kommuner og kommuner med større andele. Blandt de forskellige former for social støtte findes, at:

- Lidt mere end halvdelen af borgerne med sindslidelse og misbrug modtager støtte i eget hjem. Det gælder næsten 2/3 af borgere med svære psykiske lidelser og alkohol- eller stofmisbrug og ca. halvdelen af borgere med 'lettere' psykiske lidelser og alko-

hol- eller stofmisbrug. Desuden behandles borgere med alkoholmisbrug oftere i eget hjem end borgere med stofmisbrug uanset graden af den psykiske lidelse. De små og mellemstore kommuner giver oftere støtte i eget hjem til borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug end de større kommuner, ligesom kommuner med en lille andel af borgere med sindslidelse og misbrug generelt oftere giver støtte i eget hjem end kommuner med større andele.

- 15 % af borgerne med sindslidelse og misbrug skønnes at bo i botilbud (efter §§ 107-108 i Serviceloven). Særligt borgere med svære psykiske lidelser og misbrug bor i denne type botilbud. Desuden er det oftere de store kommuner end de små kommuner, der benytter sig af botilbud under §§ 107-108 i Serviceloven. Flere kommuner udtrykker behov for at kunne tilbyde målgruppen flere bofællesskaber/botilbud, da denne form for tilbud forbedrer borgernes samlede sociale og sundhedsmæssige situation væsentligt.
- Kommunerne skønner, at især borgere med svære psykiske lidelser bor i boformer for hjemløse efter Servicelovens § 110 (Gennemsnitligt gælder det for 7-8 % af denne type borgere i hver kommune). Hvorimod borgere med lettere psykiske lidelser og misbrug i lidt mindre grad bor i hjemløseboformer (5-6 %). Men sammenlagt er det altså ikke mere end 7 % af borgerne med sindslidelse og misbrug, der skønnes at benytte sig af boformer for hjemløse.
- Primært borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug skønnes at bo i botilbud særligt målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug. I gennemsnit skønner kommunerne, at 8 % af alle borgerne med sindslidelse og misbrug bor i sådanne botilbud målrettet målgruppen. Kommunernes størrelse har signifikant betydning i forhold til brugen af botilbud særligt målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug. De store kommuner har lidt større andele med svære psykiske lidelser og stofmisbrug i disse botilbud end de mindre kommuner. Den integrerede indsats kan siges at være et storbyfænomen, idet 69 % af de små kommuner slet ikke har borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug i botilbud særligt målrettet dem. Til sammenligning gælder det samme for 24 % af de mellemstore og 14 % af de store kommuner.

1.2.3 Sundhedsfaglig støtte/behandling

Den sundhedsfaglige støtte/behandling henviser til misbrugsbehandling og behandling for den psykiske lidelse. Her viser undersøgelsen, at:

- Gennemsnitligt 39 % af borgerne med sindslidelse og misbrug er i ambulans behandling for alkohol- eller stofmisbrug. I den forbindelse har typen af sindslidelsen og misbruget ikke den store betydning. Det er kun små kommuner og kommuner med små

andele af borgere med sindslidelse og misbrug, der slet ikke har borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug i ambulant misbrugsbehandling.

- Det er gennemsnitligt kun 6 % af alle borgere med sindslidelse og misbrug, der er i døgnbehandling for alkohol- eller stofmisbrug. Der er en lille smule flere borgere med stofmisbrug end med alkoholmisbrug i døgnmisbrugsbehandling. De små kommuner og kommuner med en lille andel af borgere med sindslidelse og misbrug har oftere slet ikke borgere fra målgruppen i døgnmisbrugsbehandling.
- Sammenlagt er gennemsnitligt 37 % af borgerne med sindslidelse og misbrug i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri. Der er næsten dobbelt så mange borgere med svære psykiske lidelser som med lettere psykiske lidelser i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri. Små kommuner og kommuner med små andele af borgere med sindslidelse og misbrug har færre borgere i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri end de større kommuner og kommuner med større andele borgere med sindslidelse og misbrug. I øvrigt beskrives samarbejdet med den regionale psykiatri som svært. Kommunerne ønsker at lave langsigtede integrerede løsninger, men oplever at det er vanskeligt for hospitalsvæsenet.
- I gennemsnit er 19 % af borgerne med sindslidelse og misbrug i psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læger eller psykiatere. Men mange kommuner har ikke viden nok til at kunne svare på spørgsmålet. Det skønnes, at en smule flere borgere med lettere psykiske lidelser end med svære psykiske lidelser er i psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læge eller psykiater.
- Kommunerne har heller ikke megen viden om, hvorvidt borgerne med sindslidelse og misbrug er i psykologbehandling. Det skønnes at være i gennemsnit 3 % af hele gruppen, hvoraf borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug menes at udgøre den største del.
- I gennemsnit skønnes det, at 6 % af alle borgere med sindslidelse og misbrug modtager integreret behandling fra tilbud målrettet behandling af borgere med sindslidelse og misbrug såsom opsøgende psykoseteam. Det er dog tydeligvis især borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug, der modtager behandling målrettet dobbeltproblematikken. Andelen af borgere, der modtager integreret behandling, stiger proportionelt med størrelsen af den enkelte kommune, ligesom kommuner med store andele af borgere med sindslidelse og misbrug oftere benytter sig af den integrerede behandling end kommuner med mindre andele.
- Gennemsnitligt 28 % af alle borgere med sindslidelse og misbrug skønnes *ikke* at modtage behandling for deres psykiske lidelse, mens 33 % skønnes *ikke* at modtage behandling for deres misbrug. Det er især borgere med lettere psykiske lidelser og

stofmisbrug, der ikke får behandling for deres psykiske lidelse. Derimod er der ikke de store forskelle afhængigt af typen af sindslidelse og misbrug, hvad angår manglende misbrugsbehandling. Der er desuden en stærk sammenhæng mellem de to forhold, så det er de samme kommuner, der mangler behandling for såvel psykisk lidelse som for misbrug samt social støtte. Med andre ord ser det ikke ud til at handle om, at man kun har fokus på den ene af problematikkerne, men at man enten vælger at behandle begge dele eller undlader at behandle begge problematikker. Dette gælder for alle typer af sindslidelse og misbrug uafhængigt af kommunestørrelsen.

1.2.4 Økonomisk støtte og beskæftigelse

Den økonomiske støtte er karakteriseret som henholdsvis førtidspension, kontanthjælp og sygedagpenge. Beskæftigelsesindsatsen knytter sig til de tilbud, der følger med en økonomisk støtte. Undersøgelsen tegner følgende billede af den økonomiske støtte og beskæftigelsesindsatsen over for borgere med sindslidelse og misbrug:

- Det skønnes, at gennemsnitligt 53 % af borgerne med sindslidelse og misbrug i en kommune modtager førtidspension – og særligt gruppen af borgere med misbrug og svære psykiske lidelser. Mens de små og mellemstore kommuner enten giver førtidspension til så godt som ingen eller stort set alle borgere med sindslidelse og misbrug, giver de store kommuner og hovedstadskommunen førtidspension til 30-50 % af målgruppen.
- 25 % af borgerne med sindslidelse og misbrug modtager kontanthjælp; herunder særligt borgere med stof- eller alkoholmisbrug og lettere psykiske lidelser. Kommunerne i regionerne Sjælland og Syddanmark giver oftere kontanthjælp til målgruppen end kommunerne i de øvrige regioner. Det er især de store kommuner samt hovedstadskommunen, der giver kontanthjælp til borgere med misbrug og svære psykiske lidelser.
- Kun 5 % af borgerne med sindslidelse og misbrug modtager sygedagpenge. Den lille del på sygedagpenge kan skyldes, at borgere med sindslidelse og misbrug sjældent lever op til de krav, der stilles som forudsætning for at modtage sygedagpenge. I øvrigt er sygedagpenge til borgere med svære psykiske lidelser og alkohol- eller stofmisbrug et fænomen, der kun hører de små og mellemstore kommuner til.
- 4 % af borgerne med sindslidelse og misbrug modtager slet ikke økonomisk støtte fra kommunen. Det er mest i de små og mellemstore kommuner samt i kommuner med små andele af borgere med sindslidelse og misbrug, at målgruppen ikke modtager økonomisk støtte. Ifølge kommunerne er det de færreste borgere (kun 0,4 %) med svære psykiske lidelser og alkoholmisbrug, der ikke modtager økonomisk støtte. Fra de øvrige grupper med henholdsvis svære psykiske lidelser og stofmisbrug samt let-

tere psykiske lidelser og alkohol- eller stofmisbrug vurderer kommunerne, at 4 – 6 % ikke modtager økonomisk støtte.

- På den baggrund kan det konkluderes, at undersøgelsen omhandler de borgere med sindslidelse og misbrug, som er kendt i kommunerne blandt andet i kraft af, at de modtager en eller anden form for overførselsindkomst.
- Ifølge de kvalitative interview bærer beskæftigelsesindsatsen generelt præg af, at der ikke findes de rette fleksible og rummelige beskæftigelses- eller jobtilbud til borgerne. Få tilbud og arbejdspladser er reelt i stand til at rumme både sindslidelse og misbrug. Det skyldes ifølge informanterne blandt andet, at der stilles urealistiske krav om, at borgerne ikke må møde påvirkede op. Samtidig er nogle borgere for langt fra beskæftigelse til at modtage et beskæftigelsestilbud. Andre borgere er for dårligt fungerende til et reelt jobtilbud, men trives heller ikke med traditionelle aktiverings-tilbud, som for nogle borgere kan virke intetsigende.
- Rummelige beskæftigelsestilbud og rummelige arbejdsgivere efterspørges. Og så er motivationsarbejde et nøgleord i beskæftigelsesindsatsen. Et ord, der ifølge flere ledere og medarbejdere ikke må forveksles med økonomiske sanktioner over for borgeren.

1.2.5 Udfordringer og fremtidig indsats

De deltagende kommuner har i spørgeskemaundersøgelsen og interview peget på de største udfordringer i indsatsen over for borgere med sindslidelse og misbrug set fra kommunernes perspektiv. Overordnet set nævnes følgende udfordringer og fremtidige indsatsbehov:

At møde borgeren med et helhedssyn. Her savner særligt små kommuner integrerede tilbud til mennesker med sindslidelse og misbrug eller flere pladser i eksisterende tilbud. Omvendt har flere store kommuner integrerede tilbud, men savner bedre samarbejde mellem de forskellige instanser involveret i borgerens sags- og behandlingsforløb. For eksempel mellem Jobcenter, social- og distriktpsychiatri. Såvel små som store kommuner efterlyser en helhedsorienteret indsats med udgangspunkt i borgerens behov. Som forslag til konkrete indsatser nævnes:

- Flere tilbud målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug.
- Forbedret samarbejde ved hjælp af bedre brug af handleplaner.
- Oprettelse af et fast kontaktpersonsystem, hvor én kontaktperson følger borgeren gennem hele systemet.

At motivere og fastholde målgruppen i behandling. Her oplever både små og store kommuner, at borgere i målgruppen mangler sygdomserkendelse og ofte er uærlige omkring deres

misbrug. Derfor er det svært at motivere og fastholde borgeren i behandlingsforløb. Konkrete forslag til den fremtidige indsats er:

- En forbedring af præsentationen af de enkelte tilbud – det vil sige at 'servere' tilbudene, så de lyder mere attraktive for borgerne.
- Flere opsøgende tilbud.
- Flere sanktionsmuligheder.
- Flere rare miljøer for målgruppen.

Tidlig opsporing og behandling. Både små og store kommuner efterlyser tilbud, som har fokus på at give unge med sindslidelse og misbrug en aktiv hverdag. Som konkrete idéer til den fremtidige indsats foreslår kommunerne:

- At der oprettes særlige tilbud til unge med sindslidelse og misbrug.
- At der laves mere opsøgende arbejde.

Desuden peger kommunerne på følgende udfordringer og behov i indsatsen over for mennesker med sindslidelse og misbrug:

- Der er behov for at fokusere på kompetencer i indsatsen og eventuelt en opkvalificering af relevante faggrupper.
- Der savnes klare diagnoser af målgruppen. Nogle borgere har ikke en diagnose eller har en uklar diagnose.
- Det kan være en udfordring at behandle mennesker med sindslidelse og misbrug mere intensivt end andre borgere i samme tilbud.
- Der er behov for tilbud, som handler om opfølgning og efterbehandling – også for borgere, der har haft positive resultater af behandlingsforløb og dermed skal støttes i at undgå tilbagefald.
- Det kan være en udfordring at fastholde borgeren i eget hjem. Udfordringen bliver særlig relevant i de kommuner, der mangler botilbud til målgruppen.

2 Målgruppen

De skønnede overblik viser, at andelen af borgere med sindslidelse og misbrug samlet set udgør 0,4 % af det gennemsnitlige indbyggertal for de deltagende kommuner. På baggrund af denne gennemsnitlige andel er der, på landsplan, estimeret 22.000 borgere med sindslidelse og misbrug. Blandt disse er der en overvægt af borgere med 'lettere' psykiske lidelser såsom depression, personlighedsforstyrrelse, følelsesmæssige forstyrrelser og misbrug af alkohol og/eller narkotika. Kommunerne føler desuden, at der er kommet flere unge med sindslidelse og misbrug. Det vurderes ikke, at målgruppen samlet set er blevet større, men at der er kommet større fokus på problematikken.

I undersøgelsen har målgruppen været opdelt efter typen af misbrug og sindslidelse. Det har været kommunernes egen vurdering, hvor de enkelte borgere skulle placeres i forhold til følgende opdeling¹:

Målgruppe A:

Borgere med svære psykiske lidelser som skizofreni og andre psykotiske tilstande samt et skadeligt brug af narkotika (illegale stoffer som for eksempel heroin, kokain, amfetamin, hash og khat) og eventuelt også alkoholmisbrug.

Målgruppe B:

Borgere med svære psykiske lidelser som skizofreni og andre psykotiske lidelser samt alkoholmisbrug. Borgere med et samtidigt skadeligt brug af narkotika tæller ikke med i denne målgruppe.

Målgruppe C:

Borgere med 'lettere' psykiske lidelser såsom depression, personlighedsforstyrrelse og følelsesmæssige forstyrrelser samt et skadeligt brug af narkotika (illegale stoffer som for eksempel heroin, kokain, hash og khat).

Målgruppe D:

Borgere med 'lettere' psykiske lidelser såsom depression, personlighedsforstyrrelse og følelsesmæssige forstyrrelser samt et skadeligt brug af alkohol. Borgere med narkotikamisbrug er ikke talt med her.

¹ National Association of State Mental Health Program Directors/National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors. The new conceptual framework for co-occurring mental health and substance use disorders. Washington, DC. NASMHPD/NASADAD 1998. Se også 'Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug' (s. 12), Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

Med baggrund i den viden, der findes i forskningen, kan målgruppeinddelingen læses som en form for graduering, idet erfaringen viser, at mennesker med skizofreni og stofmisbrug (målgruppe A) er de mest belastede af deres sindslidelse og misbrug. Stofmisbrug giver i sig selv en større belastning end alkoholmisbrug i forhold til loven og social status i samfundet, og svære psykiske lidelser er selvsagt sværere at behandle og håndtere end lettere psykiske lidelser. Det skal dog også påpeges, at der i høj grad mangler forskning om især forholdet mellem *alkohol*misbrug og psykisk lidelse, da der i dag er mere fokus på stofmisbrug og psykisk lidelse i forskningssammenhæng².

2.1 Antal borgere med sindslidelse og misbrug

Af tabellen nedenfor fremgår kommunernes besvarelser angående antallet af borgere med sindslidelse og misbrug. I yderste højre kolonne ses, at det faktisk er ganske få kommuner (2-5), der ikke har kunnet give et skønnet overblik over det samlede antal af borgere med sindslidelse og misbrug.

Tabellen viser, at kommunerne gennemsnitligt har flest borgere fra målgruppe D, som dækker over borgere med 'lettere' psykiske lidelser og et skadeligt brug af alkohol. Her har hver kommune i gennemsnit 102 borgere af den type. Men antallet spænder lige fra 0 til 1973 borgere fra målgruppe D i hver enkelt kommune.

Den næststørste gruppe borgere med sindslidelse og misbrug udgøres af målgruppe C, som er borgere med 'lettere' psykiske lidelser og skadeligt brug af narkotika og eventuelt også af alkoholmisbrug. Borgere med den type sindslidelse og misbrug udgør i gennemsnit 88 af kommunernes indbyggere, mens tallet spænder fra 0 til 1433 for hver enkelt kommune.

I en lille kommune vurderer en interviewet sagsbehandler, at det er et genkendeligt billede, at den største gruppe er borgere med 'lettere' psykiske lidelser, der har et skadeligt brug af narkotika og/eller alkoholmisbrug. Det vurderes her, at der primært er tale om mennesker med personlighedsforstyrrelser. I en mellemstor kommune bekræftes dette billede og uddybes med, at kommunen har flest tilbud til målgruppe C.

Der er i gennemsnit 45 borgere i hver kommune fra målgruppe B, som har svære psykiske lidelser (skizofreni og andre psykotiske tilstande) og et skadeligt brug af alkohol. Her spænder tallet fra 0 til 1039 fra kommune til kommune.

² Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 13-14). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

Endelig har hver kommune gennemsnitligt 43 borgere fra målgruppe A, som har svære psykiske lidelser og et skadeligt brug af narkotika samt eventuelt også et alkoholmisbrug. Her varierer tallet mellem 0 og 965 fra kommune til kommune:

Skønsmæssigt antal borgere med sindslidelse og misbrug	Gennemsnitligt antal pr. kommune	Minimum og maksimum antal	Antal ubesvarede
Målgruppe A	43,17	0-965	3
Målgruppe B	44,69	0-1039	5
Målgruppe C	88,42	0-1433	2
Målgruppe D	101,54	0-1973	3
Gennemsnitligt antal borgere med sindslidelse og misbrug sammenlagt	277,82		

Lægges de fire målgrupper sammen, ses at hver enkelt kommune i gennemsnit skønnes at have 278 borgere med en eller anden kombination af sindslidelse og misbrug. Det udgør 0,4 % af det gennemsnitlige indbyggertal for de deltagende kommuner. På baggrund af dette er det muligt at estimere, at antallet af borgere med sindslidelse og misbrug, som er kendt i kommunerne, på landsplan er ca. 22.000 ved at tage 0,4 % af det samlede befolkningstal i Danmark, som lå på 5.519.441 i første kvartal af 2010 (Jvf. Danmarks Statistik).

Der findes desværre ikke andre lignende målinger i Danmark³, der fuldstændigt kan af- eller bekræfte ovenstående tals sikkerhed. Og misbrugsmønstre er typisk flukturerende og vanskelige at måle. I dansk sammenhæng er der dog udarbejdet to større undersøgelser af populationen. Undersøgelsesernes hovedresultater i forhold til størrelsen på de fire målgrupper præsenteres nedenfor.

Målgruppe	I Danmark (på baggrund af Flensborg-Madsens undersøgelse)	Indlagt i løbet af et år på psykiatrisk hospital/ambulant behandling (På baggrund af Amtsrådsforningens registerundersøgelse).
A (svær sindslidelse og stofmisbrug/blandingsmisbrug)	?	Ca. 1.830 personer
B (svær sindslidelse og alkoholmisbrug)	Ca. 15.000 personer på landsplan	Ca. 1.170 personer

³ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 20). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

C (let sindslidelse og stofmisbrug/blandingsmisbrug)	?	Min. 1.660 personer**
D (let sindslidelse og alkoholmisbrug)	Min. 75.000 personer/landsplan*	Min. 2.190 personer**
<i>Note: * Kun ICD10-koderne F30-F34 & F38, F40-F43, F60 & F11-F19. ** Kun ICD10-koderne: F30-F39 og F60-F69.</i>		

Udenlandske målinger af målgruppens størrelse varierer afhængigt af, om målingen foretages blandt befolkningen eller med udgangspunkt i tilbud til mennesker med sindslidelse og/eller misbrug. Men en undersøgelse i Norge viste, at borgere med sindslidelse og misbrug udgjorde ca. 0,5 % af befolkningen i 2000⁴, hvilket jo stemmer fuldstændig overens med tallet fra nærværende danske undersøgelse.

Konkluderende skal det således fremhæves, at forskellige opgørelser og estimater af målgruppens størrelse baserer sig på vidt forskellige grundlag og metoder. Nærværende undersøgelse supplerer øvrige undersøgelser af målgruppens størrelse ved at estimere målgruppens omfang set med udgangspunkt i kommunernes oplevelse af målgruppens størrelse.

2.1.1 Målgruppens andel i forhold til kommunernes indbyggertal

Procentdelen af borgere med sindslidelse og misbrug svinger fra 0,02 % til 2,53 % af det samlede indbyggertal i kommunerne. Men som tabellen nedenfor viser, har langt størstedelen (84 %) af kommunerne mindre end 0,5 % borgere med misbrug og sindslidelse:

Målgruppens andel i forhold til kommunernes samlede indbyggertal	Procentdel og antal af kommunerne
Målgruppen udgør 0 – 0,5 %	84,2 % (48)
Målgruppen udgør 0,6 – 1 %	5,3 % (3)
Målgruppen udgør 1,01 – 1,5 %	7,0 % (4)
Målgruppen udgør mere end 1,5 %	3,5 % (2)

Hverken kommunernes størrelse eller regionerne har signifikant betydning for, hvor stor en andel målgruppen udgør af folketallet i kommunen i alt, alligevel har vi valgt at vise fordelingen i forhold til de forskellige kommunetyper for at vise, hvor ens den er:

⁴ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 21). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

Kommunetyper i forhold til målgruppens størrelse	Målgruppen udgør 0 – 0,5 %	Målgruppen udgør 0,6 – 1 %	Målgruppen udgør 1,01 – 1,5 %	Målgruppen udgør mere end 1,5 %	Total (100 %)
Små kommuner	81,8 % (18)	4,5 % (1)	9,1 % (2)	4,5 % (1)	22
Mellemstore kommuner	86,4 % (19)	4,5 % (1)	4,5 % (1)	4,5 % (1)	22
Store kommuner	91,7 % (11)	8,3 % (1)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	12
Hovedstaden	0,0 % (0)	0,0 % (0)	100,0 % (1)	0,0 % (0)	1

Chi² = 0,082. Gamma = 0,844.

Variansen kommunerne imellem kunne til gengæld være udtryk for måden at opføre/opfatte gruppen af borgere med sindslidelse og misbrug på (en problemstilling, der også blev belyst i undersøgelsen 'Hvad sker der nu?' fra 2009), af borgernes socioøkonomiske baggrund og af antallet og typen af behandlingstilbud i kommunerne. Eksempelvis har Gladsaxe Kommune den største andel (2,53 %) af borgere med sindslidelse og misbrug i hele landet, mens Greve Kommune har den mindste andel (0,02 %). Dette skyldes primært måden, de to kommuner har opgjort målgruppen på. I Gladsaxe kommune er der foretaget et skøn af målgruppens størrelse dels ud fra de borgere, kommunen har kendskab til, og dels ud fra kommunens sundhedsprofil. I Greve kommune er den angivne målgruppe de borgere, som kommunen har kendskab til i henholdsvis socialpsykiatrien og på misbrugsområdet.

Københavns Kommune alene skønner at have 5.410 borgere med sindslidelse og misbrug i alt, og for hver af de fire målgrupper er det den kommune, der har det maksimale antal borgere. De øvrige kommuner nærmer sig slet ikke hovedstadens tal. Alligevel udgør målgruppen med 1 % ikke en større andel af det samlede antal borgere i København end i en del af de andre kommuner. Hovedstaden skiller sig heller ikke bemærkelsesværdigt ud fra de andre store danske kommuner i de følgende analyser om indsatserne overfor borgere med sindslidelse og misbrug.

2.1.2 Udviklingen i målgruppens størrelse

En sagsbehandler fra en lille kommune vurderer under interview, at der er flere borgere med sindslidelse og misbrug, end de umiddelbart tror og tager højde for i forbindelse med tilrettelæggelsen af tilbud til målgruppen. Det er typisk sindslidelsen, som kommunen har kendskab til, men ifølge sagsbehandleren er der mange, hvor der er et formodet misbrug. I tilret-

telæggelsen af tilbud til de pågældende borgere tages der udgangspunkt i sindslidelsen og ikke i dobbeltproblematikken.

Forskningen viser ligeledes⁵, at klassificeringen og diagnosticeringen af mennesker med sindslidelse og misbrug er en væsentlig udfordring. Der er uenighed om, hvorvidt der er behov for mere præcise diagnostiske metoder, eller om diagnoser er med til at stigmatisere og ekskludere mennesker med sindslidelse og misbrug. Førstnævnte synspunkt findes primært i det psykiatriske system, hvor diagnoser er et væsentligt arbejdsredskab, mens sidstnævnte synspunkt findes i det sociale hjælpesystem, hvor diagnoser opfattes som begrænsende i synet på den enkelte borger.

I de kvalitative interview vurderes det ligeledes, at der ikke umiddelbart er kommet flere borgere med sindslidelse og misbrug, men at kommunen alligevel har kontakt til flere. En medarbejder i en stor kommune har følgende kommentar til dette:

”Det er nok lige så meget fokus på dobbeltdiagnoser, der gør, at vi har kontakt med flere end før og ikke nødvendigvis, fordi der er flere end før”.

Hos en ekstern leverandør, der yder alkoholbehandling, opleves ligeledes en stigning i henvendelsesfrekvensen, hvilket forklares på følgende måde:

”- Formentlig at der har været øget fokus på alkoholforbruget i medierne og fra Sundhedsstyrelsens side”.

De interviewede medarbejdere oplever dog, at borgerne med sindslidelse og misbrug har andre problemstillinger end for 10 år siden. Der opleves generelt en stigning af unge 18-25-årige med misbrug af hash, alkohol og kokain/blandingsmisbrug. I en lille kommune peges der specifikt på et markant større misbrug af benzodiazepiner. I det kvalitative interview med en stor kommune gives der udtryk for, at de ser flere unge med personlighedsforstyrrelse, der begynder at selvmedicinere sig. Der er typisk tale om piger med borderline og drenge med udadreagerende adfærd.

En medarbejder i en lille kommune karakteriserer det på følgende måde:

”Der er flere unge i dag, og gruppen af unge, vi har, bliver mere og mere dårligt fungerende i forhold til for fem år siden. Der er rigtig mange kaotiske forløb – ved ikke hvorfor. Måske fanger vi flere, måske er der reelt set flere. Vi oplever også en voldsom stigning af borgere med ADHD. De er meget misbrugende og dårligt fungerende”.

⁵ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 12). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

I en mellemstor kommune peger medarbejderne ligeledes på en stigning af borgere med ADHD. En medarbejder fra misbrugsområdet i den pågældende kommune oplever, at der de senere år har været en stigning af voksne, der får ADHD diagnose. Når borgerne bliver medicineret for ADHD, mindskes deres misbrug sideløbende. Litteraturstudiet⁶ dokumenterer, at der generelt er kommet mere fokus på sammenhængen mellem ADHD og misbrug i både behandlingen og forskningen end tidligere, hvorfor stigningen ikke nødvendigvis er reel, men måske i lige høj grad skyldes en øget opmærksomhed.

At der er flere unge med sindslidelse og misbrug er en tendens, der også viste sig i undersøgelsen "Hvad sker der nu" fra 2009 (jf. bilag 4) samt i flere internationale studier⁷. Særligt for de unge med sindslidelse og misbrug gælder, at de typisk også oplever en række yderligere sociale problemer såsom kriminalitet og hjemløshed. Forskningen understreger derfor et behov for en integreret eller koordineret indsats over for unge med sindslidelse og misbrug.

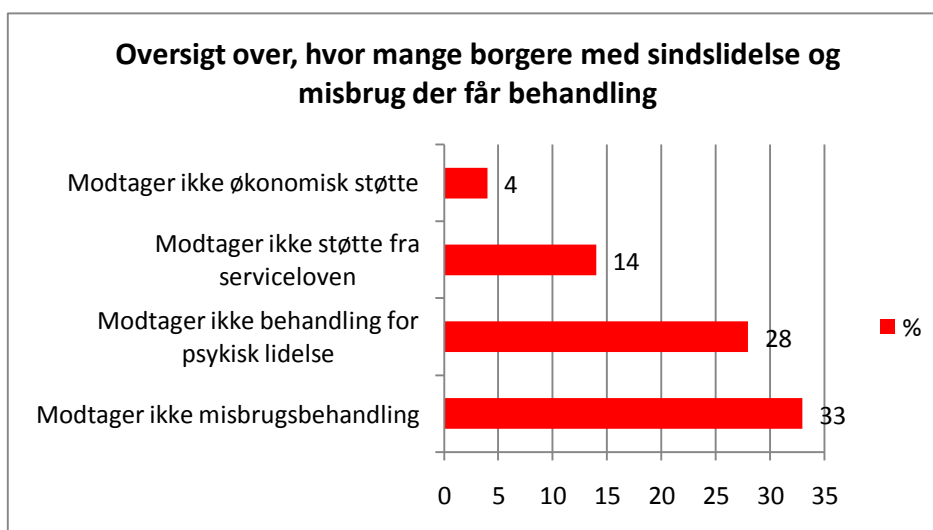
⁶ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 17). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

⁷ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

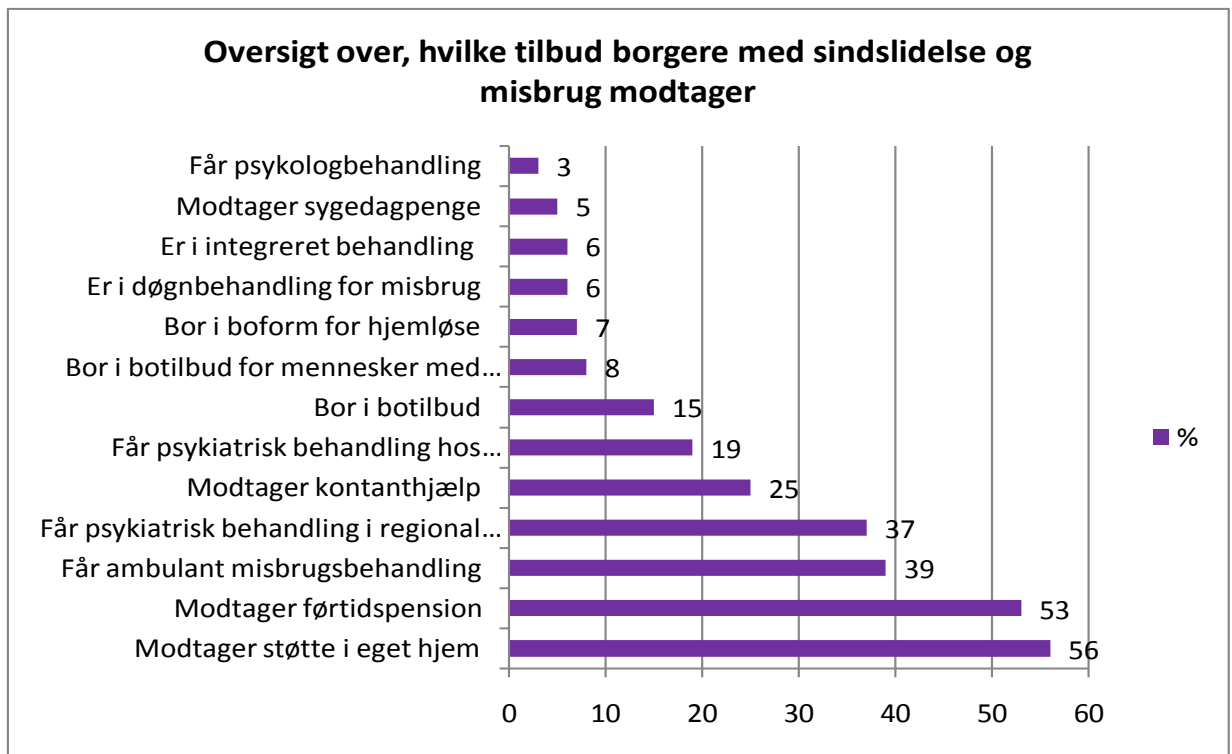
3 Oversigt over indsatserne

Før den mere detaljerede gennemgang af henholdsvis den sociale, den sundhedsfaglige og den økonomiske støtte til mennesker med sindslidelse og misbrug gives her et samlet overblik over de mange forskellige tilbud samt over, hvor mange fra målgruppen der modtager hvert enkelt tilbud.

Den første graf viser, at mens borgere med sindslidelse og misbrug næsten alle modtager økonomisk støtte fra kommunen, er det 1/3, der slet ikke modtager behandling for deres misbrug, og 28 % der ikke modtager behandling for deres psykiske lidelse. Desuden ses, at gennemsnitligt 14 % af målgruppen ikke menes at modtage social støtte i henhold til serviceloven. Med andre ord gives der mere økonomisk og social støtte end sundhedsfaglig støtte. Det er tankevækkende i betragtning af, at de sociale og økonomiske problemer ofte betragtes som følgevirkninger af sindslidelsen og misbruget:



Den næste oversigt angår de tilbud, som borgere med sindslidelse og misbrug gennemsnitligt skønnes at modtage ifølge kommunerne. Den tydeliggør, at førtidspension er den mest udbredte form for økonomisk støtte, men også den mest udbredte form for støtte generelt. Dernæst kommer den sociale støtte i eget hjem og ambulante misbrugsbehandling samt psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri:



- Derimod er det ganske få borgere med sindslidelse og misbrug, der modtager integreret behandling med fokus på både den psykiske lidelse og misbruget.

Endelig gives der nedenfor en deskriptiv oversigt over kommunetypernes betydning for indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug:

Tilbud i forhold til kommunetyper	Små kommuner	Mellemstore kommuner	Store kommuner	Hovedstaden
Modtager ikke social støtte efter serviceloven	Her er det de små kommuner, der skiller sig ud fra de større kommuner ved oftere at have forholdsvis mange med svære psykiske lidelser og misbrug, som ikke modtager støtte i henhold til serviceloven.			
Støtte i eget hjem	Især de små og mellemstore kommuner giver støtte i eget hjem til borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug. 41 % af de små og 25 % af de mellemstore kommuner giver støtte i eget hjem til samtlige af deres borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug.		8 % af de store kommuner giver støtte i eget hjem til samtlige af deres borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug.	

Botilbud	Det er oftere de større end de små kommuner, der har borgere med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug i botilbud. 77 % af de små kommuner har slet ikke borgere med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug i botilbud.	- Det samme gælder for 47 % af de mellemstore kommuner.	- og for 33 % af de store kommuner.	Københavns Kommune har 5 % af borgerne med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug i botilbud.
Boformer for hjemløse	De små kommuner har slet ikke borgere fra målgruppe A og B i boformer for hjemløse.	Derimod benytter de mellemstore kommuner denne form for tilbud mere i forhold til målgruppen.	Har slet ikke borgere fra målgruppe A og B i boformer for hjemløse.	Hovedstaden skiller sig ikke markant ud fra de andre typer kommuner.
Botilbud for mennesker med sindslidelse og misbrug	Specifikt for målgruppe A gælder, at de store kommuner har flere borgere i botilbud målrettet dem end de mindre. 69 % af de små kommuner har slet ikke borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug i botilbud målrettet dem.	Det samme gælder for 24 % af de mellemstore kommuner. Ved målgruppe B og D er det dog de mellemstore kommuner, der benytter sig mest af denne form for integreret behandling,	Kun 14 % af de store kommuner har slet ikke borgere fra målgruppe A i integrerede botilbud. Dette tyder på, at den integrerede indsats er et storbyfænomen.	Københavns Kommune kan ikke siges at skille sig markant ud ved at benytte sig mere af denne støtteform end andre kommuner.
Modtager ikke behandling for psykisk lidelse	Kommunetypen påvirker ikke antallet af borgere med sindslidelse og misbrug, der ikke modtager behandling for deres psykiske lidelse.			
Modtager ikke misbrugsbehandling	Kommunetypen påvirker ikke antallet af borgere med sindslidelse og misbrug, der ikke modtager misbrugsbehandling.			
Ambulant misbrugsbehandling	Den ambulante misbrugsbehandling er mere anvendt i storbyerne end i de mindre byer i forhold til målgruppen. Ca. 22 % af de små og mellemstore kommuner har slet ikke nogen borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug i ambulant misbrugsbehandling.		De store kommuner har imellem 4 og 94 % af målgruppe A i ambulant behandling.	40 % af hovedstadens borgere fra målgruppe A er i ambulant behandling.
Døgnbehandling for misbrug	I forhold til målgruppe A, B og D er det markant oftere de små kommuner end de øvrige kommunetyper, der slet ikke har nogen borgere fra målgruppen i døgnbehandling for deres misbrug.			
Psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri	De små kommuner har færre borgere fra målgruppe A i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri end de større kommuner. 21 % af de små kommuner har slet ikke nogen borgere fra målgruppe A, der får psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri.	Alle større kommuner har borgere i den regionale psykiatri.		

Psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læge/psykiater	Kommunetyper har ingen signifikant betydning.		
Psykologbehandling	Mens det for målgruppe A gælder, at antallet af borgere med sindslidelse og misbrug i psykologbehandling stiger med kommunens størrelse, gælder det modsatte for målgrupperne B, C og D.		
Tilbud målrettet behandling af borgere med sindslidelse og misbrug	Andelen af borgere med sindslidelse og misbrug fra alle fire målgrupper i integrerede tilbud stiger næsten proportionelt med indbyggertallet i kommunen.		
Modtager ikke økonomisk støtte	I forhold til borgere med lettere psykiske lidelser og stofmisbrug er det kun de små og mellemstore kommuner, der har forholdsvis høje forekomster af borgere, der ikke modtager økonomisk støtte fra kommunen.	Næsten ingen borgere med sindslidelse og misbrug, der ikke får økonomisk støtte.	
Førtidspension	For de små og mellemstore kommuner gælder, at der enten slet ikke er borgere med sindslidelse og misbrug, der modtager førtidspension, eller også modtager stort set alle fra målgruppen førtidspension.	For de store kommuner og hovedstaden gælder derimod, at andelen af borgere med sindslidelse og misbrug, der modtager førtidspension, generelt ligger på ca. 30-50 %.	
Kontanthjælp	De små og mellemstore kommuner har signifikant sjældnere borgere med svære psykiske lidelser og stof- eller alkoholmisbrug på kontanthjælp end de store kommuner og hovedstaden.	Har oftere borgere med svære psykiske lidelser og misbrug på kontanthjælp.	
Sygedagpenge	De højeste andele af borgere med svære psykiske lidelser og misbrug på sygedagpenge findes i de små og mellemstore kommuner.	Der er slet ingen af de store kommuner, der giver borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug sygedagpenge.	– og Københavns Kommune giver det kun til 1 % af denne målgruppe.

4 Social støtte

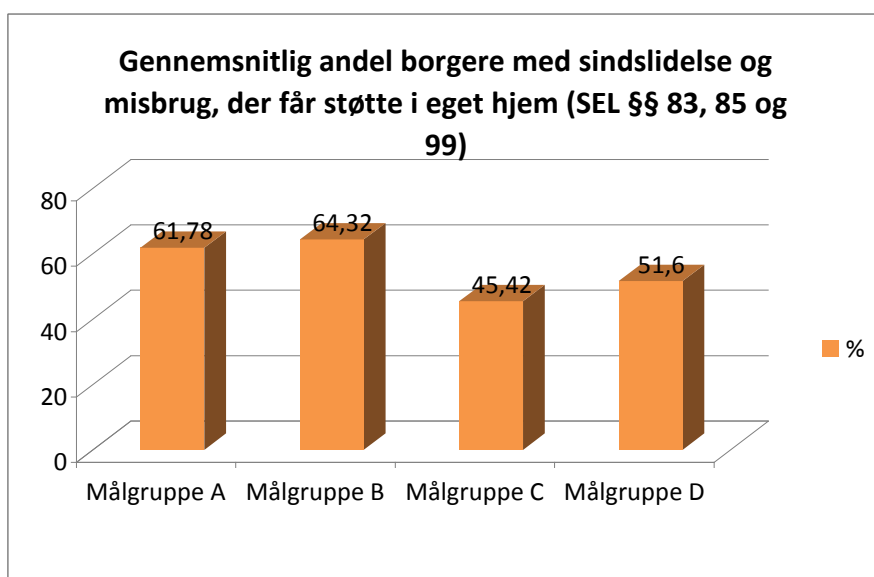
Efterfølgende vil kommunernes mange forskellige indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug blive gennemgået ud fra kommunernes egne opgørelser og perspektiver. Først de sociale indsatser.

4.1 Støtte i eget hjem

I spørgeskemaet er kommunerne blevet bedt om at angive enten det skønsmæssige antal eller procentdelen af borgere fra de fire målgrupper, der modtager støtte i eget hjem efter servicelovens §§ 83, 85 og 99. Ganske få kommuner (3-5) har svaret, at de ikke ved det. Men ellers er den gennemsnitlige fordeling, som det ses af søjlediagrammet nedenfor.

Der er flest borgere med svære psykiske lidelser og skadeligt brug af alkohol (målgruppe B), der skønnes at modtage støtte i eget hjem (64 %). Men det er også 62 % af borgerne med svære psykiske lidelser og skadeligt brug af narkotika (målgruppe A), der modtager støtte i eget hjem. 45 % af borgerne med 'lettere' psykiske lidelser og skadeligt brug af narkotika (målgruppe C) og 52 % af borgerne med 'lettere' psykiske lidelser og skadeligt brug af alkohol (målgruppe D) modtager støtte i eget hjem. Med andre ord tyder tallene på, at man oftere behandler borgere med alkoholmisbrug end borgere med stofmisbrug i eget hjem.

Sammenlagt skønnes det, at 56 % af alle borgere med sindslidelse og misbrug modtager støtte i eget hjem:



Når der ses på spørgsmålet om støtte i eget hjem i forhold til kommunetyperne, er der en enkelt signifikant sammenhæng, hvad angår målgruppe A. Her er det nemlig især de små og mellemstore kommuner, der giver støtte i eget hjem til borgere med svære psykiske lidelser

og stofmisbrug. 41 % (8) af de små, 25 % (5) af de mellemstore og 8 % (1) af de store kommuner giver således støtte i eget hjem til samtlige af deres borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug.

Denne tendens bliver omtalt i et interview med en lille kommune, hvor støtte i eget hjem tillægges en stor betydning i behandlingsindsatsen; også i forhold til den koordinerende indsats:

”Støtte i eget hjem varetages af støttekontaktteamet. Det er socialpsykiatriens ankerskib, for de har kontakt til alle: Læger, misbrugsteam mv. Det er en meget generalistisk opgave. Der er tale om komplekse problemstillinger, så tungen skal holdes lige i munden, når man skal tilrettelægge et godt forløb – her spiller støttekontaktteamet en væsentlig rolle”.

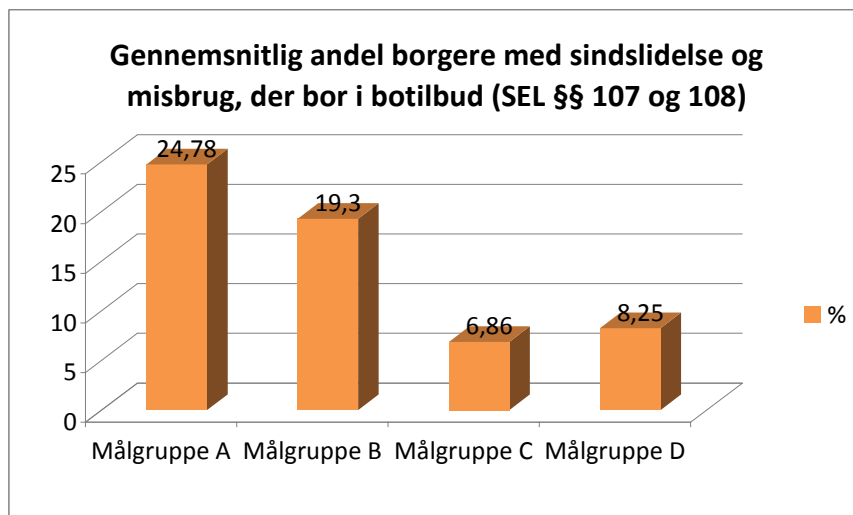
Ser vi på støtten i borgernes eget hjem i forhold til kommunernes andel af borgere med sindslidelse og misbrug, er der en enkelt signifikant sammenhæng i forhold til målgruppe C. Her giver 21 % (9) af de kommuner, der har den mindste andel borgere med sindslidelse og misbrug (0-0,5 %) støtte til samtlige af deres borgere med lettere psykiske lidelser og stofmisbrug i eget hjem. Det er der ingen af de øvrige kommuner med større andel borgere med sindslidelse og misbrug, der gør.

4.2 Botilbud

Hvad angår botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108, så er det (ligesom for støtte i eget hjem) mest borgere med svære psykiske lidelser, der skønnes at modtage den form for støtte. Således er 19-25 % af borgerne med svære psykiske lidelser og misbrug i botilbud, mens det kun gælder 7-8 % af borgerne med lettere psykiske lidelser. Sammenlagt er det gennemsnitligt 15 % af kommunernes borgere med sindslidelse og misbrug, der skønnes at bo i botilbud (5-8 kommuner har ikke haft viden nok om borgerne til at kunne besvare spørgsmålet for hver målgruppe). Til sammenligning viste den skandinaviske undersøgelse fra 2006⁸, at 35 % af personerne med sindslidelse og misbrug i Danmark blev behandlet på et botilbud, ligesom forundersøgelsen fra 2009⁹ viste en forholdsvis stor brug af botilbud til denne målgruppe i forhold til brugen af dagtilbud.

⁸Tilbud og behandling til patienter med dobbeltdiagnose i Skandinavien 2006. Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B., NOPUS 2006.

⁹Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose. Christensen, I. & Hagensen, P., Socialt Udviklingscenter SUS, 2009.



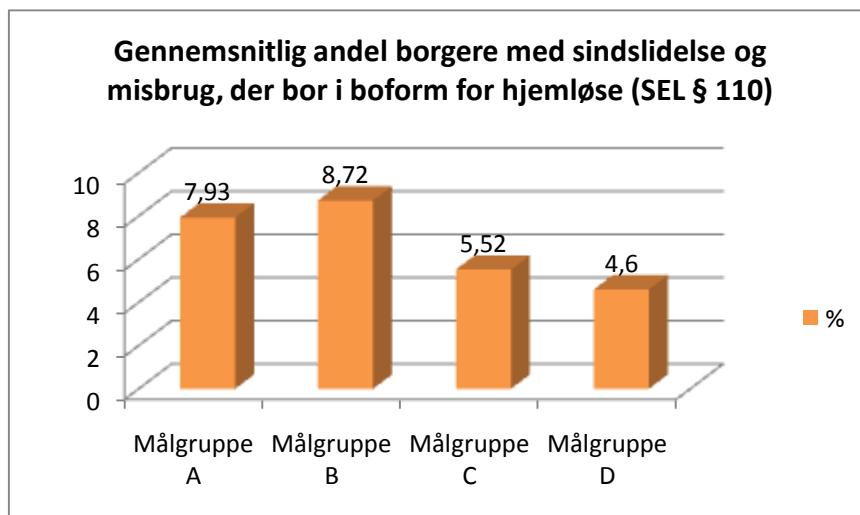
I den forbindelse er der en enkelt signifikant sammenhæng med kommunetyperne, som angår målgruppe D. Det er oftere de større kommuner end de små kommuner, der har borgere med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug i botilbud. Mens 77 % eller 10 af de små kommuner slet ikke har borgere med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug i botilbud, gælder det samme for 47 % (8) af de mellemstore og 33 % (2) af de store kommuner. Københavns Kommune har 5 % af borgerne med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug i botilbud. Derimod har det ingen betydning for botilbudsstøtten, hvor stor en andel borgere med sindslidelse og misbrug udgør af det samlede indbyggertal i kommunen.

En sagsbehandler fra en lille kommune giver i interview udtryk for, at der er behov for flere tilbud om bofællesskaber:

"Vi kunne godt bruge noget mere bofællesskab, hvor der er noget støtte. Der er mange, der har brug for lidt støtte, hvor vi nu kun kan henvise til egen lejlighed, hvilket ikke er nok hjælp."

4.3 Boformer for hjemløse

Det er ifølge kommunernes skøn især borgere med svære psykiske lidelser, der bor i boformer for hjemløse efter servicelovens § 110 (gennemsnitligt 7-8 % af denne type borgere i hver kommune). Hvorimod borgere med lettere psykiske lidelser og misbrug i lidt mindre grad bor i hjemløseboformer (5-6 %). Men sammenlagt er det ikke mere end 7 % af borgerne med sindslidelse og misbrug, der skønnes at benytte sig af boformer for hjemløse. Der er dog forholdsvis mange kommuner (15-21), der ikke har haft nok viden til at kunne besvare spørgsmålet:



Belyses ovenstående tal i forhold til de forskellige kommunetyper, viser der sig signifikante sammenhænge ved målgruppe A og B. Her er det især de små og de store kommuner, som slet ikke har borgere fra målgruppe A og B i boformer for hjemløse, hvorimod de mellemstore kommuner ser ud til at benytte denne form for tilbud lidt mere i forhold til målgruppen. Hovedstaden skiller sig ikke markant ud fra de andre typer kommuner.

En lille kommune fortæller i det kvalitative interview, at de bestræber sig på at finde individuelle løsninger. Som eksempel har de placeret en enkelt borger i en særlig bolig på grund af hjemløshed:

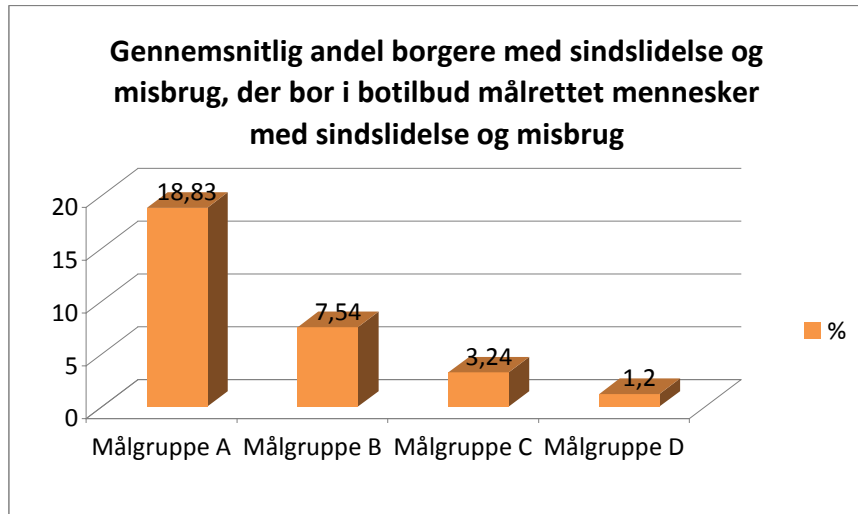
”Vi har boformer for hjemløse – for én borger, som ikke passer ind i nogen almindelig boform. Et eksempel på et individuelt tilbud. Og det gør en stor forskel for den borger”.

Hvad angår andelen af borgere med sindslidelse og misbrug i forhold til det samlede indbyggertal, så har det den betydning i forhold til målgruppe B og C¹⁰, at de kommuner med en lille andel borgere med sindslidelse og misbrug har den største varians i brugen af boformer for hjemløse – mange bruger dem slet ikke, og mange bruger dem forholdsvis meget.

4.4 Botilbud for mennesker med sindslidelse og misbrug

Det er tilsyneladende især borgere fra målgruppe A (svære psykiske lidelser og stofmisbrug), der bor i botilbud særligt målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug (19 % mod 1-8 % af de øvrige målgrupper). Gennemsnitligt mener kommunerne, at 8 % af deres borgere med sindslidelse og misbrug bor i botilbud særligt målrettet dem. Imellem 10 og 16 kommuner har ikke haft viden nok til at besvare spørgsmålet for hver målgruppe:

¹⁰ Dvs. borgere med svære psykiske lidelser og et alkoholmisbrug samt borgere med lettere psykiske lidelser og et stofmisbrug.



Kommunernes størrelse viser sig at have signifikant betydning i forhold til brugen af botilbud særligt målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug. Specifikt for målgruppe A gælder, at de store kommuner har lidt flere borgere i botilbud målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug end de mindre kommuner. Mens 69 % (9) af de små kommuner slet ikke har borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug i botilbud særligt målrettet dem, gælder det samme for 24 % (4) af de mellemstore og 14 % (1) af de store kommuner. Dette tyder på, at den integrerede indsats, der både tager sig af sindslidelsen og misbruget, primært er et storbyfænomen. Ved målgruppe B og D er det dog de mellemstore kommuner, der benytter sig mest af denne form for integreret behandling, og Københavns Kommune kan med imellem 0,15 og 5,60 % af målgrupperne i denne form for botilbud ikke siges at skille sig markant ud ved at benytte sig mere af denne støtteform end andre kommuner.

En kommune, der har deltaget i et kvalitativt interview, fortæller, at det er svært at finde steder, som kan håndtere både sindslidelse og misbrug, og at der er et udækket behov, hvad angår denne målgruppe:

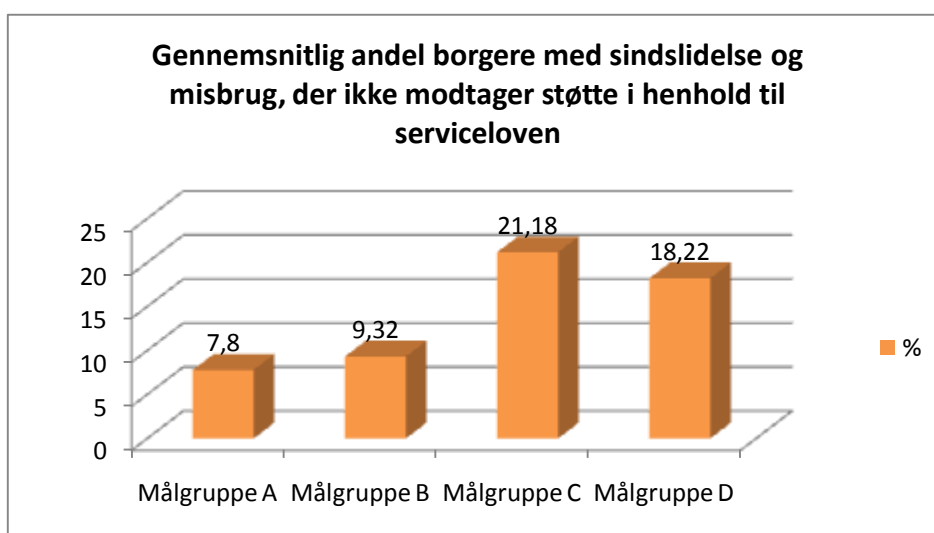
” [Kommunen] har ikke tilbud målrettet dobbeltdiagnose. Der er behov for steder, hvor man kan tage hånd om begge dele. Steder hvor man ikke bliver afvist for misbrug. Mange unge kunne profitere af sådanne steder. Vi har store problemer med at finde steder, der evner dette”.

Alligevel viser den statistiske analyse, at det oftere er kommunerne med en lav forekomst af borgere med sindslidelse og misbrug (under 0,5 %), der benytter sig af botilbud særligt målrettet sindslidelse og misbrug end kommunerne med større andele af målgruppen.

Litteraturstudiet viser også¹¹, at den internationale forskning peger på, at især unge (men også mange andre) med sindslidelse og misbrug profiterer af den integrerede behandling. Samtidig påpeger forskningen dog også, at mennesker med en lettere psykisk lidelse og misbrug ikke behøver integreret behandling, men derimod har behov for en bedre koordination af de forskellige former for behandling, de modtager.

4.5 Modtager ikke støtte i henhold til serviceloven

Det sidste søjlediagram angående de sociale tilbud til mennesker med sindslidelse og misbrug handler om, hvor mange fra målgruppe A-D der *ikke* modtager støtte i henhold til serviceloven. Det fremgår, at der er flere af borgerne med de lettere psykiske lidelser (18-21 %) end med de svære (8-9 %), der ikke modtager social støtte efter kommunernes skøn. Sammenlagt skønner kommunerne, at 14 % af borgerne med sindslidelse og misbrug ikke modtager støtte i henhold til serviceloven. Men imellem 18 og 24 kommuner har ikke kunnet besvare spørgsmålet i forhold til hver enkelt målgruppe:



I den forbindelse er der signifikante sammenhænge med kommunetyperne i forhold til målgruppe A og B. Her er det de små kommuner, der skiller sig ud fra de større kommuner ved oftere at have forholdsvis mange med svære psykiske lidelser og misbrug, som ikke modtager støtte i henhold til serviceloven. Endvidere er det oftere kommuner med små andele af borgere med sindslidelse og misbrug end kommuner med større andele, der har borgere med sindslidelse og misbrug (fra målgruppe B og C), der ikke modtager støtte i henhold til serviceloven.

¹¹ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

Det har ikke været denne undersøgelses sigte at belyse effekten af indsatserne på det sociale område, men noget kunne tyde på, at der kunne være behov for det. Litteraturstudiet¹² har vist, at der kun er få undersøgelser, som har set på effekten af de sociale indsatser overfor målgruppen. Forskningsgennemgangen har også vist, at der generelt mangler brugerperspektiv i den forskning, der er om mennesker med sindslidelse og misbrug. Samtidig viser studiet, at de professionelle omkring mennesker med sindslidelse og misbrug oplever, at borgernes sociale netværk har stor betydning – både som en årsag til problemerne, som en støtte i behandlingen og som et resultat af sindslidelsen og misbruget.

¹² Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 32-36). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

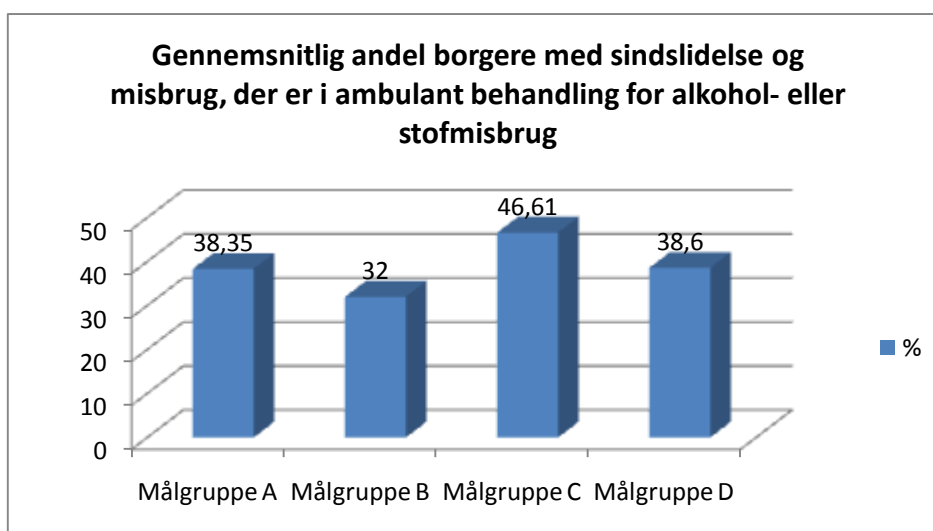
5 Sundhedsfaglig støtte/behandling

Blikket vil nu blive vendt mod de sundhedsfaglige indsatser; hvorunder hører både behandling af psykiske lidelser og behandling af alkohol- og stofmisbrug.

5.1 Ambulant behandling for misbrug

Sammenlagt skønner kommunerne, at gennemsnitligt 39 % af borgerne med sindslidelse og misbrug er i ambulant behandling for alkohol- eller stofmisbrug, og der er ikke den store forskel de fire målgrupper imellem. Dog er borgerne med stofmisbrug eller blandingsmisbrug lidt oftere i ambulant behandling end borgerne med udelukkende et alkoholmisbrug.

Det er vigtigt at bemærke, at der er blevet spurgt til behandling for alkohol- eller stofmisbrug. Der kan således både indgå borgere, der kun bliver behandlet for den ene type misbrug (selvom de måske har begge former for misbrug) og borgere, der bliver behandlet for begge. Imellem 6 og 11 kommuner har ikke kunnet besvare spørgsmålet:



Det er kun i forhold til målgruppe A, at kommunestørrelsen har en signifikant betydning. Mens ca. 22 % (3-4) af de små og de mellemstore kommuner slet ikke har nogen borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug i ambulant behandling for deres misbrug, har de store kommuner imellem 3,67 og 93,75 % af denne målgruppe i ambulant behandling. 40,31 % af hovedstadens borgere fra målgruppe A er i ambulant behandling. Det ser med andre ord ud til, at den ambulante misbrugsbehandling er mere anvendt i storbyerne end i de mindre byer i forhold til mennesker med sindslidelse og misbrug.

Også andelen af borgere med sindslidelse og misbrug i kommunerne har en vis betydning for den ambulante misbrugsbehandling. Det er udelukkende kommuner med den mindste andel (under 0,5 %) borgere med sindslidelse og misbrug, der slet ikke har borgere fra målgruppe B

(med svære psykiske lidelser og alkoholmisbrug) og målgruppe D (med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug) i ambulante misbrugsbehandling – hvilket er tilfældet for henholdsvis 33 % eller 10 og 23 % eller 6 af disse kommuner.

En interviewet medarbejder i en lille kommune er inde på forskelle i målgrupperne og kobler det til, hvordan den enkelte borger bliver håndteret i det ambulante misbrugstilbud:

”Nogle misbrugere er inde i varmen, andre ikke. Der er en opdeling i ’de pæne’, som ikke er så langt ude, er tættere på arbejdsmarkedet, har familie – der er noget at arbejde med, større mulighed for succes end for ’de grimme misbrugere’.”

Dette indikerer, at de hårdest belastede misbrugere har sværest ved at få behandling for deres misbrug, fordi de på grund af deres komplekse problemstillinger er opgivet på forhånd.

Kommunerne fra den kvalitative undersøgelse har valgt forskellige strategier for deres ambulante misbrugsbehandling. Den store kommune har valgt at benytte eksterne leverandører, som de har kontrakter med, således at den enkelte borger med alkoholmisbrug kan henvende sig direkte til leverandøren. Borgere med stofmisbrug skal dog til samtaler i kommunen med henblik på en vurdering, inden de henvises til misbrugsbehandling. En leder fra et eksternt tilbud forholder sig til denne forskel:

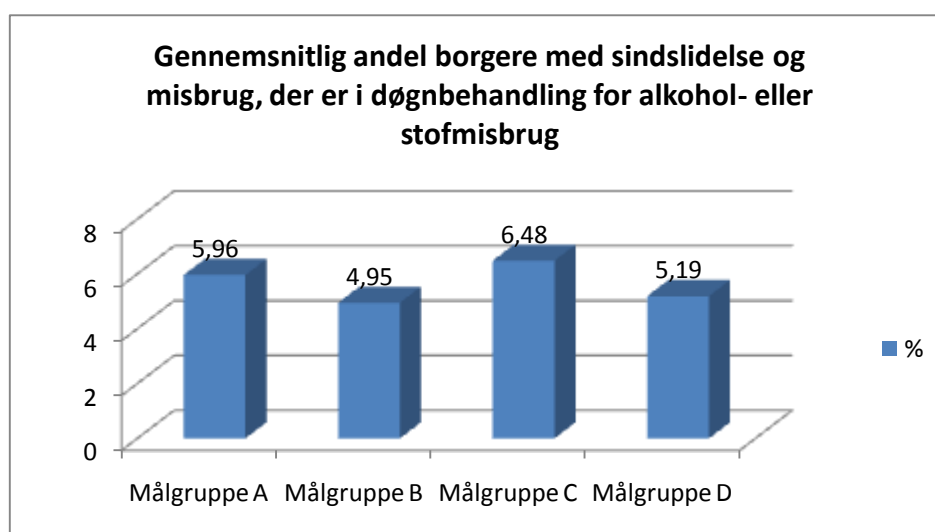
”Der er forskel på alkohol- og stofmisbrug. Det er så uretfærdigt, at hvis man har et alkoholforbrug, kan man bare henvende sig til Lænken. Men hvis man har et stofmisbrug, skal man op på kommunen og fortælle sin livshistorie. Jeg tror, det bunder i en delvis fejlopfattelse af, at stofmisbrugere er meget tunge, men i dag er der jo blandt andet mange ”velfungerende”, der har et hash-misbrug.”

Den ene lille kommune benytter ligeledes eksterne leverandører, mens den anden lille kommune har sin egen misbrugsrådgivning, som tilbyder rådgivning og behandling af misbrug og som eventuelt kan henvise borgeren til eksterne tilbud, når det er relevant.

I de kvalitative interview tegnes overordnet set et billede af, at kommunerne tilbyder ambulante behandling både i eget regi og gennem eksterne udbydere, men at der ikke er de tilbud, der er behov for – hverken i de store eller i de små kommuner. Kommuner og tilbud tager udgangspunkt i borgeren og i kompleksiteten af de problemstillinger, som borgeren har, men det er også tydeligt i de kvalitative interview, at der ligger en udfordring i forhold til at finde de rette tilbud til den enkelte borger, og at kommune og ekstern leverandør ikke altid er enige om ’forretningsgang’ og kompleksitet.

5.2 Døgnbehandling for misbrug

Det er gennemsnitligt kun 6 % af alle borgere med sindslidelse og misbrug, der er i døgnbehandling for alkohol- eller stofmisbrug. Der er en lille smule flere borgere med stofmisbrug end med alkoholmisbrug i døgnmisbrugsbehandling, men der er ikke den store forskel på de fire målgrupper. Imellem 8 og 13 kommuner har ikke haft nok viden om borgerne til at kunne besvare spørgsmålet for hver målgruppe. At der er så få borgere med sindslidelse og misbrug, der er i intensiv misbrugsbehandling kunne være tegn på, at de samtidig er i andre former for behandling med fokus på andre af deres problemer:

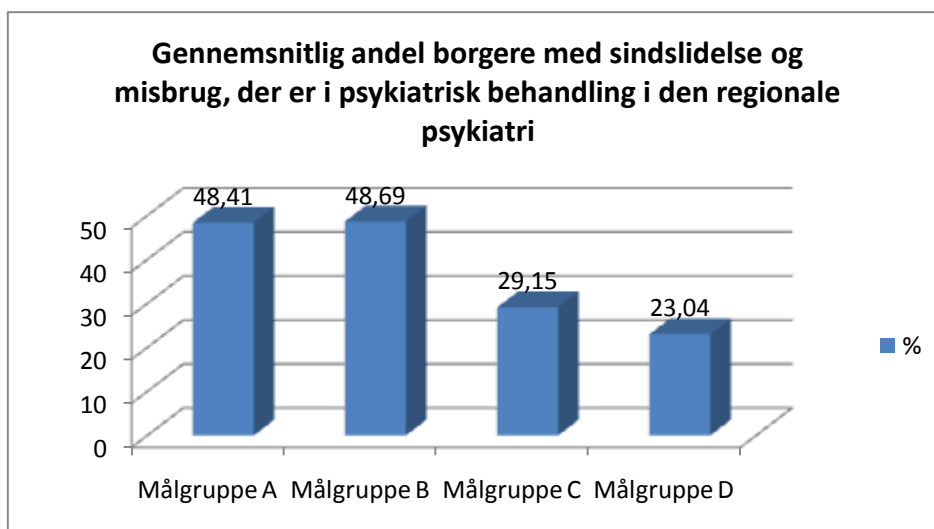


Også i den forbindelse har kommunetyperne signifikant betydning for, hvor mange borgere fra målgruppe A, B og D der er i døgnbehandling for deres misbrug. I alle tre tilfælde, er det markant oftere de små kommuner end de øvrige kommunetyper, der slet ikke har nogen borgere fra målgruppen i døgnbehandling for deres misbrug.

Ligeledes betyder en lille andel af borgere med sindslidelse og misbrug i kommunen, at man oftest slet ikke har borgere fra målgruppe D (med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug) i døgnmisbrugsbehandling i sammenligning med kommuner med større andele borgere med sindslidelse og misbrug. Det gælder faktisk halvdelen af kommunerne med en andel af borgere med sindslidelse og misbrug på mindre end 0,5 %.

5.3 Psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri

Sammenlagt er gennemsnitligt 37 % af borgerne med sindslidelse og misbrug i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri. 8-17 kommuner har ikke haft nok viden til at besvare spørgsmålet i forhold til de fire målgrupper. Nedenstående søjlediagram viser, at der er næsten dobbelt så mange borgere med svære psykiske lidelser som med lettere psykiske lidelser i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri:



Kommunetyperne har her kun signifikant betydning i forhold til målgruppe A (borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug), hvor de små kommuner tydeligt har færre i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri end de større kommuner. Således har 21 % (3) af de små kommuner slet ikke nogen borgere fra målgruppe A, der får psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri, mens alle større kommuner har borgere i den regionale psykiatri.

Hvis andelen af borgere med sindslidelse og misbrug i en kommune er under 0,5 %, så betyder det, at der er mindre chance for, at borgere fra målgruppe C (med lettere psykiske lidelser og stofmisbrug) får psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri. Således har 19 % (5) af disse kommuner slet ikke borgere fra målgruppe C i den form for behandling.

I de kvalitative interview forholder kommunerne sig også til den regionale psykiatri. Det kan være problematisk at tage udgangspunkt i borgerens aktuelle behov, da også andre faktorer spiller en stor rolle: For eksempel tid, økonomi og antallet af ledige pladser. Dette peger en medarbejder fra en stor kommune på i følgende citat:

”Koordinationen med distriktskykiatrien fungerer varieret - nogle gange godt, nogle gange rigtig dårligt. Distriktskykiatrien er presset på økonomi og prøver derfor at tørre borgere med dobbeltdiagnose af på kommunen, inden de er klar. Jeg tror, der sidder personale hos distriktet, der gerne ville give dem flere dage i sengen, men de er presset til at udskrive for tidligt, hvilket giver dårligt forløb. Rammerne bliver mere og mere pressede”

Den samme medarbejder siger endvidere, at der er:

"mange gode intentioner om at ville få behandlingspsykiatrien ud i samfundet, men det sker bare ikke."

I en af de mindre kommuner oplever en leder et godt samarbejde med distriktspsykiatrien:

"Samarbejdet med distriktspsykiatrien er ad hoc fra sag til sag. Der er enighed om at være netværksorienterede, uanset hvor man er i systemet. Det er alle spillere klar over og man mødes på ledelsesniveau om koordinering og samarbejde rent organisatorisk".

Kommunen har arbejdet meget med, hvordan samarbejdet skal fungere, og har faste aftaler om, hvordan kontakten skal foregå:

"For eksempel er der skabt en kultur om, at man altid laver aftaler pr. mail, så man har en reference og klare aftaler. Og at man tager ansvar for et møde, når man afholder det."

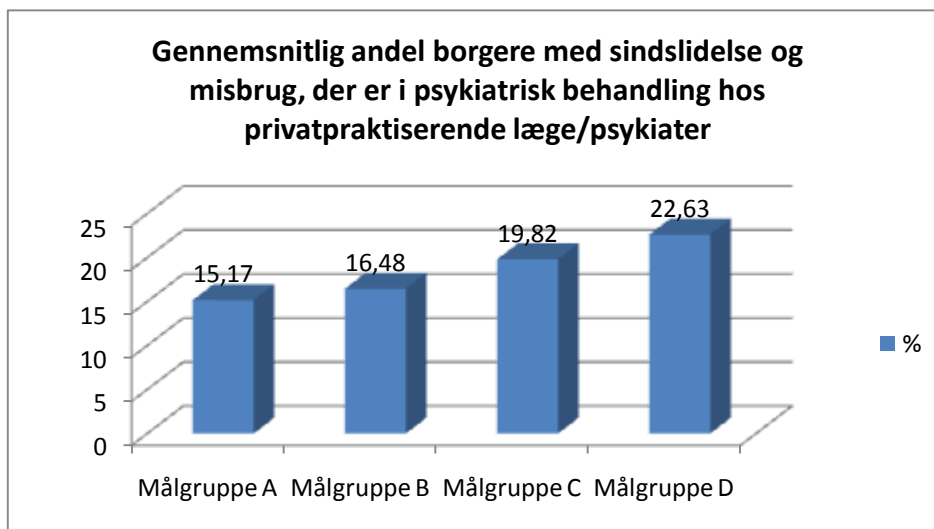
Et andet behov hos kommunerne er at få en langsigtet integreret løsning, og det, oplever de, er svært i hospitalsvæsenet. Ligesom de oplever, at der kan opstå en kamp systemerne imellem:

"Der kan til tider være kamp om loyalitet mellem behandling og kommune, hvilket ikke burde være tilfældet, da de begge har fokus på borgerens tarv..."

Kommunerne giver i de kvalitative interview udtryk for, at de godt kan mærke, at der gennem de seneste år er blevet færre sengepladser i hospitalspsykiatrien. Det beskrives som et presset system, der udskriver sårbare borgere til kommunerne, før de er klar til det. Den gamle og velkendte problemstilling, om at samarbejdet og koordinationen mellem kommune og region er meget vanskelig og svær at få til at fungere i praksis, eksisterer også fortsat. Det bekræftes i den kvalitative del af undersøgelsen, at denne udfordring stadig fylder meget i forhold til borgere med sindslidelse og misbrug.

5.4 Psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læge/psykiater

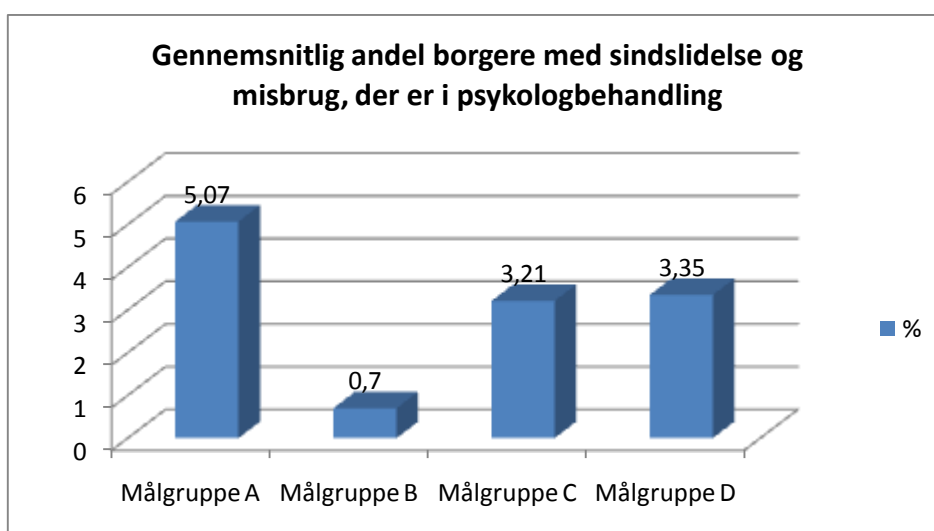
I gennemsnit er 19 % af borgerne med sindslidelse og misbrug i psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læger eller psykiatere. Men mange kommuner (20-23) har ikke viden nok til at svare på spørgsmålet set i forhold til de fire målgrupper. Det skønnes, at en smule flere af borgerne med lettere psykiske lidelser end med svære psykiske lidelser er i psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læge eller psykiater:



Har kommunen en lille andel borgere med sindslidelse og misbrug, er der chance for, at de ikke har nogen borgere fra målgruppe B i psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læge eller psykiater. Således har 57 % (12) af kommunerne med under 0,5 % borgere med sindslidelse og misbrug slet ikke borgere med svære psykiske lidelser og alkoholmisbrug i behandling hos privatpraktiserende læge eller psykiater, mens 26 % (6) ikke har nogen borgere med lette psykiske lidelser og alkoholmisbrug i den form for behandling.

5.5 Psykologbehandling

Der er ikke megen viden om, hvorvidt borgerne med sindslidelse og misbrug er i psykologbehandling i kommunerne. Således har 24-26 kommuner måtte svare 'ved ikke' til spørgsmålet i forhold til de fire målgrupper. Desuden skønnes det at være meget få borgere med sindslidelse og misbrug, der er i psykologbehandling – i gennemsnit 3 % for hele gruppen, hvoraf borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug skønnes at udgøre den største del:

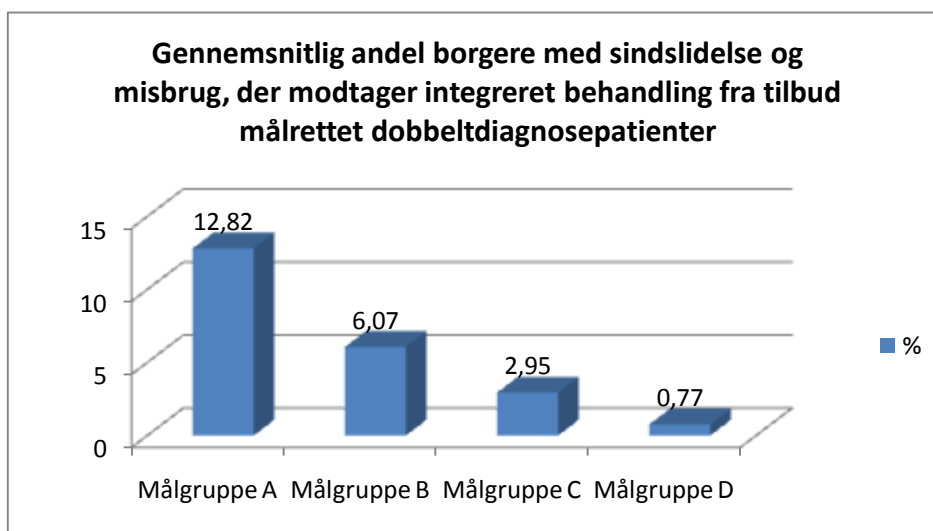


Der er signifikante sammenhænge for alle fire målgrupper, hvad angår kommunetyperne og psykologbehandling, men sammenhængene er ikke ens. Mens det for målgruppe A gælder, at antallet af borgere med sindslidelse og misbrug i psykologbehandling stiger med kommunens størrelse, gælder det modsatte for målgrupperne B, C og D.

I spørgeskemaundersøgelsen kan spørgsmålet om borgere i psykologbehandling opfattes som dem, der er i behandling hos privatpraktiserende psykologer. Men psykologbehandling kan også finde sted indenfor de fleste andre tilbud. Blandt andet benytter misbrugsbehandlingsstederne psykologer til visitation, udredning og forskellige test, dette fremgår af den kvalitative del af undersøgelsen i kommunerne. Ligeledes er der flere steder i den regionale psykiatri, som tilbyder kognitiv terapi af psykologer.

5.6 Tilbud målrettet behandling af borgere med sindslidelse og misbrug

I gennemsnit skønnes det, at 6 % af alle borgere med sindslidelse og misbrug modtager integreret behandling fra tilbud målrettet behandling af borgere med sindslidelse og misbrug såsom opsøgende psykoseteam. Imellem 12 og 17 kommuner ved ikke, om deres borgere fra målgruppen modtager denne form for behandling. Det er dog tydeligvis især borgere fra målgruppe A med svære psykiske lidelser og stofmisbrug, der modtager behandling målrettet dobbeltproblematikken:



Kommunetypen har signifikant betydning for, hvor mange borgere fra hver af de fire målgrupper der modtager integreret behandling. Således stiger andelen af borgere med sindslidelse og misbrug fra alle fire målgrupper i integrerede tilbud næsten proportionelt med indbyggertallet i kommunen, hvilket ligner forholdene for de socialt integrerede tilbud til borgere med sindslidelse og misbrug.

Også andelen af borgere med sindslidelse og misbrug i kommunen har en signifikant sammenhæng med brugen af integreret behandling i forhold til målgruppe A, B og C. Her er det de kommuner, der har en middel og den største andel borgere med sindslidelse og misbrug (dvs. fra 0,6 % og op efter), som oftest benytter sig af den integrerede behandling.

I den kvalitative del af kommuneundersøgelsen bekræftes betydningen af kommunens størrelse i forhold til, hvor mange borgere fra de fire målgrupper, der modtager et integreret behandlingstilbud for borgere med sindslidelse og misbrug. I den store kommune har de ét botilbud specifikt rettet mod dobbeltproblematikken, mens der ikke er botilbud til borgere med alkoholproblemer. Til denne målgruppe bruger kommunen eksterne udbydere. Det opleves som meget svært at finde døgntilbud til stofmisbrugere. For denne målgruppe foregår tilbuddene primært i ambulanseregion.

Ingen af de to små kommuner fra de kvalitative interview har botilbud til borgere med sindslidelse og misbrug. I den ene kommune siger en socialrådgiver:

"Kommunen har botilbud, men ikke for borgere med dobbeltdiagnose. De bliver sendt udenbys".

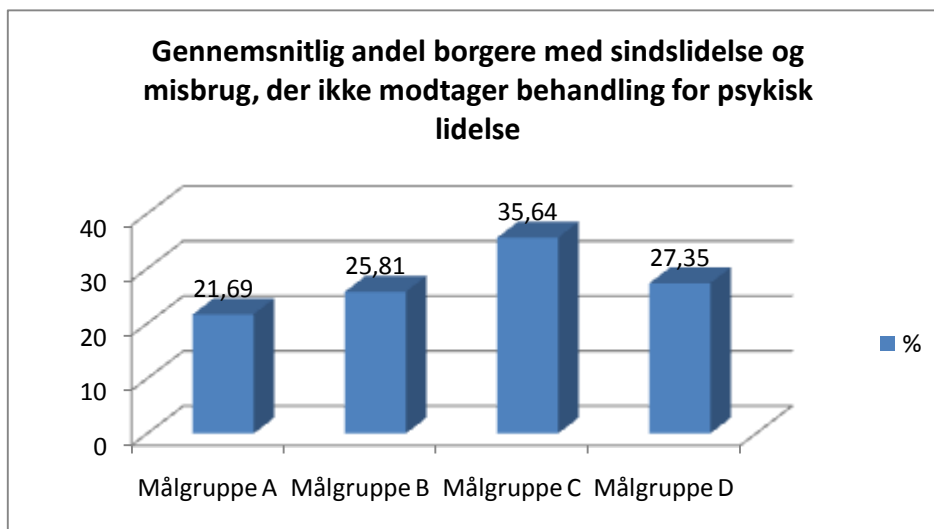
I forlængelse af dette kan kommunerne fortsat pege på en tendens til, at borgere med sindslidelse og misbrug kun får behandling for en af lidelserne eller bliver afvist på grund af den dobbelte problematik. En socialrådgiver, der arbejder med både psykiatri og misbrug, forklarer:

"blandt andet psykiatri, hvor man ikke vil begynde at behandle dem, før der er gjort noget ved misbrug. Alkoholbehandling mangler der meget. Vi er ikke så langt med at screene og sammentænke indsatsen".

Alligevel er der forskellige holdninger til, om der er brug for flere integrerede tilbud. I den ene af de små kommuner mener man ikke, der er brug for særlige tilbud til borgere med sindslidelse og misbrug: *"Nej, først og fremmest hurtige, klare udmeldinger om, hvad der er muligt og mindre ventetid"*. Mens man i den anden lille kommune samt i den store kommune mener, at der er brug for flere målrettede tilbud til netop denne gruppe borgere.

5.7 Modtager ikke behandling for psykisk lidelse

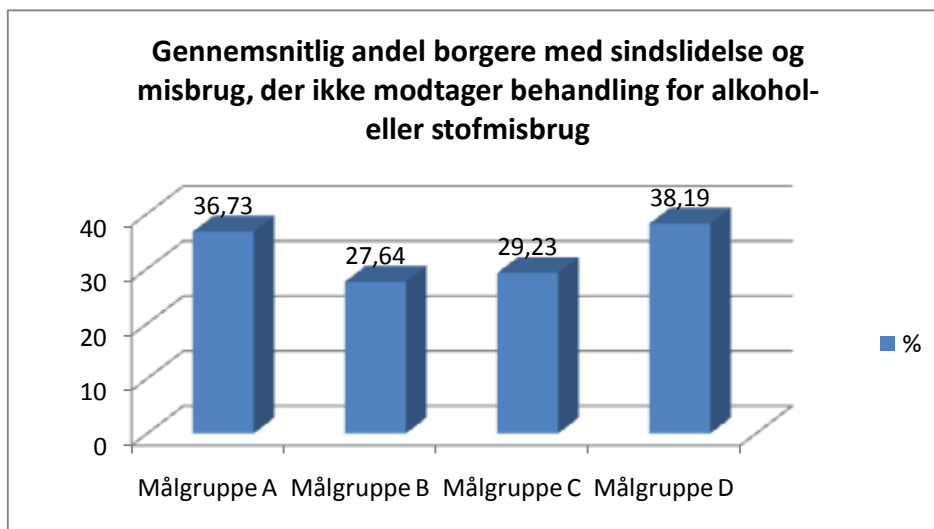
Nedenfor ses at gennemsnitligt 28 % af alle borgere med sindslidelse og misbrug skønnes ikke at modtage behandling for deres psykiske lidelse. Her er det især målgruppe C med lettere psykiske lidelser og stofmisbrug, der ikke får behandling for deres psykiske lidelse. 17-20 kommuner har svaret, at de ikke ved nok om hver målgruppe til at besvare spørgsmålet:



Den eneste baggrundsfaktor, der har signifikant betydning for, hvor mange fra målgruppen som ikke modtager behandling for deres psykiske lidelse i hver enkelt kommune, er andelen af borgere med sindslidelse og misbrug i kommunen – og det er i forhold til både målgruppe B, C og D. Kommuner med en andel af borgere med sindslidelse og misbrug, der er mindre end 0,5 %, har en stor spredning i, hvor mange borgere fra de tre målgrupper der modtager behandling for deres psykiske lidelse (fra 0-100 %). Derimod har alle kommuner, med større andele borgere med sindslidelse og misbrug, borgere fra de tre målgrupper, der ikke modtager behandling for deres psykiske lidelse.

5.8 Modtager ikke behandling for alkohol- eller stofmisbrug

Det skønnes, at gennemsnitligt 33 % af borgerne med sindslidelse og misbrug ikke modtager behandling for deres alkohol- eller stofmisbrug (hvilket altså er en smule mere end antallet af borgere med sindslidelse og misbrug, som ikke modtager behandling for deres psykiske lidelse). 15-17 kommuner har ikke haft nok viden til at besvare spørgsmålet. Som det ses af søjlediagrammet nedenfor, har det ikke den store betydning, om det drejer sig om et alkohol- eller et stofmisbrug, eller om det handler om svære eller lette psykiske lidelser:



Her har hverken kommunetypen, andelen af borgere med sindslidelse og misbrug eller regionen signifikant betydning for, hvor mange borgere der ikke er i behandling for deres misbrug.

Til gengæld er der en signifikant sammenhæng mellem kommunernes andel af borgere med sindslidelse og misbrug, der ikke modtager behandling for deres psykiske lidelse, og andelen af borgere, som ikke modtager behandling for deres misbrug. Nedenstående tabel viser sammenhængen i forhold til målgruppe A, men sammenhængen er den samme for de øvrige 3 målgrupper. Det ses, at tallene for manglende misbrugsbehandling og tallene for manglende sindslidelsesbehandling følges ad. Således har 50 % af de kommuner, der ikke har borgere, som ikke får behandling for deres psykiske lidelse, heller ikke nogen borgere der ikke får behandling for deres misbrug. 89 % af kommunerne med imellem 1 og 33 % borgere, der ikke får behandling for deres sindslidelse, har også imellem 1 og 33 % borgere, der ikke får behandling for deres misbrug. I den anden ende har 80 % af kommunerne med 67-99 % borgere, der ikke får behandling for deres sindslidelse, også 67-99 % borgere uden misbrugsbehandling. Med andre ord handler det ikke om, at man kun har fokus på den ene af problemerne, men enten vælger at behandle begge dele eller undgår at behandle begge dele:

Modtager ikke behandling for psykisk lidelse	Modtager ikke behandling for misbrug				Total
	0 %	1-33 %	34-66 %	67-99 %	
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0
1-33 %	50,0 % (2)	25,0 % (1)	25,0 % (1)	0,0 % (0)	4
34-66 %	0,0 % (0)	88,9 % (8)	11,1 % (1)	0,0 % (0)	9
67-99 %	25,0 % (2)	62,5 % (5)	12,5 % (1)	0,0 % (0)	8

100 %	10,0 % (1)	10,0 % (1)	0,0 % (0)	80,0 % (8)	10
Total	50,0 % (1)	50,0 % (1)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	2
	6	16	3	8	33

Chi² = 0,001. Gamma = 0,064

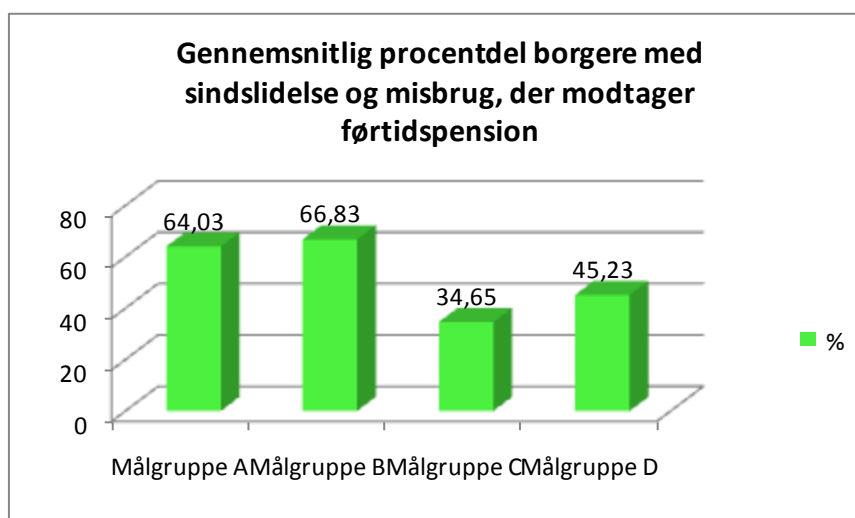
På samme måde er der en signifikant sammenhæng mellem de borgere fra målgruppe A og C, der ikke modtager social støtte i henhold til serviceloven og de borgere fra målgruppe A, som ikke modtager misbrugsbehandling. 43 – 50 % af de kommuner, som slet ikke har borgere, der ikke modtager social støtte, har heller ikke borgere fra målgruppe A, der ikke modtager misbrugsbehandling – og sammenhængen gælder også den anden vej. Men ellers har manglende social støtte ikke signifikant betydning for manglende behandling for psykisk lidelse eller misbrug.

6 Økonomisk støtte og beskæftigelse

Den sidste type indsatser overfor borgere med sindslidelse og misbrug er den økonomiske, som vil blive gennemgået her:

6.1 Førtdispension

Kommunerne skønner, at gennemsnitligt 53 % af alle borgerne med sindslidelse og misbrug modtager førtdispension. Som det fremgår nedenfor, er det logisk nok oftere borgere med svære psykiske lidelser end borgere med lettere psykiske lidelser, der modtager førtdispension, men alligevel modtager 35-45 % af borgerne med lettere psykiske lidelser og et misbrug førtdispension. 7-13 kommuner har ikke kunnet besvare spørgsmålet i forhold til de fire målgrupper:



Kommunens størrelse betyder noget for, hvor mange af borgerne med sindslidelse og misbrug (fra alle fire målgrupper) der modtager førtdispension. For de små og mellemstore kommuner gælder, at der enten slet ikke er nogle borgere med sindslidelse og misbrug, der modtager førtdispension eller også modtager stort set alle fra målgruppen førtdispension. For de store kommuner og hovedstaden gælder derimod, at andelen af borgere med sindslidelse og misbrug, der modtager førtdispension, generelt ligger på ca. 30-50 %.

Disse tal er relativt høje, når man ser på de kvalitative interview. Her understreger medarbejdere fra Jobcentre i alle kommunerne, at de ikke tænker i førtdispension – selvom de ikke forventer, at borgerne skal komme i normalt arbejde. "Førtdispension er et forbudt ord", som medarbejdere og en leder fra Jobcenteret i en lille kommune forklarer. I en anden lille kommune påpeger en teamchef fra Jobcenteret, at det kun er borgere med en påvist stationær lidelse, der får førtdispension. Her står personer med både sindslidelse og misbrug i en

svær position, fordi det kan være vanskeligt at påvise, at en lidelse er stationær, når et misbrug forværrer den psykiatriske diagnose.

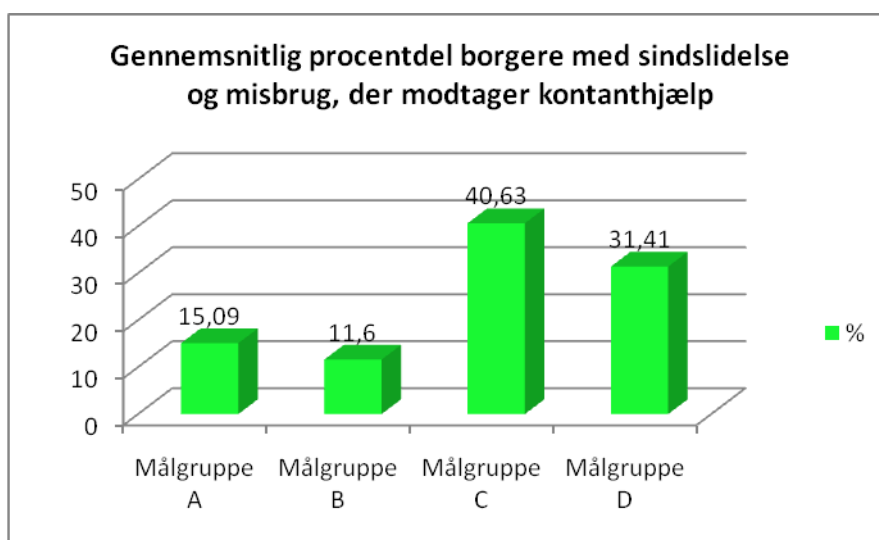
Der skal dermed meget til, før en førtidspension bevilliges. Derfor er det ikke overraskende, at der ifølge den kvantitative del af undersøgelsen, er en højere andel af borgere med *svære* psykiske lidelser og misbrug end borgere med *lettere* psykiske lidelser, der modtager førtidspension.

Ledere i en mellemstor kommune mener desuden, at tildeling af førtidspension sjældent er et godt tilbud for denne målgruppe, da førtidspensionen betyder, at ingen 'holder øje' med borgeren. Lederne forklarer:

"Det kan være en bjørnetjeneste at sende folk på førtidspension, da alt er frivilligt og de derfor ofte bliver overladt til sig selv. Vi giver dem forskellige tilbud, men de takker nej tak til det, da de har fået deres penge og "hurra for det", men de får et dårligt liv mange af dem".

6.2 Kontanthjælp

Det skønnes, at der er halvt så mange af borgerne med sindslidelse og misbrug, der modtager kontanthjælp i forhold til førtidspension. Sammenlagt menes 25 % at modtage kontanthjælp. Størstedelen af disse er borgere med lettere psykiske lidelser. Imellem 11 og 15 kommuner kan ikke besvare spørgsmålet i forhold til de fire målgrupper:



Kommunerne i regionerne Sjælland og Syddanmark skiller sig signifikant ud fra kommunerne i de øvrige regioner ved at have flere borgere fra målgruppe A med svære psykiske lidelser og stofmisbrug på kontanthjælp. Mens 31-50 % af kommunerne fra Regionerne Nordjylland,

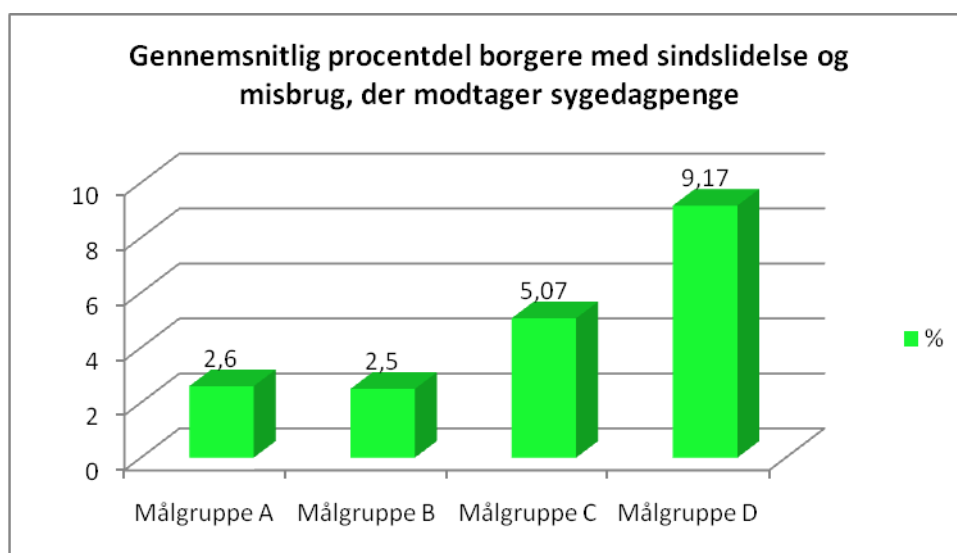
Midtjylland og Hovedstaden slet ikke har borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug, der modtager kontanthjælp, har samtlige kommuner fra Region Sjælland og Region Syddanmark borgere med svære psykiske lidelser og stofmisbrug på kontanthjælp.

Samtidig ses, at de små og mellemstore kommuner signifikant sjældnere har borgere med svære psykiske lidelser og stof- eller alkoholmisbrug på kontanthjælp end de store kommuner og hovedstaden.

Kommuner med en lille andel på under 0,5 % af borgere med sindslidelse og misbrug har ligeledes signifikant sjældnere borgere fra målgruppe B (med svære psykiske lidelser og et alkoholmisbrug) på kontanthjælp end kommuner med en større andel.

6.3 Sygedagpenge

Det skønnes ikke, at der er mange af borgerne med sindslidelse og misbrug, der modtager sygedagpenge – sammenlagt menes det at være 5 % i hver kommune. Men det er bemærkelsesværdigt, at det især er målgruppe D med lettere psykiske lidelser og alkoholmisbrug, der skønnes at modtage sygedagpenge (9 %). En næranalyse af spredningen viser dog, at en enkelt kommune giver 100 % af sine borgere fra målgruppe D sygedagpenge, hvilket hiver gennemsnittet for målgruppe D meget op, da kommunerne for de øvrige målgrupper maksimalt giver 20-40 % af borgerne sygedagpenge. 17-19 kommuner har ikke kunnet besvare spørgsmålet:



Antallet af borgere fra målgruppe A og B, som modtager sygedagpenge, afhænger signifikant af kommunetypen. De højeste andele af borgere med svære psykiske lidelser og misbrug på sygedagpenge findes i de små og mellemstore kommuner. Faktisk er der slet ingen af de store kommuner, der giver borgere med svære psykiske lidelser og et stofmisbrug sygedagpen-

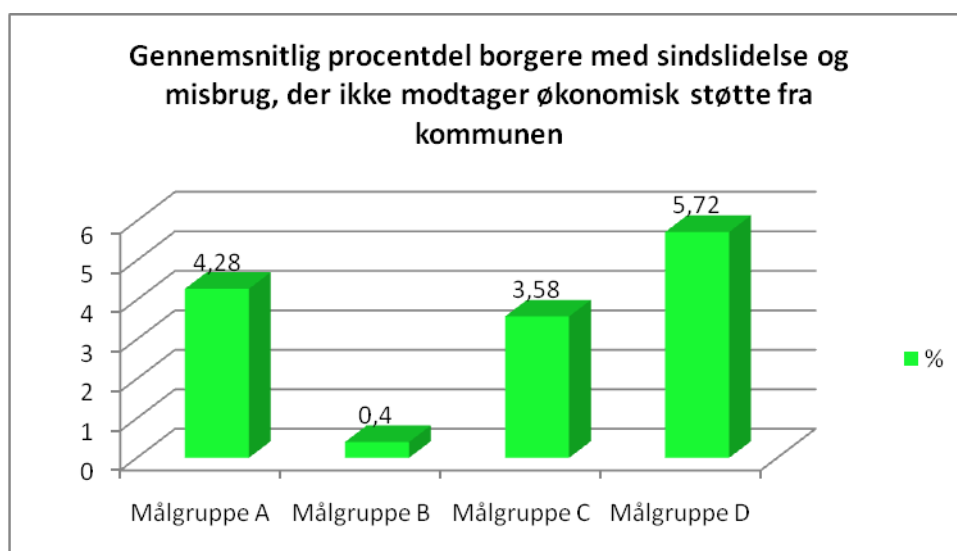
ge – og Københavns Kommune giver det kun til 1 % af denne målgruppe. Sygedagpenge til borgere med svære psykiske lidelser er med andre ord et fænomen, der kun hører de små og mellemstore kommuner til.

Ligeledes er det primært kommuner med en lille andel borgere med sindslidelse og misbrug, der giver sygedagpenge til deres borgere fra samtlige fire målgrupper.

I de kvalitative interview fremhæver en teamchef fra Jobcenteret i en lille kommune, at der knytter sig en særlig problematik til sygedagpenge i forhold til denne målgruppe. En betingelse for at få sygedagpenge er, at borgeren indvilliger i at indgå i et behandlingsforløb og dermed medvirker til at forbedre sygdomstilstanden. Gør borgeren ikke det, er der risiko for, at sygedagpengene stoppes, da betingelserne hermed ikke anses for opfyldte.

6.4 Modtager ikke økonomisk støtte

Nedenfor ses, at det er en lille procentdel af borgerne med sindslidelse og misbrug, der ikke modtager økonomisk støtte fra kommunen – sammenlagt er det 4 %. Det ser for eksempel ud til, at næsten samtlige borgere fra målgruppe B (med svære psykiske lidelser og alkoholmisbrug) skønnes at modtage økonomisk støtte. I den forbindelse er det dog vigtigt at bemærke, at de selvforsørgende borgere med sindslidelse og misbrug sandsynligvis oftest ikke er kendt af kommunen, hvorfor tallet reelt kan være større, som også andre undersøgelser har vist, jf. ovenfor. Imellem 20 og 23 kommuner ved heller ikke nok om borgerne til at kunne besvare spørgsmålet i forhold til de fire målgrupper:



I forhold til målgruppe C (de lettere psykiske lidelser og stofmisbrug) er det kun de små og mellemstore kommuner, der har forholdsvis høje forekomster af borgere, der ikke modtager økonomisk støtte fra kommunen. For målgruppe C og D gælder endvidere, at det primært er

de kommuner, der har små eller mellemstore andele af borgere med sindslidelse og misbrug (under 1 %), som har borgere, der ikke modtager økonomisk støtte fra kommunen.

Den manglende økonomiske støtte følges for nogle målgrupper ad med en manglende social støtte eller manglende behandling i forhold til psykisk lidelse og misbrug. For eksempel giver 77 % af de kommuner, hvor samtlige borgere fra målgruppe A modtager social støtte, også økonomisk støtte til samtlige borgere fra målgrupperne C og D.

6.5 Beskæftigelsesindsatsen

Borgere med sindslidelse og misbrug, som modtager kontanthjælp eller sygedagpenge, er i kontakt med kommunernes Jobcentre og skal have et beskæftigelsestilbud. Dog påpeger kommunerne, der har deltaget i de kvalitative interview, generelt, at det kan være svært at finde et reelt jobtilbud eller et beskæftigelsestilbud, der kan rumme kombinationen af sindslidelse og misbrug. Derfor varierer beskæftigelsesindsatsen fra borger til borger.

6.5.1 Beskæftigelses- eller jobtilbud til målgruppen

Medarbejdere og ledere i kommunerne fortæller, at borgere med sindslidelse og misbrug ikke er velfungerende nok til et reelt job- eller aktiveringstilbud. Derfor kan et aktiveringstilbud i denne sammenhæng også være et værested. Medarbejdere og en leder fra Jobcenteret i en lille kommune fortæller følgende om et værestedlignende tilbud:

”Det fungerer som et aktiveringstilbud til borgere, der ikke kan være i aktivering andre steder. Nogle er der i længere og andre kortere tid. Nogle kommer videre, andre gør ikke.”

Her handler aktiveringen primært om at skabe et aktivt forløb, hvor borgeren ikke 'bare' sidder hjemme, men kommer uden for sin dør uden at blive presset over evne. Kodeordene er 'små skridt'.

En teamchef fra Jobcenteret i en anden lille kommune fortæller, at der ikke bruges hverken arbejdsprøvning eller aktivering til målgruppen, fordi der simpelthen ikke findes tilbud, der kan rumme borgernes misbrug.

En lignende fortælling kommer fra medarbejdere og ledere fra Jobcenteret i en stor kommune. De oplever, at mange eksterne tilbud hævder, at de kan rumme både sindslidelse og misbrug, men giver fortabt når det kommer til stykket. Det er typisk misbruget, der er svært at håndtere. Tilbuddene kræver, at brugerne ikke er påvirkede af rusmidler, når de møder op, men for mange borgere med sindslidelse og misbrug er det ikke muligt at opfylde det krav. Derfor går tilbuddet i vasken.

Ledere fra en mellemstor kommune fortæller, at de benytter en bred vifte af offentlige og private tilbud i beskæftigelsesindsatsen over for mennesker med sindslidelse og misbrug; lige fra værestedlignende aktiviteter til kunstnere og andre, som har fornemmelse for dobbeltproblematikken. Dog gælder det for alle disse aktører, at hverken misbruget eller den psykiske lidelse må fylde for meget hos den enkelte borger, hvis tilbuddene skal benyttes. Og ofte er det et krav, at borgeren er i behandling.

Indtrykket er således, at der savnes beskæftigelsestilbud, der er gearede til at håndtere mennesker med både sindslidelse og misbrug. Selvom erfaringer med beskæftigelsestilbud, hvor en 'funktionspromille' er tilladt, ifølge en teamchef fra Jobcenteret i en lille kommune, viser, at sådanne tilbud er gode for borgerne.

Dog er medarbejdere fra Jobcenteret i en anden lille kommune forbeholdne over for at oprette specialiserede tilbud til mennesker med sindslidelse og misbrug. En medarbejder siger:

"Vi er meget langt fra at samle diagnosegrupper i bestemte tilbud. Der skal vi ikke hen, hvis du spørger mig".

Det er således ikke specialiserede, men derimod *fleksible* aktiverings- og jobtilbud, der efterlyses.

6.5.2 Flexibilitet i tilbud og arbejdsmarked

Medarbejdere fra den sociale indsats i en lille kommune fortæller:

"Mennesker med sindslidelse og misbrug er ofte meget kreative og intelligente og gider derfor ikke komme i tilbud om at samle clips og den slags. Der mangler kvalificerede tilbud. Men hvordan skaffer man en paranoid ingeniør et ingeniør-job?"

Kunsten er således at finde en balance mellem ligegyldige aktiveringstilbud og tilbud, borgerne magter. Der er stor enighed om, at et reelt jobtilbud giver mest mening og øget livskvalitet for alle parter. Det bedste er derfor, når borgeren rummes på det almindelige arbejdsmarked. Et eksempel er fra en lille kommune, hvor der er aktiveringstilbud om at hjælpe til i et landbrug et par timer om dagen.

Men der er langt imellem de rummelige arbejdsgivere, der kan håndtere denne gruppe af borgere. En medarbejder fra Jobcenteret i en lille kommune påpeger:

"Det handler i høj grad om arbejdspladsen. En person kan være arbejdsduelig ét sted, men ikke et andet".

I en stor kommune, har Jobcenteret haft succes med at få borgere i beskæftigelse gennem et samarbejde med virksomheder. Men det kræver, at virksomhederne har forståelse for misbrugs- og psykiatriske problematikker. Og det er sjældent tilfældet.

Kommunernes dilemma knytter sig som regel til spørgsmålet om, hvorvidt borgerne skal i et aktiveringstilbud eller i et reelt jobtilbud. Og uanset om borgeren kan klare et aktiveringstilbud eller et reelt jobtilbud, er det vigtigt med fleksibilitet og rummelighed i forhold til arbejdsevne, misbrug og sindslidelse.

6.5.3 Motivation: Pisk eller gulerod?

Kommunerne er enige om, at borgerens motivation er vigtig i forhold til både udredning og visitation til det rette tilbud. Der bruges mange kræfter og meget tid på motivationsarbejde, da alle beskæftigelsesrettede tilbud er frivillige. Derfor skal borgeren være motiveret for at deltage, hvis tilbuddet skal gøre en forskel. I forhold til beskæftigelsesindsatsen kan borgerens motivation komme gennem samtaler med borgeren. Men som medarbejdere og en leder fra Jobcenteret i en lille kommune påpeger, kan den også komme gennem de lovgivningsbestemte sanktioner, der knytter sig til beskæftigelsesindsatsen. Sanktionerne kan i sig selv virke motiverende, fordi borgeren mister sin økonomiske ydelse, hvis vedkommende ikke lever op til de fastsatte krav.

Fra Jobcenteret i en stor kommune, lyder det dog, at de stramme sanktioner ikke giver mening over for gruppen af borgere med sindslidelse og misbrug:

”Selvom rammerne indenfor beskæftigelse er skrappe, fordi man skal møde op fire gange om året osv., giver det tit ikke mening at mødes og lave sanktioner. Det hjælper ikke på motivationen at skære i pengene – det forværrer bare borgerens situation.”

En lignende pointe understreges af ledere i en mellemstor kommune:

”Vi har sanktionsmuligheder; hvis de ikke vil ud i tilbud efter senest 13 uger, som de skal, så skal vi lukke kassen. Det er et frygteligt redskab at have fået (...) Det kan være udmærket, hvis der er tale om manglende motivation. Problemet er, at det ofte ikke er motivation, der mangler, hvorfor instrumentet ikke virker.

Sanktionerne opfattes således som misforståede redskaber til motivation.

Kommunerne understreger i samlet flok, at det handler om at finde det rette tilbud til den enkelte borger. Så kommer motivation og fastholdelse mere eller mindre af sig selv.

7 Udfordringer og fremtidig indsats

Både spørgeskemaundersøgelsen og interviewene har spurgt de kommunale medarbejdere om de største udfordringer og ønsker til den fremtidige indsats i forhold til mennesker med sindslidelse og misbrug. Indledningsvis gives et samlet overblik over de største udfordringer i arbejdet med at behandle borgere med sindslidelse og misbrug, der også viser forskelle mellem de små og store kommuner¹³ samt konkrete forslag til forbedringer. Data stammer både fra spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview, som gennemgås mere detaljeret efter oversigten:

Udfordringer	Særligt for små kommuner	Særligt for store kommuner	Gælder alle typer kommuner	Idéer til konkrete indsatser
At møde borgeren med et helhedssyn	Mangler integrerede tilbud til dobbelt-diagnoser eller flere pladser i eksisterende tilbud. Borgere falder ofte ud af behandling, fordi de skal rejse langt for at få den.	Har integrerede tilbud, men savner alligevel bedre samarbejde mellem de forskellige instanser – for eksempel mellem jobcenteret og psykiatrien, da målgruppen både har problemer af sundhedsfaglig, økonomisk og social karakter.	Efterlyser helhedssyn i forhold til den enkelte borger. Der er en tendens til, at man behandler efter, hvilke tilbud der er, og ikke efter hvilke problemer borgerne har.	<ul style="list-style-type: none"> - Oprettelse af flere tilbud målrettet dobbelt-diagnoser. - Forbedre samarbejdet mellem de forskellige indsatser. - Bruge handleplanerne bedre. - Oprette et fast kontaktpersonsystem, så der er én person, der følger borgeren igennem hele systemet.
At motivere og fastholde målgruppen i behandling			Det er svært, da borgerne mangler sygdomserkendelse og ofte er uærlige om deres misbrug.	<ul style="list-style-type: none"> - Forbedre præsentationen af tilbuddenes indhold. - Flere opsøgende tilbud. - Flere sanktionsmuligheder. - Sørge for at skabe rare miljøer.
Tidlig opsporing og behandling			Efterlyser særlige tilbud til unge, som har fokus på at give dem en aktiv hverdag.	<ul style="list-style-type: none"> - Oprette særlige tilbud til unge med sindslidelse og misbrug. - Mere opsøgende arbejde.

¹³ De mellemstore kommuner er ikke med her både for overskuelighedens skyld og for at fremhæve 'ekstremerne'.

I det følgende vil nogle mere kvalitative spørgsmål om udfordringer og mangler i indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug blive gennemgået. I de udsendte spørgeskemaer er kommunerne blevet bedt om kvalitativt at svare på, hvad der er de største udfordringer i den kommunale indsats, hvad der er de største mangler i indsatsen, samt hvilke tiltag der vil forbedre forholdene for målgruppen mest muligt. Svarene stammer overordnet set fra spørgeskemaundersøgelsen og der kan derfor godt gives et overblik over, hvor mange kommuner, der er enige i hvert synspunkt. Men overblikket er behæftet med en vis usikkerhed, idet det kan være svært og heller ikke handler om at kvantificere informanternes forskellige formuleringer af problemstillingerne. Dertil kommer, at der kun er blevet spurgt til 'de største' udfordringer og mangler, så der er tale om prioriteringer iblandt eventuelt mange udfordringer, som flere kommuner kan nikke genkendende til. Svarene fra spørgeskemaundersøgelsen suppleres og nuanceres derfor ved hjælp af kvalitative interview med medarbejdere og ledere i de fire udvalgte kommuner.

Kommunerne oplever generelt ikke, at der er den store forskel de fire målgrupper imellem, hvad angår udfordringer og mangler i indsatsen. Der er på tværs af kommunerne forholdsvis stor enighed om, hvad der er de største udfordringer og mangler i indsatsen for borgere med sindslidelse og misbrug generelt. Der er dog en tendens til, at de små kommuner peger på manglende tilbud til målgruppen som en udfordring, mens de større kommuner efterlyser bedre samarbejde mellem de eksisterende tilbud.

7.1 Manglen på specifikke tilbud til målgruppen

27 kommuner (eller 60 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) peger på, at den største udfordring er at finde tilbud til målgruppen, hvor man både tager sig af deres sindslidelser og misbrug – og hvor målgruppen ikke er til belastning for de øvrige borgere. Også litteraturstudiet¹⁴ viser god erfaring med den integrerede behandling og efterlysning af mere helhedssyn på målgruppen. Nogle enkelte små kommuner skriver, at de slet ikke har sådanne integrerede tilbud. Andre steder findes tilbuddene, men der er ikke pladser nok. Flere påpeger, at det er vigtigt at have sådanne tilbud i lokalområdet, da det i forvejen er svært at motivere målgruppen til behandling – og næsten umuligt, hvis borgerne skal rejse langt for at få den. Der er forslag om at oprette specialteam i misbrugspsykiatri og opsøgende tværfaglige indsatser.

I de kvalitative interview efterspørges der generelt tilbud, der kan rumme dobbeltproblematikken. En medarbejder i en stor kommune påpeger følgende i forhold til at finde det rette tilbud til målgruppen:

¹⁴ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

”Det er typisk en leverandør, der kommer ud og siger, at de kan tage hånd om det hele i forhold til folk med dobbeltdiagnoser, men når man spørger specifikt til behov, kan de ofte ikke levere det”.

Den ovenstående pointe understreges yderligere af en medarbejder i en stor kommune.

”Der er mange tilbud, der siger, at de kan tage hånd om dobbeltproblematikken, men det kan de i realiteten ikke”.

På den baggrund efterspørges der i kommunerne målrettede tilbud til mennesker med sindslidelse og misbrug. En medarbejder i en lille kommune udtrykker behovet på følgende måde:

”Vi har ikke tilbud målrettet dobbeltdiagnoser. Der er behov for steder, hvor man kan tage hånd om begge dele. Steder hvor man ikke bliver afvist for misbrug. Der er mange unge, der kunne profitere af sådanne steder, men vi har store problemer med at finde steder, der evner dette”.

En medarbejder i en lille kommune giver udtryk for, at misbruget bliver en hindring for psykiatrisk behandling:

”Man vil ikke begynde at behandle dem, før der er gjort noget ved misbruget. Der mangler alkoholbehandling og at sammentænke indsatsen”.

En medarbejder i en anden lille kommune siger følgende om misbruget i relation til behandlingstilbuddene i kommunen:

”Der skelnes mellem, om det er psykisk lidelse eller misbrug, der kommer først. Den skizofrene bruger misbruget til at dulme sygdomme, så det nytter det ikke at sige, at man først skal af med misbruget, inden man kan gøre noget. Omvendt kan det være en idé at gøre noget ved misbruget først, hvis det har udløst psykotiske tilstande. Der er faktisk nogle steder, hvor lidt hash og lignende kan virke godt på sygdom”.

I en mellemstor kommune efterspørger medarbejdere steder, der kan håndtere de svageste borgere med sindslidelse og misbrug. En medarbejder peger på, at der:

”mangler et behandlingssystem, der kan samle dobbeltdiagnosticerede op, når det står allerværst til.”

En anden medarbejder i den samme mellemstore kommune forklarer, at kommunen har nogle pladser på et alternativt plejehjem, hvor de borgere, der er særligt udsatte, kommer:

”Det er tit et problem, at man ikke kan få behandling, når man er påvirket. Her kan man i princippet ’drikke sig ihjel’. Virkeligheden er, at der ofte sker det modsatte; at folk drikker mindre, da man ikke bliver afvist, men får støtte.”

I forlængelse af ovenstående citat peger medarbejderne på, at der er brug for flere lignende steder, hvor borgerne ikke afvises på grund af misbrug, og at der i det hele taget er brug for flere sengepladser, som ikke nødvendigvis hører under psykiatrien.

En leder i en stor kommune peger endvidere på, at der ligger en udfordring i:

” at man godt kan komme til at henvise efter, hvilke tilbud der er, og ikke hvad borgere har brug for! Det kunne være godt at fokusere på, hvilke behov borgerne har, og ikke hvilke tilbud der er”.

Med andre ord skal borgernes problemstillinger definere tilbuddene – og ikke omvendt.

En mellemlider i Jobcenteret i en lille kommune vurderer, at der mangler et intensivt og helhedsorienteret tilbud til målgruppen. Et tilbud, hvor der er mulighed for at følge borgeren fra start til slut og arbejde målrettet med motivation af borgeren til behandling. Det kan muliggøre, at borgerne måske vil blive sluset ud på arbejdsmarkedet igen, muligvis med mentorer eller på særlige vilkår.

Samtidig gives der i de interviewede kommuner generelt udtryk for, at det er komplekse problemstillinger, der gør sig gældende for mennesker med sindslidelse og misbrug. Det gør det vanskeligt at pege på et samlet tilbud, der vil virke for hele målgruppen. Som en medarbejder i en lille kommune udtrykker det:

”Individer er forskellige, og det er udfordringerne derfor også. (...) det skal ikke munde ud i kassetækning. Der skal stadig skabes individuelle tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose”.

For at illustrere kompleksiteten beskriver den samme medarbejder en konkret udfordring i forhold til en borger:

”En beboer var hårdt ramt og meget kronisk præget af dobbeltdiagnose. Han var tidligt skadet og havde drukket massivt, siden han var 14 år. Han boede hos os i nogle år, men han havde ikke lyst til at holde op med at drikke. Han havde

et tilbud. Så kom vi i en slags dilemma. Han blev syg nogle gange og kunne ikke selv hente øl. Når han ikke fik sine øl, kunne han komme i livsfare af abstinenser og delirium. Så var vi nødt til at købe øl til ham. Det er et stort moralsk dilemma. Han døde som 40-årig. Det var dobbeltdiagnosebehandling i form af en slags skadesreduktion”.

Selvom der efterlyses specifikke tilbud til målgruppen, er det vanskeligt at definere, hvad sådanne tilbud bør indeholde. Kommunerne understreger derfor også behovet for individuelt tilrettelagte tilbud. Der tegner sig således en balancegang mellem målgruppespecifikke og individuelle tilbud til mennesker med sindslidelse og misbrug.

Kommunerne har i øvrigt fokus på tilbud til unge med misbrug og sindslidelse, der, som tidligere nævnt, vurderes at være en voksende gruppe. De efterlyser tilbud særligt til unge, eftersom de kan være vanskelige at integrere i eksisterende tilbud. En leder fra en stor kommune beskriver den særlige udfordring således:

”Der er mange unge, som ikke vil ind i behandlingshjem med svære grupper af psykisk syge i psykiatrien”.

En yderligere udfordring i forhold til at etablere specifikke tilbud er kommunernes kapacitet. En leder fra en stor kommune fortæller:

”Der er lavet undersøgelser, der siger, at det kræver stor volumen i en kommune for at iværksætte tilbud. Men man kommer til at skulle arbejde sammen mellem regioner og kommuner. Det kræver vilje fra begge parter for, at det skal blive til noget, hvilket måske er svært i økonomisk pressede tider som nu. Nogle regioner vil måske nok mene, man skal holde tilbud adskilt, så det er ikke sådan bare at få tilbud til at blive realitet - der er forskellige syn på sagen”.

Der er en medarbejder i en mellemstor kommune, der peger på, at der er kommet flere specialiserede indsatser efter Strukturreformen.

7.2 Samarbejde de forskellige indsatser imellem

Ca. 12 kommuner (27 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) oplever det som en udfordring at koordinere den tværfaglige indsats på en måde, som sikrer, at den enkelte borger bliver mødt med et helhedssyn og ikke med modstridende synspunkter. Det lader til at være især mellemstore og store kommuner, der peger på denne udfordring (uden at det dog er muligt at kvantificere helt nøjagtigt). Det fremhæves som noget særligt ved denne målgruppe, at borgernes problemstillinger er så komplekse og både har social, sundhedsfaglig og

økonomisk karakter. Derfor er der ofte mange forskellige typer professionelle om hver sag, og der savnes klarhed om, hvem der egentlig skal tage sig af borgere med både sindslidelse og misbrug. Ligeledes efterlyses klarhed om målsætningen for indsatsen overfor målgruppen. I spørgeskemaundersøgelsen er der en kommune, der foreslår indførelse af en fast kontaktperson til at koordinere indsatsen.

Også i de kvalitative interview peges der på samarbejde som en væsentlig faktor i indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug. Som medarbejdere og ledere fra beskæftigelsesafdelingen i en lille kommune fortæller:

"Der er mange inde over et enkelt forløb, men tit kigger en enhed ud fra deres egen synsvinkel uden hensynstagen til de andre – der mangler koordination!"

Med andre ord er der behov for, at de forskellige indsatsområder og faggrupper får et samlet syn på den enkelte borger og borgerens problemstillinger.

Kommunerne ønsker en bedre tværfaglig indsats – både på forvaltningsniveau og i selve tilbuddene. En leder fra Social- og Handicapafdelingen i en stor kommune siger:

"Man kan ikke sidde som sagsbehandler i kommunalt regi og være ekspert i både misbrug og psykiatri. Der er derfor brug for bedre samarbejde med andre faggrupper".

En medarbejder i en mellemstor kommune ønsker ligeledes mere samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer:

"Det kunne være godt, hvis man sad mere sammen fysisk og traf nogle flere fælles beslutninger."

De tværfaglige tilbud skal i øvrigt have opsøgende funktioner. Et konkret forslag er at oprette 'Midtvejshuse' – dvs. et tilbud, der kan fungere som brobygger mellem de forskellige indsatser i forhold til beskæftigelse, misbrugs- og psykiatrisk behandling samt social støtte. Idéen beskrives på følgende måde af en leder i kommunen:

"Midtvejshuse ville være en god ide imellem behandlingssystem og sociale tilbud. Husene kan rumme, at man i perioder kan fokusere på sundhedsmæssige problemstillinger, mens man i andre har fokus på beskæftigelse osv. Vi oplever i stigende grad, at man undviger behandling indenfor sundhedsvæsenet. Det handler om at have tilbud centreret omkring borgeren, så de ikke hele tiden ryger fra et sted til et andet. Midtvejshuse skal kunne rumme både dem, som slet

ikke kan klare sig selv, og dem som har brug for mere eller mindre støtte i perioder”.

I en af de små kommuner, der deltager i den kvalitative undersøgelse, har man netop slået socialpsykiatrien og misbrugscenteret sammen i en ny afdeling med ca. 45 medarbejdere. Baggrunden for at slå afdelingerne sammen er primært kravet om økonomiske besparelser i kommunen. Men også faglige begrundelser ligger til grund for sammenlægningen. Her peges der blandt andet på muligheden for at styrke samarbejdet mellem væresteder og udgående medarbejdere:

”Misbrugere optræder alle steder – også i værestederne. Og, så er der borgere, der har begge problematikker. Derfor kan en tættere relation mellem socialpsykiatri og misbrug styrke samarbejdet og koordineringen i forhold til disse borgere”.

7.2.1 Hvor trykker skoen – internt?

I de interviewede kommuner gives der generelt udtryk for, at der er velfungerende samarbejde internt i kommunerne. Metodisk er det væsentligt at være opmærksom på, at medarbejderne i flere af kommunerne er blevet interviewet samlet på tværs af afdelinger, hvilket kan have influeret på svarene.

Det gode samarbejde karakteriseres i de kvalitative interview generelt (både i de små og i den store kommune) som et samarbejde, hvor medarbejderne kender hinanden godt på tværs af afdelingerne.

Der, hvor samarbejdet typisk 'halter' internt, er ifølge de interviewede mellem beskæftigelsesafdelingen (Jobcenteret) og socialpsykiatrien/misbrugscenteret. I en af de små kommuner opleves der for eksempel et stort behov for at forbedre koordineringen mellem beskæftigelsesafdelingen og støtte- og kontaktpersonerne. Her oplever leder og mellemlider fra socialpsykiatriafdelingen, at borgerne ofte undlader at komme med vigtige oplysninger omkring deres sygdom eller misbrug til Jobcenteret. Det medfører, at sagsbehandlerne i Jobcenteret tror, at borgerne er bedre fungerende, end det opleves af støtte- og kontaktteamet (SKT). I sidste ende betyder det, at borgerne aktiveres i tilbud, som de muligvis ikke magter. De understreger:

”Det er ikke altid, systemet accepterer, at borgerne skal fredes!”

Her mener lederen og mellemlideren, at støtte- og kontaktpersonerne kan spille en væsentlig rolle, da de ofte har et kendskab til borgerens tilstand. Derfor er det vigtigt, at Jobcenteret og støtte- og kontaktpersonerne får talt sammen om den enkelte borger.

Et lignende billede tegnes fra Jobcenterets side. Her udtrykker leder og medarbejdere frustration over socialpsykiatriens – og i særlig grad distriktspsykiatriens – vurdering af borgerne. De oplever det som et problem, når læger eller andre fagpersoner vurderer, at borgeren ikke magter et aktiveringstilbud:

”Nogle gange kan der stadig være muligheder, selvom en læge vurderer, at der ikke er mulighed for, at en borger med dobbeltdiagnose kan komme i arbejde”.

7.2.2 Hvor trykker skoen – kommune og psykiatri?

Flere af de interviewede kommuner giver i øvrigt udtryk for, at samarbejdet mellem kommune (samt eksterne leverandører) og den regionale psykiatri er en væsentlig udfordring i indsatsen over for mennesker med sindslidelse og misbrug. Medarbejderne i en lille kommune tegner følgende billede af psykiatrien:

”Der er en forråelse af psykiatrien (...) Man sætter de bedste af de dårligste på gaden. Når de ikke får behandling, behandler de sig selv, hvilket ofte betyder alkohol og stoffer. Jeg oplever et tilbageslag i behandlingen, hvor folk i højere grad må klare sig selv. Dem, de tager sig af, får ofte ikke medicin, hvorfor de selvmedicinerer sig”.

Støttekontaktpersonen fra samme kommune peger yderligere på:

”Vi har problemer med kommunikationen med distriktspsykiatrien, hvor vi ind imellem oplever, at de har mest travlt med at afvise folk”.

Han uddyber med at fortælle, at de tidligere havde et rigtig godt og tæt samarbejde med psykiatrien, men at distriktspsykiatrien blev så presset de senere år, at de ikke har ordentlig tid til borgerne og at dette også har medført et dårligere samarbejde. Det har ifølge denne kommune direkte konsekvenser for borgernes forløb:

”Når man ser på distriktspsykiatrien, er det meget sjældent, at tingene lykkes. Ikke på grund af manglende vilje, men nedskæringer, manglende koordination mm. Det hele er kaos i distriktspsykiatrien. Der mangler information. Det sker ofte, at det ikke bliver kommunikeret, at en borger er blevet udskrevet. Formelt skal vi samarbejde med dem, men reelt gør vi det næsten ikke, da det ikke fun-

gerer. For borgeren betyder det, at de forløb, der er startet godt, ryger på gulvet, når de kommer ind i distriktpsychiatrien”.

En leder i en mellemstor kommune peger ligeledes på et udfordrende samarbejde med den regionale psykiatri. Hun understreger, at det skyldes, at psykiatrien er økonomisk trængt og derfor har svært ved at rumme borgerne med sindslidelse og misbrug:

”Overlægen fra psykiatri har meldt ud, at de ikke kan håndtere så mange dobbeltdiagnosticerede. Samarbejdet kører mest på vennetjenester – der er ikke ressourcer til at tage hånd om, hvad der er brug for”.

I en anden lille kommune oplever medarbejdere og en leder fra Jobcenteret også samarbejdsvanskeligheder med psykiatrien:

”Vi er gode til at arbejde med socialpsykiatrien, men ikke med distriktpsychiatrien – der mangler motivation og kontakt med borgere i distriktet. De er slemme til at fastholde dem i ”dårlighed” og mangler tro på aktivering”.

I den store kommune peges der ligeledes på samarbejdsvanskeligheder med psykiatrien. Her mener ledere og medarbejdere blandt andet, at det skyldes et paradigmesammenstød. Dette uddyber en leder med et eksempel, hvor psykiatrien kontakter kommunen angående en borger, der er blevet udskrevet og beder medarbejderne i kommunen om at tage et bælte med. *”Men sådan arbejder vi jo ikke hos os”*, kommenterer lederen.

Kommunerne tegner således et billede af, at kommunikationen, koordinationen og samarbejdet med psykiatrien fungerer uhensigtsmæssigt.

7.2.3 Hvor trykker skoen – kommune og eksterne leverandører?

I et eksternt alkoholbehandlingstilbud, som benyttes af interviewundersøgelsens store kommune, arbejdes der med at forbedre samarbejdet og koordineringen med kommuner. Der er blandt andet udarbejdet hensigtserklæringer omkring samarbejdsaftaler og der aftales fastlagte møder med nøglepersoner i kommunerne. Hos det eksterne tilbud peges der da også på en vis træghed i forbindelse med kontakten til kommunen:

”Af og til kan det være tungt at komme igennem til kommunen. Hvis vi for eksempel sender oplysninger eller noget om en borger, ville det være rart at få en tilbagemelding. Om ikke andet så bare få at vide, at det fremsendte er modtaget, men det sker ikke altid”.

Så ligesom kommunerne mener, at eksterne samarbejdspartnere kan være svære at kommunikere og koordinere med, mener de eksterne samarbejdspartnere, at kommunerne kan være 'tunge at danse med'. Udfordringer knyttet til samarbejde gælder således for alle parter.

7.3 At motivere borgerne til behandling og fastholde dem i behandling

Ca. 15 kommuner (eller 1/3 af dem, der har svaret på spørgsmålet i spørgeskemaet) påpeger i spørgeskemaundersøgelsen, at den største udfordring er, at personer med sindslidelse og misbrug ofte ikke selv ønsker behandling og især er uærlige omkring deres misbrug. Det er en udfordring for de professionelle at bevare den positive kontakt, mens problemerne bliver italesat og at få borgerne til at tage den nødvendige medicin. Det gælder alle kommunetyper.

I de kvalitative interview peges der ligeledes på motivation som en væsentlig faktor i indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug. Manglende motivation er ofte skyld i afbrudte behandlingsforløb. I beskæftigelsesafdelingen i en lille kommune peger teamlederen på, at der er tale om en meget svær målgruppe, hvor de mulige indsatser er frivillige, og derfor bruges der i tilbuddene meget tid på at motivere borgeren til for eksempel at komme i distriktspsykiatrisk center eller i socialbehandling.

Motivation er ligeledes et gennemgående tema i langt hovedparten af de undersøgelser af effektive indsatser overfor mennesker med sindslidelse og misbrug, der er fundet i litteraturstudiet¹⁵. Motivationen betragtes her som et essentielt element i behandlingen og der har især vist sig gode resultater med unge, hvor der er arbejdet målrettet med motivationen.

Kommunerne peger på, at motivationsarbejdet starter tidligt og er gennemgående i en borgers forløb. Samtidig har kommunerne vanskeligt ved at pege på konkrete udfordringer og indsatsbehov i forhold til motivationsarbejde. Buddene fra en stor kommune er:

"Hvis borgeren tror, at verden er lyserød, og den i virkeligheden er lidt lysegrå, skal man turde sige, hvilke rammer der er, så borgeren er med på, hvilke muligheder der er".

"Vi skal være bedre til at servere indhold af vores tilbud, det skaber motivation".

¹⁵ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 43). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

De deltagende kommuner peger desuden på en opsøgende indsats som middel til motivation og fastholdelse, når borgeren er ved at falde fra et behandlings- eller aktiveringsforløb:

”Vi ved jo godt, at hvis borgerne ikke møder op i distriktskykiatrien, så bliver de afsluttet. Så noget mere opsøgende arbejde. Ud i marken, opsøg dem, find dem. Ja, hold fast i dem”.

En leder fra Socialpsykiatriafdelingen i en lille kommune understreger, at motivation kan være mange ting. Det kan både være konkrete sanktioner og duften af nystegte frikadeller på et bosted, som får beboerne ud af deres værelser.

7.4 Øvrige udfordringer og fremtidige indsatsbehov

I spørgeskemaundersøgelsen nævner enkelte kommuner forskellige udfordringer, som ikke ser ud til at fylde lige meget for alle kommuner. Det handler om:

7.4.1 Manglen på særlige tiltag til unge

Det udspecificeres desværre ikke i spørgeskemaundersøgelsen, hvorfor man mener, at der mangler særlige tiltag overfor de unge fra målgruppen. Men af litteraturstudiet¹⁶ fremgår det (som nævnt tidligere), at de unge med sindslidelse og misbrug har en særlig høj risiko for at ryge ud i andre sociale problemer såsom kriminalitet og hjemløshed samt, at de er svære at motivere til behandling end ældre borgere fra målgruppen. I de kvalitative interview peges der i flere af kommunerne på, at der er kommet flere unge i målgruppen (jf. kapitel 2 om målgruppen), hvilket stemmer godt overens med ønsket om flere tiltag målrettet unge.

En interviewet leder af et eksternt misbrugsbehandlingstilbud særligt for unge mennesker med misbrug og eventuelt sindslidelse påpeger, at der mangler et struktureret dagtilbud til de unge i målgruppen. Hun fortæller:

”Vi mangler et struktureret dagtilbud – hvor er det, vi putter de her unge hen? Vi vil gerne give lidt struktur til de unge og en hverdag, der fungerer med et indhold. Derudover vil vi gerne kunne øge deres sociale kompetencer og give dem bedre mulighed for at skabe kontakt til arbejdsmarkedet. Men tilbuddet mangler”.

Bender K. et al.¹⁷ har samlet en række fællestræk ved en række undersøgelser om effektive behandlingsmetoder for unge og kommer på baggrund heraf med en række anbefalinger. Det

¹⁶ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 25, 51, 52). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

¹⁷ Bender, K. et. Al: 2006

understreges dog, at der udelukkende er tale om tentative anbefalinger på grund af manglen på undersøgelser. De ti anbefalinger er:

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

7.4.2 At erstatte misbruget med noget andet i hverdagslivet

Det påpeges i spørgeskemaundersøgelsen, at målgruppens reelle problemer ofte er af social karakter. Derfor må indsatsen også handle om støtte til netværksdannelse med mere. Der bør samtidig være stort fokus på misbruget i behandlingen, idet det ofte fører en række andre problemer med sig. For eksempel bruger borgerne ofte alkohol eller stoffer som en form for selvmedicinering i forhold til deres psykiske lidelser og blokerer dermed for en reel medicinering. Det nævnes også, at misbruget kan føre til meget ubehagelig adfærd overfor behandlere.

7.4.3 Uddannelse og supervision

De professionelle manglende kendskab til borgere med sindslidelse og misbrug kan blive en udfordring, hvorfor personalet kan have brug for mere uddannelse og supervision. Også litteraturstudiet¹⁸ har vist, at der kunne være behov for en bredere og mere tværfaglig viden blandt de professionelle, der behandler mennesker med sindslidelse og misbrug, så også psykiatere ved noget om misbrug og misbrugsbehandlere ved noget om psykiatri.

Adspurgt til kompetencebehovene hos ansatte i kommunen, der arbejder med mennesker med sindslidelse og misbrug, svarer en medarbejder fra en lille kommune:

¹⁸ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s.52-53). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

”Generelt er fagligheden stor blandt uddannede medarbejdere. Det, der skal lægges til, er, at man skal vide, hvor man står i den store sammenhæng. Kommunen er en stor størrelse, som man skal lære at gebærde sig i. Samtidig skal man lære at lave handleplaner, målsætninger og løbende statusser”.

I den kvalitative undersøgelses store kommune peger en medarbejder på, at der mangler uddannelse af personalet, da det ikke er alle, der kan tage sig af målgruppen på grund af de komplekse problemstillinger. En leder af et eksternt misbrugsbehandlingstilbud – der opfatter sig selv som et integreret tilbud - fortæller, at de ikke ser borgere med sindslidelse og misbrug som en særlig udfordring. Hun giver følgende forklaring:

”Når vi ikke har det her, er det fordi, vi har sørget for at have et hus, der kan håndtere den gruppe og har kompetencerne til begge dele. Gruppen fylder meget, hvis man ikke har fagligheden til at håndtere dem – det kan jeg godt forstå”.

En medarbejder i en mellemstor kommune peger på, at der er behov for mere viden om dobbeltproblematikken og at dette vil sikre, at de ikke-specialiserede enheder også kan rumme disse borgere.

7.4.4 Tidlig opsporing af målgruppen

Det kan ifølge spørgeskemaundersøgelsen også være en udfordring for kommunerne at få opsporet målgruppen tidligt for at undgå, at problemerne bliver for store. Det hænger dels sammen med målgruppens egen manglende erkendelse af problemet.

I et eksternt alkoholbehandlingstilbud, som samarbejder med den store kommune fra den kvalitative undersøgelse, er der i øjeblikket fokus på tidlig opsporing af unge:

”Vi har et ønske om at lave et projekt og har arbejdet på at få [den store kommune] med på idéen, men indtil videre uden held. Idéen går ud på ”Et opspørings- og behandlingstilbud til unge”, fordi mange unge har et overforbrug af alkohol og man kunne forebygge, at de havnede i et egentligt alkoholmisbrug. Men projektet er stadig på tegnebrættet og skal måske tænkes lidt om”.

7.4.5 At give målgruppen intensiv behandling sammen med andre målgrupper

Det kan være en udfordring at give borgere med sindslidelse og misbrug en mere intensiv eller anderledes behandling end andre borgere, der befinder sig i samme tilbud ifølge enkelte informanter fra spørgeskemaundersøgelsen.

7.4.6 Kvalificeret diagnosticering

Det er en udfordring for en kommune, at borgerne ikke altid er diagnosticerede eller har en klar diagnose. Men som nævnt tidligere påpeger litteraturstudiet¹⁹, at der er stor uenighed blandt de forskellige faggrupper om behovet for mere diagnosticering, da nogle faggrupper anser det for at være en form for stigmatisering af borgerne. Også SIND's undersøgelse fra 2009²⁰ viste stor uenighed om brugen af diagnoser blandt de forskellige faggrupper. Nogle steder satte man en ære i 'at se mennesket før diagnosen' og 'ikke at sætte nogen i bås' (særligt på væresteder), andre steder var personalet ikke uddannet til at diagnosticere. Men det blev også påpeget, at diagnoser var gode til at pejle de professionelle ind på, hvordan de skulle agere overfor brugerne uden nødvendigvis at italesætte det overfor brugeren.

7.4.7 At bevare borgeren i egen bolig

Det nævnes som en udfordring at bevare målgruppen i egen bolig. Der foreslås oprettelse af akutte boligtilbud til målgruppens dårlige perioder.

Også en lille og en stor kommune i den kvalitative undersøgelse peger på behovet for botilbud til målgruppen – og særligt botilbud i borgernes lokalområder.

7.4.8 At finde psykiatere, der vil tage sig af målgruppen

Det kan ifølge enkelte informanter fra spørgeskemaundersøgelsen være et problem, at psykiaterne ikke vil tage sig af borgere med både sindslidelse og misbrug.

7.4.9 Manglen på efterbehandling

- eller opfølgning i forhold til de borgere med sindslidelse og misbrug, der har været i behandling med et positivt resultat for at undgå tilbagefald.

7.4.10 Fleksible og rummelige tilbud

Den store kommune i den kvalitative del af undersøgelsen efterlyser desuden mere fleksibilitet og rummelighed i tilbud til borgere med sindslidelse og misbrug:

”Der mangler anerkendelse af, at det her er et permanent problem. Spørgsmålet er: På hvilken måde kan vi kigge på, hvad deres behov er og ikke på et hurtigt fix af problemet? Nogle borgere med sindslidelse og misbrug skal måske have lov til at være, som de er i en periode, hvor man ikke skal tro, at de kan komme ud i aktivering osv. Det kræver en holdningsændring, hvor man ikke he-

¹⁹ Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 12). Socialt Udviklingscenter SUS, 2010.

²⁰ Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose (s. 51-52). Christensen, I. & Hagensen, P., Socialt Udviklingscenter SUS, 2009.

le tiden jagter dem rundt i alt muligt. Det er ikke altid for borgernes skyld, vi jagter dem med tilbud, men for at sætte hak et sted”.

Medarbejderne supplerer og fortæller, at nogle borgere ikke magter og har brug for andet tilbud end, at sagsbehandleren er til rådighed til støttende samtaler, når der er behov for det. Denne rådighed kan være et tilbud i sig selv.

Andre kommuner taler også om rummelige og fleksible tilbud. De påpeger, at det desuden handler om at acceptere en 'funktionspromille' – det vil sige, at borgerne ikke forventes at være fuldstændig upåvirkede af alkohol eller stoffer, når de møder op i tilbuddet.

8 Metode

Undersøgelsen er baseret på to forskellige former for dataindsamlinger:

- En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse
- En kvalitativ interviewrunde.

De vil blive gennemgået hver for sig i det følgende.

8.1 Den kvantitative spørgeskemaundersøgelse

Undersøgelsens kvantitative del er udarbejdet på baggrund af et spørgeskema²¹ sendt til samtlige af landets kommuner.

Som nævnt tidligere er der identificeret et behov for en nærmere kortlægning af målgruppen ud fra specifikke parametre såsom diagnose og misbrug. I relation til dette blev målgruppen i spørgeskemaet opdelt i fire undergrupper ud fra typen af sindslidelse og misbrug:

- A. Borgere med svære psykiske lidelser og skadeligt brug af narkotika
- B. Borgere med svære psykiske lidelser og skadeligt brug af alkohol
- C. Borgere med 'lettere' psykiske lidelser og skadeligt brug af narkotika
- D. Borgere med 'lettere' psykiske lidelser og skadeligt brug af alkohol

Opdelingen er inspireret af Kenneth Minkoff og Amund Aakerholdt. Med afsæt i *National Association of State Mental Health Program*²² – der betegnes som den nationale konsensus (i USA) om beskrivelsen af mennesker med sindslidelse og misbrug – skelner de mellem svære og lettere psykiske lidelser. Den valgte skelnen mellem alkohol- og narkotikamisbrug er tænkt ind i denne undersøgelse, fordi behandlingen af disse to typer misbrug ofte er adskilt administrativt i dansk kontekst. Desuden forventes det, at der knytter sig forskellige typer af sociale problemer til henholdsvis alkohol- og narkotikamisbrug, da brug af narkotika er ulovligt, mens brug af alkohol er lovligt. De fire målgrupper specificeres yderligere i kapitel 2.

Det understreges i spørgeskemaet, at der spørges til mennesker med sindslidelse OG misbrug, men at borgerne ikke nødvendigvis har en egentlig diagnose. Desuden fremgår det af instruksens, at der kan være tilfælde, hvor personen måske ikke er diagnosticeret, men hvor man som professionel har *en begrundet formodning* om, at personen har en sindslidelse og et misbrug. Sådanne tilfælde inkluderes i besvarelsen.

²¹ Spørgeskemaet er vedlagt som bilag 2.

²² National Association of State Mental Health Program Directors/National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors. The new conceptual framework for co-occurring mental health and substance use disorders. Washington, DC. NASMHPD/NASADAD 1998.

Kommunerne blev bedt om at basere svarene på skøn. Det vil sige, at det har været op til kommunerne selv at afgøre, hvordan de ville foretage skønnene.

De overordnede temaer i spørgeskemaet er:

- Målgruppen – hvor mange er der i den pågældende kommune?
- Borgere med sindslidelse og misbrug i eksisterende tilbud – fordelt på social støtte, sundhedsfaglig støtte/behandling og økonomisk støtte
- Udfordringer i indsatsen

Spørgeskemaet blev pilottestet i Frederiksberg Kommune. Efter pilottesten blev det tilføjet, at kommunerne kunne svare på, hvor stor den *procentvise* andel af borgere med sindslidelse og misbrug udgør - frem for kun at kunne angive *antallet* af borgere i målgruppen. Desuden har det i spørgeskemaet været muligt at angive det, hvis kommunen ikke har nok viden til at angive et skønsmæssigt antal.

Inden udsendelsen af spørgeskemaet blev kommunerne varslet med et brev til Socialdirektøren d. 30. marts 2010. For at sikre god kvalitet i besvarelsen blev kommunerne bedt om at oplyse navn og e-mailadresse på den person, der skulle være ansvarlig for kommunens besvarelse af spørgeskemaet. Spørgeskemaet blev sendt ud d. 23. april 2010 med en frist for aflevering d. 7. maj 2010. Efter svarfristens udløb blev de kommuner, der ikke havde returneret spørgeskemaet kontaktet via e-mail.

Der har været kontakt med en række af kommunerne i forbindelse med udfyldelse af spørgeskemaerne. På den baggrund kan det konstateres, at det varierer, hvilken metode der er taget i brug for at udfylde spørgeskemaerne. I Københavns Kommune har den ansvarlige medarbejder fra centralforvaltningen sendt spørgeskemaerne ud til samtlige enheder i socialforvaltningen. Sagsbehandlere i enhederne har udfyldt skemaet, hvorefter det er blevet samlet til et fælles dokument. I en mellemstor kommune i Region Syddanmark er spørgeskemaet ligeledes sendt ud til samtlige decentrale enheder, men er primært udfyldt på lederniveau. I en mellemstor kommune i hovedstadsregionen har enkelte sagsbehandlere talt op i egen sagsstamme og herudfra skønnet antallet samlet i kommunen.

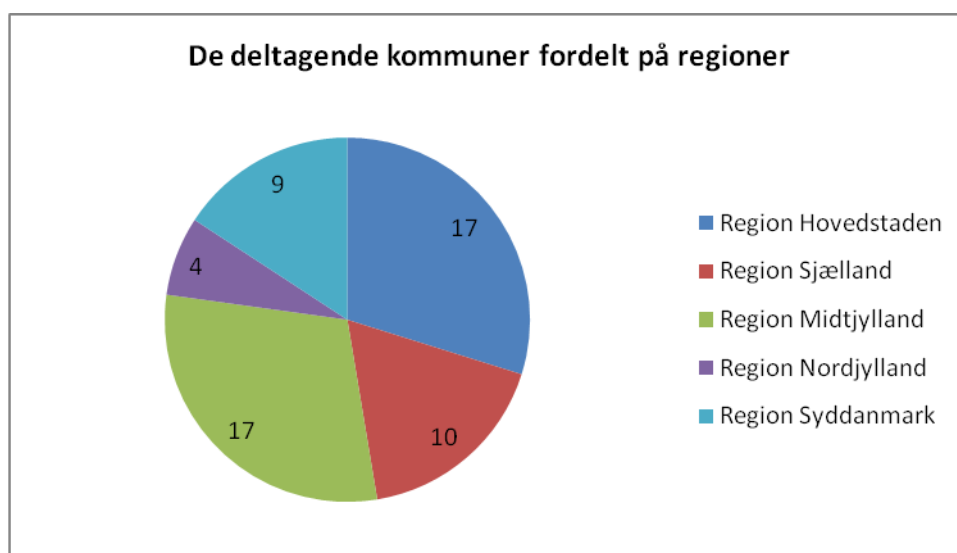
Der er modtaget 57 spørgeskemaer, som efterfølgende er tastet ind i statistikprogrammet SPSS, hvorfra analysen er gennemført. I en stor del af analysen er det fremhævet, hvor mange kommuner der ikke har besvaret det pågældende spørgsmål, og udregnet procentdele i forhold til antallet af besvarelser på det enkelte spørgsmål. Der er anvendt χ^2 -test til at måle sammenhængenes signifikans og gamma-test til at belyse retningen på sammenhænge. Der er anvendt et signifikansniveau på 0,05. Under dette niveau er en sammenhæng vurderet som statistisk signifikant. I analysen er kun de statistisk signifikante sammenhænge fremhævet. Der er især blevet set nærmere på betydningen af kommunernes størrelse, an-

delen af borgere med sindslidelse og misbrug i forhold til det samlede indbyggertal og eventuelle forskelle regionerne imellem. Helt overordnet har regionerne ikke vist sig at have en nævneværdig forskellig måde at arbejde på i forhold til borgere med sindslidelse og misbrug.

8.1.1 Hvem deltager i spørgeskemaundersøgelsen?

Spørgeskemaet er blevet sendt ud til samtlige af landets 98 kommuner, hvoraf 57 kommuner har besvaret det. Det betyder, at mere end halvdelen af landets kommuner (58 %) har udfyldt spørgeskemaet.

I bilag 1 ses en liste over, hvilke kommuner der deltager i undersøgelsen samt lidt baggrundsdata om hver enkelt kommune. Som det også fremgår af lagkagediagrammet nedenfor, er Region Hovedstaden og Region Midtjylland overrepræsenteret i undersøgelsen og udgør tilsammen 60 % (34) af alle deltagende kommuner. Til gengæld er især Region Nordjylland underrepræsenteret ved kun at udgøre 7 % (4 kommuner):



Ved en opgørelse over hvor mange kommuner der deltager fra hver region, set i forhold til hvor mange kommuner hver region indeholder, står det tydeligt, at Region Midtjylland er stærkest repræsenteret med 90 % af sine kommuner, mens Region Nordjylland er svagest repræsenteret med 36 % af sine kommuner:

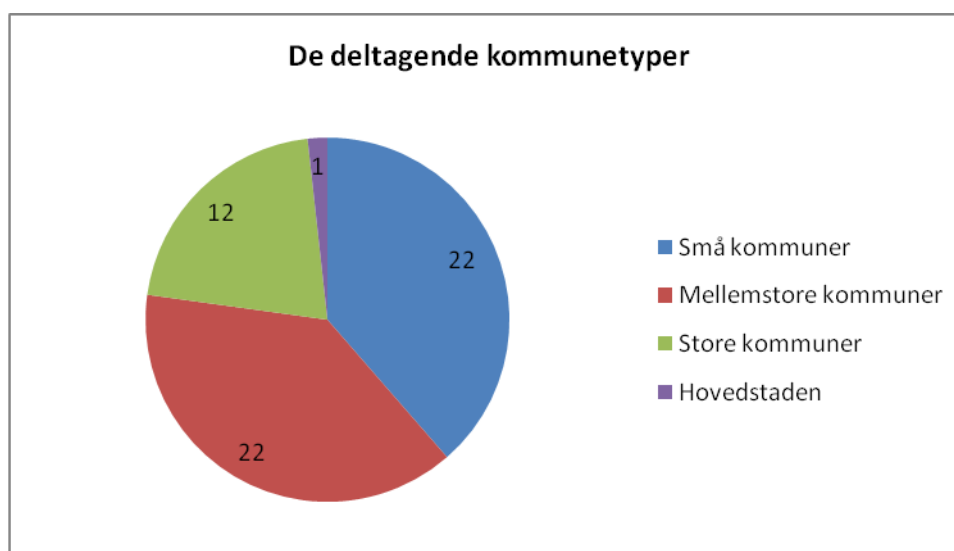
Region	Antal kommuner	Antal deltagende kommuner	Andel deltagende kommuner
Region Syddanmark	22	9	41 %
Region Hovedstaden	29	17	59 %

Region Nordjylland	11	4	36 %
Region Sjælland	17	10	59 %
Region Midtjylland	19	17	90 %
I alt	98	57	58 %

De deltagende kommuner har i gennemsnit 64.534 indbyggere. I analysen er der blevet set nærmere på de forskellige kommunetypers besvarelser, hvorfor der er blevet lavet en opdeling i 'små, mellemstore, store kommuner og hovedstaden' på denne måde:

- a) Kommuner med 1.900-39.000 indbyggere = små kommuner
- b) Kommuner med 39.001-69.000 indbyggere = mellemstore kommuner
- c) Kommuner med 69.001-198.000 indbyggere = store kommuner
- d) København med sine 530.902 indbyggere = hovedstaden.

Nedenfor ses, at der i så fald deltager 12 store kommuner, 22 mellemstore kommuner og 22 små kommuner udover hovedstaden i undersøgelsen:



I forhold til fordelingen af små, mellemstore og store kommuner på landsplan ser undersøgelsens repræsentativitet ud som i nedenstående tabel; de store kommuner er, udover hovedstaden, de bedst repræsenterede, men ellers er der en nogenlunde lige fordeling:

Repræsentativitet i forhold til kommunestørrelse	Antal kommuner i hele landet	Antal deltagende kommuner	Andel deltagende kommuner
Små kommuner	38	22	58 %
Mellemstore kommuner	41	22	54 %
Store kommuner	18	12	67 %
Hovedstaden	1	1	100 %
I alt	98	49	50 %

8.1.2 Svarenes validitet

Af de 57 besvarelser, spørgeskemaundersøgelsen baserer sig på, er det langt fra alle kommuner, der har kunnet besvare alle spørgsmål – og især spørgsmålene om antal har voldt problemer. Tabellen nedenfor viser, hvilke spørgsmål angående målgruppens brug af kommunens sociale, sundhedsfaglige og økonomiske tilbud kommunerne har haft sværest og lettest ved at besvare. Som det fremgår af yderste kolonne til højre, har det været sværest for kommunerne at svare på spørgsmålet om, hvor mange borgere der er i psykologbehandling. Det har også været svært at angive præcise tal om, hvor mange fra målgruppen der ikke modtager økonomisk støtte eller støtte til behandling af psykisk lidelse fra kommunen. Derimod er der mere præcis viden om, hvor mange fra målgruppen der modtager støtte i eget hjem og bor i botilbud.

Kigger vi på besvarelserne i forhold til de fire målgrupper ses, at det er en smule sværere at besvare spørgsmål om borgerne med alkoholmisbrug end om borgerne med stofmisbrug samt en smule sværere at besvare spørgsmål om borgere med lettere psykiske lidelser end med svære psykiske lidelser:

Antal kommuner, der ikke ved, hvor mange borgere der...	Målgruppe A	Målgruppe B	Målgruppe C	Målgruppe D	Genemsnit
modtager støtte i eget hjem	3	4	4	4	3,75
bor i botilbud	5	7	8	8	7
bor i boform for hjemløse	15	17	20	21	18,25
bor i botilbud særligt målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug	10	13	16	16	13,75
ikke modtager støtte i henhold til serviceloven	18	19	22	21	20

er i ambulat behandling for alkohol- eller stofmisbrug	6	8	9	11	8,50
er i døgnbehandling for alkohol- eller stofmisbrug	8	13	10	9	10
er i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri	8	13	17	16	13,50
er i psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læge/psykiater	21	20	20	23	21
er i psykologbehandling	24	26	24	24	24,50
modtager integreret behandling fra tilbud målrettet behandling af dobbeltdiagnosepatienter	12	14	14	17	14,25
ikke modtager behandling for psykisk lidelse	17	20	17	19	18,25
ikke modtager behandling for alkohol- eller stofmisbrug	15	16	17	17	16,25
modtager førtidspension	7	11	10	13	10,25
modtager kontanthjælp	13	15	11	15	13,50
modtager sygedagpenge	17	17	19	18	17,75
ikke modtager økonomisk støtte fra kommunen	20	22	23	22	21,75
Gennemsnit	12,88	15	15,35	16,12	

Dertil kommer, at der blandt de reelle svar angående antal borgere med sindslidelse og misbrug kan være forskellige måder at gøre tallene op på og definere målgrupperne. Det er der forsøgt at tage højde for igennem hele analysen ved at nærstudere, om enkelte kommuner skiller sig særligt ud fra andre (hvorefter de er blevet kontaktet telefonisk) og ved at sammenligne svarene for alle fire målgrupper på kryds og tværs i forhold til blandt andet misbrug og sindslidelse, regionerne, kommunetyperne og andelen af borgere med sindslidelse og misbrug i kommunen. Følges for eksempel tallene for henholdsvis de svære psykiske lidelser med to forskellige typer misbrug og de lettere psykiske lidelser med to forskellige typer misbrug, er det tegn på, at kommunerne er nogenlunde enige i, hvordan tallene skal opgøres.

8.2 Den kvalitative kommuneundersøgelse

Formålet med den kvalitative undersøgelse er at komme et spadestik dybere i forståelsen af kommunernes nuværende indsats, udfordringer og fremtidige indsatsbehov i forhold til mennesker med sindslidelse og misbrug. Det kvalitative materiale supplerer, nuancerer og kvalificerer resultaterne fra den kvantitative del af undersøgelsen.

I undersøgelsens kvalitative del er der udvalgt fire kommuner. Kommunerne er udvalgt, så der er sikret variation i forhold til størrelse, geografisk spredning og nuværende indsats. I første omgang blev der udvalgt to kommuner i Region Hovedstaden og to kommuner i Region Sjælland. En større og en mindre, hvor der er placeret et psykiatrisk hospital/center i den store kommune. I Region Hovedstaden blev der valgt en stor kommune med 70.000 indbyggere og en lille kommune med 36.000 indbyggere. I Region Sjælland blev en anden stor kommune med 82.000 indbyggere og en lille kommune med 35.000 indbyggere valgt. Den store kommune i Region Sjælland havde ikke mulighed for at deltage i undersøgelsen på grund af manglende ressourcer. I stedet blev en anden stor kommune i Region Syddanmark med ca. 60.000 indbyggere udvalgt.

Her følger en kort beskrivelse af de udvalgte kommuner:

- **Stor kommune i Region Hovedstaden:**

Ca. 150 af kommunens 70.000 indbyggere vurderes at have sindslidelse og misbrug. Kommunens indsats over for denne gruppe varetages hovedsageligt af afdelingen Social & Handicap og Jobcenteret. Social & Handicap har organiseret en gruppe sagsbehandlere i Team Psykiatri & Misbrug. Teamet har fokus på borgere med sindslidelse og misbrug. Kommunen køber al misbrugsbehandling hos eksterne leverandører. Der er ingen specialiserede tilbud til målgruppen, men et eksternt misbrugsbehandlingstilbud til unge opfatter sig selv som et integreret tilbud.

- **Lille kommune i Region Hovedstaden:**

Ca. 33 af kommunens 36.000 borgere skønnes at have sindslidelse og misbrug. Kommunens indsats over for mennesker med sindslidelse og misbrug varetages hovedsageligt af Social- og Psykiatridelingen og Jobcenteret. I Social- og Psykiatridelingen har strukturen ændret sig umiddelbart før interviewtidspunktet i forbindelse med, at kommunen har hjemtaget misbrugsbehandlingen fra regionen. Misbrugsbehandlingen varetages nu af Social- og Psykiatridelingen. Afdelingen tager sig af såvel den sociale og sundhedsmæssige støtte, der hører under kommunen. Herunder også socialpsykiatrien, der består af tre væresteder, støttekontaktpersonordningen samt et bofællesskab.

- **Lille kommune i Region Sjælland:**

Kommunen skønner, at ca. 167 af de 35.000 borgere har sindslidelse og misbrug. Indenfor det sidste år har kommunen indført en ny organisering, hvor socialpsykiatriområdet og misbrugsområdet er slået sammen. Dette er sket med henblik på økonomisk optimering, men interviewpersonerne fra den nyoprettede afdeling fremhæver, at der også er faglige begrundelser for den nye organisering. Kommunen har ikke tilbud målrettet borgere med sindslidelse og misbrug. Der er fokus på individuelt tilrettelagte indsatser. Tilbudskataloget rummer tilbud om støtte i eget hjem, støttekontaktteam, væresteder med aktiveringstilbud, botilbud samt ambulante tilbud i misbrugscenter. Eksterne tilbud benyttes efter individuelt behov og vurdering.

- **Mellemstor kommune i Region Syddanmark**

Kommunen skønner, at ca. 267 borgere af de 59.000 indbyggere har sindslidelse og misbrug. Indenfor det seneste år har kommunen indført en ny organisering, hvor den sociale indsats er slået sammen med misbrugsområdet. Kommunen hjemtog misbrugsbehandlingen ved årsskiftet. Kommunen har ikke tilbud, der udelukkende henvender sig til målgruppen, men der peges på flere tilbud, der rummer dobbeltproblematikken. Indsatsen varetages overordnet af et socialfagligt center, der har mulighed for at henvise borgerne til dag- og døgnbehandling for misbrug, bostøtte, botilbud samt væresteder. Kommunen har endvidere et team for udsatte, der tager sig af de borgere, der er særligt udsatte i form af hjemløshed, misbrug, psykiske lidelser mm.

8.2.1 Interview

De udvalgte kommuner blev forespurgt om deltagelse i undersøgelsen med et brev til Socialdirektøren med Socialministeriet som afsender. Her blev der redegjort for formålet med undersøgelsen og undersøgelsens fokus. Herefter blev de kontaktpersoner – afdelings- eller mellemledere - der var ansvarlige for udfyldelsen af spørgeskemaet i den kvantitative undersøgelse, kontaktet telefonisk eller pr. mail. Kontaktpersonerne udvalgte eller formidlede kontakt til relevante interviewpersoner. Udgangspunktet var, at hvert af de følgende områder skulle repræsenteres i alle de udvalgte kommuner:

- Psykiatri - myndighedsniveau
- Psykiatri – leverandørniveau
- Misbrug – myndighedsniveau
- Misbrug – leverandørniveau
- Beskæftigelse – myndighedsniveau
- Beskæftigelse – leverandørniveau.

Så vidt muligt var ønsket, at der deltog både en leder/mellemlider og en frontmedarbejder fra hvert af ovenstående områder. I nogle tilfælde kunne de samme personer repræsentere flere områder.

De første interview blev gennemført i maj – juni 2010 i tre af de udvalgte kommuner. Interview med den fjerde kommune er gennemført i august 2010. Tabellen på næste side viser en oversigt over interviewdeltagerne.

Kommune	Interviewpersoner
<p>Stor kommune i Region hovedstaden</p>	<p>Afdelingschef i Social & Handicap afdelingen Sagsbehandler fra Team Psykiatri & Misbrug – under Social & Handicap Souschef fra Jobcenteret – med fokus på borgere, der har brug for en social indsats Sagsbehandler fra Jobcenteret – fra Team Afklaring i forhold til matchgruppe 2 og 3 Leder af eksternt alkoholbehandlingstilbud (interviewet telefonisk) Leder af eksternt stofmisbrugs behandlingstilbud for unge - tilbuddet opfatter sig selv som et integreret tilbud.</p>
<p>Lille kommune i Region Hovedstaden</p>	<p>Koordinator (mellemlider) i Social- og Psykiatrideling Støttekontaktperson i Social- og Psykiatrideling Sagsbehandler i Social- og Psykiatrideling Teamleder i Social- og Psykiatrideling Teamchef i Jobcenteret - fra sygedagpengeområdet, matchgruppe 2 og 3, fleksjob samt unge og psykisk syge (interviewet telefonisk).</p>
<p>Lille kommune i Region Sjælland</p>	<p>Socialpsykiatrideler Koordinator/visitator på misbrugsområdet Afdelingsleder fra Jobcenterets kontanthjælpsområde Afdelingsleder fra Jobcenterets syge-/dagpengeområde Socialrådgiver fra Jobcenteret.</p>
<p>Mellemstor kommune i Region Syddanmark</p>	<p>2 støttekontaktpersoner § 99 3 støttekontaktpersoner § 85 1 medarbejder fra et § 108 botilbud 4 medarbejdere fra misbrugsområdet 2 medarbejdere fra jobcenteret 2 medarbejdere fra socialfagligt center Afdelingsleder fra § 108 botilbud Teamleder fra jobcenteret Centerleder for socialfagligt center</p>

	Centerleder for socialpsykiatrisk center Læge fra misbrugscenteret
--	---

8.2.2 Interviewguide

Forud for interviewene blev der udarbejdet en spørgeguide, som i høj grad tog afsæt i spørgeskemaet fra den kvantitative del af undersøgelsen. Således var der også i de kvalitative interview fokus på:

- Borgere med sindslidelse og misbrug i eksisterende tilbud fordelt på social støtte, sundhedsfaglig støtte/behandling og økonomisk støtte.
- Udfordringer i indsatsen.
- Hvilke metoder anvendes i forhold til *opsporing, udredning, visitation, motivering og behandling* af mennesker med sindslidelse og misbrug – hvilke udviklingsbehov kan udpeges?
- Hvordan fungerer samarbejde på tværs i de kommunale forvaltninger og med psykiatrien/distriktskykiatrien; herunder forbedringsmuligheder?
- Karakteristik af målgruppen: Er der kommet flere unge? Flere med anden etnisk baggrund en dansk?
- Hvilke kompetenceprofiler og uddannelsesbehov har medarbejdere behov for?

Udfordringer og fremtidige udviklingsbehov blev vægtet højere i de kvalitative interview end i den kvantitative del af undersøgelsen.

Interviewguiden var semistruktureret og blev tilpasset de enkelte interviewsituationer i forhold til hvem og hvor mange, der deltog i interviewet, og om interviewet blev gennemført personligt eller telefonisk. Interviewguiden er vedlagt som bilag 3.

9 Bilag 1: De deltagende kommuner i spørgeskemaundersøgelsen

Deltagende kommuner	Indbyggertal	Kommunetype	Region
Allerød	24131	Lille	Region Hovedstaden
Ballerup	47641	Mellemstor	Region Hovedstaden
Brøndby	33774	Lille	Region Hovedstaden
Egedal	41584	Mellemstor	Region Hovedstaden
Frederiksberg	97368	Stor	Region Hovedstaden
Furesø	38221	Lille	Region Hovedstaden
Gentofte	71212	Stor	Region Hovedstaden
Gladsaxe	64424	Mellemstor	Region Hovedstaden
Glostrup	21362	Lille	Region Hovedstaden
Halsnæs	31042	Lille	Region Hovedstaden
Helsingør	61287	Mellemstor	Region Hovedstaden
Hillerød	47602	Mellemstor	Region Hovedstaden
Høje Tåstrup	47563	Lille	Region Hovedstaden
København	530902	Hovedstaden	Region Hovedstaden
Lyngby-Taarbæk	52364	Mellemstor	Region Hovedstaden
Rudersdal	54488	Mellemstor	Region Hovedstaden
Rødovre	36240	Lille	Region Hovedstaden
Faxe	35355	Lille	Region Sjælland
Greve	47879	Mellemstor	Region Sjælland
Guldborgsund	62821	Mellemstor	Region Sjælland
Holbæk	69536	Stor	Region Sjælland
Lejre	26774	Lille	Region Sjælland
Næstved	80996	Stor	Region Sjælland
Ringsted	32636	Lille	Region Sjælland
Roskilde	81964	Stor	Region Sjælland
Slagelse	77423	Stor	Region Sjælland
Vordingborg	46263	Mellemstor	Region Sjælland
Billund	26195	Lille	Region Syddanmark
Esbjerg	115049	Stor	Region Syddanmark
Fanø	3219	Lille	Region Syddanmark
Faaborg-Midtfyn	51984	Mellemstor	Region Syddanmark
Haderslev	56387	Mellemstor	Region Syddanmark
Langeland	13493	Lille	Region Syddanmark

Odense	188907	Stor	Region Syddanmark
Svendborg	58921	Mellemstor	Region Syddanmark
Ærø	6689	Lille	Region Syddanmark
Jammerbugten	38839	Lille	Region Nordjylland
Læsø	1964	Lille	Region Nordjylland
Aabenraa	59970	Mellemstor	Region Nordjylland
Aalborg	197702	Stor	Region Nordjylland
Favrskov	46590	Mellemstor	Region Midtjylland
Hedensted	45934	Mellemstor	Region Midtjylland
Ikast-Brande	40350	Mellemstor	Region Midtjylland
Mariagerfjord	42553	Mellemstor	Region Midtjylland
Morsø	21765	Lille	Region Midtjylland
Nordfyn	29573	Lille	Region Midtjylland
Nyborg	31650	Lille	Region Midtjylland
Rebild	28896	Lille	Region Midtjylland
Ringkøbing-Skjern	58378	Mellemstor	Region Midtjylland
Samsø	3986	Lille	Region Midtjylland
Silkeborg	88513	Stor	Region Midtjylland
Struer	22423	Lille	Region Midtjylland
Varde	50422	Mellemstor	Region Midtjylland
Vesthimmerland	38082	Lille	Region Midtjylland
Viborg	93474	Stor	Region Midtjylland
Århus	307119	Stor	Region Midtjylland

10 Bilag 2: Spørgsmål om indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug

Introduktion

I dette spørgeskema skal en række spørgsmål om indsatsen for kommunens borgere med både sindslidelse og misbrug besvares. Det er en god idé at læse hele spørgeskemaet igennem, før det udfyldes.

Det skal understreges, at svarene skal baseres på SKØN. Det er således IKKE en forventning, at alle sager i kommunen gennemgås.

Borgere med både sindslidelse og misbrugsproblematikker betegnes i nogle sammenhænge som havende en dobbeltdiagnose. *Det skal understreges, at målgruppen der spørges til i dette skema, ikke nødvendigvis har en egentlig diagnose.* Der kan være tilfælde, hvor personen måske ikke er diagnosticeret, men hvor I som professionelle har *en begrundet formodning* om, at personen har en sindslidelse og et misbrug. I de tilfælde bedes I *også inkludere* personen i besvarelsen.

Alle spørgsmål retter sig således mod borgere med sindslidelse OG misbrug. Når der spørges til antal og procentdele er det altså inden for målgruppen af borgere med sindslidelse og misbrug.

Svarene ønskes som et øjebliksbillede. Hvordan ser det ud i kommunen i dag?

Flere spørgsmål omhandler ikke-kommunale tilbud (f. eks. psykiatrisk behandling). Vi vil bede jer om også at give et skønsmæssigt svar på disse spørgsmål.

Vi anbefaler, at spørgeskemaet udfyldes af afdelingsledere/teamchefer for de afdelinger/team, der beskæftiger sig med misbrug og psykiatri i kommunen. Eventuelt kan ledere/teamchefer indhente yderligere oplysninger hos sagsbehandlere, eller spørgsmålene kan drøftes på et personalemøde.

Spørgeskemaet skal udfyldes i Word på skærmen!

Efter udfyldelse returneres et samlet svar til Socialt Udviklingscenter SUS på adressen lbl@sus.dk. Svaret skal sendes senest den 7. maj 2010.

Hvis I har spørgsmål omkring udfyldelsen af spørgeskemaet, er I velkomne til at kontakte konsulent Jesper Henriksen fra Socialt Udviklingscenter SUS, jeh@sus.dk, 3393 4450.

Øvrige spørgsmål vedrørende undersøgelsen kan rettes til specialkonsulent Bjørn West, Socialministeriet, baw@sm.dk, 3392 9285.

Spørgsmål 1

Kommunens navn:

Spørgsmål 2**Antal borgere med sindslidelse og misbrug**

Angiv skønsmæssigt med tal, hvor mange borgere i de fire målgrupper, som kommunen yder støtte til i øjeblikket. *Husk at svaret skal basere sig på et skøn og ikke nødvendigvis diagnoser. Hvis kommunen ikke har nogen borgere fra en bestemt målgruppe, bedes anført et 0.*

Målgruppe A	Målgruppe B	Målgruppe C	Målgruppe D
Borgere med svære psykiske lidelser (skizofreni og andre psykotiske tilstande) og skadeligt brug af narkotika (illegale stoffer, f.eks. heroin, kokain, amfetamin, hash, khat m.m.). Eventuelt også med alkoholmisbrug.	Borgere med svære psykiske lidelser (skizofreni og andre psykotiske tilstande) og skadeligt brug af alkohol. Borgere med narkotikamisbrug skal <i>ikke</i> tælles med her.	Borgere med "lettere" psykiske lidelser (f.eks. depression, personlighedsforstyrrelse, følelsesmæssige forstyrrelser m.m.) og skadeligt brug af narkotika (illegale stoffer, f.eks. heroin, kokain, hash, khat m.m.). Eventuelt også med alkoholmisbrug.	Borgere med "lettere" psykiske lidelser (f.eks. depression, personlighedsforstyrrelse, følelsesmæssige forstyrrelser m.m.) og skadeligt brug af alkohol. Borgere med narkotikamisbrug skal <i>ikke</i> tælles med her.
Antal:	Antal:	Antal:	Antal:

Eksisterende tilbud

Angiv - med et skøn - hvor mange borgere i hver målgruppe, der aktuelt modtager nedenstående former for støtte. Angiv svaret ENTEN som antal borgere ELLER som en procentdel af målgruppen, der modtager den pågældende støtte.

Eksempel: Hvis kommunen har 50 borgere i målgruppe D, og ti af disse borgere modtager støtte i eget hjem, kan spørgsmål 3 besvares på to måder:

- *ENTEN kan man svare i rubrikken 'Antal', hvor man skriver 10 (fordi 10 borgere modtager støtte i eget hjem)*
- *ELLER man kan svare i rubrikken '%', hvor man skriver 20 (fordi ti ud af halvtreds er 20 procent af borgerne i målgruppe C)*

Vælg selv om du vil svare med antal borgere eller % af målgruppen - men gør IKKE begge dele i samme spørgsmål.

	Målgruppe A	Målgruppe B	Målgruppe C	Målgruppe D
<i>Social støtte:</i>				
Spørgsmål 3 Modtager støtte i eget hjem (SEL §§ 83, 85 og 99)	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 4 Bor i botilbud (SEL §§ 107 og 108)	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 5 Bor i boform for hjemløse (SEL § 110)	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 6 Bor i botilbud særligt målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 7 Modtager ikke støtte i henhold til serviceloven	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>

Sundhedsfaglig støtte/behandling:

Spørgsmål 8 Er i ambulant behandling for alkohol- eller stofmisbrug	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 9 Er i døgnbehandling for alkohol- eller stofmisbrug	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>

Angiv – med et skøn - hvor mange borgere i hver målgruppe, der aktuelt modtager nedenstående former for støtte og hjælp.

	Målgruppe A	Målgruppe B	Målgruppe C	Målgruppe D
Spørgsmål 10 Er i psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 11 Er i psykiatrisk behandling hos privatpraktiserende læge/psykiater	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 12 Er i psykologbehandling	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 13 Modtager integreret behandling fra tilbud målrettet behandling af dobbeltdiagnosepatienter, f. eks. opøgende psykoseteam	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 14 Modtager ikke behandling for psykisk lidelse	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 15 Modtager ikke behandling for alkohol- eller stofmisbrug	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>

Økonomisk støtte

Spørgsmål 16 Modtager førtidspension	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 17 Modtager kontanthjælp	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 18 Modtager sygedagpenge	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>
Spørgsmål 19 Modtager ikke økonomisk støtte fra Kommunen	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>	Antal: ELLER %: Ved ikke: <input type="checkbox"/>

Udfordringer i indsatsen

De resterende spørgsmål besvares med tekst.

	Målgruppe A	Målgruppe B	Målgruppe C	Målgruppe D
Spørgsmål 20 Hvad er de største udfordringer i den kommunale indsats for hver målgruppe?				

<p>Spørgsmål 21 Hvad er de største mangler i indsatsen for hver målgruppe? (hvad får gruppen ikke, som de burde få?)</p>				
<p>Spørgsmål 22 Hvilke tiltag (kommunale/regionale/statslige) ville forbedre forholdene for hver målgruppe mest?</p>				

Tusinde tak for hjælpen!

11 Bilag 3: Kvalitativ kommuneundersøgelse – indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug

Temaer målrettet de specifikke fagområder:

Hvordan er kommunens indsats i forhold til mennesker med en dobbeltdiagnose indenfor følgende temaer og hvilke udviklingsbehov er der? Tag udgangspunkt i deres udfyldelse af spørgeskemaet (så vidt muligt)

1) Sociale støtte:

- Hvilke tilbud har man om støtte i eget hjem – hvad er udviklingsbehovet?
- Hvilke tilbud har man i forhold til botilbud – hvad er udviklingsbehovet?
- Hvilke tilbud har man i forhold til boformer for hjemløse - hvad er udviklingsbehovet?
- Hvilke tilbud har man særligt målrettet mennesker med sindslidelse og misbrug – hvad er udviklingsbehovet? (hver her opmærksomme på temaet omkring integreret behandling/støtte kontra opdelt behandling/støtte)

2) Sundhedsfaglig støtte

- Hvilke tilbud har man om ambulant behandling for alkohol eller stofmisbrug – hvad er udviklingsbehovet? (hver her opmærksomme på opdelingen mellem socialbehandling og medicinsk behandling som lovgivningsmæssigt er adskilt (på stofområdet), men som ofte i praksis er samlet)
- Hvilke tilbud har man døgnbehandling for alkohol eller stofmisbrug – hvad er udviklingsbehovet?
- Hvilke tilbud har man om psykiatrisk-/psykologbehandling - hvad er udviklingsbehovet?
- Hvilke tilbud har man om integreret behandling – hvad er udviklingsbehovet?

3) Beskæftigelsesindsats?

- Hvilke tilbud har man om beskæftigelse i forhold til mennesker med sindslidelse og misbrug – og hvad er udviklingsbehovet? (her kan fokuseres på aktivering/revalidering/sygedagpenge og overgang til pension)

Tværgående temaer:

Hvor de første temaer skal besvares af de personer, som arbejder med det specifikke område, så skal de følgende temaer besvares af alle, så vi får – hvad man kan kalde – en 360 graders belysning af dem.

- Hvilke metoder benytter I til *opsporing, udredning, visitation, motivering og behandling* af mennesker med en sindslidelse og misbrug? Og hvad er jeres udviklingsbehov indenfor de emner?
 - **Eks.:**
 - Hvordan får I kontakt til målgruppen?
– giv gerne eksempler
(udfordringer og løsninger?)
 - Når kontakten så er etableret, hvad gør I så?
– giv gerne eksempel
(udfordringer og løsninger?)
 - Hvordan finder I ud af, hvad der skal gøres for borgeren/Hvad borgeren har behov for?
– giv gerne eksempel
(udfordringer og løsninger?)
 - Hvor tages der beslutning om hvad der skal iværksættes?
– giv gerne eksempel
(udfordringer og løsninger?)
 - Hvordan fastholder man borgeren i forløbet?
Hvilke udfordringer er der og hvordan tackler I dem?
 - Hvilke former for støtte/behandling/ydelser kan I tilbyde?
Hvad vil I gerne kunne tilbyde?
- Hvordan foregår samarbejdet på tværs af de kommunale forvaltninger? Hvordan kan samarbejdet forbedres?
- Hvordan foregår samarbejdet med hospitalspsykiatrien/distriktskykiatrien? Hvordan kan samarbejdet forbedres?
- Oplever I flere unge med sindslidelse og misbrug? Og hvad er der af behov for at gøre noget særligt målrettet den gruppe?
- Oplever I flere med etnisk minoritetsbaggrund og sindslidelse og misbrug? Og hvad er der af behov for at gøre noget særligt målrettet den gruppe?

- Oplever i flere med dobbeltdiagnoser i det hele taget?
- Hvilke uddannelsesbehov/kompetenceprofil har medarbejderne i forhold til at kvalificere indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug?

12 Bilag 4: Seneste undersøgelser af indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug

1. SIND-undersøgelsen

Socialt Udviklingscenter SUS har i 2009 undersøgt indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug. Undersøgelsen er gennemført med brug af kvantitative og kvalitative metoder. 75 tilbud fra social- og sundhedssektoren i Region Nordjylland og Region Sjælland har deltaget i en spørgeskemaundersøgelse, mens 3 personer med sindslidelse og et misbrug og 8 fagpersoner er blevet interviewet.

Undersøgelsen omhandler i langt overvejende grad de ikke-specialiserede tilbud (til mennesker med dobbeltdiagnoser) viser, at indsatserne sjældent forholder sig til både misbrug og sindslidelser på samme tid. Kun 3 af de 75 deltagende tilbud i den kvantitative undersøgelse oplyser at have et helhedsorienteret formål med deres indsats. Undersøgelsen viser, at 14 pct. af pladserne i dagtilbuddene er normeret til mennesker med en sindslidelse og et misbrug og cirka 40 pct. af pladserne i døgntilbuddene.

Mere end 40 % af personerne med en sindslidelse og et misbrug er psykotiske – det vil sige, at de for eksempel lider af skizofreni. Lidt mere end 10 % af brugerne lider af personlighedsforstyrrelser. På misbrugssiden er *alkohol* det største problem. Halvdelen af brugerne med sindslidelse og et misbrug har alene et alkoholmisbrug, mens næsten hver tredje har et blandingsmisbrug bestående af alkohol og hash/narkotika/khat. Selv om alkoholmisbruget er den mest udbredte form for misbrug, er det også væsentligt at bemærke, at halvdelen af brugerne med sindslidelse og misbrug misbruger andre former for rusmidler.

85 % af indsatserne anvender interventionsmetoder i arbejdet med personer med dobbeltdiagnose. De mest anvendte er relationsarbejde, kognitive metoder, omsorg som metode, social færdighedstræning og motivationsteori. Der er meget stor metodepluralisme i forhold til valget af interventionsmetoder. En mindre andel af indsatserne anvender særlige interventionsmetoder i forhold til mennesker med sindslidelse og et misbrug sammenlignet med andre brugere. Halvdelen af informanterne efterlyser flere interventionsmetoder på deres tilbud. Det er karakteristisk, at tilbud med psykologer, psykiatere eller pædagoger ansat i mindre grad end tilbud uden disse faggrupper ønsker flere interventionsmetoder. Der er ikke et mønster i hvilke interventionsmetoder, man ønsker at udvide indsatsen med på det enkelte tilbud.

Generelt får indsatserne oftere viden om den sociale indsats end om den sundhedsmæssige indsats i borgerens tilværelse. Næsten halvdelen af indsatserne finder den viden, de får om den sundhedsmæssige indsats, utilstrækkelig, mens 4 ud af 10 tilbud finder den viden, de får om den sociale indsats, utilstrækkelig. 4 ud af 10 tilbud oplever planerne for den fremtidige sociale indsats i brugerens liv som utilstrækkelige. 3 ud af 10 oplever planerne for den fremtidige sundhedsmæssige indsats i brugerens liv for utilstrækkelige. Tilbuddene har ikke en systematik eller et ens billede af, hvem der er ansvarlig for hverken den fremtidige sociale eller den fremtidige sundhedsmæssige indsats i brugernes liv. Der er langt fra enighed om, hvem der bør have ansvaret for de fremtidige planer i borgernes tilværelse.

En mindre andel af informanterne mener, at samarbejdet omkring mennesker med sindslidelse og et misbrug fungerer dårligt. Hver sjette af indsatserne mener, det fungerer dårligt på det sociale område, mens hver femte oplever, at det fungerer dårligt på det sundhedsmæssige område.

Undersøgelsen sætter også fokus på, hvordan indsatsen kan forbedres. Der peges blandt andet på, at der er behov for

- at gennemføre en dybdegående analyse af erfaringerne med samt afprøvning af de diagnosticerings-, udrednings- og interventionsmetoder, der anvendes overfor mennesker med sindslidelse og et misbrug. Hovedindtrykket er, at fagpersonerne savner evidens for metodernes effekt
- at undersøge omfanget af gruppen af mennesker med en sindslidelse og et misbrug – herunder at beskrive, hvor de opholder sig, deres sociale situation, fordelingen på diagnoser, detaljerede misbrugsmønstre mv.
- at oprette særlige opsporings- og behandlingstilbud til unge med sindslidelse og et misbrug, da undersøgelsen viser, at indsatserne får sent fat på personer med sindslidelse og et misbrug, selvom antallet af unge opleves at være i stigning.
- Flere midlertidige rummelige opholdssteder til afgiftning for sidemisbrug.
- Flere botilbud med døgnpersonale.
- Behandlingstilbud specifikt til sindslidelse og et misbrug.
- Flere plejehjemspladser særligt til ældre med sindslidelse og et misbrug.
- Kvalificering af den hospitalspsykiatriske indsats for mennesker med en sindslidelse og et misbrug.
- Specialisering af den kommunale indsats for mennesker med en sindslidelse og et misbrug.
- En tydeliggørelse og implementering af, hvem der er ansvarlig for at koordinere samarbejdet omkring mennesker med sindslidelse og et misbrug kommunalt-regionalt og kommunalt-kommunalt.

Opsamlende viser undersøgelsen, at der både mangler *viden* om sindslidelse og et misbrug og praktiske *beslutninger*: Det står ikke klart, hvem personerne med sindslidelse og et misbrug er, eller hvilke slags tilbud der bør behandle/støtte dem. Det er meget uklart, hvilke behandlingsmetoder der er effektive overfor mennesker med en sindslidelse og et misbrug – i hvilke faser og i forhold til hvilken del af diagnosen. Endelig står det uvist, hvilken slags samarbejde og hvilke faggrupper og institutioner der bør involveres og hvornår, for at give brugerne den bedste støtte.

2. Nordisk undersøgelse

I 2006 gennemførte NOPUS en survey-undersøgelse af den skandinaviske specialiserede indsats for mennesker med en dobbeltdiagnose. Undersøgelsens data blev indsamlet før gennemførelsen af kommunalreformen, og dens resultater blev offentliggjort i efteråret 2008. 35 tilbud indgår i den danske del af undersøgelsen. Det er 7 behandlingstilbud, 17 botilbud og 11 ambulante tilbud.

Formålet med undersøgelsen var at skaffe overblik over behandlingstilbuddene til mennesker med omfattende misbrug og alvorlig psykisk lidelse. Man ønskede at få et overblik over problemets omfang samt relevante behandlingstiltag på forskellige behandlingsniveauer rettet mod patienter med misbrug og psykisk lidelse. Man ønskede også at undersøge, hvilke udfordringer tilbuddene står overfor samt behovet for kompetenceudvikling. Endelig sætter undersøgelsen også fokus på samarbejdet om mennesker med en sindslidelse og et misbrug. Udvalgte resultater er, at 53 pct. af tilbuddene oplyser, at det primære formål med borgerens ophold er stabilisering og lidt mere end en tredjedel oplyser, at det primære formål er behandling. Tilbuddenes primære funktioner er (60 pct.) bofællesskab, (37 pct.) bostøtte og for hver fjerde tilbud gælder, at en primær funktion også er at tilbyde døgnophold over 6 måneder. Det fremgår, at tilbuddenes vigtigste samarbejdspartner er sociale myndigheder, misbrugscenter og psykiatrisk afdeling. Herefter følger pårørende og borgerens almene læge.

Undersøgelsen viser – som også SIND-undersøgelsen viste - at samarbejdet primært foregår omkring enkelte sager, når der er behov herfor (71 pct.). 'Faste rutiner for opfølgning' er sjældent etableret (9 pct.), mens hver femte af tilbuddene oplyser at have etableret 'faste og forpligtende strukturer'.

Undersøgelsen viser – og det understreges at tallet er behæftet med nogen usikkerhed – at tilbuddene i 2006 havde kontakt til 1260 personer. Godt 40 pct. af dem havde kontakt til et ambulante tilbud, cirka 20 pct. til et behandlingstilbud og 35 pct. til et botilbud. Tre fjerdedele af brugerne er mænd og samlet er gennemsnitsalderen 41 år med en lidt højere gennemsnits-

alder for mænd i behandlingstilbuddene sammenlignet med mænd i botilbuddene. Her er billedet modsat for kvindernes vedkommende. Halvdelen af den samlede danske population er mellem 36-49 år mens en tredjedel er i alderen 18-35 år. Uden at komme nærmere ind på forskellene landene i mellem er det interessant, at især for Norges vedkommende er populationen stor – 66 pct. - blandt de 18-35 årige sammenlignet med Danmark. Rent diagnostisk så har 63 pct. en psykose, mens hver femte har en stemningslidelse, og 12 pct. har en personlighedsforstyrrelse. Det er især mænd, som har en psykoselidelse, mens kvinder oftere har en stemningslidelse. Halvdelen af brugerne har et blandingsmisbrug, mens hver fjerde alene har et alkoholmisbrug.

Metodisk viser undersøgelsen, at 40 pct. af tilbuddene benytter henholdsvis systematisk observation og samarbejdspartnere til at udrede borgerens behov socialt, medicinsk, psykiatrisk og i forhold til misbrug. Målrettede værktøjer benyttes ikke. Det konkluderes, at kortlægningsmetoden synes mere at være bestemt af nationale traditioner frem for hvilke behov, man ønsker at afdække. Undersøgelsen viser, at alle tre typer af tilbud selv udreder behovet for sociale ydelser – udredning af økonomi, netværks- og familieforhold, boligsituation mv. Herudover fremgår det, at

- botilbuddene primært henviser til andre tilbud, når det drejer sig om medicinske, misbrugsrelaterede og psykiatriske ydelser
- behandlingstilbuddene selv leverer psykiatriske og misbrugsrelaterede ydelser, mens de henviser til andre tilbud i forhold til de medicinske ydelser
- ambulante tilbud selv leverer psykiatriske og misbrugsrelaterede ydelser men henviser til andre tilbud, når det drejer sig om medicinske ydelser.

Ser man på behandlingsmetoder viser undersøgelsen, at mere end 60 pct. af tilbuddene bruger kognitiv terapi, motiverende samtale, netværksarbejde, case-management og skadesforebyggelse. 27 af de 35 tilbud udtrykker, at de har behov for yderligere kompetence. Kompetencebehovet gælder alle faggrupper. Kompetencebehovet omhandler både viden om misbrug, psykiatri, dobbeltdiagnoser og dobbeltdiagnosemetoder. Det fremhæves, at den motiverende samtale og kognitive teknikker efterspørges mere end social færdighedstræning og case-management.

3. Undersøgelse 'Udvikling af døgn til sindslidende med misbrug' (2006)

Undersøgelsen af døgntilbuddene til sindslidende med misbrug er ligesom NOPUS-undersøgelsen gennemført før kommunalreformen.

Formålet med undersøgelsen er:

- At belyse de forskellige elementer og indsatser i døgntilbud til sindslidende med misbrug

- At vurdere betydningen af døgntilbud til sindslidende med misbrug – i forhold til hvad der er af betydning for brugerne, og hvad der er effekter af indsatserne i tilbudet
- En belysning af tilrettelæggelsen og organisationen af døgntilbud, herunder samarbejdet med psykiatrien, misbrugssektoren, Kriminalforsorgen, pårørendeorganisationer mv.

Rapporten omhandler to typer af døgntilbud:

- 1) Døgntilbud som er blevet støttet af puljemidler fra Socialministeriet i 1996-2004.
- 2) Kommunale døgntilbud, som ikke har modtaget støtte.

Undersøgelsen er gennemført ved at kombinere kvantitative og kvalitative metoder, og den omhandler de vanskeligt stillede sindslidende med misbrug. Definitionen af målgruppen foretages ikke mere detaljeret. Dvs. den rummer både personer, som er diagnosticerede/ikke-diagnosticerede med en psykotisk adfærd samt personer med forskellige typer af misbrug (hash, amfetamin, kokain, heroin, alkohol osv.).

Der identificeres 4 typer af døgntilbud:

- 1) Det kravløse pensionat
- 2) Pensionatet som hjem
- 3) Det fleksible og differentierede botilbud
- 4) Døgn i eget hjem

Udover at beskrive forskellige typer af døgntilbud belyser undersøgelsen også erfaringer med døgntilbud for sindslidende:

- Tryghed og færre indlæggelser
- Døgntilbud giver sikkerhed for den enkelte
- Døgntilbud betyder socialt fællesskab for den enkelte.
- For nogle: misbruget falder. For andre: misbruget er uændret. For andre: misbruget stiger.
- Mange beboere bliver boende permanent eller til deres død.
- Det optimale antal beboere i et tilbud er 8-10 personer.
- Psykisk kontakt til den enkelte hele døgnet er væsentligt.

- Efter længerevarende ophold bliver døgntilbuddet for nogle en barriere for et vel-fungerende hverdagsliv.

På tværs af de forskellige tilbud peger undersøgelsen på vigtigheden af:

- Vægt på sikkerhed og tryghed
- Vægt på kontaktskabende og kontaktvedligeholdende relationer
- Individuelle og differentierede tilbud
- Muligheder for et acceptabelt hverdagsliv
- Muligheder for personlig udvikling

De undersøgte tilbud indeholder forskellige indsatser, der afspejler målgruppens behov. Der lægges vægt på forskellige elementer i arbejdet med målgruppen, hvilket identificeres som faser:

- 1) Opsøgende fase
- 2) Visitations- og afklaringsfase
- 3) Botilbudsfase
- 4) Motivations- og behandlingsfase
- 5) Opfølgings- og efterværnsfase

Undersøgelsen giver en række anbefalinger i forhold til organiseringen af indsatsen for sindslidende med misbrug. Der peges blandt andet på

- vigtigheden af etablering af for eksempel en styregruppe med deltagelse af samtlige parter/aktører i forhold til målgruppens problemstillinger
- samarbejde mellem myndighed og leverandør er væsentligt i forbindelse med visitation, ligesom det er hensigtsmæssigt at indtænke den sindslidende og eventuelle pårørende som aktive medspillere
- at kommunerne skal etablere forskellige boformer, hvor der tages højde for beboernes alder, psykiatri og misbrugskarriere – dvs. der er behov for differentierede tilbud
- at leverandørerne har den fornødne specialiserede viden.