

ALKOHOLBEHANDLING TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE

SYSTEMETS TILBUD I BORGERPERSPEKTIV



16:02

DITTE ANDERSEN
MARIE BENKERT HOLTET
LISBETH WEISBJERG
LINE LUND ERIKSEN

16:02

ALKOHOLBEHANDLING TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE

SYSTEMETS TILBUD I BORGERPERSPEKTIV

DITTE ANDERSEN
MARIE BENKERT HOLTET
LISBETH WEISBJERG
LINE LUND ERIKSEN

KØBENHAVN 2016
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

ALKOHOLBEHANDLING TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE. SYSTEMETS TILBUD I
BORGERPERSPEKTIV

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for socialpolitik og velfærd

Undersøgelsens følgegruppe:

Lena Andersen, Slagelse Kommunes Misbrugscenter
Christian Bjerre, Blå Kors
Nina Brünés, Rådet for Socialt Udsatte
Lene Correll, Kirkens Korshærs udviklings- og behandlingscenter
Karina Find, Rådet for Socialt Udsattes sekretariat
Michael Jakshøj, Lænke-ambulatorierne
Birgitte Jensen, Center for Rusmiddelforskning
Ole Kjærgaard, Rådet for Socialt Udsattes sekretariat
Henrik Thiesen, Rådet for Socialt Udsatte

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-354-1

e-ISBN: 978-87-7119-355-8

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Colourbox

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls a/s

© 2016 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Hertuf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	SAMMENFATNING	9
1	BAGGRUND	21
	Undersøgelsens kontekst og formål	21
	Lovgivning	23
	Behandlingstyper	26
	Anbefalinger fra Social- og Sundhedsstyrelsen	28
2	BEGREBER, DATA OG METODE	33
	Alkoholbehandling, socialt udsatte og borgerperspektiv: Hvad mener vi med det?	33
	Grundlag for belysning af borgerperspektiv	36
	Grundlag for belysning af systemperspektiv	46

3	KOMMUNERNES TILBUD OG BEHANDLINGSTRATEGIER	51
	Oversigt over typer af behandlingstilbud	52
	Anvendelse af tilbud i konkrete sager	55
	Kommunernes behandlingsstrategier	60
	Tilgængelighed og opsøgende indsatser	63
	Koordinering og sammensatte problemer	68
	Centrale udfordringer	70
4	SOCIALT UDSATTE BORGERES ØNSKER OM HJÆLP I FORHOLD TIL ALKOHOLFORBRUG	73
	Borgeres oplevelser af alkoholrelaterede skadevirkninger	74
	Ønsker om professionel hjælp i forhold til alkoholforbrug	76
	Stof- og alkoholbehandling	79
	Pleje- og omsorgsophold	81
5	MULIGHEDER OG BARRIER I FORHOLD TIL AT FÅ TILBUD OM ALKOHOLBEHANDLING	83
	Adgang til behandling	84
	Oplevelsen af at søge behandling	86
	Alkoholbehandling i fremtiden	89
6	SOCIALT UDSATTE BORGERES ERFARING MED AT MODTAGE ALKOHOLBEHANDLING	91
	Overordnet erfaring med alkoholbehandling	92
	Erfaring med døgnbehandling	93
	Erfaring med ambulante behandling	96
	Erfaring med andre former for alkoholbehandling	98
	Oplevelsen af tilstrækkelig professionel hjælp	101
	Manglende alkoholbehandlingstilbud	104
	Social udsathed og manglende opfølgning	105

7	SAMMENSATTE PROBLEMER OG OPSØGENDE INDSATSER	109
	Sammensatte problemer	110
	Opsøgende indsatser	119
	BILAG	129
	Bilag 1 Spørgeskema til borgere	129
	Bilag 2 Vignetundersøgelse og spørgsmålsbatteri til casekommuner	161
	LITTERATUR	167
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2015	171

FORORD

Borgere fra alle samfundslag kan få brug for alkoholbehandling. Statens Institut for Folkesundhed skønner, at 160.000 danskere er alkoholafhængige, og omkring 15.000 af disse er socialt udsatte. Denne gruppe af borgere har komplekse problemer, hvilket vil sige, at alkoholafhængighed kun er ét problem blandt mange problemer, som kan omfatte psykisk sygdom, stofmisbrug, hjemløshed, gæld og fattigdom. Der mangler viden om, hvilke ønsker denne gruppe har i forhold til alkoholbehandling, og i hvilket omfang det nuværende behandlingssystem imødekommer deres behov. Det belyser vi i denne rapport.

Som en del af undersøgelsen har vi gennemført interviews og en spørgeskemaundersøgelse med socialt udsatte borgere og professionelle fagfolk fra en række kommuner rundt om i hele Danmark. Vi skylder en stor tak til alle de borgere og medarbejdere, som har deltaget fra alkoholbehandlingssteder, væresteder, varmestuer og opsøgende indsatser. Undersøgelsen kunne ikke have været gennemført uden hjælp herfra.

Vi vil også gerne sige tak til projektets følgegruppe: Lena Andersen (Slagelse Kommunes Misbrugscenter), Christian Bjerre (Blå Kors), Nina Brünés (Rådet for Socialt Udsatte), Lene Correll (Kirkens Korshærs udviklings- og behandlingscenter), Karina Find (Rådet for Socialt Udsattes sekretariat), Michael Jakshøj (Lænke-ambulatorierne), Birgitte Jensen (Center for Rusmiddelforskning), Ole Kjærgaard (Rådet for Socialt Ud-

sattes sekretariat) og Henrik Thiesen (Rådet for Socialt Udsatte). De har undervejs ydet sagkyndig støtte til undersøgelsen og været med til at kvalificere spørgeskema og rapport. Følgegruppen har alene haft en rådgivende funktion og er derfor ikke ansvarlige for undersøgelsens gennemførelse eller resultat. Endelig vil vi også gerne takke Lars Fynbo (Sociologisk Institut, Københavns Universitet) for at være referee på rapporten og bidrage med mange konstruktive forslag til forbedringer.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Rådet for Socialt Udsatte, og den er gennemført af forsker Ditte Andersen, der har været projektleder, videnskabelig assistent Marie Benkert Holtet samt studentermedhjælpere Lisbeth Weisbjerg, Line Lund Eriksen og Torben Gliese.

København, februar 2016

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

Undersøgelser har vist, at en betydelig andel blandt socialt udsatte borgere har alkoholrelaterede problemer, og knap 30 pct. af alle dødsfald blandt socialt udsatte borgere vurderes at være alkoholrelaterede. Samtidig påpeger Social- og Sundhedsstyrelsen, at eksisterende behandlingssystemer kan have svært ved at nå og fastholde socialt udsatte borgere i alkoholbehandling. Derfor er det relevant at belyse, hvordan socialt udsatte borgere oplever systemets tilbud, hvilke ønsker de har, og hvad deres erfaring er med at søge og modtage alkoholbehandling. Socialt udsatte borgere med alkoholmisbrug har komplekse problemer, hvilket vil sige, at alkoholafhængighed kun er ét problem blandt mange problemer, som kan omfatte psykisk sygdom, stofmisbrug, hjemløshed, gæld og fattigdom. Det er vigtigt at belyse, hvordan de oplever systemets tilbud, hvis vi i Danmark vil sikre et rummeligt alkoholbehandlingssystem, som også når socialt udsatte borgere.

På baggrund af kvalitative interviews, etnografisk feltarbejde og en spørgeskemaundersøgelse belyser vi socialt udsatte borgeres ønsker om professionel hjælp i forhold til alkoholforbrug, deres oplevelser af muligheder og barrierer i forhold til at opnå tilbud om alkoholbehandling samt erfaringer med at modtage alkoholbehandling. Borgerperspektivet betyder, at undersøgelsen fremlægger borgernes egne oplevelser og vurderinger.

I tillæg til dette hovedformål belyser en del af undersøgelsen også alkoholbehandling til socialt udsatte set ud fra et systemperspektiv. På baggrund af en mindre vignetundersøgelse samt strukturerede interviews belyser vi, hvordan centralt placerede nøglepersoner i 10 udvalgte casekommuner forstår og beskriver socialt udsatte borgeres behov og kommunernes muligheder for at imødekomme disse. Undersøgelsen belyser således systemperspektivet gennem personer, der repræsenterer behandlingssystemet og via deres stillinger har et ansvar for den kommunale alkoholbehandling.

RESULTATER

Alle borgere i Danmark har ret til at få et tilbud om alkoholbehandling, hvis de har et alkoholmisbrug, jf. sundhedsloven § 141. Kommunen er forpligtet til at give en borger et tilbud senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig med et behandlingsønske, mens det er op til kommunen at afgøre, hvilken type behandling (ambulant, dag- eller døgnbehandling) borgeren skal tilbydes. Vejledninger fra Social- og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommuner som udgangspunkt tilbyder borgere med alkoholmisbrug ambulant og dagbehandling, men bemærker, at gruppen af socialt udsatte borgere kan have svært ved at profitere af disse tilbud, og her peger styrelserne i stedet på døgnbehandling.

I overensstemmelse med dette beskriver nøglepersonerne i de 10 casekommuner gennemgående, at socialt udsatte borgere i deres erfaring har svært ved at følge ambulant og dagbehandling, fordi de har vanskeligheder med fremmøde og stabilitet. Trods denne erfaring beskriver nogle nøglepersoner, at visitationen i deres kommuner generelt hviler på en trinbaseret tilgang, hvor ambulante og dagbehandlingstilbud skal afprøves, før en borger kan få tilbud om døgnbehandling, og nøglepersonerne forklarer, at dette også gælder socialt udsatte borgere. I andre kommuner beskriver nøglepersonerne ikke en trinbaseret tilgang, men lægger i stedet vægt på, at socialt udsatte borgere har anderledes behov.

To typer af ræsonnementer træder overordnet frem blandt nøglepersonerne i casekommunerne. I den ene type lægges der vægt på, at socialt udsatte borgere skal have de samme rettigheder til alkoholbehandling som alle andre borgere. I den anden lægges der vægt på, at socialt udsatte borgere skal have særlige tilbud. Mens det første ræsonnement lægger op til en rettighedsorientering (lige muligheder for alle), lægger det andet ræsonnement op til særindsatser (specielle tilbud for socialt udsatte

borgere). De enkelte nøglepersoner kan trække på begge typer af ræsonnementer i forhold til forskellige aspekter af alkoholbehandlingssystemet, og undersøgelsen viser generelt, at der er stor variation i, hvordan kommunerne tilrettelægger alkoholbehandling til socialt udsatte.

Socialt udsatte borgere ønsker og oplever også alkoholbehandling på meget forskellige måder. Forskellene skal ikke kun ses på baggrund af kommunal variation (at systemerne er forskellige), men også på baggrund af, at gruppen af socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug er meget heterogen (borgerne er forskellige). Undersøgelsen har fokus på en gruppe af borgere, som har det til fælles, at de er socialt udsatte og har et nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug, men bortset fra dette er disse borgere meget forskellige. Deres forskellige ønsker og erfaringer skal derfor ikke blot ses som en afspejling af forskellige kommunale systemer, men også som forskellige individuelle præferencer.

Godt halvdelen (53 pct.) af de 128 socialt udsatte borgere, der deltager i denne rapportes spørgeskemaundersøgelse ønsker at få eller fastholde en eller anden form for professionel hjælp i forhold til deres alkoholforbrug. Den professionelle hjælp kan være en form for alkoholbehandling, hjælp til at fastholde alkoholfrihed (nogle af borgerne drikker ikke aktuelt) eller former for hjælp til at mindske skadevirkninger af fortsat alkoholforbrug (fx omsorgs- og plejetilbud). Blandt de borgere, der ønsker en form for alkoholbehandling, ønsker de fleste enten indsatsen i form af individuel behandling (38 pct.) eller en kombination af individuel og gruppebehandling (34 pct.) mens færre ønsker hjælp i form af gruppebehandling (17 pct.).

Blandt de borgere, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, har 70 pct. på et eller andet tidspunkt modtaget en eller anden form for alkoholbehandling. Undersøgelsen er ikke en decideret kortlægning af, hvor mange socialt udsatte borgere der totalt set har modtaget alkoholbehandling. 36 pct. af borgerne i spørgeskemaundersøgelsen er nemlig rekrutteret via alkoholbehandlingssteder, og andelen, der er rekrutteret herfra, kan påvirke andelen af borgere med behandlingserfaring. De øvrige socialt udsatte borgere med stort nuværende eller tidligere alkoholforbrug er rekrutteret til spørgeskemaundersøgelsen fra væresteder og varmestuer (45 pct.) eller herberger (19 pct.). Samlet set giver undersøgelsen dog indikationer på, hvilke behandlingsformer der er mest an-

vendt i forhold til socialt udsatte borgere, og den belyser, hvordan borgerne oplever disse behandlingsformer.

Den behandlingsform som flest (84 pct.) af de socialt udsatte borgere med behandlingserfaringer har modtaget er antabusbehandling. Den behandlingsform som færrest af disse borgere har modtaget er døgnbehandling, hvor målet ikke er afholdenhed men skadesreduktion, fx pleje- og omsorgsophold. Den type tilbud har kun 8 pct. blandt borgere med en eller anden form for behandlingserfaring modtaget. Det er bemærkelsesværdigt, at undersøgelsen finder, at så få socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug har modtaget denne type tilbud. Dette set i lyset af, at officielle vejledninger og nøglepersoner i casekommuner giver udtryk for, at stabiliserende omsorgsophold er et særligt relevant tilbud til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer.

I forhold til oplevelsen af virkningen af de forskellige behandlingsformer vurderer socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug især, at døgnbehandling hjælper dem. Blandt de borgere, der har været i døgnbehandling med afholdenhed som målsætning, vurderer 78 pct., at denne behandling har hjulpet dem i høj eller nogen grad. Blandt de forholdsvis få borgere, der har været i døgnbehandling med skadesreduktion som formål, vurderer 88 pct., at denne behandling har hjulpet dem i høj eller nogen grad. For de ambulante behandlingsformer er andelen, der vurderer, at behandlingen har hjulpet dem, lavere; 48 pct. af de borgere, der har været i ambulante behandling med målsætning om afholdenhed, vurderer, at det har hjulpet i høj eller nogen grad, mens det samme gør sig gældende for 38 pct. for de borgere, der har været i ambulante alkoholbehandling med skadesreduktion som mål. Blandt de forholdsvis mange borgere, der har erfaringer med antabusbehandling, vurderer halvdelen (52 pct.), at det har hjulpet dem i høj eller nogen grad.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at hver femte socialt udsatte borger (21 pct.) ikke oplever samlet set at have fået den hjælp, vedkommende har brug for i forhold til deres alkoholforbrug. Den viser endvidere, at godt hver fjerde (27 pct.) oplever, at der mangler relevante alkoholbehandlingstilbud, som passer til deres ønsker og behov. Opfølgning og hjælp til fastholdelse af positive forandringer efter behandlingsforløb er en type tilbud, som socialt udsatte borgere særligt efterlyser.

SAMMENSATTE PROBLEMER OG MØDET MED SYSTEMET

Spørgeskemaundersøgelsen, de kvalitative interviews og det etnografiske feltarbejde tegner tilsammen et billede af en gruppe borgere med meget sammensatte problemer. Udover at nogle af borgerne oplever deres alkoholforbrug som problematisk, er der mange af borgerne, som har fysiske, psykiske, økonomiske og sociale problemer samt giver udtryk for, at de mangler meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Hvis man sammenligner betydningen af forskellige typer af problemer, er andelen af borgere, der oplever, at fysiske problemer og psykiske problemer påvirker deres liv i høj eller nogen grad størst (henholdsvis 58 og 57 pct.), mens en lavere andel (24 pct.) oplever, at økonomiske problemer påvirker deres liv i høj eller nogen grad. Borgerne blev spurgt om, hvilken type problemer de havde mest brug for hjælp til, og den største andel (28 pct.) svarer psykiske problemer, men flere borgere anfører, at problemerne hænger sammen, og de har brug for en 'totalløsning'.

Nøglepersonerne i casekommunerne giver i interviewene udtryk for, at en af de centrale udfordringer i systemperspektiv i forhold til at give socialt udsatte borgere tilbud om alkoholbehandling er sammensathed i deres problemer. Nøglepersonerne oplever, at problemer som dårligt fysisk helbred, psykisk sygdom, gæld, hjemløshed, verserende retssager og manglende socialt netværk vanskeliggør deres muligheder for at komme i gang med og blive fastholdt i alkoholbehandling. Vignetundersøgelsen viser i forlængelse heraf, at de fleste nøglepersoner vurderer, at alkoholbehandling er noget, der kan startes op, når andre akutte sociale og boligrelaterede problemer er håndteret.

I forhold til en vignet, der beskriver en hjemløs borger, der oplever sit store alkoholforbrug som skadeligt, men ikke ytrer behandlingsønske, refererer 9 ud 10 nøglepersoner til 'Housing First'-strategien, som handler om, at borgeren først og fremmest skal sikres en bolig. Én nøgleperson giver imidlertid udtryk for, at borgeren i denne kommune udover en boligorienteret indsats også ville få et tilbud målrettet alkohol, fordi han selv beskriver sit alkoholforbrug som skadeligt. Denne kommune skiller sig ud i undersøgelsen ved som den eneste kommune at have et decideret alkoholbehandlingstilbud, der er opsøgende og indrettet, så det kan rumme borgere, der har sammensatte problemer og ikke kan møde stabilt.

I socialt udsatte borgeres beskrivelser af mødet med systemet fremgår det, at netop deres sammensatte problemer kan medføre, at de

oplever sig modtaget med et andet fokus, end det de ønsker. Der er fx borgere, der fortæller, at de ønsker alkoholbehandling, men systemet giver dem tilbud om stofmisbrugsbehandling. For at borgere skal opleve det behandlingstilbud, de får, som relevant er det afgørende, at det adresserer de forhold, som borgerne selv oplever som problematiske. Derudover fortæller borgere, at relationerne til dem, der skal hjælpe, samt praktiske forhold som åbningstider og tilgængelighed er afgørende for, om et tilbud opleves som relevant.

I spørgeskemaundersøgelsen giver lidt over halvdelen (53 pct.) af borgerne udtryk for, at de – samlet set – vurderer, at det er meget let eller forholdsvis let at få et tilbud om alkoholbehandling, hvis man ønsker det. Hver fjerde (24 pct.) oplever omvendt, at det er meget svært eller forholdsvis svært at få et alkoholbehandlingstilbud, hvis man ønsker det, og 15 pct. af de adspurgte borgere fortæller, at de har oplevet afslag på ansøgninger om alkoholbehandling.

OPSØGENDE INDSATSER

Undersøgelsen er blevet tilrettelagt med en indledende eksplorativ fase for at sikre en åbenhed overfor at inddrage nye temaer. Et tema, som de indledende kvalitative interviews åbnede op for, var målgruppens positive erfaringer med opsøgende indsatser. Opsøgende indsatser bruges i denne undersøgelse som en generel betegnelse for indsatser, der gennemføres ved, at professionelle fagfolk møder borgerne på gadeplan eller i borgernes egne boliger. Det vil sige, at det er de professionelle, der opsøger borgeren og ikke borgeren, der opsøger den professionelle på et kommunekontor eller en behandlingsinstitution.

Nøglepersonerne i casekommunerne beskriver generelt opsøgende indsatser som meget relevante for socialt udsatte borgere med alkoholproblemer, men det er forskelligt, hvor høj grad de beskriver, at kommunen har mulighed for at give deres borgere denne type tilbud. Særligt store landkommuner beskriver geografien som en udfordring. Mangel på opsøgende indsatser kan imidlertid også hænge sammen med kommunens generelle behandlingsstrategi og prioriteringer.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at en tredjedel (34 pct.) af de adspurgte borgere har været i kontakt med en opsøgende medarbejder. Blandt de borgere, der har erfaringer med opsøgende indsatser, vurderer størstedelen (78 pct.), at det har hjulpet dem. 39 pct. af de adspurgte borgere angiver, at de enten har eller har haft en bostøttemedarbejder

eller en støttekontaktperson fra kommunen, og de fleste (66 pct.) vurderer, at dette tilbud har hjulpet dem i høj eller nogen grad.

Borgere har i undersøgelsen forklaret, hvordan de oplever, de medarbejdere, de møder på gaden og hjemme hos dem selv på en anden måde end medarbejdere på kommunen og på behandlingsinstitutioner. En borger beskriver sin bostøttemedarbejder således:

”Han er på min alder, ligner ikke en kommunalarbejder, har tatoveringer og så videre. [Han har] hjulpet mig på sygehus, med bolig og så videre”. (Borger 28, uddybende kommentar indhentet via spørgeskemaundersøgelse)

En anden borger forklarer:

”Der mangler mere af det gadearbejde, hvor folk kommer til mig, så jeg ikke skal møde i et hvidt lokale med folk i hvide kitler, men hvor de kommer til mig i civilt tøj og siger ”Hej, er der noget vi kan hjælpe med? Skal vi få en sludder? Hvad er det, der er problemet?” For i mit tilfælde er det alkohol, der er problemet. [...] Jeg synes, at gadeplansmedarbejdere er mere værd, fordi de tager fat på en anden måde. Eller også accepterer vi dem, fordi de møder os på gaden. Det er vejen frem.” (Borger 6, kvalitativt interview)

Gennemgående beskriver borgere dels konteksten for mødet og dels relationen til de professionelle som anderledes, når de møder dem på gaden eller hjemme hos sig selv. Borgerne er på hjemmebane og relationen er mere ligeværdig. Det står i kontrast til den oplevelse nogle socialt udsatte borgere har af møder og relationer til de professionelle, de møder på kommunen. En borger beskriver søgeprocessen i forhold til at få et tilbud om alkoholbehandling via kommunen på denne måde:

”Så kommer du til en sagsbehandler og får bare slynget en masse paragraffer i hovedet. Du aner ikke en skid om det. Du er altså ikke uddannet indenfor det felt.” (Borger 11, kvalitativt interview).

Socialt udsatte borgere er en heterogen gruppe med forskellige ønsker og præferencer, men det, de har til fælles, er særdeles vanskelige livsbetingelser, som betyder, at de i særlig grad har behov for, at velfærdssystemet

møder dem dér, hvor de er. Det gælder både i overført betydning i forhold til behandlingsfokus, men det kan også gælde helt bogstaveligt i forhold til de fysiske rammer for mødet i den forstand, at nogle socialt udsatte borgere har brug for at blive mødt på gaden eller hjulpet hjemme i egen bolig.

KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Et hovedresultat i undersøgelsen er, at størstedelen af de socialt udsatte borgere, som ønsker og får et tilbud om alkoholbehandling vurderer, at det har hjulpet dem. Hver femte socialt udsatte borger oplever imidlertid ikke samlet set at have fået den hjælp vedkommende har brug for i forhold til deres alkoholforbrug. Undersøgelsen viser endvidere, at godt hver fjerde oplever, at der mangler relevante alkoholbehandlingstilbud, som passer til deres ønsker og behov.

En anden vigtig observation er, at socialt udsatte borgere især beskriver opsøgende indsatser som betydningsfulde, men at der er stor forskel på, hvorvidt kommunerne råder over denne slags tilbud. Endelig peger mange socialt udsatte borgere på, at der mangler opfølgende indsatser, som kan være med til at støtte op om og fastholde positive forandringer efter et alkoholbehandlingsforløb.

I perspektiveringen af undersøgelsens resultater er det relevant at sammenligne med en undersøgelse, som for snart to årtier siden fandt, at socialt udsatte borgere havde meget svært ved at få relevante behandlingstilbud (Järvinen, 1998). Undersøgelsen fandt dengang, at velfærdssystemet prioriterer yngre og socialt integrerede borgere, mens systemet resignerer i forhold til socialt udsatte borgere, fordi det ikke opfattes som realistisk og meningsfuldt at tilbyde denne gruppe behandling (Järvinen, 2002).

Nogle resultater i denne undersøgelse er sammenfaldende med den tidligere undersøgelse. Antabusbehandling er fx fortsat den behandlingsform, som flest socialt udsatte borgere har erfaring med. Ligeledes er der også borgere, der beskriver, at de oplever, at alkoholbehandlingssteder passer bedre til mennesker med hus og familie end til folk fra gaden. Denne aktuelle undersøgelse anlægger ikke et sammenlignende perspektiv, og vi kan derfor ikke sige noget om behandlingssystemets prioriteringer i forhold til henholdsvis socialt udsatte og socialt integrerede borgere. Undersøgelsen viser imidlertid, at der er en betydelig andel af

socialt udsatte borgere, der får alkoholbehandling og ikke mindst, at flertallet oplever, at det hjælper dem.

Et resultat som adskiller sig fra den tidligere undersøgelse er, at socialt udsatte borgere i stigende grad synes at have fået erfaringer med opsøgende indsatser. Som en del af den historiske baggrund for opsøgende indsatser i Danmark kan man bl.a. se den betydningsfulde 1984-rapport fra Alkohol- og Narkotikarådets behandlingsudvalg, hvor rådet argumenterede for, at hjælpesystemet skal ”møde mennesket, hvor det er ...” (Alkohol- og Narkotikarådet, 1984). Rådet foreslog en strukturændring i behandlingssystemet baseret på et grundlæggende princip om, at man forsøger at møde mennesket, dér hvor det aktuelt befinder sig og tilbyder en hjælp, der opleves som meningsfuld og relevant. En anden del af den historiske baggrund man kan pege på, er Socialministeriets vejledning omkring ”Den sociale indsats for de mest udsatte voksne” fra 1998, hvor de konkluderer, at kommunerne har en særlig forpligtelse til at udføre en opsøgende indsats overfor socialt udsatte borgere, der ikke kan formodes selv at henvende sig i den offentlige forvaltning. Gradvist siden 1990’erne er de opsøgende indsatser blevet en fast del af socialpolitikken, hvor der også er indført bostøtte og støttekontaktpersonordninger. Denne undersøgelse viser, at mange af de socialt udsatte borgere, som disse indsatser når, har glæde af dem.

Undersøgelsen understreger behovet for en individualiseret og differentieret tilgang til socialt udsatte borgere, som tager hensyn til, at ønsker og behov er forskellige blandt mennesker med svære og sammensatte problemer. Nogle socialt udsatte borgere ønsker og oplever sig hjulpet af døgnbehandling, andre ønsker og oplever sig hjulpet af ambulantly behandling. Hvis faste behandlingsstrategier som Housing First eller trinbaserede tilgange medfører en manualiseret tilgang med faste svar på, hvad borgere skal have af tilbud og i hvilken rækkefølge, de skal have tilbuddene i, kan det betyde, at borgere ikke bliver mødt med det fokus, de selv ønsker. Manualer og ufleksible behandlingsstrategier risikerer på den måde at modarbejde en individualiseret og differentieret tilgang. Socialt udsatte borgere med sammensatte problemer har i særlig grad brug for at møde professionelle, der lytter til deres oplevelser og prioriteringer, og som arbejder i systemer, der er fleksible nok til at give de tilbud og kombinationer af tilbud, der er behov for i hver enkelt sag. Kort sagt har de socialt udsatte borgere brug for professionelle og for systemer, der kan og vil møde dem, der hvor de er.

METODE OG DATAGRUNDLAG

Undersøgelsen er baseret på en kombination af borgerinterviews, spørgeskemaundersøgelse, etnografisk feltarbejde udført i forbindelse med opsøgende indsatser samt en vignetundersøgelse og spørgsmålsbatteri blandt nøglepersoner i 10 casekommuner.

I alt har 13 socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug deltaget i et kvalitativt interview i forbindelse med denne undersøgelse. Af disse er 11 mænd og 2 kvinder. 5 af borgerne var på interviewtidspunktet aktuelt indskrevet i omsorgs- eller behandlingstilbud, og de er blevet interviewet på disse steder. 8 af borgerne fik vi kontakt med via varme- eller væresteder eller opsøgende indsatser, og de er blevet interviewet på væresteder (5), boformer (2) eller varmestue (1).

Det etnografiske feltarbejde blev udført i forbindelse med to opsøgende indsatser; en privat og en kommunal. En projektmedarbejder fulgte med opsøgende medarbejdere for at observere, hvordan de opsøgende indsatser blev leveret, hvordan de opsøgende medarbejdere kan hjælpe socialt udsatte borgere med at komme i alkoholbehandling, og hvordan de kan hjælpe med andre psykiske, fysiske, økonomiske og sociale problemer.

I spørgeskemaundersøgelsen har 128 socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug deltaget. 3 ud af 4 borgere i spørgeskemaundersøgelsen er mænd, og gennemsnitsalderen er 50 år. Spørgeskemaundersøgelsen blev tilrettelagt sådan, at den både inkluderer socialt udsatte borgere, der aktuelt er i alkoholbehandling, og socialt udsatte borgere, der ikke er i behandling. Konkret er den gennemført ved, at projektmedarbejdere har taget kontakt til og besøgt 16 lokaliteter (alkoholbehandlingssteder, væresteder, varmestuer og et herberg) med geografisk spredning over hele Danmark.

Nøglepersoner i 10 udvalgte casekommuner har deltaget i en mindre vignetundersøgelse samt besvaret et spørgsmålsbatteri. Casekommunerne er udvalgt, så der sikres geografisk spredning over hele Danmark, og den ene halvdel af kommunerne er bykommuner, mens den anden halvdel er mellem- og landkommuner. Nøglepersonerne deltager i undersøgelsen som nøglepersoner på den baggrund, at de sidder med det overordnede ansvar eller den daglige ledelse af alkoholbehandlingen i den pågældende kommune. Forud for interviewet modtog nøglepersonerne både mundtlig og skriftlig information om undersøgelsen, og de modtog vignetundersøgelsens beskrivelser af konkrete, men fiktive

sager og spørgsmålsbatteri, som de således havde mulighed for at forberede sig på alene eller sammen med kolleger.

BAGGRUND

Dette kapitel beskriver baggrunden for undersøgelsen af tilbud om alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Kapitlet skitserer undersøgelsens kontekst og formål, lovgivning samt forskellige alkoholbehandlingstyper og slutter af med en beskrivelse af Social- og Sundhedsstyrelsens centrale anbefalinger på området.

UNDERSØGELSENS KONTEKST OG FORMÅL

For snart to årtier siden fandt en undersøgelse, at socialt udsatte borgere med alkoholmisbrug har svært ved at få relevante behandlingstilbud (Järvinen, 1998). Egentlig var det meningen, at den daværende undersøgelse skulle beskrive oplevelser og erfaringer med behandlingssystemet blandt den gruppe borgere, der – udover langvarigt alkoholmisbrug – har en række andre sociale problemer, såsom arbejdsløshed, social eksklusion og hjemløshed. Et hovedfund i undersøgelsen var imidlertid, at denne gruppe kun i begrænset omfang finder vej til behandlingssystemet.

Problemstillingen blev, i daværende undersøgelse, beskrevet som *institutionaliseret resignation*. Begrebet henviser til det fund, at behandlingssystemet prioriterer yngre og/eller mere socialt integrerede borgere, mens de ældre borgere, som er marginaliserede på mere end én dimensi-

on, kun undtagelsesvis får relevante behandlingstilbud (Järvinen, 2002). Velfærdssystemet kan siges at resignere i den forstand, at det ikke opfattes som realistisk og meningsfuldt at tilbyde denne gruppe egentlig behandling (Andersen & Järvinen, 2006).

Der er uvist, præcist hvor mange socialt udsatte borgere med alkoholmisbrug, der findes i Danmark, men et forsigtigt skøn er omkring 15.000 (Socialstyrelsen, 2013, s. 7). Rådet for Socialt Udsattes undersøgelse af sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere (SUSY Udsat) viser, at hver sytende af de interviewede socialt udsatte borgere har et alkoholmisbrug (Pedersen m.fl., 2012). Når det gælder hjemløse, viser SFT's hjemløsetellinger, at alkoholmisbrug er særligt hyppigt forekommende i de ældre aldersgrupper: I gruppen 40-49 år har 52 pct. af hjemløse mænd og 46 pct. af hjemløse kvinder et alkoholmisbrug, mens det for gruppen 50-59 år gælder for henholdsvis 58 pct. (mænd) og 51 pct. (kvinder). I de yngre aldersgrupper er misbrugsmønstret anderledes, idet stofmisbrug (evt. i kombination med alkohol) er mere dominerende end alkohol (Benjaminsen & Lauritzen, 2013, s. 87-88; Benjaminsen, Birkelund & Enemark, 2013, s. 55-56). Alkoholmisbrug kommer i varierende sværhedsgrader, men kan i yderste konsekvens være fatalt. Knap 30 pct. af dødsfald i gruppen af socialt udsatte borgere vurderes således at være alkoholrelaterede. (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 11, jf. Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte, 2012).

Undersøgelser viser således, at alkoholmisbrug fortsat er et problem blandt socialt udsatte borgere, men der er ikke nyere viden om, hvad socialt udsatte borgere tilbydes af alkoholbehandling. Denne manglende viden er afsættet for vores undersøgelse. På baggrund af førnævnte kvalitative interviews samt en spørgeskemaundersøgelse blandt socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug har denne undersøgelse til formål at give et overblik over:

1. Socialt udsatte borgeres ønsker om og eventuelt udækkede behov for alkoholbehandling
2. Muligheder og barrierer, som socialt udsatte borgere oplever i forhold til at få tilbud om alkoholbehandling
3. Hvilke erfaringer socialt udsatte borgere har med at modtage alkoholbehandling.

Undersøgelsen spiller ind i en længere række aktuelle spørgsmål og dilemmaer. Sundhedsstyrelsen anbefaler på den ene side, at særligt vanskeligt stillede borgere (såsom borgere, der udover alkoholmisbrug har sociale problemer, psykiske lidelser, manglende social stabilitet og/eller resourcesvagt netværk) modtager en kombination af døgnbehandling, efterværn og ambulante tilbud i forhold til alkoholmisbrug samt supplerende indsatser til øvrige sociale og psykiske problemer (Sundhedsstyrelsen, 2008, s. 32-33). På den anden side er antallet af døgnbehandlingspladser reduceret betragteligt gennem de sidste 20 år, og Sundhedsstyrelsen noterer, at de psykiatrisk og socialt meget belastede borgere har vanskeligt ved at profitere af alkoholbehandling, og at effekten ”formentlig er lille” (Sundhedsstyrelsen, 2008, s. 5). Spørgsmålet, der rejser sig, er på den baggrund, om de nuværende behandlingssystemer er indrettet, så de er tilpasset socialt udsatte borgeres behov.

En anden aktuel problemstilling, som undersøgelsen skriver sig ind i, er de udfordringer og behov, der – set fra borgerperspektiv – er forbundet med det forhold, at den nødvendige støtte kan krydse flere forskellige instanser. For eksempel er misbrugsbehandling typisk kommunalt forankret, mens psykiatrisk behandling er regionalt forankret. Det stiller store krav til koordination, idet socialt udsatte borgere ellers kan få en oplevelse af at blive tabt i systemet (SUS, 2013).

Endelig spiller undersøgelsen ind i spørgsmålet om, hvordan og i hvilket omfang det eksisterende, almene behandlingssystem kan sikre, at også socialt udsatte borgere har adgang til relevant behandling, og i hvilket omfang der skal være særligt tilpassede tilbud til gruppen. Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen skriver i 2013, at det er en vigtig målsætning, at vi i Danmark ikke skaber parallelsystemer, men i stedet etablerer særlige indsatser, der sikrer, at også socialt udsatte borgere har adgang til de etablerede behandlingssystemer (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 7). Denne undersøgelse belyser, hvordan det går med den målsætning set fra et borgerperspektiv.

LOVGIVNING

Ifølge Sundhedslovens § 141 har kommuner pligt til at tilbyde gratis alkoholbehandling til alkoholmisbrugere. Alkoholbehandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter, borgeren har henvendt sig til kommunen

med et ønske, og hvis borgeren ønsker det, skal behandling og rådgivning ydes anonymt. Kommunen har endvidere ansvaret for, at der eksisterer relevante tilbud om alkoholbehandling, og kommunen skal også sørge for forebyggende indsatser.

Sundhedslovens § 141 betyder altså, at enhver borger kan henvende sig i sin hjemkommune og bede om alkoholbehandling. Borgeren har ret til et tilbud og kan i princippet selv bestemme, hvor vedkommende ønsker at komme i behandling. Det er derimod kommunen, der vurderer, hvorvidt borgeren skal tilbydes ambulante, dag- eller døgnbehandling. Der er ikke noget krav om visitation til ambulante behandling, først ved behandling af mere omfattende grad/intensitet skal kommunen være inde over visitationen (Lægeforeningen, 2012). I visitationen skal kommunen i samarbejde med borgeren udrede og afklare vedkommendes behov og ønsker til behandling og på dette grundlag foretage en faglig vurdering af borgerens situation og behandlingsbehov.

I tilfælde, hvor borgeren har andre samtidige og svære problematikker fx indenfor hjemløshed, arbejdsløshed og psykisk sygdom, skal kommunens tilbud om alkoholbehandling ofte koordineres med andre former for hjælp, der gives efter andre paragraffer i sundhedsloven og serviceloven. Forekomsten af sammensatte problemer kan derfor betyde, at det ikke er entydigt, hvilke tilbud (eller hvilken kombination af tilbud) en kommune skal tilbyde en socialt udsat borger med alkoholmisbrug. Dermed er sundhedslovens § 141 ikke den eneste relevante paragraf, og vi vil derfor kort beskrive andre relevante lovgivninger.

Servicelovens § 141 forpligter kommuner til at tilbyde en handleplan til personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som på anden vis har behov for betydelig støtte. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold fx i forhold til behandling. Serviceloven angiver, at handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

Ifølge servicelovens § 99 er det kommunens ansvar at sørge for tilbud om en støtte- og kontaktperson til borgere med sindslidelser, stof- eller alkoholmisbrug og/eller særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig. Hvis borgeren gennem en støtte- og kontaktperson (§ 99) har fået den nødvendige tillid og er motiveret til

at indgå i et mere fast forløb kan det være relevant, at støtte- og kontaktfunktionen overgår til socialpædagogisk bistand efter § 85.

Ifølge servicelovens § 85 har kommunen ansvar for at tilbyde hjælp, omsorg og støtte til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Støtten til personer med særlige sociale problemer, som eksempelvis stort alkoholforbrug eller hjemløshed, kan være rettet mod en større selvstændiggørelse, udvikling af personlige færdigheder, opretholdelse af sociale netværk og struktur i dagligdagen. Målet kan være, at borgeren i højere grad kan gøre brug af samfundets almindelige tilbud, dvs. denne form for hjælp kan fungere som en form for brobygning til almensystemet.

Socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug kan også have stofmisbrugsproblematikker. Ifølge serviceloven § 101 er kommunen forpligtet til at tilbyde borgere med behov herfor social stofmisbrugsbehandling, mens sundhedsloven § 142 gør kommunerne forpligtet til at tilbyde borgere lægelig stofmisbrugsbehandling (fx metadonbehandling) til de borgere, der har behov for det. For de socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug, der er hjemløse, er servicelovens § 107, § 108 og § 110 relevante. Kommunen skal tilbyde ophold i boformer til personer, som har behov for botilbud og for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp. Der kan være tale om en boform i form af herberg jf. § 110 eller et midlertidigt eller længerevarende botilbud jf. § 107 og § 108 i serviceloven.

Er der tale om en borger med særlige sociale problemer, som hovedsageligt mangler et sted at bo, er kommunen kun forpligtet til at bevilge ophold på et herberg (§ 110). Er der derimod tale om en borger med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer med brug for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje eller særlig behandlingsmæssig støtte i en periode, kan kommunen tilbyde midlertidigt ophold i en boform (§ 107). I de tilfælde, hvor borgeren har en *varig* betydelig nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne samt behov for yderligere pleje, omsorg og behandling og ikke kan få dækket disse behov på anden vis, (hvor § 107 ikke er tilstrækkelig) skal kommunalbestyrelsen tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold (§ 108). I de tilfælde, hvor borgeren flytter fra en af disse boformer til egen bolig, bliver § 85 igen relevant og betegnes her som bostøtte (jf. vejledning 2 til serviceloven). Denne støtte har sær-

ligt til formål at afhjælpe den angst, ensomhed og isolation, som tidligere boforms-beboere kan opleve efter, at de har fået egen bolig samt mindske risikoen for tab af bolig og tilbagefald til misbrug. Denne form for støtte kan derfor ses som en form for efterbehandling.

En anden relevant paragraf i serviceloven i forhold til at støtte socialt udsatte borgere i hverdagen er § 104, som omhandler aktivitets- og samværstilbud. Af vejledningen til denne paragraf fremgår det, at disse tilbud gives til borgere med særlige sociale problemer, hvor der for denne målgruppe oftest ikke kræves visitation. Aktivitets- og samværstilbud tilbydes i praksis under mange betegnelser, hvoraf væresteder, sociale caféer, varmemøder, daghjem og klubber er nogle af de mest almindelige. For gruppen af socialt udsatte borgere kan det centrale være rene omsorgsmæssige foranstaltninger såsom mad, kaffe, vask, uddeling af tøj, rådgivning og socialt samvær, hvor der ikke stilles andre krav, end at personen kan møde frem og overholde almindelige husordensregler for tilbuddet. I forbindelse med aktivitets- og samværstilbuddene kan der også etableres forskellige aktiviteter såsom efterbehandling målrettet alkohol- og stofmisbrugere.

BEHANDLINGSTYPER

Når det gælder alkoholbehandling gør lovgivningen kommunerne ansvarlige i forhold til at give borgere et behandlingstilbud, men det er op til kommunerne at vurdere, hvilken behandlingsintensitet en borger har behov for, dvs. hvor meget behandling borgeren skal modtage om dagen, ugen eller måneden. Ligeledes er det op til kommunerne at beslutte, om de selv vil tilvejebringe tilbud, eller om de vil indgå aftale med andre kommuner, regioner eller private institutioner om udbud af behandlingstilbud. I mange tilfælde varetager kommunen selv ambulans behandling og til tider også dagbehandling, mens døgnbehandling ofte foregår hos andre aktører. Private aktører, der eksempelvis tilbyder døgnbehandling, skal godkendes af kommunen som alkoholbehandling. I forbindelse med godkendelsen forholder kommunen sig til metoder for behandling, behandlingens varighed og intensitet.

Overordnet kan man skelne mellem behandlingstilbud, hvor målet er, at borgeren skal stoppe med at drikke alkohol og behandlingstilbud, hvor målet er skadesreduktion. I behandling med skadesreduceren-

de sigte fokuserer man på at mindske skader frem for at fokusere på afholdenhed som mål. Denne type tilbud kan også betegnes som pleje- og omsorgstilbud, og det kan eksempelvis handle om at give borgeren mulighed for at spise bedre og få ro i hverdagen, selvom vedkommende fortsætter med at drikke.

Uanset om målet er afholdenhed eller skadesreduktion kan man skelne mellem følgende tre hovedbehandlingsformer; ambulante, dag- og døgnbehandling (Thylstrup, 2012). Disse former siger ikke noget om indhold, metode eller målsætning, men beskriver behandlingstilbuddets intensitet¹. *Ambulant behandling* kan karakteriseres som et lavintensitetstilbud, hvor behandlingen typisk indebærer, at borgeren skal møde op til en eller anden form for behandlingssession (fx en individuel samtale eller en gruppebehandlingssession) på et behandlingssted 2-8 gange om måneden. *Dagbehandling* består af en mere struktureret behandling, hvor borgerne typisk møder op på behandlingsstedet fra mandag til fredag, 5-8 timer dagligt. Her deltager borgerne i et fast skema, som almindeligvis kan indbefatte forskellige former for gruppebehandling samt aktiviteter ude af huset med et pædagogisk/socialt sigte. *Døgnbehandling* er kendetegnet ved at være det mest omfattende behandlingstilbud til borgere med alkoholmisbrug. Tilbuddet kan være relevant for de mest socialt udsatte og belastede borgere, hvor ambulante behandling eller dagbehandling ikke vurderes at være dækkende. Denne form for behandling foregår på døgninstitutioner, hvor borgerne bor.

Alkoholbehandlingstilbuddene kan på tværs af formerne bygge på forskellige behandlingsprincipper. Minnesotabehandling er eksempelvis opbygget ud fra et 12-trinsprogram baseret på Anonyme Alkoholikeres metoder, der behandler alkoholisme som en sygdom og sigter på afholdenhed. Blandt andre udbredte tilgange, fx den socialpædagogiske og den systemiske tilgang, fokuserer behandlere snarere på den sociale kontekst for en borgers alkoholforbrug end på selve alkoholforbruget (Benjaminen, Andersen & Sørensen, 2009).

I forhold til indhold kan en række specifikke tilbud anvendes på tværs af behandlingsformerne. Det gælder fx NADA-akupunktur. NADA betegner en akupunkturform, der har til formål at mindske alkoholtrang, abstinenser og søvnproblemer. På samme måde kan antabus

1. Begrebet intensitet refererer her til begrebsbrugen i nationale vejledninger og kommuner, dvs. det er ikke borgerens oplevelse af behandlingsintensitet, som her beskrives. For borgere kan et dagbehandlingstilbud godt opleves som mere intenst end et døgnbehandlingstilbud, fx hvis det samlet set indebærer flere fokuserede behandlingstimer i døgnet.

indgå i forskellige former for alkoholbehandlingstilbud. Antabus (disulfiram) er et medikament, der bevirker, at indtagelse af alkohol giver ubehagelige symptomer fx i form af hovedpine, svimmelhed og opkastningsreaktioner. Endelig er det også relevant at fremhæve, at behandlingstilbud på tværs af intensitet og metode kan ydes enten individuelt eller i gruppe eller kan gives som en kombination af individuelle samtaler og gruppebehandling

Samlet set kan man således differentiere behandlingstyper efter mål (afholdenhed eller skadesreduktion), intensitet (ambulant, dag- og døgnbehandling), behandlingsprincipper og metoder (fx Minnesota, socialpædagogisk eller systemisk), indhold af specifikke tilbud (såsom NADA-akupunktur og antabus), samt om ydelsen leveres individuelt eller som gruppebehandling. I denne undersøgelse belyser vi, hvilke former for behandlingstilbud socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug efterspørger, og hvilke erfaringer de allerede har gjort sig med de forskellige behandlingsformer.

ANBEFALINGER FRA SOCIAL- OG SUNDHEDSSTYRELSEN

Social- og Sundhedsstyrelsen har i forhold til varetagelsen af alkoholbehandling for socialt udsatte borgere givet en række anbefalinger. Først og fremmest betoner styrelserne, at arbejdet med at hjælpe socialt udsatte borgere med denne type problemer sker i krydsfeltet mellem de socialfaglige og sundhedsfaglige områder og derfor er samarbejde på tværs af systemer og fagligheder af afgørende betydning (Social- og Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 7). Styrelserne betoner derudover også generelt, at der er positive erfaringer med opsøgende og fremskudte behandlingsindsatser i forhold til målgruppen.

Som beskrevet i indledningen er der blandt socialt udsatte borgere konstateret en overdødelighed, og knap 30 pct. af dødsfaldene i målgruppen vurderes at være alkoholrelateret. Social- og Sundhedsstyrelsen påpeger, at der generelt ikke er noget, som peger på, at socialt udsatte borgere i mindre grad ønsker at leve sundt, end det er tilfældet hos resten af befolkningen (Social- og Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 13). Ifølge Social- og Sundhedsstyrelsen kan overdødeligheden derfor opfattes som et udtryk for, at de eksisterende tilbud om stof- og alkoholmisbrugsbehandling samt psykiatriske behandlingstilbud ikke i tilstrækkelig grad formår at

nå, fastholde og behandle de mest socialt udsatte borgere med komplekse og sammensatte problemstillinger. Det etablerede sundhedssystem skal på den baggrund have en skærpet opmærksomhed omkring risici for, at systemet kan være med til at skabe barrierer for socialt udsatte borgere. Barriererne opstår, hvis der indbygges forventninger i systemet, som er uforenelige med socialt udsatte borgeres livsbetingelser. Eksempelvis kan det at møde op hos en behandler på et bestemt sted og tidspunkt være svært for nogle socialt udsatte borgere. Ligeledes er det ikke alle socialt udsatte borgere, der kan orientere sig i systemet, sætte ord på deres problemstillinger og søge information (Ibid., s. 19).

I rådgivningsmaterialet om 'Kvalitet i alkoholbehandlingen' giver Sundhedsstyrelsen en række konkrete anbefalinger til, hvordan alkoholbehandlingen til socialt udsatte borgere bedst tilrettelægges og udføres (Sundhedsstyrelsen, 2008). Ifølge dette materiale er der først og fremmest behov for, at alkoholbehandlingstilbuddene opleves tilgængelige for borgerne. Dernæst er et væsentligt udgangspunkt for en hvilken som helst form for alkoholbehandling (dvs. ikke kun den, der er målrettet socialt udsatte borgere) kvaliteten af kontakten mellem borger og behandleren. Betydningsfulde elementer i denne kontakt er, at behandlingsorganisationen og den enkelte behandler er i stand til at skabe et indlevende og trygt miljø, at behandleren har troen på, at forandring er mulig for borgeren, og at borgeren har indflydelse på sin egen behandling og målet med denne. Det er vigtigt, at relationen mellem behandler og borger evalueres undervejs, så det ikke bliver en dårlig kontakt, som står i vejen for, at borgeren får udbytte af behandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Sundhedsstyrelsen anbefaler ligeledes generelt, at der i starten af et behandlingsforløb altid foretages en kortlægning af borgerens problemstillinger, som munder ud i en behandlingsplan. Den systematiske udredning skal være med til at give et overblik over selve alkoholforbruget, samt de problemer som borgeren med alkoholafhængighed yderligere befinder sig i, og som kan påvirke behandlingen af alkoholmisbruget (Sundhedsstyrelsen, 2008). Socialt udsatte borgere er karakteriseret ved at have flere problemer på samme tid, fx stof- eller alkoholmisbrug, psykisk sygdom, hjemløshed, fattigdom eller ved at have andre alvorlige sociale problemer. Eksempelvis ses det af tidligere undersøgelser, at over 50 pct. af de alkoholafhængige har psykisk sygdom, som eksempelvis angst, depression eller svære personlighedsforstyrrelser (Petrakis m.fl., 2002). For socialt udsatte borgere, med sammensatte problemer, som langvarig al-

koholproblematik og psykisk sygdom, kan der være en risiko for, at de på sigt udvikler yderligere psykiske problemer med angst og depression, som enten kan fastholde dem i at drikke eller stå i vejen for behandling. I disse tilfælde anbefaler Sundhedsstyrelsen, at særlige indsatser er til stede, eksempelvis døgnbehandling og psykofarmakologisk behandling (Sundhedsstyrelsen, 2008, s. 19).

Social- og sundhedsstyrelserne understreger generelt i deres anbefalinger behovet for sammenhæng i indsatserne til borgere med komplekse, sammensatte problemer. Konkret kan det være samarbejdet mellem kommunal misbrugs- og psykosocialbehandling og den regionale psykiatri, der er afgørende for, at behandlingen bliver koordineret i forhold til de socialt udsatte borgere, som ikke selv er i stand til at sikre denne koordinering (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 20). Samarbejdet er også vigtigt forstået på den måde, at eksempelvis psykotiske og svært depressive patienter kan indlægges på trods af, at de har et stort alkoholforbrug (Sundhedsstyrelsen, 2008, s. 21). I forbindelse med koordinering foreslår en rapport, fra regeringens udvalg om psykiatri, at region og kommune udarbejder en koordineret indsatsplan i samarbejde med borgeren. Indsatsplanen har til formål at afstemme de enkelte indsatser i et forløb, således at behandlingen af den psykiatriske lidelse, misbruget samt øvrige sociale og beskæftigelsesrettede indsatser koordineres (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2013, s. 20).

I forbindelse med organiseringen af behandlingen ser Sundhedsstyrelsen det som hensigtsmæssigt, at kommunen har mulighed for at tilbyde faglige kompetencer indenfor forskellige behandlingsmetoder og forskellige ydelser (både ambulant og mere intensiv behandling). Organisationen bør yderligere være i stand til at tilbyde en udslusningsfase med fokus på forebyggelse og tilbagefald (Sundhedsstyrelsen, 2008, s. 30).

Styrelserne påpeger, at en overordnet forudsætning for at opnå optimal effektivitet og ressourceudnyttelse i alkoholbehandlingen er, at ambulant-, dag- og døgnbehandling anvendes hensigtsmæssigt som supplerende tilbud. I forbindelse med visitation til behandling er der for socialt udsatte borgere med alkoholmisbrug, uden tilknytning til arbejdsmarkedet og med et resourcesvagt netværk, generelt behov for en særlig intensiv behandling med hyppig behandlingskontakt, eventuelt perioder med døgnbehandling. Døgnbehandling ses i denne sammenhæng som et nødvendigt led for samlet at yde effektiv behandling til de borgere, som er særligt vanskeligt stillet og har komplekse problemer. For socialt ud-

satte borgere kan døgnbehandling være den starthjælp, som skal til for, at de på længere sigt kan overgå til ambulat behandling (Sundhedsstyrelsen, 2008, s. 32).

Styrelserne fremhæver, at der er gode erfaringer med opsøgende indsatser, hvor sundhedsfaglige medarbejdere optræder som en form for brobyggere til det etablerede offentlige system og sundhedsvæsenet (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2013). Når sundhedsfagligt personale befinder sig i nærmiljøet, giver det også mulighed for tidlig opsporing og behandling af sundhedsmæssige problemstillinger (Ibid., s. 19), som fx hjælp til at komme i alkoholbehandling. De opsøgende og udgående indsatser kan være med til at sikre, at socialt udsatte borgere får tilbud om, samt modtager den hjælp, de har ret til ifølge sundhedsloven og service-loven. I arbejdet med socialt udsatte borgere er der ifølge Sundheds- og Socialstyrelsen behov for et fokus på at arbejde fleksibelt på tværs af sundheds- og sociale indsatser, tillidsopbygning, og at møde borgerne på egne præmisser, altså i deres nærmiljø (Ibid., s. 23-24).

I 2015 blev der fra Sundhedsstyrelsen side udgivet en række nye kliniske retningslinjer for alkoholbehandlingen i Danmark (National klinisk retningslinje for alkoholafhængighed i Danmark). Retningslinjen har til formål, ligesom tidligere anbefalinger, at højne og ensarte kvaliteten i alkoholbehandlingen i Danmark samt at skabe vidensdeling på tværs af sektorer (Sundhedsstyrelsen, 2015). Retningslinjerne rummer en række budskaber, der handler om behandlingstyper. Eksempelvis anbefaler retningslinjerne, at både individuelle samtaler og gruppebehandling tilbydes borgere med alkoholafhængighed, da der ikke er fundet forskel i effekten af behandlingen (Ibid., s. 17). Retningslinjerne foreslår, at man som udgangspunkt tilbyder ambulat behandling til alkoholafhængige. Dog påpeges det, at personer med særlige sociale problemer (arbejdsløshed, dårligt netværk, psykisk sygdom og hjemløshed) bør foreslås døgnbehandling fremfor dagbehandling, da det vurderes, at denne gruppe vil få større udbytte af døgnbehandling, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens tidligere anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2008, s. 32).

En anden indsats Sundhedsstyrelsen anbefaler, der bør overvejes i behandlingen af socialt udsatte borgere, er en metode kaldet 'Community Reinforcement Approach' (CRA). Denne behandling kan formentlig være særlig hensigtsmæssig for borgere, som har komplekse problemer, da indsatsen ikke blot har fokus på alkoholafhængigheden, men også på at styrke den enkeltes inddragelse i samfundet (eksempelvis ved at få ar-

bejde, et ædru netværk, velfungerende familieliv mm.). Denne metode fremhæves ofte som relevant i forhold til socialt udsatte borgere, men er endnu ikke anvendt i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2015, s. 23).

Af retningslinjerne fremgår yderligere, at antabus kun bør anvendes i forbindelse med samtalebehandling, jf. tidligere anbefalinger. Man skal samtidig kun give antabus til alkoholafhængige, som selv ønsker det eller oplever, at det har effekt, og det er en forudsætning, at borgerne er velorienterede om eventuelle bivirkninger (Sundhedsstyrelsen, 2015, s. 26).

Sundhedsstyrelsen anbefaler i forhold til varigheden af ambulante forløb, at personer med svær behandlelig alkoholafhængighed (kombination med psykisk sygdom eller sociale problemer) kan have behov for mere end 3 måneders behandling, før behandlingen afsluttes, og eventuel efterbehandling tilbydes (Sundhedsstyrelsen, 2015, s. 40). I tråd med dette anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man overvejer at tilbyde efterbehandling efter afsluttet ambulante forløb for at forebygge tilbagefald. Efterbehandling kan fx være et telefonopkald hver anden uge i et år eller gruppe- eller individuelle samtaler med brug af kognitive eller motivationsteknikker (Ibid., s. 42).

BEGREBER, DATA OG METODE

Dette kapitel præsenterer først en begrebsafklaring og derefter den kombination af datakilder, som undersøgelsen er baseret på. Undersøgelsens hovedformål er at belyse systemets tilbud om alkoholbehandling til socialt udsatte borgere i et borgerperspektiv, og det gør vi på baggrund af kvalitative borgerinterview, etnografisk feltarbejde samt en spørgeskemaundersøgelse. I tillæg til dette hovedformål belyser undersøgelsen også systemets tilbud om alkoholbehandling til socialt udsatte borgere i et systemperspektiv, og det gør vi på baggrund af en mindre vignetundersøgelse samt strukturerede interviews med nøglepersoner i 10 udvalgte casekommuner.

ALKOHOLBEHANDLING, SOCIALT UDSATTE OG BORGERPERSPEKTIV: HVAD MENER VI MED DET?

Tre centrale begreber i denne undersøgelse er alkoholbehandling, socialt udsatte og borgerperspektiv. I dette afsnit præciserer vi, hvad vi mener med disse begreber.

Alkoholbehandling har vi i denne undersøgelse defineret som professionel hjælp til alkoholrelaterede problemer. Det vil sige, det kan være professionel hjælp til at drikke mindre alkohol eller helt holde op

med at drikke alkohol, hjælp til at fastholde afholdenhed eller hjælp til at mindske skadevirkninger forbundet med fortsat alkoholforbrug. Med andre ord refererer alkoholbehandling til *professionelt tilrettelagte aktiviteter, hvis formål er at afhjælpe eller mindske alkoholrelaterede problemer på individniveau.*

Vi betoner, at alkoholbehandling vil sige professionelt tilrettelagte aktiviteter for at understrege, at undersøgelsen ikke belyser den hjælp socialt udsatte borgere kan få fra venner, familie og frivillige ikke-professionelle organisationer. Vi betoner endvidere, at alkoholbehandling er målrettet alkoholrelaterede problemer på individniveau, fordi undersøgelsen ikke belyser aktiviteter, der er målrettet alkoholrelaterede problemer på aggregeret niveau (fx betydning af udbud, adgang til og priser på alkohol). Aktiviteter er ikke defineret nøjere, fordi det er et formål med undersøgelsen at belyse, hvilken form for professionel hjælp socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug ønsker. På den baggrund vil det være kontraproduktivt på forhånd at definere, hvilke professionelt tilrettelagte aktiviteter der er relevante. Professionelt tilrettelagte aktiviteter kan både være sociale og sundhedsorienterede indsatser og vil blive betragtet som alkoholbehandling, hvis formålet er at afhjælpe eller mindske alkoholrelaterede problemer på individniveau.

Alkoholbehandling er således ikke stramt defineret i denne undersøgelse i den forstand, at det skal være én type tilbud – fx døgnbehandling – med én bestemt målsætning – fx afholdenhed. Den professionelle hjælp kan tværtimod gives i form af skadesreduktionstilbud, hvor fokus er på at mindske skader af fortsat alkoholforbrug frem for afholdenhed som mål, og hvor det fx kan handle om, at borgeren får mulighed for at spise bedre og få mere ro i hverdagen.

Socialt udsatte borgere vil i denne undersøgelse sige *borgere, der befinder sig i svært belastede livssituationer præget af flere problemer*, fx usikre boligforhold, dårligt helbred og stof- eller alkoholmisbrug i et omfang, der væsentligt påvirker deres hverdagsliv. Denne forståelse er i tråd med Rådet for Socialt Udsatte, der skriver, at der med begrebet socialt udsatte især tænkes på:

”Hjemløse, stofmisbrugere, alkoholmisbrugere, mennesker med sindslidelse, mennesker i prostitution, mennesker ramt af fattigdom eller andre store og sammensatte sociale problemer, der er forbundet med eller kan føre til social udsathed.” (Rådet for Socialt Udsatte, 2015, s. 4)

Det er vigtigt at understrege, at ikke alle mennesker med fx en sindslidelse eller et alkoholmisbrug er socialt udsatte. Som Rådet for Socialt Udsatte også skriver:

”Mange mennesker lever med begrænsninger eller vanskeligheder fx på grund af et misbrugsproblem, en sindslidelse eller langvarig fattigdom, men formår alligevel at have et almindeligt liv. Der skal mere til, før udsathed sætter ind.” (Rådet for Socialt Udsatte, 2012, s. 7)

En borger er socialt udsat, hvis der er store og sammensatte problemer i deres liv, der påvirker deres hverdagsliv på en måde, som vanskeliggør samfundsmæssig deltagelse på lige fod med andre borgere indenfor flere centrale områder. Centrale områder i vores samfund omfatter bl.a. arbejdsmarked, uddannelse, bolig og socialt netværk.

Borgerperspektiv vil i denne undersøgelse sige, at vi tager udgangspunkt i *de socialt udsatte borgeres egne oplevelser og beskrivelser*. Vi belyser således, hvilke ønsker socialt udsatte borgere har til alkoholbehandling, hvilke muligheder og barrierer de oplever i forhold til at få tilbud om alkoholbehandling, samt hvilke erfaringer de eventuelt har med behandlingsforløb.

I forhold til undersøgelsesdesignet betyder det anlagte borgerperspektiv, at vi har tilrettelagt undersøgelsen med en åbenhed i forhold til borgernes forståelse af egen situation. Nogle socialt udsatte borgere med omfattende alkoholforbrug oplever måske alkoholmisbrug som det centrale problem i deres liv. Andre socialt udsatte borgere med stort alkoholindtag kan opleve andre problemer i deres liv – fx økonomiske, sociale eller psykiske – som mere presserende. Endelig kan der være borgere, der oplever, at alkohol er en nødvendig ’selvmedicinering’ i forhold til at udholde særdeles svære livsbetingelser. Ved at anlægge et borgerperspektiv lader vi det være op til borgerne at definere, hvorvidt der er et problem, og hvad problemet i så fald er.

Parallelt hertil vil løsninger blive beskrevet i et borgerperspektiv. Det betyder, at distinktioner, som er vigtige i et systemperspektiv, glider i baggrunden. I et systemperspektiv kan man se tilbud om alkoholbehandling efter Sundhedslovens § 141 som systemets svar på alkoholproblemer. Det er imidlertid ikke givet, at borgere ser alkoholbehandling som svaret på deres problemer. I et borgerperspektiv er det ikke vigtigt, om et tilbud har hjemmel i serviceloven eller sundhedsloven. Det afgørende er, om

man kan få den hjælp, man oplever et behov for. Ved at anlægge et borgerperspektiv lader vi det være op til borgerne at definere, hvilke tilbud og mulige løsninger der har relevans i forhold til dét, de oplever som problemer. Det er således ikke paragraffer, men oplevede behov, der er fokus på i denne undersøgelse.

I tråd med dette udgangspunkt taler vi derfor i denne undersøgelse om alkoholforbrug frem for alkoholmisbrug. Undtagelsen er, når vi refererer til lovgivning eller andre undersøgelser, der bruger begrebet alkoholmisbrug. I disse tilfælde bruger vi også begrebet alkoholmisbrug. Vi skriver endvidere også alkoholmisbrug, hvis borgeren selv bruger det begreb.

Disse forståelser af alkoholbehandling, socialt udsatte og borgerperspektiv former undersøgelsens data og metode. De borgere, der medvirker i den kvalitative såvel som den kvantitative del af undersøgelsen, er rekrutteret via lokaliteter, der er eksplicit målrettet socialt udsatte borgere i ovenstående forståelse. På lokaliteterne er borgere udvalgt, som har et aktuelt eller nyligt afsluttet stort alkoholforbrug. Hvorvidt der er tale om et alkoholmisbrug, har vi ladet være op til borgerne. Ligeledes er det borgere, der har givet udtryk for, hvilke former for professionel hjælp de har ønsket til deres alkoholproblemer, hvis de synes, de har alkoholproblemer, og hvis de ønsker professionel hjælp.

GRUNDLAG FOR BELYSNING AF BORGERPERSPEKTIV

På et overordnet niveau er det relevant at understrege, at det anlagte borgerperspektiv har betydning for undersøgelsens data på den måde, at dét data belyser, netop er, hvad de socialt udsatte borgere selv giver udtryk for. I både interviews og spørgeskemaundersøgelse har vi ladet borgere give udtryk for, hvad de oplever som problemer og mulige løsninger. I en del tilfælde har dataindsamlingen givet konkrete eksempler på, at borgernes vurderingskriterier og oplevelse af egen situation er anderledes, end det man umiddelbart kunne forvente. En borger, der boede i en campingvogn, svarede eksempelvis i spørgeskemaundersøgelsen, at han ikke havde problemer med sin nuværende boligsituation, fordi han jo havde et sted at bo. En anden borger, der manglede de fleste tænder, og som en projektmedarbejder vurderede havde tydelige tegn på sygdom, svarede selv i spørgeskemaundersøgelsen, at han ikke havde nogen fysi-

ske problemer. I forhold til beskrivelse af eget alkoholforbrug er der også en del indikationer i retning af underrapportering. Fordi undersøgelsen anlægger et borgerperspektiv er borgernes svar i udgangspunktet ikke blevet udfordret. Hvis borgeren ikke oplever at have bolig eller helbredsproblemer, så er det noteret. Og hvis borgeren siger, at han drikker et par genstande om dagen, så er det noteret, også selvom han undervejs i besvarelsen af spørgeskemaet indtager flere genstande. Anlæggelse af borgerperspektiv betyder, at det er de socialt udsatte borgeres oplevelser, undersøgelsen belyser.

KVALITATIVE INTERVIEWS OG ETNOGRAFISK FELTARBEJDE

Vi har i forbindelse med denne undersøgelse gennemført 13 kvalitative interviews med socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug samt gennemført fire dages etnografisk feltarbejde med særligt fokus på opsøgende indsatser i forhold til denne målgruppe.

Af de 13 borgere, der har deltaget i kvalitative interviews, er 11 mænd og 2 kvinder. 5 af borgerne var på interviewtidspunktet aktuelt indskrevet i omsorgs- eller behandlingstilbud, og de er blevet interviewet på disse steder. 8 af borgerne fik vi kontakt med via varme- eller væresteder eller opsøgende indsatser. Alle interviews er foregået ved, at en projektmedarbejder har besøgt de pågældende steder/indsatser og selv eller ved hjælp fra professionelle medarbejdere skabt kontakt til borgere, som har haft lyst til at deltage i et interview. Gældende for alle borgerinterviews er, at de har været af ca. en halv til en times varighed, og at alle borgere forud for interviewene har fået oplysninger om undersøgelsen og interviewenes formål mundtligt og eventuelt skriftligt samt er blevet garanteret anonymitet. Det betyder, at vi ikke bruger person- og stednavne i rapporten i beskrivelserne af borgere og deres oplevelser. Alle borgere gav tilladelse til, at vi måtte optage interviewene på diktafon.

Ti af borgerinterviewene blev gennemført forud for spørgeskemaundersøgelsen. De var løst struktureret af en interviewguide med spørgsmål under tre temaer: ønsker, muligheder for at få tilbud om behandling og erfaringer med at modtage alkoholbehandling. Formålet med disse interviews i begyndelsen af projektet var at sikre en åbenhed i forhold til at inkludere emner i undersøgelsen, som ikke på forhånd var identificeret. Det betyder, at interviewene tog afsæt i interviewguidens spørgsmål, men blev gennemført med en åbenhed overfor at udfolde nye temaer, som opstod i interviewene (Kvale & Brinkmann, 2009). Et tema,

som disse interviews åbnede op for, var borgeres erfaringer med opsøgende indsatser, som flere borgere beskrev som betydningsfulde. Det medførte, at vi indarbejdede spørgsmål om opsøgende indsatser i spørgeskemaet, og at de sidste tre interviews samt det etnografiske feltarbejde havde et særligt fokus på dette tema.

De sidste tre borgerinterviews var løst struktureret omkring en interviewguide, der tog afsæt i en formålsbeskrivelse med fokus på at forstå, hvilken forskel det gør, om man møder en professionel på fx et kommunekontor i forhold til at blive mødt på gaden, hvis man overhovedet oplever, at det gør en forskel. Disse interviews blev gennemført i kombination med det etnografiske feltarbejde. På baggrund af at opsøgende indsatser blev identificeret som betydningsfulde for undersøgelsens målgruppe i de indledende kvalitative interviews, udvalgte og kontaktede vi to opsøgende indsatser; en privat og en kommunal. Medarbejdere fra de pågældende indsatser fik mundtlig og skriftlig information om undersøgelsen samt formål med feltarbejde og interviews. De blev ligeledes garanteret anonymitet, hvilket betyder, at vi heller ikke bruger person- og stednavne i beskrivelserne af de opsøgende medarbejdere.

Projektmedarbejdere fulgte med opsøgende medarbejdere i henholdsvis den private og kommunale opsøgende indsats. Formålet var at observere, hvordan det opsøgende arbejde foregår, hvordan de opsøgende gadeplansmedarbejdere kan spille en rolle i forhold til at hjælpe socialt udsatte borgere med at komme i alkoholbehandling, og hvordan de kan hjælpe med andre psykiske, fysiske, økonomiske eller sociale problemer. Feltnoter blev primært nedfældet efter observationerne, da projektmedarbejderne givet den sociale kontekst på gaden ikke vurderede, at det ville være passende at trække en blok frem på gaden og notere undervejs i feltarbejdet. De borgere, der var i kontakt med de opsøgende medarbejdere, blev mundtligt informeret om, hvem projektmedarbejderne var og om formålet med undersøgelsen. Borgere, der ønskede informationen skriftligt, havde mulighed for at få et skriftligt informationsbrev. De fik også garanteret anonymitet, hvorfor person- og stednavne for disse borgere naturligvis heller ikke fremgår af rapporten.

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

I forbindelse med denne undersøgelse har 128 socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug deltaget i en spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaet blev udviklet på baggrund af de ind-

ledende kvalitative interviews og indeholder spørgsmål til borgerens a) baggrund, b) alkoholforbrug og behandlingsønsker, c) oplevelser af muligheder og barrierer i forhold til at få alkoholbehandling, d) erfaringer med at modtage alkoholbehandling og e) oplevelse af andre fysiske, psykiske, økonomiske, boligmæssige og sociale problemer. Det samlede spørgeskema ligger som bilag sidst i rapporten.

Spørgeskemaundersøgelsen blev tilrettelagt sådan, at den både inkluderer socialt udsatte borgere, der aktuelt er i alkoholbehandling og socialt udsatte borgere, der ikke er i behandling. Konkret blev der ved undersøgelsens start udvalgt ti lokaliteter efter følgende kriterier:

- Halvdelen er lokaliteter med behandlingstilbud, der er målrettet socialt udsatte borgere med alkoholmisbrug.
- Halvdelen er lokaliteter, der fungerer som væresteder eller varmerstuer målrettet socialt udsatte borgere, heriblandt borgere med betydeligt dagligt alkoholforbrug.
- Lokaliteter med behandlingstilbud er udvalgt, så halvdelen har skadesreduktion fremfor afholdenhed som formål, og både døgn-, omsorgs- og ambulans behandlingstyper er repræsenteret.
- For både behandlingssteder og væresteder/varmerstuer gælder, at de er udvalgt, så både kommunale tilbud og private organisationer er repræsenteret.
- Der er lokaliteter i Jylland samt på Fyn, Sjælland og øerne.
- Der er lokaliteter af forskellige størrelser i både bykommuner og landkommuner.

I forbindelse med gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen viste det sig, at de ti lokaliteter, der var udvalgt fra begyndelsen, ikke var nok i forhold til at nå op på de ønskede 100-150 besvarelser. Det skyldes bl.a., at nogle af de oprindeligt udvalgte ti lokaliteter udgik. Et sted vurderede medarbejderne, at deres aktuelle brugere var for belastede til, at de kunne deltage i en spørgeskemaundersøgelse. Et andet sted vurderede medarbejderne, at de brugere, der aktuelt var på deres ret lille værested, ikke var i målgruppen for spørgeskemaundersøgelsen (deres borgere var socialt udsatte, men ingen af de aktuelle brugere havde et stort alkoholforbrug, hverken nuværende eller tidligere). Et tredje sted lukkede umiddelbart inden vores besøg. Derfor blev yderligere ni lokaliteter udvalgt og spør-

geskemaundersøgelsen er gennemført på sammenlagt 16 lokaliteter med geografisk spredning over hele Danmark.

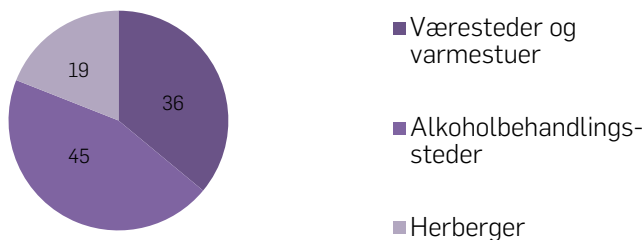
Konkret blev spørgeskemaundersøgelsen gennemført ved, at en projektmedarbejder kontaktede medarbejdere det pågældende sted, informerede om undersøgelsen og indgik aftaler om besøg. Medarbejderne informerede herefter borgerne om undersøgelsen, og de har haft mulighed for at bruge informationsmateriale fremsendt af SFI. Besøgene på lokaliteterne var typisk af flere timers varighed med henblik på at få kontakt med så mange borgere i målgruppen som muligt. Projektmedarbejderen medbragte trykte eksemplarer af spørgeskemaerne, og borgerne kunne vælge selv at udfylde skemaet eller få hjælp fra projektmedarbejderen, såfremt der var behov for dette. Borgerne i spørgeskemaundersøgelsen er i denne forbindelse blevet oplyst om undersøgelsens formål og garanteret anonymitet.

Omkring halvdelen af borgerne havde brug for projektmedarbejdernes hjælp til at læse og forstå skemaets spørgsmål og svarkategorier. Med hjælp tog besvarelsene mellem tyve minutter og halvanden time. Andre borgere har besvaret på egen hånd. Tre lokaliteter ønskede at få tilsendt spørgeskemaer med post, fordi medarbejderne vurderede, at borgere herved havde længere tid til at udfylde spørgeskemaerne, og fordi det gav borgere, som ikke var dagligt på lokaliteten, mulighed for at deltage. Her er det medarbejdere på de pågældende lokaliteter, der har stået for at udlevere spørgeskemaer til borgere, hjælpe dem med besvarelser og sende besvarelser retur til SFI.

Blandt borgere i spørgeskemaundersøgelsen er 45 pct. rekrutteret via væresteder og varimestuer, 36 pct. via alkoholbehandlingssteder særligt målrettet socialt udsatte borgere og 19 pct. via herberger. Se figur 2.1 over rekruttering af borgere i spørgeskemaundersøgelsen:

FIGUR 2.1

Borgere i spørgeskemaundersøgelse opdelt efter rekrutteringssted. Procent.



Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Uanset lokalitet har det været et gennemgående rekrutteringskriterium for at deltage, at man skulle være en socialt udsat borger (dvs. have flere og sammensatte problemer) med stort nuværende eller tidligere alkoholforbrug. Omkring halvdelen af borgerne er rekrutteret i storbyer (48 pct.) og halvdelen er rekrutteret i provinsbyer eller mindre lokalsamfund (52 pct.).

Som det fremgår af tabel 2.1, er hovedparten af borgerne i spørgeskemaundersøgelsen mænd (75 pct.), mens de resterende borgere er kvinder (25 pct.). Én borger har ikke oplyst køn.

TABEL 2.1

Kønsfordeling i spørgeskemaundersøgelse. Procent.

Køn	Procent
Mand	75
Kvinde	25
Total (procent og antal)	100 (127)

Anm.: Uoplyst: 1 person.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tabel 2.2 viser borgernes fordeling i tre forskellige alderskategorier. Som det fremgår af tabellen, befinder hovedparten af borgerne (66 pct.) sig i aldersgruppen 40 – 59 år, mens knap en femtedel af borgerne (19 pct.) er over 60 år, og 15 pct. er i aldersgruppen op til 39 år.

TABEL 2.2

Aldersfordeling i spørgeskemaundersøgelse. Procent.

Alder	Procent
Op til 39 år	15
40 – 59 år	66
Over 60 år	19
Total (procent og antal)	100 (125)

Anm.: Uoplyst: 3 personer.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tablet 2.3 giver et overblik over, hvilke lande borgere i spørgeskemaundersøgelsen er født i. Tabellen viser, at langt størstedelen af borgerne er født i Danmark (87 pct.). Andelen af borgere, som kommer fra Grønland, er den næststørste gruppe og udgør 8 pct. Enkelte borgere er født i andre lande i og udenfor Europa.

TABEL 2.3

Borgere i spørgeskemaundersøgelse fordelt efter fødeland. Procent.

Fødeland	Procent
Danmark	87
Grønland	8
Færøerne	1
Norge	1
Sverige	1
Libanon	1
Somalia	1
Thailand	1
Rumænien	1
Total (procent og antal)	102 (127)

Anm.: Uoplyst: 1 person. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tablet 2.4 giver et overblik over borgeres uddannelsesniveauer fordelt på de forskellige aldersgrupper. Tabellen viser, at halvdelen af borgerne ikke har uddannelsesniveau over grundskoleniveau; 14 pct. har ikke gennemført grundskole, og yderligere 36 pct. har grundskole som højest fuldførte uddannelse. Blandt de, der har uddannelse udover grundskole, er erhvervsuddannelser det hyppigst forekommende; 32 pct. i aldersgruppen op til 39 år har en erhvervsuddannelse, 26 pct. blandt de 40-59 årige og 13 pct. blandt de over 60-årige.

TABEL 2.4

Borgere i spørgeskemaundersøgelse fordelt efter højeste fuldførte uddannelse. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Højeste gennemførte uddannelse	Aldersgruppe			Total, procent
	Op til 39 år	40-59 år	Over 60 år	
Ikke fuldført grundskole	21	16	0	14
Grundskole	37	30	58	36
Gymnasial uddannelse	0	7	0	5
Erhvervsuddannelse	32	26	13	24
Kort videregående uddannelse	5	12	13	11
Mellemlang videregående uddannelse	5	4	4	4
Lang videregående uddannelse	0	3	13	4
Ved ikke	0	3	0	2
Total (procent og antal)	100 (19)	101 (81)	101 (24)	100 (124)

Anm.: Uoplyst: 4 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

TABEL 2.5

Borgere i spørgeskemaundersøgelse fordelt efter indkomstgrundlag. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Indkomstgrundlag	Aldersgruppe			Total, procent
	Op til 39 år	40-59 år	Over 60 år	
Lønindtægt	5	12	8	8
Kontanthjælp	63	39	21	21
Førtidspension	11	33	38	38
Arbejdsløshedsdagpenge eller sygedagpenge	5	10	4	4
Folkepension eller efterløn	0	0	29	29
Salg af Hus Forbi	16	2	0	0
Ingen fast indtægt	0	1	0	0
Andet	0	2	0	0
Total (procent og antal)	100 (19)	99 (82)	100 (24)	100(125)

Anm.: Uoplyst: 3 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tablet 2.5 giver en oversigt over borgere i de forskellige aldersgrupper indkomstgrundlag. Det fremgår, at flest borgere opnår indkomst gennem førtidspension (38 pct.), efterfulgt af folkepension eller efterløn (29 pct.) og kontanthjælp (21 pct.). Den store andel indenfor disse indkomstgrundlag hænger sammen med, at hovedparten af borgere befinder sig i aldersgrupperne 40-59 år (66 pct.) og over 60 år (19 pct.), jf. tabel 2.2. Blandt borgere op til 39 år udgør kontanthjælp derimod indkomstgrundlaget for hovedparten (63 pct.). Tabellen viser yderligere at få borgere har angivet, at de har en lønindtægt (8 pct.).

Tabel 2.6 beskriver, hvilken boligsituation borgere i de forskellige aldersgrupper befinder sig i. Tabellen viser, at der er flest borgere, som bor i egen lejebolig (41 pct.), mens den næststørste andel bor i egen ejer/andelsbolig (17 pct.). Der er 13 pct., som bor på herberg og 10 pct., som bor i støttebolig eller bofællesskab. 8 pct. af borgere er uden bolig og bor på gaden. Af borgere over 60 år bor 33 pct. i støttebolig eller bofællesskab, og ingen bor på gaden, modsat borgere i aldersgruppen op til 39, hvor 21 pct. bor på gaden eller står uden bolig. Bruger man SFI's hjemløshedsdefinition, så er 28 pct. af borgerne i spørgeskemaundersøgelsen hjemløse. Udover borgere, der bor på gaden eller på herberg, så omfatter denne definition på hjemløshed også borgere, der bor i sommer- eller kolonihavehuse, hos venner og familie samt borgere, der bor på behandlingsinstitutioner² uden andre steder at bo.

TABEL 2.6

Borgere i spørgeskemaundersøgelsen fordelt efter boligsituation. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Boligsituation	Aldersgruppe			Total, procent
	Op til 39 år	40-59 år	Over 60 år	
Egen ejer/andelsbolig	5	16	29	17
Egen lejebolig	42	44	29	41
Lejet værelse	0	5	0	3
Hos familie/venner	0	2	0	2
Støttebolig/bofællesskaber	0	6	33	10
Herberg/forsorgshjem	16	15	4	13
Behandlingsinstitution	5	4	4	4
Gaden/ingen bolig	21	7	0	8
Sommer-/ kolonihavehus el. lign.	0	1	0	1
Andet sted	11	0	0	2
Total (procent og antal)	100 (19)	100(82)	99(24)	101 (125)

Anm.: Uoplyst: 3 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tabel 2.7 viser borgernes aktuelle selvrapporterede alkoholforbrug – om de aktuelt drikker alkohol eller ej, og hvordan alkoholforbruget fordeler sig indenfor de tre alderskategorier. Af tabellen fremgår det, at 46 pct. af borgerne rapporterer et aktuelt stort alkoholforbrug, mens 52 pct. har et enten lavt eller intet aktuelt alkoholforbrug. Andelen af borgere med lavt eller intet aktuelt alkoholforbrug skal ses i sammenhæng med, at der er

2. I spørgeskemaet er det specificeret, at behandlingsinstitutionen kun skal noteres, som det sted borgeren bor, hvis borgeren ikke har andre steder at bo. Hvis borgeren har en anden bolig, som vedkommende kan vende hjem til efter behandlingsopholdet, så skal denne bolig noteres.

brugt behandlingstilbud som lokaliteter til at indsamle spørgeskemaer, hvorfor nogle borgere nyligt er ophørt med at drikke alkohol. Andelen af dem over 60 år, som har et aktuelt alkoholforbrug, er 65 pct. Blandt de 40-59-årige drikker 43 pct. aktuelt alkohol, mens dem op til 39 år har det laveste aktuelle forbrug af alkohol på 35 pct.

TABEL 2.7

Selvrapporeret alkoholforbrug blandt borgere i spørgeskemaundersøgelsen. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aktuelt alkoholforbrug	Aldersgruppe			Total, procent
	Op til 39 år	40-59 år	Over 60 år	
Aktuelt stort alkoholforbrug	35	43	65	46
Lavt eller intet aktuelt alkoholforbrug	65	55	30	52
Ved ikke/andet	0	3	4	3
Total (procent og antal)	100(17)	101(80)	99(23)	101(120)

Anm.: Uoplyst: 8 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

I spørgeskemaerne beder vi borgere vurdere, hvor mange genstande de ca. drikker dagligt. I gennemsnit vurderer de borgere, som oplyser, at de har et aktuelt alkoholforbrug, at de drikker 14 genstande dagligt. Blandt de borgere, der oplyser, at de ikke aktuelt drikker, vurderer de i gennemsnit, at de drak 20 genstande dagligt i deres seneste drikkeperiode.

I forhold til at vurdere borgerne i spørgeskemaundersøgelsens repræsentativitet i forhold til populationen af socialt udsatte borgere med stort nuværende eller tidligere alkoholforbrug som teoretisk størrelse, er der to centrale forhold, som skal tages med i betragtning. For det første er det vigtigt at understrege, at undersøgelsesdesignet grundet rekrutteringen af borgere via lokaliteter målrettet socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug ikke faciliterer deltagelse blandt de borgere, der lever isoleret og uden aktuel kontakt til hjælpssystemer. En borger kan godt være socialt udsat (i betydningen have store og sammensatte problemer) uden at have kontakt til behandlingssteder, væresteder eller værestuer, men vi har ikke i denne undersøgelsesramme haft mulighed for at opsøge borgere uden aktuel kontakt til hjælpeinstanser.

For det andet er det vigtigt at understrege, at spørgeskemamethoden stiller krav til borgeres funktionsniveau. Nogle borgere har været for påvirkede eller belastede på andre måder til at kunne deltage. Som nævnt var der en lokalitet, hvor medarbejderne vurderede, at ingen af deres

brugere var i stand til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. På de lokaliteter, som vi har besøgt, har projektmedarbejderne ligeledes løbende vurderet, hvorvidt en borger var i stand til at gennemføre besvarelse af spørgeskemaet på en etisk forsvarlig måde. Særligt på væresteder og varместuer var der en del borgere, som enten selv vurderede, at de ikke kunne deltage, eller hvor medarbejdere de pågældende steder eller projektmedarbejderne fra SFI vurderede, at borgere ikke var i stand til at deltage. Det drejer sig om borgere, der var for påvirkede af alkohol, medicin eller stoffer, for syge (psykisk eller fysisk), for stressede pga. aktuelle problematikker (fx gæld) og borgere, der havde for svært ved at forstå spørgsmål og svarkategorier (fx hvis de ikke forstår dansk, de har svært ved at koncentrere sig eller har kognitive udfordringer).

Sammenlagt betyder disse to forhold, at der er grund til at tro, at der i spørgeskemaundersøgelsen er en selektion, som betyder, at de mest socialt belastede ikke deltager. Dels er nogle socialt udsatte borgere (dem uden aktuel kontakt til hjælpeinstanser) ikke med i rekrutteringsgrundlaget. Dels kunne de mest socialt belastede borgere på de lokaliteter, der udgør rekrutteringsgrundlaget, ikke deltage.

Rapportens resultater skal således ses i det lys, at nogle socialt udsatte borgere ikke har haft mulighed for at deltage. Det gælder dog særligt spørgeskemaundersøgelsen, da etnografisk feltarbejde og kvalitative interviews er en mere rummelig metode i forhold til svært belastede grupper. Den lokalitet, hvor medarbejderne vurderede, at ingen af deres borgere var i stand til at gennemføre en besvarelse af spørgeskemaet sagde således ja til, at vi fra SFI kunne komme på besøg og interviewe borgere. To borgere fra denne lokalitet gennemførte vi kvalitative interviews med, og rapporten rummer citater fra disse interviews. Oplevelser blandt borgere, der er for belastede til at deltage i en spørgeskemaundersøgelse, er på denne vis inkluderet i den kvalitative del af undersøgelsen.

GRUNDLAG FOR BELYSNING AF SYSTEMPERSPEKTIV

I denne undersøgelse belyser vi også tilbud til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer fra et systemperspektiv. Systemperspektivet betyder, at vi i denne del af undersøgelsen tager udgangspunkt i, hvordan nøglepersoner i udvalgte kommuner forstår og beskriver de problemer og behov socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug har, samt

hvilke tilbud kommunen giver dem. Systemperspektivet italesættes således af personer, der i egenskab af deres stillinger har ansvar for tilrettelæggelse og ledelse indenfor kommunal alkoholbehandling.

Vores grundlag for at belyse systemperspektivet på målgruppens behov og kommunens svar herpå er baseret på en mindre vignetundersøgelse samt strukturerede interviews med nøglepersoner i ti casekommuner. Casekommunerne er udvalgt, så der sikres geografisk spredning over hele Danmark. I forhold til kommunetype er den ene halvdel af kommunerne bykommuner, og den anden halvdel er mellem- og landkommuner jf. KL/Eurostat³. I forhold til koncentration af socialt udsatte er kommunerne udvalgt således, at seks kommuner har en relativt høj andel af socialt udsatte, mens fire kommuner har en relativt lav andel af socialt udsatte (jf. SFI's marginaliseringsundersøgelse, Benjaminsen m.fl., 2015). Endelig er de udvalgt således, at de inkluderer hjemkommunerne til nogle af de lokaliteter, som indgår i spørgeskemaundersøgelsen. Hjemkommunerne for døgnbehandlingsstederne er ikke relevante i denne sammenhæng, da disse tilbud modtager borgere fra en lang række kommuner.

Efter udvælgelse af casekommuner gennemførte vi en kortlægning af enten kommunens egen hjemmeside eller hjemmesiden for den pågældende alkoholbehandling, der tilbydes i kommunen. Her undersøgte vi, hvilke konkrete tilbud der bliver beskrevet på hjemmesiden, samt hvilke oplysninger, der er tilgængelige for borgere i forhold til, hvilken hjælp der kan søges via kommunen i forbindelse med alkoholproblemer.

I forbindelse med denne research blev en central nøgleperson i hver kommune lokaliseret. Vedkommende blev kontaktet af en projektmedarbejder, og der blev indgået aftale om et telefoninterview. Nøglepersonerne er enten afdelingsledere eller centerledere, og de sidder med det daglige ansvar og ledelse af alkoholbehandlingen i den pågældende kommune. Principielt tilfalder det overordnede ansvar for alkoholbehandling socialchefer og i sidste ende det kommunale byråd, men vi har i denne undersøgelse valgt at inddrage personer, der er tættere på praksis, men stadig har et overordnet ansvar i form af deres lederstillinger.

Forud for interviewet modtog nøglepersonen både mundtlig og skriftlig information om undersøgelsen, og de modtog vignetundersøgelsens casebeskrivelser og spørgsmålsbatteri, som de således havde mulighed for at forberede sig på alene eller sammen med kolleger. Den vig-

3. www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_68875/cf_202/Landkommunernes_befolkningsudvikling.PDF.

netundersøgelse og det spørgsmålsbatteri som casekommunerne modtog ligger sidst i rapporten som bilag. Alle 10 udvalgte casekommuner indvilligede i at deltage, og interviewpersonerne fik garanteret anonymitet både i forhold til deres person og den kommune, de repræsenterer. Formålet med at garantere denne anonymitet er at undgå, at noglepersonerne undlader at beskrive eventuelle udfordringer af frygt for at hænge deres kommune ud til offentlig kritik.

VIGNETUNDERSØGELSE

Første del af interviewene med nøglepersoner i kommunerne var udformet som en vignetundersøgelse. En vignet er en kort casebeskrivelse af et samfundsfænomen, der er udformet så en interviewperson kan forestille sig fænomenet og tage stilling til det (Monrad & Ejrnæs, 2012). Vignetten kan fx præsentere en person med et specifikt hændelsesforløb bag sig, og vignetmetoden består derefter i, at man lader nogle interviewpersoner, hvis holdning man er interesseret i, tage stilling til person- og hændelsesforløb.

Vignetter er realistiske, men fiktive beskrivelser. I vores undersøgelse har vi konstrueret casebeskrivelser af tre personer på baggrund af de kvalitative interviews med borgere på væresteder, varmestuer og behandlingssteder. Hver case beskriver en person med navn, køn, alder, status i forhold til aktuelt rusmiddelforbrug, behandlingshistorik, økonomi-, bolig- og familiesituation, ønsker til behandling og grund til henvendelse. Vignetterne er realistiske i den forstand, at de afspejler de borgere, vi har interviewet kvalitativt i forhold til problemprofiler. Der er således empirisk belæg for de pågældende problemer – herunder sammensætning i problemerne. Det gælder helt konkret fx i forhold til antallet af diagnoser.

I interviewene blev nøglepersonerne bedt vurdere, hvilke typer af tilbud de pågældende personer ville få tilbudt i deres kommune. Formålet med at bruge vignetmetoden var at konkretisere interviewpersonernes forståelse og vurderinger af, hvad denne målgruppe har behov for, samt hvad deres kommune kan tilbyde. Vignetmetoden kan forøge sammenligneligheden mellem forskellige interviewpersoners svar ved at give en fælles kontekst for besvarelsene (Monrad & Ejrnæs, 2012). Med casebeskrivelserne kan vi præcisere, hvad det er nøglepersonerne skal tage stilling til, og på tværs af kommunerne svarer de på baggrund af de samme personbeskrivelser.

SPØRGSMÅLSBATTERI

I anden halvdel af interviewene bad vi nøglepersonerne svare på 11 spørgsmål. For det første er der i batteriet oversigtsspørgsmål, der skal belyse, hvilke typer af tilbud kommunen i det hele taget råder over i forhold til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer, fx i forhold til opsøgende indsatser til målgruppen. For det andet er der i batteriet vurderingsspørgsmål, der skal belyse nøglepersonernes vurdering af, om kommunens tilbud matcher behovene blandt socialt udsatte borgere med alkoholproblemer, fx i forhold til om alkoholbehandling er tilgængeligt for målgruppen, og om nøglepersonen vurderer, at kommunen aktuelt har mulighed for at tilbyde socialt udsatte borgere med alkoholproblemer den relevante støtte og behandling. Ligesom vignetterne er formålet med denne del af undersøgelsen at samle data, som gør det muligt at sammenligne kommunerne på tværs af forskellige typer af systemer. Det samlede spørgsmålsbatteri ligger i bilag til rapporten.

KOMMUNERNES TILBUD OG BEHANDLINGSTRATEGIER

Dette kapitel belyser tilbud og behandlingsstrategier i forhold til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer i 10 casekommuner. Kapitlet anlægger et systemperspektiv, således at det er nøglepersoner fra de forskellige kommuner, der beskriver behandlingstilbud og strategier.

Kapitlet beskriver, hvordan nøglepersonerne i casekommunerne generelt ikke vurderer, at ambulante og dagbehandlingstilbud er relevante for socialt udsatte borgere med alkoholproblemer, fordi denne gruppe typisk er kendetegnet ved at have vanskeligheder med fremmøde og stabilitet. Når nøglepersonerne skal beskrive deres anvendelse af tilbud i konkrete sager, beskriver de i tråd hermed overvejende alkoholbehandlingstilbud som noget, der kan starte stille og roligt op, når andre akutte sociale og boligproblemer er løst. En kommune skiller sig ud ved at have et decideret alkoholbehandlingstilbud, der er opsøgende og indrettet, så det kan rumme borgere, der har sammensatte problemer og ikke kan møde stabilt.

Nogle af nøglepersonerne giver udtryk for, at deres tilbudsgivning i forhold til alkoholbehandling generelt hviler på en trinbaseret tilgang, hvor ambulante behandling afprøves som det første i en borgers forløb, dagbehandlingstilbud som det næste og døgnbehandling som det sidste, hvis ambulante og dagbehandling viser sig utilstrækkeligt. Andre nøglepersoner refererer ikke til en trinmodel som basis for deres tilbuds-

givning. Man kan endvidere skelne mellem nøglepersoner, der giver udtryk for en rettighedsorienteret tilgang og nøglepersoner, der giver udtryk for en tilgang orienteret mod socialt udsatte borgeres særlige behov. I den rettighedsorienterede tilgang er vægten på, at alle borgere i kommunen bliver tilbudt det samme. Hvis kommunen har en trinbaseret tilgang, betyder det således, at også socialt udsatte borgere tilbydes ambulante behandling som det første til trods for opfattelsen af, at socialt udsatte borgere sjældent profiterer heraf. I tilgangen orienteret mod socialt udsatte borgeres særlige behov er vægten derimod på, at disse borgere skal have anderledes tilbud end andre borgere.

Nøglepersonerne beskriver generelt opfølgende indsatser som relevante for socialt udsatte borgere med alkoholproblemer, men det er forskelligt, i hvor høj grad de beskriver, at kommunen har mulighed for at give den slags tilbud. Særligt store landkommuner beskriver geografien som en udfordring i forhold til muligheder for at være opfølgende. Af andre centrale udfordringer nævner nøglepersoner samarbejdet med psykiatrien og sundhedsvæsenet i forhold til afslutninger samt udfordringer i forhold til at sikre, at de socialt udsatte borgere har et socialt netværk og en meningsfuld hverdag, hvis de stopper med at drikke.

OVERSIGT OVER TYPER AF BEHANDLINGSTILBUD

Alle 10 casekommuner i denne undersøgelse varetager selv ambulante tilbud om alkoholbehandling, fem af kommunerne har dagbehandling, mens alle ti kommuners tilbud om døgnbehandling varetages af eksterne aktører. I forhold til indhold beskriver nøglepersonerne, at ambulante, dag- og døgnbehandling kan inkludere følgende komponenter: individuelle samtaler, gruppebehandling, familierapi, sociale netværksgrupper, pårørendesamtaler, afslutning, medicinsk behandling (såsom trangmindskende medicin eller antabus), NADA-akupunktur, lægesamtaler og åben rådgivning. En del af disse komponenter har et terapeutisk grundlag, der for det ambulante tilbuds vedkommende typisk består i kognitive og andre adfærdorienterede tilgange samt systemiske og narrative metoder. Hovedparten af de døgnbehandlingssteder, som nøglepersonerne specifikt nævner, de benytter i tilbudsgivning til socialt udsatte borgere, er inspireret af Minnesota og 12-trins behandling. I kapitel 1 kan man finde en nøjere beskrivelse af de forskellige behandlingstyper.

Nøglepersonerne forklarer, at det første der sker, når en socialt udsat borger med alkoholmisbrug⁴ henvender sig, er, at der gennemføres en udredning og kortlægning af deres situation, inklusiv de øvrige problematikker borgeren har udover alkoholmisbrug. På baggrund af denne kortlægning kan kommunen foretage visitationer. Som det fremgår af rapportens baggrundskapitel, er kommuner forpligtet til at tilbyde borgere med alkoholmisbrug behandling, men det er op til kommunen at vurdere, om borgeren skal tilbydes ambulante, dag- eller døgnbehandling.

Overordnet giver nøglepersonerne udtryk for, at socialt udsatte borgere kan have svært ved at profitere af ambulante og dagbehandlingstilbud. Nøglepersonen fra casekommune 1 siger:

”Det [ambulant behandling] vil typisk ikke være et tilbud, som ret mange socialt udsatte kan følge, fordi man skal kunne fremmøde og have stabilitet.” (Nøgleperson, kommune 1)

Nøglepersonen fra kommune 6 fortæller i tråd hermed, at de i deres kommune benytter sig af stabiliserende døgnophold frem for ambulante behandlingstilbud:

”Den behandling, som består af samtaler engang imellem, er noget som denne gruppe ikke får så stort udbytte af, så vi bruger meget de stabiliserende ophold på [døgn-]institutioner [...]. Når først et menneske er så langt ude, er så socialt belastet og misbruger, så nytter det ikke noget at komme en time hver eller hver anden uge. Det kan vi ikke fastholde dem i. Så derfor bruger vi i høj grad disse ophold.” (Nøgleperson, kommune 6)

Også nøglepersonen i kommune 9 betoner vigtigheden af stabiliserende indsatser, men lægger vægt på, at det kan være et trin til andre behandlingsformer:

”Der skal noget til, før vi kan få dem i alkoholbehandling. Der skal være en opsøgende og en mere stabiliserende indsats, som ikke er behandling. De er tit så afkræftede både fysisk og psykisk, [så] det skal være en periode, hvor man bare får noget god

4. Vi skriver alkoholmisbrug frem for alkoholforbrug her, fordi afsnittet er relateret til kommunens lovgivningsmæssige forpligtelser og i Sundhedslovens § 141 bruger man begrebet misbrug. Dette kapitel er som beskrevet indledningsvis gennemgående skrevet i systemperspektiv i modsætning til de efterfølgende fire kapitler, der anlægger borgerperspektiv.

mad og kan holde sig ædru i et skærmet miljø, inden man kan komme ind i et behandlingsforløb. Stabiliserende og omsorgsgivende ophold er enormt vigtige for de her borgere.” (Nøgleperson, kommune 9)

Nøglepersonerne beskriver den ambulante behandling og dagbehandling som svær at forene med socialt udsatte borgere, fordi det typisk er en type behandlingstilbud, der stiller krav, som socialt udsatte borgere ikke kan leve op til. For borgere, der har levevilkår, der er svære at forene med fremmøde og stabilitet, vurderer nøglepersonerne ikke umiddelbart, at ambulante og dagbehandlingstilbud er relevante. Undtagelsen i denne sammenhæng er kommune 7, hvor nøglepersonen som den eneste beskriver et ambulante tilbud målrettet socialt udsatte borgere. Nøglepersonen fortæller:

”Vi har noget, som er et tilbud til dem, der tidligere har været på forsorghjem, som bliver visiteret dertil af myndighedsafdelingen, og det er faktisk et ambulante omsorgstilbud [...] Her kan man få morgenmad, man kan opbygge netværk og hjælpes til en snak om sundhed, man kan eventuelt få noget antabus, og det er både for stofmisbrugere og alkoholikere.” (Nøgleperson, kommune 7)

Nøglepersonen i kommune 7 beskriver det som et ambulante omsorgstilbud frem for behandlingstilbud; borgerne kan få morgenmad og socialt samvær, men de kan også få antabus i kombination med samtaler. Det er et eksempel på de tilbud, nøglepersonerne beskriver, socialt udsatte borgere med alkoholproblemer kan få i deres kommune.

Når nøglepersonerne på et overordnet niveau skal beskrive, hvilke typer af behandlingstilbud de ser som relevante for socialt udsatte borgere med alkoholproblemer, peger de generelt på døgnophold, der kan stabilisere borgeren og forberede til videre alkoholbehandling. Det er i tråd med de officielle anbefalinger fra Social- og sundhedsstyrelsen (jf. kapitel 1). For at konkretisere kommunernes tilbud yderligere vil vi i det følgende afsnit se på, hvilke tilbud nøglepersonerne peger på, når de bliver præsenteret for konkrete sager.

ANVENDELSE AF TILBUD I KONKRETE SAGER

I undersøgelsen blev nøglepersonerne præsenteret for tre konkrete, men fiktive personer (vignetter). Denne del af undersøgelsen har til formål at belyse, hvordan nøglepersonernes forstår og forvalter de behandlingsmuligheder, de beskriver generelt, i forskellige specifikke sager. Efter præsentationen af personbeskrivelserne blev de kommunale nøglepersoner spurgt, hvordan de ville handle, hvis den beskrevne person henvendte sig.

Den første fiktive person nøglepersonerne får beskrevet i vignetundersøgelsen er Andreas, der er en mand på 32 år. Centrale aspekter for hans sag, såsom misbrug og boligsituation, fremgår af oversigten over vignet 1.

VIGNET 1: ANDREAS, MAND, 32 ÅR

Misbrug	Betydeligt, dagligt alkoholindtag samt dagligt forbrug af hash
Behandlingshistorik	Har aldrig fået alkoholbehandling, er diagnosticeret med OCD, PTSD og depression, er medicineret, har aktuelle selvmordstanker og har været indlagt via psykiatrisk skadestue flere gange
Økonomi, bolig- og familiesituation	Kontanthjælp, hjemløs, har hund
Ønsker til behandling	Vil ikke i behandling, men oplever eget alkoholforbrug som skadeligt, mens han ikke oplever hashforbruget som et problem (beskriver det som selvmedicinering)
Grund til henvendelse	Vil gerne have ro og mad samt en seng at sove i

De kommunale nøglepersoner vil tilbyde Andreas forskellige ting. Nogle nøglepersoner peger på ambulans behandling og lægesamtaler i kombination med viderehenvielse til forsorgshjem og tilbud indenfor § 110-området, andre peger på døgnbehandling eller henvisning til psykiatriske tilbud. I forhold til denne vignet er det imidlertid karakteristisk, at nøglepersonerne ikke ser Andreas som typisk for målgruppen af socialt udsatte borgere med alkoholproblemer. Flere af nøglepersonerne mener, at Andreas skal have hjælp andre steder end der, hvor de sidder som ansvarlige for alkoholbehandling eller de afviser, at de støder på ham som type af borger. En nøgleperson fortæller:

”Vi ville jo se, om vi kunne hjælpe ham ud fra en Housing First-tilgang, men jeg bliver simpelthen nødt til at fortælle dig, at vi ikke har sådan en type borger. Typisk har vores borgere en bolig. Som jeg kender kommunen – men det skal jeg være forsigtig med at sige – så har vi meget få henvendelser fra folk, der kommer direkte ind fra gaden.” (Nøgleperson, kommune 10).

Et aspekt, som nøglepersonerne tilskriver betydning, i forhold til, hvilke tilbud de skal give Andreas, er formuleringen i hans profil: ”vil ikke i behandling, men oplever eget alkoholforbrug som skadeligt, mens han ikke oplever hashforbruget som et problem”. Flere af nøglepersonerne beskriver denne opfattelse som hindrende for deres tilbud om alkoholbehandling:

”Hvis han ikke vil i behandling, så kan vi jo ikke gå ind og lave en indsats, for det er en del af den samlede tilgang. Forsorgshjemmet og misbrugscenteret er så tæt knyttet til hinanden, vi er jo kollegaer, og det giver en god tilgang til ham. Så han ville komme på forsorgshjem, hvor vi ville lave en handleplan og få identificeret, hvad det er for et indsatsområde. Og så ville han også blive ramt af hele Housing First-strategien ude på forsorgshjemmet. Han ville få et § 110-tilbud og et tilbud om alkoholbehandling.” (Nøgleperson, kommune 8).

Det overordnede indtryk er, at nøglepersonerne i deres beskrivelse af, hvilke tilbud de vil give Andreas generelt har fokus på hans boligproblemer frem for det alkoholforbrug, som han oplever som skadeligt. 9 ud af 10 kommuner bringer umiddelbart Housing First⁵-strategien op i interviewet, når de skal fortælle, hvad de tilbyder Andreas. Når kommunerne arbejder ud fra princippet om Housing First, hvor etableringen af et hjem til borgeren går forud for tilbud om alkoholbehandling, betyder det bl.a., at borgeren ikke skal have tilbud i regi af ”den klassiske alkoholbehandling”, som nøglepersonen i kommune 2 udtrykker det, men derimod viderefremmes til enheder, såsom forsorgshjem, der praktiserer Housing First.

I forhold til Andreas er kommune 9 en delvis undtagelse i den forstand, at nøglepersonen herfra ikke som det første siger, at Andreas vil blive viderehenvist til tilbud under overskriften Housing First. Nøglepersonen i kommune 9 beskriver derimod et tilbud målrettet det alkoholforbrug, som Andreas beskriver som skadeligt. Nøglepersonen fortæller, at hun vurderer, at kommunens opsøgende medarbejdere ville være et indlysende tilbud at koble på Andreas sag. Det opsøgende team kan mø-

5. Housing First blev iværksat med hjemløsestrategien fra 2009. Det er en strategi, der kort fortalt handler om, at borgere først og fremmest skal sikres en bolig. Socialstyrelsen skriver: ”Housing First tager udgangspunkt i, at borgeren får en bolig som det første. En stabil boligsituation er forudsætningen for at stabilisere og forbedre fx psykisk sygdom, misbrug og det sociale netværk.” <http://socialstyrelsen.dk/voksne/hjemloshed/housing-first>.

de Andreas der, hvor han opholder sig og arbejde med hans alkoholproblemer dér. Hun beskriver dermed, som den eneste nøgleperson et tilbud, som Andreas kan få med det samme, og som har besluttet fokus på det alkoholforbrug, som han selv vurderer er skadeligt. Samtidig mener hun, at der også skal arbejdes med Andreas boligsituation. Nøglepersonerne i de øvrige kommuner fokuserer på, at Andreas mangler bolig og vil give ham tilbud, der har fokus på dét. De beskriver ikke tilbud, der har fokus på Andreas alkoholproblemer, som han kan få umiddelbart. Snarere giver de udtryk for, at Andreas kan arbejde med alkoholproblemerne, når hans boligforhold er stabiliserede. I tråd med Housing First-strategien beskriver de fleste nøglepersoner således en stabil boligsituation som forudsætningen for, at man kan påbegynde arbejdet med andre problemer som alkoholmisbrug og psykisk sygdom.

Den næste fiktive person nøglepersonerne får beskrevet i vignetundersøgelsen er Barbara, som er en kvinde på 42 år. Centrale aspekter for hendes sag, såsom misbrug og familiesituation, fremgår af oversigten over vignet 2.

VIGNET 2: BARBARA, KVINDE, 42 ÅR

Misbrug	Betydeligt, dagligt alkoholindtag samt illegale Benzodiazepiner
Behandlingshistorik	Har i løbet af de seneste to år haft to afbrudte alkoholdøgnbehandlingsforløb og et dagbehandlingsforløb samt et gennemført plejeophold på 14 dage.
Økonomi, bolig- og familiesituation	Førtidspension, bor sammen med kæreste
Ønsker til behandling	Vil gerne i alkoholbehandling, helst i døgnbehandling
Grund til henvendelse	Er i voldeligt forhold og ønsker et andet sted at bo/opholde sig

I Barbaras tilfælde vil 9 ud af 10 nøglepersoner henvise Barbara til et krisecenter. Dette tilbud kan dog gives i sammenhæng med andre tilbud. En nøgleperson forklarer:

”Vi ville umiddelbart afklare det med et ambulant forløb først, for det skal afprøves, før vi kan lave indstillinger til døgnbehandling. Så det skulle vi afklare, og det kan man gøre hurtigt. Det behøver ikke at være noget langt forløb, men det skal i hvert fald forsøges. Sådan noget skal jo ikke stå alene, så vi ville samtidig tage kontakt til en samarbejdspartner i form af et kvindekrisecenter. Det ligger [på X lokalitet], så jeg ville bare gå [derhen] og banke på og sige ”Prøv at høre, hvad gør vi her?” (Nøgleperson, kommune 1)

I Kommune 10 vil nøglepersonen ikke henvide Barbara til et krisecenter. Denne nøgleperson vil hellere gennemføre en test: ”Vi ville lave en psykologisk testning, så vi ved, hvad det drejer sig om” (kommune 10). I kommune 9 er der især fokus på abstinensbehandling, som er afgørende for vejen videre til krisecenteret:

”Vi ville jo tænke på, at det hun har brug for her og nu, det er at komme væk fra det voldelige forhold, og så ville vi tage kontakt til det center, der kunne få hende hen på et kvinde-krisecenter. Men de vil formodentlig ikke tage hende, mens hun er drikken-de, så vi ville hjælpe hende i en abstinensbehandling. Men først skal vi lige have slukket branden. Og så kunne vi forestille os at starte et stille og roligt behandlingsforløb op, mens hun var på krisecenter. Vi ville ikke smide hende i døgnbehandling.” (Nøgleperson, kommune 9).

I Barbaras sag lægger nøglepersonerne især vægt på det voldelige forhold, når de skal vurdere, hvilket tilbud Barbara skal have. Gennemgående vurderer nøglepersonerne, at det er vigtigere at ”få slukket branden”, som nøglepersonen udtrykker det i foregående citat end at give alkoholbehandling. På samme måde som Andreas hjemløshed bliver Barbaras voldelige forhold opfattet som en så akut og alvorlig problemstilling, at det får nøglepersonerne til at orientere sig i andre retninger end mod alkoholfokuserede tilbud. Tilbud om alkoholbehandling beskriver nøglepersonerne gennemgående som noget, der kan starte stille og roligt op, når Andreas og Barbara har mere stabile levevilkår på fx et herberg eller et kvindekrisecenter.

Den tredje og sidste fiktive person, som nøglepersonerne fik beskrevet i vignetundersøgelsen, er Carsten, der er en mand på 55 år. Centrale aspekter for hans sag, såsom misbrugs- og behandlingshistorik, fremgår af oversigten over vignet 3.

VIGNET 3: CARSTEN, MAND, 55 ÅR

Misbrug	Stort dagligt indtag af alkohol, men er pt. afruset efter indlæggelse på hospitalet
Behandlingshistorik	Har været i Minnesota-døgnbehandling en gang og har flere gange fået antabusbehandlinger
Økonomi, bolig- og familiesituation	Sygedagpenge, har eget hjem, er far til to børn, som han har boende hver anden weekend
Ønsker til behandling	Ønsker individuel behandling
Grund til henvendelse	Er afruset og vil gerne i behandling med det samme

Nøglepersonerne beskriver gennemgående Carsten som den ”typiske borger”, de møder; ”prototypen” og ”stjerneeksempel på henvendelse”. De fleste nøglepersoner peger på specifikke behandlinger, der i de fleste tilfælde kan varetages af deres egen alkoholbehandling, som enten er ambulant eller dagbehandling. I forhold til Andreas og Barbara opfatter nøglepersonerne Carstens sag som lettere at gå til:

”Det lyder simpelt. Han lyder ikke udsat som de andre. Fordi han har børn, ville han komme i en familieorienteret behandling, og så ville vi være meget opmærksomme på de her børn [...]. Han ville komme i behandling med det samme, han er jo abstinensbehandlet og alt det der.” (Nøgleperson, kommune 9).

I forbindelse med præsentationen af Carstens sag betoner flere nøglepersoner, at han – i modsætning til Andreas og Barbara - kan komme i behandling med det samme. Tidsperspektivet ændrer sig i sammenligning med de andre, som de fleste nøglepersoner vurderer, har andre behov, som skal varetages, inden de kan komme i alkoholbehandling. Som citatet ovenfor viser, bliver Carstens behandlingstilbud betragtet ud fra hans situation som far til to børn. Hos nøglepersonen i kommune 9 bliver forældreskabet direkte udslagsgivende for typen af behandling, familieorienteret behandling, som han tilbydes. Andre nøglepersoner siger:

”Jeg tror, vi skal prøve et nyt spor med ham. Det ville nok være et ambulant behandlingsforløb, men så tænker jeg også, at vi skal have et samarbejde med familieafdelingen omkring de her børn.” (Nøgleperson, kommune 8).

”Behandlingen ville være med et familiefokus, og vi ville nok også involvere en af vores børnekonsulenter. Han ville altså få en mere regelret behandling end de andre.” (Nøgleperson, kommune 2).

Ifølge de to kommunale nøglepersoner er det tilsvarende centralt at medtænke de to børn, og dette får indflydelse ved at blive et supplement til den behandling, som de i udgangspunktet tilbyder Carsten. Hos en anden nøgleperson er bekymringer omkring alkoholforbrug under børnenes tilstedeværelse af betydning, og her nævnes indberetning som en mulighed:

”Altså, jeg kan jo ikke løfte ham ud af hans misbrug. Han må selv tage et ansvar. I hvert fald ville jeg tale med ham om de to børn, han har, for hvordan er det for ham? Er han påvirket, når han har dem? Og så skal vi jo underrette familierådgivningen, specielt hvis han drikker, når han har dem i weekenden. Det har vi pligt til, og det ville jeg snakke med ham om, når man har opbygget en god relation.” (Nøgleperson, kommune 4)

I Carstens tilfælde er børnene betydningsfulde for de rammer, samlet set, som de kommunale nøglepersoner udstikker. Om det er direkte medvirkende til hurtigere at etablere tilbud kan være svært at sige, men som det fremgår i citaterne, spiller børnene ind i forhold til at samarbejde med andre afdelinger og dermed tilbyde behandling, der går på tværs af enheder. På den måde bliver ønsket om at undgå omsorgssvigt i forhold til børnene en motivationsfaktor i nøglepersonernes tilbudsgivning, hvor det er en familieorienteret tilgang, der sigter mod både Carsten og børnenes situation.

I forlængelse af, hvordan nøglepersonerne håndterer de konkrete sager, vil vi nu se på, hvilke behandlingsstrategier deres brug af tilbud kan ses som udtryk for. Vi præsenterer ikke en samlet kortlægning af kommunernes overordnede og politisk vedtagne behandlingsstrategi, men ser nærmere på de ræsonnementer, logikker og overvejelser, som nøglepersonerne giver udtryk for, når de beskriver, hvilke tilbud socialt udsatte borgere med alkoholproblemer skal have.

KOMMUNERNES BEHANDLINGSSTRATEGIER

Begrebet behandlingsstrategi vil her blive anvendt som redskab til at undersøge de strukturerende principper for, hvilke tilbud nøglepersonerne peger på i mødet med socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug. I nogle tilfælde refererer nøglepersoner til eksplicit formulerede strategier.

Housing First-strategien, som blev beskrevet i forrige afsnit, står i særdeleshed stærkt som en klart formuleret strategi. I andre tilfælde refererer nøglepersoner ikke til deciderede strategier eller kommenterer ligefrem, at kommunen mangler en overordnet behandlingsstrategi på alkoholområdet. Nøglepersonen i kommune 6 siger eksempelvis: ”Det er ikke løftet op på politisk plan her - det med strategierne. Det er en faglig vurdering.”

I flere af kommunerne refererer nøglepersonerne dog til en tre-trins-model med ambulante behandling som første trin, dagbehandling som andet og døgnbehandling som tredje. Nøglepersonen i kommune 1 beskriver trin-behandlingsmodellen som led i en generel, kommunalt vedtaget strategi:

”I vores kommune har vi trin-behandling, og dér gør vi ikke forskel på borgerne. Trin-behandling har først ambulante behandling, så kan man se, om det virker, set ud fra en generel betragtning så ved man, at rigtig mange borgere kan nøjes med en ambulante behandling, og så går man derefter videre til mere intense forløb [...] Det er en generel strategi.” (Nøgleperson, kommune 1).

Denne nøgleperson siger også i interviewet, at socialt udsatte borgere sjældent har nytte af ambulante tilbud, fordi de ikke kan leve op til behandlingsformens krav om fremmøde og stabilitet, men på den anden side gør kommunen ”ikke forskel på borgerne”, og man skal først se, om ambulante behandling virker. Flere af de andre nøglepersoner giver udtryk for samme trin-forståelse, men der lader til at være forskel på, om trin-forståelsen er rodfæstet i officielle vejledninger, eller om der snarere er tale om uskrevne regler for praksis. Ligeledes lader der til at være forskelligt, hvorvidt trin-forståelsen altid indvirker på den faktiske tilbudsgivning. Altså, hvorvidt strategien følges konsekvent, eller om der gøres undtagelser. Nogle nøglepersoner påpeger således, at hvis man ved, at en socialt udsat borger ikke kan præstere stabilt fremmøde, så nytter det ikke at insistere på ambulante tilbud som det første.

Som strategi giver trinforståelsen et bud i forhold til, hvilken intensitet kommunen skal starte med at tilbyde borgeren. Et andet centralt aspekt i kommunernes behandlingsstrategier er at arbejde helhedsorienteret. Her handler det ikke om, hvilken intensitet der skal være i tilbuddet, men hvilket indhold og fokuspunkter, der skal koordineres. En nøgleperson siger:

”Vi arbejder helhedsorienteret, og det vil sige, at vi giver dem tilbud, hvor der nu er huller. Det vil sige, at hvis de ikke har nogen bolig, så må vi hjælpe dem med bolig, og det kan vi kun gøre, hvis de er samarbejdsvillige og har lyst til at indgå i misbrugsbehandling. Og hvis de har lyst til at gøre noget med deres arbejdssituation. Om ikke andet, så er det et tilbud fra socialcenteret, at de kan få en plads på et herberg.” (Nøgleperson kommune 4)

Nøglepersonen giver udtryk for, at kommunen ”giver dem tilbud, hvor der nu er huller”, at hun opererer ud fra en logik om, at forskellige problemer hos borgerne giver anledning til forskellige former for indsatser. Nøglepersonen betoner borgernes ”lyst til at indgå i misbrugsbehandling” og understreger, at behandlingen er afhængig af, hvorvidt borgerne er ”samarbejdsvillige”. Som strategi er det en måde at betone borgeres medansvar for behandlingen.

Kommune 9 skiller sig ud i sin betoning af kommunens ansvar for at indrette behandlingsformen på en måde, der passer til socialt udsatte borgere. Det er den eneste kommune, der beskriver en opsøgende kommunal enhed, der har til formål at tilbyde socialt udsatte borgere alkoholbehandling (derudover beskriver kommune 7, som tidligere beskrevet, som den eneste kommune et ambulans tilbud målrettet socialt udsatte borgere). Nøglepersonen i kommune 9 fortæller:

”Vi har et decideret alkoholbehandlingstilbud til borgere [...], der er udsatte på en hel masse parametre. Vi har et team, der kan tage ud og starte behandlingen op hos borgerne. Der er meget mere rum for ikke at følge behandlingen. Det er meget sværere at falde ud af behandlingen. Vi har nogle andre metoder, som vi anvender.

Interviewer: Hvad er det for nogle metoder?

Det handler rigtig meget om koordinering og at sikre, at når det er denne type borgere, så laver vi ikke bare alkoholbehandling, så haler vi bostøtten ind, forsorgshjemmet, egen læge, psykiatri ind, hvis der er en mor eller en søster, så inddrager vi netværket i behandlingen [...]. Og så er det ikke tidsafgrænset, for vi ved, at det her tager længere tid [...]. Vi har fleksible arbejdstider og fleksible kalendere, hvor vi sørger for ikke at være helt booket op.” (Nøgleperson, kommune 9)

Kommunen har en særindsats og anvender en behandlingsstruktur, hvor et team udfører en opsøgende indsats målrettet socialt udsatte borgere med alkoholproblemer. Indsatsen er ifølge nøglepersonen bygget op omkring de anderledes behov, der knytter sig til social udsathed.

Ser man overordnet på nøglepersonernes forskellige logikker omkring tilbud til socialt udsatte borgere, kan man skelne mellem to typer af ræsonnementer, der kan karakteriseres som henholdsvis en rettighedstilgang og en særindsats. I det foregående citat beskrev nøglepersonen netop den særindsats, kommunen anvender, når det er socialt udsatte borgere, der ønsker alkoholbehandling. De næste tre citater kan derimod ses som eksempler, der lægger vægt på en rettighedstilgang, hvor socialt udsatte borgere ikke skal have særlige behandlingstilbud:

”Alle vil jo få tilbudt den samme behandling – om de er boligløse eller ikke boligløse – hvis de gerne vil have behandling, så får de den samme behandling, fordi de har ret til at få den samme behandling.” (Nøgleperson, kommune 4)

”Altså, jeg tænker jo, at misbrugsbehandlingen skal tilbydes [til socialt udsatte borgere] på lige fod med alle andre.” (Nøgleperson, kommune 1)

”Vi er ikke opsøgende i vores alkoholbehandling. Der skelner vi ikke mellem, om det er socialt udsatte borgere eller andre borgere. Vi har selvfølgelig behandlingsmæssigt en lidt anden tilgang, fordi der er nogle andre problemstillinger [...], men der er ikke formuleret noget bestemt til denne her gruppe.” (Nøgleperson, kommune 8)

Når nøglepersonerne bruger formuleringer som ”ret til at få den samme behandling” og ”på lige fod med alle andre” så understøttes den rettighedsbårne tilgang til, at alkoholbehandling eksisterer på samme vis for alle typer af borgere.

TILGÆNGELIGHED OG OPSØGENDE INDSATSER

Som en del af undersøgelsen spørger vi nøglepersonerne, om de vurderer, at alkoholbehandling er let tilgængelig for socialt udsatte borgere med alkoholproblemer. Tre af nøglepersonerne vurderer, at alkoholbehand-

ling ”I høj grad” er let tilgængelig for socialt udsatte borgere i deres kommune, seks nøglepersoner vurderer, at det ”I nogen grad er tilfældet”, én nøgleperson vurderer, at det ”I mindre grad” er tilfældet. Ingen nøglepersoner vurderer, at alkoholbehandling ”Slet ikke” er let tilgængelig, men der er to nøglepersoner, som ikke angiver et entydigt svar. Derudover er der flere, der nuancerer deres svar, hvilket vi belyser i det følgende.

Nøglepersonen i kommune 5 fortæller, at ”det er nemt at komme i behandling her, man skal bare træde ind ad døren.” og ”vi har åben rådgivning alle dage fra 9-12, hvor man kan komme ind fra gaden og blive afruset ambulantly”. Nøglepersonen fortæller videre;

”Vi har en bred palet af tilbud om alkoholbehandling. Derudover er vi i vores organisation også omfattet stofmisbrugsbehandling. Vi har folk, som er i metadonbehandling og medicinunderstøttet social behandling, vi har mange med dobbeltproblematikker, så vi strikker tilbud sammen, der retter sig mod flere problematikker.” (Nøgleperson, kommune 5)

Nogle af nøglepersonerne påpeger imidlertid, at spørgsmålet om tilgængelighed ikke er enkelt at besvare, og de nuancerer beskrivelsen ved at skelne mellem principiel og reel tilgængelighed; alkoholbehandlingen er måske nok i princippet nem at komme til, men sådan oplever socialt udsatte borgere det måske ikke. Nøglepersonen i kommune 7, som er den eneste kommune, der har et ambulantly tilbud målrettet socialt udsatte borgere, siger:

”Når man kigger på tilgængeligheden, så er det tricky, for ja, det er let tilgængeligt, men når man kigger på denne her gruppe, så ser de jo ikke, hvor det [alkoholbehandlingen] er henne. Det er fra mund til mund. Men altså, det er jo frivilligt, og man kan sige om den her gruppe: De har svært ved at tage sig sammen til at komme.” (Nøgleperson, kommune 7)

Denne nøgleperson beskriver, at det er særligt svært for denne gruppe borgere, fordi de stifter bekendtskab med behandlingen ad andre kanaler end samfundets øvrige borgere, og så har de svært ved at tage sig sammen til at komme. Nøglepersonen i kommune 1 fortæller:

”Vores ambulante tilbud er fordelt [flere] steder i kommunen, så man har fokus på tilgængelighedsprincippet, så uafhængigt af hvor i kommunen man bor, så skal man kunne møde op og få behandling. Men når man kigger på de hjemløse, så kan det være svært at finde et reelt tilbud, for det at møde op er jo svært for dem.” (Nøgleperson, kommune 1)

For at socialt udsatte borgere skal opleve alkoholbehandling som reelt tilgængelig, skal de selvfølgelig både vide, hvor de skal henvende sig og også være i stand til faktisk at møde op. På den baggrund kan et kommunalt ”fokus på tilgængelighedsprincippet”, som nøglepersonen formulerer det i ovenstående, forekomme mangelfuldt, når det kombineres med en konstatering af, at det er svært at finde reelle alkoholbehandlings-tilbud til hjemløse og andre borgere, der har svært ved at ”møde op”.

Kommune 9 har som beskrevet en anden behandlingsstrategi end de andre kommuner, og her lægger nøglepersonen vægt på, at det er behandlerne, der skal henvende sig, der hvor borgerne er, hvis det skal sikres, at alkoholbehandling er *reelt* tilgængelig for socialt udsatte borgere:

”Alkoholbehandlingen skal ikke ligge i et ambulatorium. Det skal derud, hvor de her mennesker er. Det er også derfor, vi tager ud til varmestuer, og vi siger: ’Kan vi her skabe kontakt og gøre det attraktivt at skabe nogle forandringer?’” (Nøgleperson, kommune 9)

Det, nøglepersonen beskriver, kan karakteriseres som opsøgende alkoholbehandling, og kommune 9 er den eneste, hvor nøglepersonen beskriver den type behandlingsstrategi. Hvis vi ser bredere på opsøgende indsatser, så er der dog flere kommuner, der beskriver den type indsatser som relevante for socialt udsatte borgere. Som en del af spørgsmålsbatteriet spurgte vi nøglepersonerne, hvor vigtigt de vurderer, at opsøgende indsatser er i forhold til socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug. På en skala, hvor 1 betyder ”Slet ikke vigtigt”, og 10 betyder ”Meget vigtigt” vurderer nøglepersonerne i gennemsnit vigtigheden af opsøgende indsatser for socialt udsatte borgere til 8,3. Den nøgleperson, der vurderer lavest, svarer 5, mens den nøgleperson, der vurderer højest, svarer 10.

Nøglepersonerne beskriver, at de benytter sig af forskellige former for opsøgende indsatser i forhold til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer, herunder gadeplansmedarbejdere, socialt indsatsværn, udgående mentorer, akut opsøgende teams og opsøgende SKP-

medarbejdere (støttekontaktpersoner). Indholdet i de opsøgende indsatser varierer, og som vi skal se nærmere på, så er der forskel på, hvordan nøglepersonerne beskriver de opsøgende medarbejderes funktion i henholdsvis by- og landkommuner. Kommune 6 er en landkommune, og nøglepersonen herfra fortæller:

De [støttekontaktpersonerne] hjælper med at tage kontakt med mange forskellige. De er sådan nogen, som holder hånden over borgerne [...]. De har kontakt med viceværter og politi, og de udveksler, fordi der er altid nogle systemer, som vil noget, de andre ikke vil, men politiet har rigtig mange gode oplysninger, de kan være vidende om nogen af vores, som er ved at gå i hundene. Så kører støttekontaktpersonen ud til denne borger og banker pænt på og spørger, om der er noget, man kan hjælpe med og prøver at få en kontakt [...]. Og viceværterne ved at lige nøjagtigt dér, på den og den etage i det hus, der sidder en, der har brug for hjælp. (Nøgleperson, kommune 6)

I denne landkommune, beskriver nøglepersonen støttekontaktpersonerne som nogen, der får en særlig rolle som dem, der knytter systemerne sammen. I kommune 3, der også er en landkommune, fortæller nøglepersonen, at der kan være nogle geografiske udfordringer, og at det kan være nødvendigt med nogle udgående funktioner, såsom støttekontaktpersoner, i forhold til behandlingens rækkevidde:

Området er så stort, så vi har behov for støttekontaktpersoner. Én der kommer og siger ”Henning, nu var det jo i dag, at du har tid på alkoholrådgivningen” (Nøgleperson, kommune 3).

Her får de opsøgende indsatser en funktion i forhold til fastholdelse i behandling, og de er målrettet specifikke borgere i landkommunen. I en bykommune siger nøglepersonen følgende:

”Der er flere niveauer i det, men vi har gadeplansmedarbejdere, som er opsøgende, og de er på gader og stræder. Udover, at man som bekymret nabo kan ringe til dem, så er de på varmetuer og tager ud til bænke rundt omkring, så der er vi altså virkelig opsøgende i forhold til at spotte folk, som ser ud til at have nogle udfordringer, som de har brug for hjælp til. Det er opsøgende i allerstørste potens.” (Nøgleperson, kommune 5)

Her er indsatsen ikke målrettet specifikke borgere. Konteksten om indsatsen er anderledes. De opsøgende medarbejdere er på gader og stræder og møder de socialt udsatte borgere på bænke og i varmetuer. Nøglepersonen i kommune 5 beskriver ikke den opsøgende indsats som behandling (som i kommune 9) eller kæder den opsøgende funktion sammen med fastholdelse i behandling (som kommune 3). Der er snarere tale om, at de opsøgende indsatser får funktion som brobygning. I kommune 7 beskriver nøglepersonen tilsvarende:

”For dem, der ikke er i arbejde, og som er faldet fuldstændig ud af alting, har vi gadearbejderne, som er her 20-30 timer om ugen, som laver opsøgende arbejde og hjælper med at få folk på vej. Så prøver man at hjælpe dem ind til vagtmotagelsen, så de eventuelt kan få noget medicinsk behandling, men også for at kigge på den akutte situation.” (Nøgleperson, kommune 7)

Land- og bykommunerne i undersøgelsen er fælles om opfattelsen af, at opsøgende indsatser er betydningsfulde i hjælpen til socialt udsatte borgere. Med et særligt kendskab til den pågældende kommune og de tilbud om behandling, der eksisterer her, italesætter samtlige nøglepersoner de opsøgende indsatser som aktører, der bør prioriteres i arbejdet med målgruppen. Men nøglepersonerne i land og by fremhæver nogle forskellige værdier i de opsøgende indsatser. For landkommunernes vedkommende spiller det en afgørende rolle, at indsatserne opnår et lokalt kendskab. Når fx en opsøgende medarbejder tager hjem og banker på en dør på opfordring af en vicevært (kommune 6), så sker det på baggrund af et lokalt kendskab til en specifik borger. Denne anvendelse af opsøgende indsatser kan også bruges til at støtte en specifik borgers fastholdelse i behandling (kommune 3). Ifølge nøglepersonerne i bykommunerne er det i højere grad indsatser rettet mod hjemløse og i offentlige rum, der udgør det opsøgende arbejdes kernefunktion. På denne måde forekommer de opsøgende indsatser at have forskellige funktioner, alt efter om de er placeret i land- eller bykommuner. Fælles er dog, at de vurderes som betydningsfulde i indsatsen overfor socialt udsatte borgere.

KOORDINERING OG SAMMENSATTE PROBLEMER

Som en del af undersøgelsen spørger vi nøglepersonerne, hvordan de vurderer, at koordinationen på tværs af forvaltninger fungerer for gruppen af socialt udsatte borgere med alkoholproblemer. På en skala, hvor 1 betyder ”Slet ikke”, og 10 betyder ”Fungerer rigtig godt” vurderer nøglepersonerne, at koordinationen på tværs af forvaltninger i gennemsnit fungerer til 6,9. Den nøgleperson, der scorer koordinationen lavest, svarer 5, mens den nøgleperson, der scorer højest, vurderer, at koordinationen fungerer til 9.

Nogle instanser er særligt vigtige at koordinere med, fordi målgruppen af socialt udsatte borgere ofte har brug for hjælp herfra. Vi har spurgt, hvilke andre problemer nøglepersonerne oplever, at socialt udsatte borgere med alkoholproblemer hyppigst har brug for hjælp til. Her vurderer nøglepersonerne, at følgende udfordringer er de største: psykisk sygdom, somatiske sygdomme, sociale problemer som ensomhed og manglende netværk, økonomiske problemer, juridiske problemer, såsom verserende retssager samt hjemløshed og andre problemer i forhold til bolig. Desuden beskriver en nøgleperson tabuer omkring alkoholproblemer som en væsentlig udfordring for gruppen af socialt udsatte borgere. Dette giver en indikation af, hvilke andre instanser der er centrale samarbejdspartner set i nøglepersonernes perspektiv.

Nøglepersonerne giver flere eksempler på, hvilke udfordringer der kan være forbundet med koordinationen af disse borgeres sager. Det gælder både på tværs af kommunens egne forvaltninger, men også eksterne partner som Kriminalforsorgen. Nøglepersonen i kommune 3 fortæller:

”Det kan godt være lidt forstyrrende at samarbejde med for eksempel Kriminalforsorgen og Børn- og Unge[forvaltningen], når det bliver sådan en kontrolfunktion, vi får. Så sidder [behandlings-]konsulenterne med en borger, som egentlig ikke gider være der, som aflyser hver anden gang. Det er ikke altid, man får klare linjer om, hvad Kriminalforsorgens eller Børne- og Ungeforvaltningens forventninger er. Det er ikke sådan, vi har lyst til at lave behandling, for behandling skal være noget, man har lyst til. Det sker også, at der ringer en sagsbehandler fra Jobcenteret og siger ”Nu skal ham her have antabus, fordi det er en del af planen”. Men vi kan jo ikke tvinge nogen på antabus. Vi er nødt

til at kende dem. Så kan vi ikke hælde antabus på dem. Det kan jo være, at de ikke kan tåle det.” (Nøgleperson, kommune 3)

Den udfordring, som nøglepersonen i Kommune 3 beskriver, hænger sammen med, at kommunens alkoholbehandling tilrettelægges efter et frivillighedsprincip, mens andre instanser gør alkoholbehandling via kommunen til et vilkår for at opnå eller undgå noget, fx beholde sine børn (Børn & Ungeforvaltningen) eller forsørgelsesgrundlag (Jobcenter) eller undgå fængselsstraf (Kriminalforsorgen).

Nøgleperson i kommune 5 fortæller om koordinationen i forhold til sundhedsvæsenet:

”Vi har en samarbejdsaftale med sygehusafdelingen, så når de har fået nogen indlagt til afrusning, så tager de kontakt til os, og vi har en aftale om, at man løbende kan melde tilbage. Og vi gør også meget ud af det i forhold til praktiserende læger. Vi har sådan et tværgående samarbejdsforum med hjemmepleje, borger-service, forsorgshjem osv., hvor vi snakker om fælles problemstillinger. Så vi kender hinanden og ved, hvem vi skal ringe til.” (Nøgleperson, kommune 5)

Nøglepersonen beskriver her en fast etableret praksis for samarbejde. Nøglepersonerne fortæller om mange forskelligartede erfaringer med samarbejde, og samlet set tegner der sig et billede af, at samarbejdet og koordinering på tværs af enheder opleves meget forskelligt. Det er både forskelligt på tværs af kommunerne og i den enkelte kommune i forhold til, hvilke samarbejder der fungerer, og hvilke der ikke gør. For eksempel kan samarbejdet til Børn- og Ungeforvaltningen være vanskelig, mens samarbejdet med sundhedsvæsenet fungerer godt. Undersøgelsen tegner ikke noget entydigt billede af, hvilke faktorer der er afgørende, men der peges både på, at samarbejdet er strukturbåren (via eksempelvis en ”samarbejdsaftale” og ”et tværgående samarbejdsforum”, jf. nøgleperson i kommune 5) og personbårent (”Så vi kender hinanden og ved, hvem vi skal ringe til”, nøgleperson i kommune 5).

CENTRALE UDFORDRINGER

Vi har spurgt nøglepersonerne, om de vurderer, at deres kommuner aktuelt har mulighed for at tilbyde socialt udsatte borgere med alkoholproblemer den relevante støtte og behandling. To af nøglepersonerne vurderer, at kommunen i ”I høj grad” kan tilbyde relevant støtte og behandling til socialt udsatte borgere, og de resterende otte nøglepersoner vurderer, at det ”I nogen grad er tilfældet”. Ingen nøglepersoner vurderer, at kommunen ”I mindre grad” eller ”Slet ikke” kan tilbyde relevant støtte og behandling.

Når nøglepersonerne skal pege på, hvad der efter deres vurdering er de største udfordringer på området alkoholbehandling til socialt udsatte, peger de typisk på udfordringer, der er knyttet til sammensætningen i borgernes problemer. Specifikt nævner de hjemløshed, økonomiske problemer som gæld, dårligt fysisk helbred, psykisk sygdom, stofmisbrug, mangel på netværk, juridiske problemer som fængselsdomme og igangværende retssager og manglende motivation. Nøglepersonerne beskriver, at disse problematikker både udfordrer de socialt udsatte borgeres muligheder for at komme i gang med behandling samt at fastholdes i behandling, når den er påbegyndt. Endelig beskriver de, at borgere, der har været socialt udsatte, ofte mangler noget at vende tilbage til, hvis de slipper alkoholen. Nøglepersonen i kommune 8 vurderer, at en af de største udfordringer er;

”Det her med at få skabt et meningsfuldt indhold i forhold til det hul, som alkoholen har fyldt ud. Hvad skal man nu fylde i det?” (Nøgleperson, kommune 8)

Nøglepersonen i kommune 1 beskriver tung psykisk sygdom og samarbejde med psykiatrien som den største udfordring:

”Det er særligt udfordrende, når der er psykiatri involveret. Cirka 50 pct. af de borgere vi har, de har en eller anden form for diagnose, og der er noget af det, som vi selvfølgelig ikke kan klare. Især de helt tunge psykiatriske diagnoser, dem kan vi ikke klare. Hvis folk har en depression, så kan vi sagtens håndtere det her i alkoholbehandlingen, men med de tunge borgere må vi indlede samarbejde med psykiatrien, og det kan være svært. Det er jeg nok ikke den eneste, der siger, vel?” (Nøgleperson, kommune 1)

Som nøglepersonen antyder med sit spørgsmål til sidst i citatet, så er denne udfordring – også kaldet dobbeltdiagnose-problematikken – ganske velkendt (se fx Johansen, 2009). En anden udfordring, der bliver påpeget, er samarbejdet med sundhedsvæsenet om borgeres afrusningsforløb. Nøglepersonen i kommune 5 siger:

”Det er så svært at blive afruset i sundhedsregi, og det er en af de ting, jeg synes er allermest urimeligt. Vi laver rigtig meget ambulant, og det kan vi også, men der er nogen [borgere], som vi ikke kan afruse ambulant, hvor det er risikobetonet, og jeg tænker, at det ikke er en opgave for kommuner. Det er for sygehusregi: Det er folk, som kan gå i kramper [...]. Det er en kæmpe udfordring, og der bliver lukket mere og mere ned for det. Det synes jeg er fuldstændigt urimeligt, når man ved, at det er potentielt rigtig, rigtig farligt. Og når man så afviser folk, så bliver det vores opgave i kommunen.” (Nøgleperson, kommune 5)

Blandt andre centrale udfordringer nævner nøglepersoner manglende fleksibilitet og ressourcer i deres egne kommunale systemer. Nøglepersonen i kommune 1 siger:

”Der er simpelthen ikke fleksibilitet nok i det her system. Og det er også et ressourcspørgsmål, for indsatsen overfor socialt udsatte er ressourcetung. Den koster noget mere [end indsatsen for ikke socialt udsatte borgere].” (Nøgleperson, kommune 1)

Nogle af de udfordringer, som nøglepersonerne oplever, er relateret til forskel på byens størrelse og kommunens ressourcer i og omkring alkoholbehandlingen. Især geografisk afstand italesættes som en væsentlig faktor for landkommunerne:

Vi er geografisk en meget stor kommune, og vi ved, at socialt udsatte har det vanskeligt med at bevæge sig over store afstande. Så vi har kontorer to steder i kommunen. Det hjælper på det, men det er ikke tilstrækkeligt. Vi forsøger at gøre os let tilgængelige og også ved at lave meget hurtige aftaler med borgerne, men det kan gøres bedre. [...] Hvis ressourcerne var til det, så kunne vi gøre mere ud af selv at komme ud til den type borgere (Nøgleperson, kommune 6)

I tråd med dette citat fortæller nøglepersonen i kommune 3, at hun oplever den fysiske afstand mellem borger og behandlingssted som afgørende for at komme i behandling.

Vi bor i et øde område, hvor folk nogle gange bare får lov til at sumpe rundt. Man kan i hvert fald tydeligt mærke forskel på de tilbud, borgerne får i [hun nævner en større by i kommunen], fordi de er tilknyttet [behandlingen] der. (Nøgleperson, kommune 3)

Mens nøglepersonerne i by- og landkommuner således deler oplevelsen af nogle af de centrale udfordringer, såsom udfordringerne forbundet med sammensætheden i denne målgruppes problemstillinger, så er udfordringerne forbundet med store fysiske afstande og lav befolknings-tæthed særlige for nogle landkommuner.

SOCIALT UDSATTE BORGERES ØNSKER OM HJÆLP I FORHOLD TIL ALKOHOLFØRBRUG

Dette kapitel belyser ønsker om professionel hjælp i forhold til alkoholforbrug blandt socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug. Socialt udsatte borgere kan få professionel hjælp i forhold til deres alkoholforbrug i form af forskellige behandlingstyper, forskellige former for støtte til at fastholde alkoholfrihed (fx tilbagefaldsforebyggende efterbehandling eller aktivitetstilbud) eller former for hjælp til at mindske skadevirkninger af fortsat alkoholforbrug (fx omsorgs- og plejetilbud).

Kapitlet viser, at godt halvdelen (53 pct.) af de socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug giver udtryk for, at de ønsker at få eller fastholde professionel hjælp i forhold til deres alkoholforbrug. En anden del af borgerne (40 pct.) svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at de på nuværende tidspunkt ikke ønsker nogen former for professionel hjælp i forhold til deres alkoholforbrug, og 7 pct. af de adspurgte borgere ved ikke, om de ønsker at få eller fastholde professionel hjælp i forhold til deres alkoholforbrug.

Blandt de borgere, der ønsker professionel hjælp, er der 38 pct., der ønsker hjælp i form af individuel behandling, mens 34 pct. ønsker en kombination af individuel og gruppebehandling. Blandt de borgere, der ønsker hjælp til deres alkoholforbrug, og som samtidig har et forbrug af illegale stoffer (herunder hash), ønsker 32 pct. professionel hjælp i form

af alkoholbehandling, 29 pct. ønsker en kombination af alkohol- og stofmisbrugsbehandling, 13 pct. foretrækker at få hjælpen i form af stofmisbrugsbehandling, og endelig er der 26 pct., som svarer, at de ikke ved, hvordan de ønsker at få hjælp.

BORGERES OPLEVELSER AF ALKOHOLRELATEREDE SKADEVIRKNINGER

Baggrunden for, at en borger ønsker alkoholbehandling kan være en oplevelse af, at alkoholforbruget har skadelige virkninger. I spørgeskemaundersøgelsen har vi spurgt borgerne, hvorvidt deres nuværende eller tidligere store alkoholforbrug har medført skadevirkninger af fysisk, psykisk, social eller økonomisk karakter.

I forhold til fysiske skadevirkninger (fx leverskader eller nervebetændelse) svarer 37 pct. af de adspurgte borgere, at deres alkoholforbrug har medført denne type skader, mens 54 pct. svarer, at det ikke har, og 9 pct. svarer, at de ikke ved, om deres alkoholforbrug har medført fysiske skader.

I forhold til psykiske skadevirkninger (fx angst, depression eller søvnproblemer) svarer 62 pct. af de adspurgte borgere, at deres alkoholforbrug har medført denne type skader, mens 33 pct. svarer, at det ikke har, og 5 pct. svarer, at de ikke ved, om deres alkoholforbrug har medført psykiske skader.

I forhold til sociale skadevirkninger (fx ustabil eller afbrudt kontakt til venner og familie) svarer 58 pct. af de adspurgte borgere, at deres alkoholforbrug har medført denne type skader, mens 38 pct. svarer, at det ikke har, og 5 pct. svarer, at de ikke ved, om deres alkoholforbrug har medført sociale skadevirkninger.

I forhold til økonomiske skadevirkninger (fx gæld) svarer 57 pct. af de adspurgte borgere, at deres alkoholforbrug har medført denne type skader, mens 39 pct. svarer, at det ikke har, og 4 pct. svarer, at de ikke ved, om deres alkoholforbrug har medført økonomiske skadevirkninger.

En borger kan godt være bekymret i forhold til skadevirkninger af et stort alkoholforbrug, selvom vedkommende ikke har oplevet nogen skader endnu. Omvendt kan en borger være ubekymret i forhold til skadevirkninger, som vedkommende allerede har oplevet. Derfor har vi også spurgt borgerne i spørgeskemaundersøgelsen, hvorvidt de er bekym-

rede i forhold til de forskellige typer af skadevirkninger. Tabel 4.1 viser deres svar.

TABEL 4.1

Borgeres bekymring i forhold til forskellige former for skadesvirkninger; fysiske, psykiske, sociale og økonomiske. Procent.

Skadesvirkninger	I høj grad bekymret	I nogen grad bekymret	I mindre grad bekymret	Slet ikke bekymret	Ved ikke	Total (procent og antal)
Fysiske	28	19	19	31	3	100(121) ¹
Psykiske	35	20	11	33	2	101(124)
Sociale	34	22	12	31	3	102(121)
Økonomiske	32	15	12	38	3	100(120)

Anm.: Uoplyst: fysiske: 7 personer, psykiske: 4 personer, sociale: 7 personer, økonomiske: 8 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Som det fremgår af tabellen, er der ikke så stor variation i fordelingerne mellem de forskellige typer af skadevirkninger, men til gengæld er der stor variation i, hvorvidt borgere i det hele taget er bekymrede i forhold til skadevirkninger, der kan være forbundet med dagligt alkoholforbrug. I forhold til fysiske skader er der eksempelvis 28 pct., som i høj grad er bekymrede, mens en næsten tilsvarende del, 31 pct., slet ikke er bekymrede. I forhold til psykiske skader er 35 pct. i høj grad bekymrede, mens 33 pct. slet ikke er bekymrede. I forhold til sociale skader er 34 pct. i høj grad bekymrede, mens 31 pct. slet ikke er bekymrede. Og endelig i forhold til økonomiske skader er 38 pct. i høj grad bekymrede, mens 33 pct. slet ikke er bekymrede.

Af de fire områder er det på det psykiske område, der er flest af de adspurgte borgere, som allerede har oplevet skader (62 pct.), og samtidig er det en type skadevirkninger, som flest borgere i høj grad er bekymret for at få (35 pct.).

I de kvalitative interviews samt i uddybende kommentarer givet i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen gav borgere udtryk for, at forholdet mellem alkoholproblemer og psykiske problemer er komplekst. På den ene side giver flere borgere udtryk for, at især angst og søvnproblemer optræder som reaktion på alkoholforbruget. På den anden side beskriver andre borgere psykiske problemer som årsag til alkoholforbruget.

Samme dobbelthed optræder på det sociale område, hvor 54 pct. har svaret ja til, at deres alkoholforbrug har medført skade. I de kvalitative interviews og i uddybende forklaringer givet i forbindelse med spørgeskemaesvarelsene, giver nogle borgere udtryk for, at manglende socialt netværk er medvirkende til et øget forbrug af alkohol, mens andre borgere forklarer, at det netop er deres sociale netværk, der fastholder dem i alkoholforbrug. Det handler også om, for nogle borgere, at alkoholindtag er blevet en integreret del af deres sociale netværk. En borger fortæller for eksempel:

Borger: Jeg er i et frygteligt dilemma, for jeg ved faktisk godt, hvad der skal til for at holde op med drikke, men på trods af det, så drikker jeg alligevel.

Interviewer: Hvad er det, der skal til?

Borger: Altså, det handler jo om fylde tilværelsen ud med noget meningsfyldt. Men det er jo en større proces. For det handler også om miljøet. Efterhånden har jeg drukket så meget, at alle de mennesker jeg kender, det er dem, hvor alkoholen forbinder os. Så derfor skal jeg starte fra scratch og finde en helt ny vennekreds. Men det er ikke nemt. På trods af, at jeg egentlig har nemt ved at snakke med mennesker. (Interview, borger 10)

Denne borger fortæller, at han faktisk opnåede alkoholfrihed i forbindelse med 12 ugers døgntilværelse. Umiddelbart efter, at han kom hjem til sit eget miljø og vennekreds begyndte han imidlertid at drikke alkohol igen.

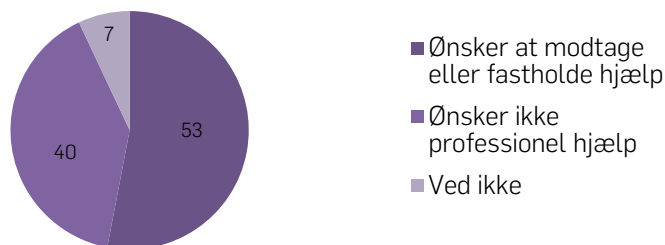
ØNSKER OM PROFESSIONEL HJÆLP I FORHOLD TIL ALKOHOLFORBRUG

I spørgeskemaundersøgelsen har vi spurgt socialt udsatte borgere med nuværende eller tidligere stort alkoholforbrug, hvorvidt de ønsker at få eller fastholde en eller anden form for professionel hjælp i forhold til alkohol. Borgerne er blevet forklaret, at professionel hjælp kan være alkoholbehandling, forskellige former for støtte til at fastholde alkoholfrihed eller hjælp til at mindske skadevirkninger af fortsat alkoholforbrug. I forhold til dette spørgsmål svarer godt halvdelen af borgerne (53 pct.), at

de ønsker enten at modtage eller fastholde den hjælp, som de allerede får. 40 pct. af de adspurgte borgere svarer, at de ikke ønsker nogen form for professionel hjælp. Endelig er der 7 pct. af de adspurgte borgere, som ikke ved, om de ønsker at få eller opretholde professionel hjælp i forhold til deres alkoholforbrug. Se figur 4.1.

FIGUR 4.1

Borgere i spørgeskemaundersøgelse fordelt efter, hvorvidt de ønsker professionel hjælp i forhold til deres alkoholforbrug. Procent.



Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

For at komme lidt nærmere, hvilken type alkoholbehandling borgerne ønsker, har vi spurgt de, der ønsker behandling, om de ønsker individuel eller gruppebehandling, eller en kombination heraf. Svarene fremgår af tabel 4.2.

TABEL 4.2

Borgeres ønsker i forhold til individuel behandling, gruppebehandling eller en kombination. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Individuel behandling	Gruppebehandling	Kombination	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	23	15	46	15	99(13)
40 til 59 år	39	15	37	10	101(52)
Over 60 år	55	27	9	9	100(11)
Total, procent	38	17	34	11	100(76)

Anm.: Tabel inkluderer kun de personer, som har svaret at de ønsker at få, eller opretholde professionel behandling i forhold til deres alkoholforbrug. Bemærk at totalsummen kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tabel 4.2 viser, at 38 pct. af borgerne totalt set ønsker alkoholbehandlingen som individuel behandling, mens en tredjedel (34 pct.) ønsker en kombination af individuel og gruppebehandling. Knap hver femte (17 pct.) foretrækker at få alkoholbehandling som gruppebehandling. Det er interessant, og relevant i forhold til kommunernes tilrettelæggelse af tilbud om alkoholbehandling, at ønsker om individuel behandling ser ud til at forstærkes med alderen. I den yngste aldersgruppe op til 39 år ønsker den største andel (46 pct.) således en kombination af individuel og gruppebehandling, og det er der også en relativt stor andel (37 pct.) i den midterste aldersgruppe på 40 til 59 år, mens flertallet (55 pct.) af de ældste over 60 år foretrækker at få behandling i form af individuel behandling.

Samlet set er individuel behandling imidlertid den foretrukne form for alkoholbehandling blandt socialt udsatte borgere. De kvalitative interviews giver eksempler på, hvilke begrundelser borgere har for at foretrække denne form for behandlingstilbud. En borger fortæller:

”I mit tilfælde, hvor jeg har social angst, hvor sjovt er det så at stille sig op foran ti mennesker og sige ”Hej, jeg hedder [navn]. Jeg har social angst, og jeg er alkoholiker”? Så vil jeg jo knække sammen overfor de mennesker. Det har jeg ikke noget imod, men det kommer jeg jo ingen vegne med. Jeg kan ikke bruge de der Anonyme Alkoholikere og alle de der behandlingscentre, for de passer ikke til mig. Måske er der nogen, som får gavn af det. Men jeg tror ikke, det er den bedste behandling. Mange af os får jo ikke sagt noget, for vi er meget indelukkede.” (Interview, borger 6).

Denne borger tager afstand fra gruppeorienterede behandlingsformer. Han mener ikke, at det hjælper ham, og beskriver det som en generel problematik, at ”mange af os” ikke får sagt noget i grupper, fordi ”vi er meget indelukkede”. I de kvalitative interviews lægger borgere generelt vægt på, at de har brug for rummelighed og forståelse for at være trygge nok til at åbne op, og i gruppesammenhænge kræver det både, at de kan være trygge ved behandlere og ved de andre gruppemedlemmer, hvilket ikke altid er tilfældet.

STOF- OG ALKOHOLBEHANDLING

Nogle socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug har samtidig et forbrug af illegale stoffer. Tabel 4.3 viser, hvor mange af de adspurgte borgere det gælder i denne spørgeskemaundersøgelse.

TABEL 4.3

Borgere fordelt efter, hvor ofte de bruger illegale stoffer. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Hver dag	De fleste dage	De færreste dage	Aldrig	Periodevis	Ved ikke	Total (antal og procent)
Op til 39 år	16	0	5	53	26	0	100(19)
40 til 59 år	15	4	8	68	4	1	100(76)
Over 60 år	4	4	8	83	0	0	99(24)
Total, procent	13	3	8	70	7	1	102 (119)

Anm.: Uoplyst: 9 personer. Bemærk at totalsummen kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

I tabel 4.3 fremgår det, at 16 pct. af de adspurgte borgere bruger illegale stoffer hver dag eller de fleste dage, mens omkring størstedelen (70 pct.) aldrig bruger illegale stoffer. 7 pct. har svaret, at de bruger stoffer periodevis. Der er flere blandt de ældre borgere over 60 år, der aldrig bruger illegale stoffer (83 pct.) end blandt de yngre, hvor det kun er godt halvdelen (53 pct.), der aldrig bruger illegale stoffer.

Borgere kan ønske en form for professionel hjælp i forhold til et forbrug af illegale stoffer, men det kan også være, at de ikke ønsker hjælp. Vi har spurgt de borgere, der har et forbrug af illegale stoffer, om de ønsker hjælp til det. Deres svar fremgår af tabel 4.4, som altså kun inkluderer de borgere, der har et forbrug af illegale stoffer.

TABEL 4.4

Borgere fordelt efter hvorvidt de ønsker hjælp i forhold til deres forbrug af illegale stoffer. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	30	40	30	100(10)
40 til 59 år	19	69	13	101(32)
Over 60 år	17	67	17	101(6)
Total, procent	21	63	17	101(48)

Anm.: Tabel inkluderer kun de personer, som bruger illegale stoffer. Bemærk at totalsummen kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Størstedelen (63 pct.) af de adspurgte borgere, som har et forbrug af illegale stoffer, ønsker ikke hjælp i forhold til dette forbrug. Omvendt vil 21 pct. gerne have hjælp til deres forbrug af illegale stoffer, og 17 pct. ved ikke om de ønsker hjælp.

Spørgsmålet er, om de socialt udsatte borgere, der ønsker hjælp til deres alkoholmisbrug, foretrækker hjælp i form af alkoholbehandling, stofmisbrugsbehandling eller en kombination heraf? Det har vi spurgt de borgere om, der samtidig har et forbrug af illegale stoffer. Deres svar fremgår af den tabel 4.5.

TABEL 4.5

Borgere fordelt efter, hvorvidt de ønsker hjælp i form af alkoholbehandling, stofmisbrugsbehandling eller i en kombination. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Foretrækker alkoholbehandling	Foretrækker stofmisbrugsbehandling	Foretrækker kombination	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	14	0	43	43	100(7)
40 til 59 år	37	21	21	21	100(19)
Over 60 år	40	0	40	20	100(15)
Total, procent	32	13	29	26	100(31)

Anm.: Tabellen inkluderer kun de personer som har et forbrug af illegale stoffer jf. tabel 4.3, og som gerne vil have en form for hjælp i forhold til dette jf. tabel 4.4.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Blandt socialt udsatte borgere, der ønsker hjælp til deres alkoholforbrug, og som samtidig har et forbrug af illegale stoffer, svarer en tredjedel (32 pct.), at de foretrækker at få hjælp i form af alkoholbehandling. Lidt færre borgere (29 pct.) svarer, at de ønsker en kombination af alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Der er 13 pct., som foretrækker at få hjælpen i

form af stofmisbrugsbehandling, og endelig er der 26 pct., som svarer, at de ikke ved, hvordan de foretrækker at få hjælp.

De kvalitative interviews viser, at borgere kan vurdere skadevirkninger og behandlingsbehov i forhold til henholdsvis alkohol og stoffer helt forskelligt, og de kan opleve, at de vurderer det anderledes end professionelle i hjælpesystemerne gør. En borger fortæller eksempelvis følgende i et interview:

”Jeg har taget det hele: Heroin og piller og det hele. Pillerne er jeg kommet ud af, men, altså, alkoholen, den har sat sig fast [...]. Jeg synes, at alkohol er så undervurderet i forhold til skader. Du kan leve på heroin, hvis det skulle være, for du kan spise normalt. Men det kan du ikke på alkohol. For mit vedkommende så ændrer alkoholen fuldstændig på min adfærd.” (Interview, borger 1).

Denne borger beskriver alkohol som mere afhængighedsskabende og skadevirkende end stoffer. Samtidig pointerer han, at ”alkohol er så undervurderet”. Når en borger oplever alkohol, som det mest skadelige, vil behandlingsønsker typisk også orientere sig i denne retning. Som tabel 4.5 illustrerer, er det dermed ikke givet, at socialt udsatte borgere med samtidigt stort alkoholforbrug og forbrug af illegale stoffer ønsker behandling for begge dele. Nogen opfatter alkoholforbrug som deres primære problem og ønsker hjælp til det, andre ønsker stofmisbrugsbehandling eller en kombination. Nogle borgere i undersøgelsen beskriver imidlertid, at de oplever en tendens til, at hjælpesystemet er mere orienteret mod at give hjælp i form af stofmisbrugsbehandling. Det vender vi tilbage til i næste kapitel om, hvordan borgere oplever, at deres behandlingsønsker bliver mødt i visitationssystemet.

PLEJE- OG OMSORGSOPHOLD

Nogle socialt udsatte borgere ønsker hjælp i forbindelse med deres alkoholforbrug, men ikke hjælp til at stoppe med at drikke alkohol. De kan fx ønske pleje- og omsorgsophold. En borger fortæller:

”Der skulle være nogle små steder, hvor man tog sig mere af folk. For det med mange mennesker på én gang, det kan jeg ik-

ke. Måske er det bare mig, men jeg tror, at det smutter for mange. Hvis det er nogle små steder, så kan man bedre koncentrere sig om den enkelte, ligesom her. Her [et behandlingssted, der tilbyder pleje- og omsorgsophold] synes jeg, at jeg får ro.” (Interview, borger 2)

Det, denne borger ønsker og oplever som gavnligt, er at være et lille sted, hvor nogen tager sig af ham, og hvor han kan få ro. Han tillægger stedets størrelse betydning og mener, at man bedre kan koncentrere sig om den enkelte på små steder. Samme borger fortæller senere i interviewet, at længerevarende pleje- og omsorgsophold samt hjælp til det videre forløb i hans vurdering er afgørende for at lykkedes i sin alkoholbehandling.

I kapitel seks vender vi tilbage til socialt udsatte borgeres erfaringer med pleje- og omsorgsophold. I forhold til deres ønsker om denne og andre former for hjælp er det centralt at fremhæve, at det i borgerperspektiv er afgørende, hvilket fokus der er i de tilbud, man får, samt hvilken kontekst man får det i. Selvom en borger har et forbrug af heroin, kan vedkommende godt ønske et tilbud, hvor fokus er på alkohol, fordi alkohol opleves som mere skadeligt. Samtidig er det for mange borgere afgørende, om de får hjælpen individuelt af professionelle, der kan koncentrere sig om dem, eller om de får hjælpen et stort sted, hvor både de selv og de professionelle skal forholde sig til mange mennesker. I næste kapitel ser vi på, hvordan borgere oplever, at deres specifikke behandlingsønsker omsættes til tilbud om hjælp.

MULIGHEDER OG BARRIERER I FORHOLD TIL AT FÅ TILBUD OM ALKOHOLBEHANDLING

Dette kapitel belyser, hvordan socialt udsatte borgere oplever henholdsvis muligheder og barrierer i forhold til at få tilbudt relevant alkoholbehandling, hvis de ønsker det og oplever et behov for det.

Kapitlet beskriver på den ene side, at mange socialt udsatte borgere med stort nuværende eller tidligere alkoholforbrug vurderer, at der er muligheder for at få tilbud om alkoholbehandling. I spørgeskemaundersøgelsen angiver 81 pct. af borgerne, at de godt ved, hvor man skal henvende sig for at få et tilbud om alkoholbehandling. Lidt over halvdelen af borgerne (53 pct.) oplever derudover, at det – samlet set – er meget let eller forholdsvis let at få et relevant tilbud og alkoholbehandling, hvis man ønsker det, og 80 pct. af de adspurgte borgere fortæller, at de aldrig har oplevet at få afvist en ansøgning om alkoholbehandling.

Undersøgelsen viser imidlertid også, at andre socialt udsatte borgere oplever barrierer i forhold til at søge og få behandlingstilbud. Hver fjerde (24 pct.) af borgerne oplever, at det er meget svært eller forholdsvis svært at få et alkoholbehandlingstilbud, hvis man ønsker det, og 15 pct. af de adspurgte borgere fortæller, at de har fået afslag på ansøgninger. Borgere beskriver forskellige typer af barrierer i forhold til at få behandlingstilbud, herunder praktiske barrierer såsom åbningstider, der ikke passer til behov og manglen på tilbud, der opleves som relevante.

ADGANG TIL BEHANDLING

Første forudsætning for, at borgere oplever, at de har mulighed for at få et tilbud om alkoholbehandling fra kommunen er, at de ved, hvor de skal henvende sig. Vi har spurgt de socialt udsatte borgere, om de ved, hvor de skal henvende sig, hvis de ønsker at få et tilbud om alkoholbehandling og tabel 5.1 viser fordelingen af borgernes svar.

TABEL 5.1

Borgere fordelt efter, hvorvidt de ved, hvor de kan henvende sig, hvis de ønsker et tilbud om alkoholbehandling. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja, helt sikker	Både ja og nej (en ide om det)	Nej, ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	63	21	16	100(19)
40 til 59 år	84	9	8	101(80)
Over 60 år	84	8	8	100(24)
Total, procent	81	11	9	101(123)

Anm.: Uoplyst: 5 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tabellen 5.1 viser, at størstedelen (81 pct.) af borgerne totalt set ved, hvor de kan henvende sig for at få alkoholbehandling. Af borgerne er der endvidere 11 pct., som kun har en idé om, hvor de kan henvende sig, mens der er 9 pct., som ikke ved, hvor de kan henvende sig for at få et tilbud om alkoholbehandling. De totale svarfordelinger dækker over en variation i de forskellige aldersgrupper, idet der kun er 63 pct. i den yngste aldersgruppe op til 39 år, som ved, hvor de skal henvende sig i forhold til 84 pct. i både den midterste alderskategori på 40-59 år og den ældste på over 60 år.

I spørgeskemaet spørger vi også de borgere, der siger, at de ved, hvor de kan få et tilbud om alkoholbehandling, hvor eller til hvem de konkret ville henvende sig for at søge alkoholbehandling. Til dette spørgsmål svarer borgere eksempelvis kommunen, misbrugscentret, lægen, sygehuset, ambulatoriet, behandlingssted X eller personale på behandlingssted Y.

Hvis borgeren ved, hvor man kan henvende sig for at få et tilbud er den næste forudsætning, at de også oplever, at tilbuddet er relevant og tilgængeligt. Borgere, der godt ved, hvor de skal henvende sig, og derfor i princippet har muligheder for at få tilbud om alkoholbehandling, kan imidlertid opleve en række barrierer alligevel. Et eksempel på en me-

get konkret barriere kan være åbningstider. En borger påpeger følgende i et kvalitativt interview:

”Det er så besværligt med de åbningstider, som de har på ambulatoriet. For det er som regel om morgenen, at jeg har brug for noget antabus eller noget hjælp, men deres åbningstider passer ikke godt. Når klokken er 14, så har jeg som regel allerede fået nogle øl, og så har jeg ikke lyst til at møde op og tale med en alkoholbehandler.” (Interview, borger 4).

Åbningstider får her afgørende betydning for borgeren, når han henvender sig på ambulatoriet. I dette tilfælde forekommer åbningstider at være snævert sammenhængende med borgerens mulighed for at komme i behandling, og muligvis ville han opleve behandlingstilbuddet helt anderledes, hvis ambulatoriet fx åbnede kl. 7 om morgenen, før det daglige indtag af alkohol er påbegyndt.

Et andet eksempel på en barriere kan være, at borgere ikke oplever, at de behandlingstilbud, der findes, er relevante for dem. En borger fortæller:

Jeg har banket og banket på døre. Den eneste mulighed er et lille kristent sted, hvor jeg skal sidde og spise noget mad. Bagefter kommer de med en brochure, og spørger om man kunne tænke sig at læse om det ene og det andet (Interview, borger 2).

I borgerperspektiv beskriver borgeren her en oplevelse af mangel på muligheder. På trods af, at borgeren har ”banket og banket på døre” oplever borgeren, at det eneste behandlingstilbud, han har mulighed for at få adgang til, er et lille kristent sted, og han synes ikke, at det er et relevant behandlingstilbud for ham.

En barriere for borgeres oplevelse af muligheder for at få et tilbud om alkoholbehandling kan også være forbundet med selve søgeprocessen. Socialt udsatte borgere kan opleve søgeprocessen som krævende og uigennemsigtig, hvis borgere fx ikke har ressourcer til at forstå de juridiske processer og udredninger, man skal igennem for at få behandling. På trods af, at størstedelen af borgerne ved, hvor de skal henvende sig for at få et tilbud om alkoholbehandling, er der stadig en stor del, som oplever, at det kan være praktisk svært at søge om alkoholbehandling. Til spørgsmålet om det opleves som besværligt at søge om alkoholbehand-

ling, fordi man skal komme til møder i forbindelse med udredning og visitation, svarer 40 pct. sammenlagt, at de oplever det som besværligt i nogen eller høj grad. Der er omvendt 37 pct. af borgerne, som har svaret i mindre grad eller slet ikke, mens 23 pct. har svaret ved ikke.

2 ud af 5 socialt udsatte borgere synes således, at det er besværligt at søge om alkoholbehandling, fordi man skal komme til møder i forbindelse med udredning og visitation. De kvalitative interviews kan belyse deres oplevelser lidt nærmere. En borger beskriver søgeprocessen på denne måde:

Så kommer du til en sagsbehandler og får bare slynget en masse paragraffer i hovedet. Du aner ikke en skid om det. Du er altså ikke uddannet indenfor det felt. (Interview, borger 11).

Borgeren beskriver det som svært at forstå processen. Sagsbehandleren formidler i hans optik ikke hans muligheder og rettigheder i forhold til behandling på en måde, som han kan forstå og forholde sig til. De rettigheder til at få behandling, som paragrafferne beskriver, bliver ikke tydelige for borgeren i mødet med sagsbehandleren. Borgeren oplever derfor ikke nødvendigvis, at han har mulighed for at benytte sig af de tilbud, som egentlig eksisterer.

OPLEVELSEN AF AT SØGE BEHANDLING

Nogle socialt udsatte borgere har konkrete erfaringer med at søge alkoholbehandling. Andre borgere har kun en forestilling om, hvordan det er, baseret på andres erfaringer eller egne erfaringer med at søge ydelser via det offentlige i øvrigt. Tabel 5.2 viser, hvor mange af de borgere, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, som rent faktisk selv har erfaring med at søge alkoholbehandling via det offentlige.

TABEL 5.2

Borgere fordelt efter, hvorvidt de har søgt alkoholbehandling via det offentlige. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	78	22	0	100(18)
40 til 59 år	67	32	1	100(81)
Over 60 år	54	42	4	100(24)
Total, procent	66	33	2	101(123)

Anm.: Uoplyst: 5 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Til spørgsmålet, om borgere har søgt alkoholbehandling via det offentlige, svarer 66 procent ja, mens 33 procent svarer nej. Der er 2 pct. af borgerne, som svarer ved ikke. Tabellen siger ikke noget om, hvorvidt borgerne faktisk har modtaget den behandling, som de har søgt, eller hvorvidt den behandling de har modtaget har været tilbudt på baggrund af, at de selv har søgt frem for noget, de har fået på anden vis (fx som behandlingsdom, eller at andre har søgt). Tabellen viser, hvor mange af borgerne der angiver, at de selv har været aktive i forsøget på at få alkoholbehandling.

For at give et indblik i, hvordan borgerne kan opleve søgeprocessen, er det relevant at se på, hvad de beskriver som årsager til, at de eventuelt har fået afslag på en ansøgning om hjælp til alkoholbehandling. Der er 80 pct. af borgerne, som svarer, at de ikke har oplevet at få afslag på en ansøgning om alkoholbehandling. 6 pct. af borgerne ved ikke, om de har oplevet at få afslag, mens 15 pct. af borgerne fortæller, at de har fået afslag på en ansøgning om alkoholbehandling.

Når borgerne med afslagserfaringer beskriver baggrunden for afvisningerne og deres forklaringer, peger de i forskellige retninger. Nogle af borgernes begrundelser peger på økonomiske argumenter. De forklarer, at kommunen ikke ville bruge penge på den alkoholbehandling, de selv oplevede at have behov for, fordi kommunen fandt behandlingen (fx døgnbehandling) for dyr og mente, at der var en billigere løsning (fx ambulans behandling). Andre borgere mener, at de har fået afslag, fordi de ikke havde behov ifølge kommunen. En borger fortæller eksempelvis, at han mener, at han fik afslag, fordi han ikke drak nok til at komme i døgnbehandling. Andre borgere igen fortæller, at de har fået afslag, fordi de af den ene eller anden årsag ikke har virket motiverede nok for behandling. En borger mener eksempelvis, at det, at han arbejdede, blev

opfattet som om, at han ikke var seriøs nok i forhold til alkoholbehandling.

Et afslag kan også hænge sammen med den problematik, vi finder flere steder i det samlede datamateriale, nemlig udfordringerne omkring modtagelsen af blandingsmisbrugere. Socialt udsatte borgere, der har et stofmisbrug, men ønsker alkoholbehandling, kan opleve at blive sendt videre til stofmisbrugsbehandling frem for at få alkoholbehandling. En borger forklarer i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen, at han fik afslag om alkoholbehandling, fordi han tog hash og heroin periodevis samtidig med alkohol. Som det fremgår af undersøgelsen af casekommunerne, er det i systemperspektiv en velkendt problemstilling, at socialt udsatte borgere typisk har sammensatte problemer og derfor kan være svære for kommunen at anvise. I et interview fortæller en borger:

”Jeg har virkelig spurgt efter behandling, men jeg synes, at det kan være svært at få decideret alkoholbehandling [...]. Jeg har prøvet at gå hen til nogle forskellige steder, hvor man kan få behandling, men fordi jeg får metadon, så henviser de mig tilbage til mit eget sted [stofmisbrugsbehandling]. Men de er ikke inde i alkohol på den måde, så de giver mig en håndfuld piller og siger ”Nu får du dem her i en uge, og så propper vi noget antabus i hovedet på dig”. (Interview, borger 2).

Interviewpersonen beskriver en oplevelse, som ses flere steder i det samlede datamateriale, nemlig en situation, hvor borgeren oplever at blive modtaget med et andet behandlingsfokus, end det ønskede. Når interviewpersonen her fortæller, at han bliver henvist til stofmisbrugsbehandling på grund af sit metadonforbrug, så flyttes det behandlingsfokus, som han til at starte med efterspurgte. Han oplever at blive udelukket fra den behandling, han i udgangspunktet finder relevant for sig selv. Med hans egne ord er de ansatte ikke ”inde i alkohol på den måde, så de giver mig en håndfuld piller”.

Tabel 5.3 viser, hvorvidt borgerne samlet set oplever det som let eller svært at få et relevant tilbud om alkoholbehandling.

TABEL 5.3

Borgere fordelt efter, hvorvidt de oplever, at det er let eller svært at få et relevant tilbud om alkoholbehandling. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Meget let	Forholdsvis let	Forholdsvis svært	Meget svært	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	16	32	16	21	16	101(19)
40 til 59 år	18	33	13	13	25	102(80)
Over 60 år	50	17	8	4	21	100(24)
Total, procent	24	29	12	12	23	100(123)

Anm.: Uoplyst: 5 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 5.3 fremgår det, at samlet set 53 pct. af borgerne oplever, at det er meget let eller forholdsvis let at få et relevant tilbud om alkoholbehandling. Der er 23 pct. af borgerne, som ikke ved, hvorvidt de oplever det som let eller svært at få et relevant tilbud, mens 24 pct. sammenlagt oplever, at det er forholdsvis svært eller meget svært at få et relevant tilbud om alkoholbehandling. I tolkningen af svarene bør man holde sig for øje, at det kan være svært at vide, om tallene er et udtryk for, om borgerne oplever, at det er let eller svært blot at få et generelt tilbud om alkoholbehandling eller et relevant tilbud om alkoholbehandling i den betydning, at der er tale om et tilbud, som passer til deres ønsker og behov, og som er afpasset til deres forudsætninger, fx i forhold til krav om fremmøde og stabilitet.

ALKOHOLBEHANDLING I FREMTIDEN

I kapitlets sidste afsnit skal vi se på, hvordan borgere forholder sig til fremtidige forsøg på at modtage alkoholbehandling. Tabel 5.4 viser fordelingen over, hvorvidt borgerne vurderer, at de vil søge om alkoholbehandling i fremtiden, fordelt på alder.

TABEL 5.4

Borgeres vurdering af, hvor sandsynligt det er, at de vil søge om alkoholbehandling i fremtiden. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Meget sandsynligt	Overvejende sandsynligt	Overvejende usandsynligt	Helt usandsynligt	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	25	8	33	8	25	99(12)
40 til 59 år	26	4	20	34	16	100(50)
Over 60 år	17	11	11	44	17	100(18)
Total, procent	24	6	20	33	18	101(80)

Anm.: Tabellen inkluderer kun de personer som på nuværende tidspunkt ikke er i alkoholbehandling. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

I tabel 5.4 ses det, at knap en tredjedel (30 pct.) samlet set mener, at det er meget sandsynligt eller overvejende sandsynligt, at de vil søge om alkoholbehandling i fremtiden. I modsætning hertil svarer godt halvdelen (53 pct.), at det enten er overvejende usandsynligt eller helt usandsynligt, at de vil søge om alkoholbehandling i fremtiden.

Blandt borgerne angives der forskellige primære årsager til, at de ikke vil søge behandling i fremtiden. Nogle borgere angiver dårlige erfaringer med alkoholbehandlingssystemet som årsag, andre at det er svært at få tilbudt den behandling, de ønsker, og nogle nævner barrierer, såsom den tidligere omtalte problematik med dårligt passende åbningstider. Derudover oplever nogle borgere, at de har opsøgt så meget hjælp uden at få noget, og derfor har opgivet at søge yderligere behandling. En borger udtrykker det således: ”det er for hårdt at opleve en afvisning igen”; som at få en ”falliterklæring”.

SOCIALT UDSATTE BORGERES ERFARING MED AT MODTAGE ALKOHOLBEHANDLING

Dette kapitel belyser socialt udsatte borgeres erfaringer med forskellige former for alkoholbehandling. Det er ikke alle socialt udsatte borgere med stort alkoholforbrug, der har nogen erfaring med alkoholbehandling, men blandt de borgere, der har været med i spørgeskemaundersøgelsen, oplyser 70 pct., at de har modtaget en eller anden form for alkoholbehandling i deres liv. Behandling er i spørgeskemaundersøgelsen defineret som professionel hjælp til at drikke mindre eller slet ikke, hjælp til at fastholde afholdenhed eller hjælp til at mindske skadevirkninger forbundet med fortsat alkoholforbrug.

Den behandlingsform, som flest socialt udsatte borgere har erfaringer med, er antabusbehandling. I alt 84 pct. af de borgere, der har erfaring med en eller anden form for alkoholbehandling, har været i antabusbehandling. Den behandlingstype, som færrest har erfaringer med, er døgnbehandlingsformer, hvor målet er skadesreduktion, fx i form af plejeophold på en omsorgsinstitution. Denne type tilbud har kun 8 pct. af de socialt udsatte borgere, der har fået en eller anden form for alkoholbehandling, erfaring med.

Kapitlet belyser socialt udsatte borgeres vurderinger af, hvorvidt de forskellige behandlingsformer har hjulpet dem. I forhold til de selv-vurderede behandlingsevirkninger vurderer størstedelen af de adspurgte borgere, at døgnbehandlingstilbud har hjulpet dem i høj grad eller i no-

gen grad. Blandt de borgere, der har været i døgnbehandling med afholdenhed som målsætning, vurderer 76 pct. således, at det har hjulpet dem i høj eller nogen grad, mens 88 pct. af de forholdsvis få borgere, der har været i døgnbehandlingsformer med skadesreduktion som formål, vurderer, at det har hjulpet dem i høj eller nogen grad. For de ambulante behandlingsformer er andelen, der vurderer, at behandlingen har hjulpet dem lavere; 48 pct. af de borgere, der har været i ambulante behandling med målsætning om afholdenhed, vurderer, at det har hjulpet i høj eller nogen grad, mens det samme gør sig gældende for 38 pct. af de borgere, der har været i ambulante alkoholbehandling med skadesreduktion som mål. Blandt de mange borgere, der har erfaringer med antabusbehandling, vurderer halvdelen (52 pct.), at det har hjulpet dem i høj eller nogen grad.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at hver femte socialt udsatte borger (21 pct.) ikke oplever samlet set at have fået den hjælp, vedkommende har brug for i forhold til deres alkoholforbrug. Den viser endvidere, at godt hver fjerde (27 pct.) oplever, at der mangler relevante alkoholbehandlingstilbud, som passer til deres ønsker og behov. Opfølgning og hjælp til fastholdelse af positive forandringer efter behandlingsforløb er en type tilbud, som borgerne efterlyser.

OVERORDNET ERFARING MED ALKOHOLBEHANDLING

Tabel 6.1 viser, hvor mange af de adspurgte borgere der på et tidspunkt i deres liv har været i en eller anden form for alkoholbehandling.

TABEL 6.1

Borgere fordelt efter, om de nogensinde har været i en form for alkoholbehandling. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	72	22	6	100(18)
40- 59 år	65	34	1	100(79)
Over 60 år	88	13	0	101(24)
Total, procent	70	28	2	100(121)

Anm.: Uoplyst: 7 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 6.1 fremgår det, at hovedparten af borgerne (70 pct.) har været i en eller anden form for alkoholbehandling på et tidspunkt i deres liv,

mens lidt under en tredjedel af borgerne (28 pct.) aldrig har været i alkoholbehandling. Andelen af borgere, som har været i alkoholbehandling, er højest blandt dem over 60 år (88 pct.), mens der blandt de 40-59-årige er en del færre (65 pct.), som har været i alkoholbehandling. I denne aldersgruppe er der således ca. en tredjedel (34 pct.), som aldrig har været i alkoholbehandling. Af de borgere, der er under 40 år, har 72 pct. på et tidspunkt været i alkoholbehandling.

I det følgende vil vi belyse, hvilke former for alkoholbehandling det dækker over, og i hvilket omfang borgerne vurderer, at behandlingerne har hjulpet dem. I belysningen af erfaringerne med de forskellige behandlingsformer indgår kun de borgere, som har fået en eller anden form for alkoholbehandling. De 30 pct. af borgere, som aldrig har fået nogen former for alkoholbehandling, har nemlig sprunget denne del af spørgeskemaet over. Nærmere beskrivelser af de forskellige behandlingsformer i forhold til intensitet (ambulant, dag- og døgnbehandling), målsætning (afholdenhed, skadesreduktion) og specifikke tilbud (såsom NADA-akupunktur) kan man finde i rapportens baggrundskapitel.

ERFARING MED DØGNBEHANDLING

Tabel 6.2 viser, hvor mange af de adspurgte borgere, der har været i en eller anden form for alkoholbehandling, som har været i døgnbehandling, hvor målet var afholdenhed.

TABEL 6.2

Borgere fordelt efter, om de nogensinde har været i døgnbehandling, hvor målet var afholdenhed. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	46	46	8	100(13)
40-59 år	57	41	2	100(56)
Over 60 år	42	58	0	100(19)
Total, procent	52	46	2	100(88)

Anm.: Tabel inkluderer kun de borgere, som har været i alkoholbehandling jf. tabel 6.1.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tabel 6.2 viser, at lidt over halvdelen af de borgere (52 pct.), som har svaret ja til, at de har været i alkoholbehandling, har været i døgnbehand-

ling med afholdenhed som målsætning, mens lidt under halvdelen (46 pct.) ikke har modtaget denne type døgnbehandling.

Blandt de borgere, som har svaret ja til, at de har været i denne type døgnbehandling, vurderer hver fjerde, at det har hjulpet i mindre grad eller slet ikke hjulpet. Hovedparten (76 pct.) af borgerne vurderer sammenlagt, at døgnbehandling med målsætning om afholdenhed har hjulpet i høj eller nogen grad (ikke vist i tabel).

Flere borgere beskriver i interviews eller i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen, hvordan døgnbehandling med afholdenhed som målsætning har hjulpet dem. En borger fortæller følgende om sin erfaring med døgnbehandling i et interview:

”Jamen, altså min oplevelse, den har jo kun været god. Jeg var oppe i [nævner specifikt døgnbehandlingssted] i 3 måneder. Og ja, jeg lærte at slappe af og finde mig selv[...]. Der er jeg blevet mere rolig. Og jeg drikker heller ikke – jo en del, selvfølgelig slår jeg hovedet i jorden en gang imellem – men slet ikke som jeg gjorde dengang [før døgnbehandling].” (Interview, borger 13).

Ovenstående citat indikerer, at borgeren selv oplever, at han har haft et positivt udbytte af døgnbehandling på trods af, at han stadig drikker alkohol. Borgeren nuancerer i interviewet, hvorfor døgnbehandling netop for ham oplevedes positivt. Interviewpersonen beskriver, at det som gjorde det særlig godt var, at det var et lille sted med tid til alle, hvor man ikke sad alene eller kunne gemme sig med sine problemer på grund af den tætte kontakt til personalet og de andre beboere. Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det endvidere, at nogle borgere oplever det som positivt, at der er strenge krav, man skal overholde i denne form for døgnbehandling.

En problemstilling, som dog både gør sig gældende i den kvalitative, såvel som i den kvantitative del af undersøgelsen, er, at kontrasten mellem dét at være i døgnbehandling og det at vende tilbage til ens vante miljø er for stor. En borger kommenterer i spørgeskemaundersøgelsen, at der mangler opfølgende samtaler og hjælp i forbindelse med denne behandlingsform, mens en anden borger i tråd med dette kommenterer, at han umiddelbart efter døgnbehandlingen begyndte at drikke igen. En tredje borger påpeger, at vedkommende havde svært ved at komme fra døgnbehandling på landet og tilbage til sin hjemby. Ovenstående kan således pege i retning af, at nogle borgere oplever, at det virker med den

afsondrethed, der er til stede i døgnbehandlingen, men at det er svært at bevare den positive forandring i alkoholforbruget, når de vender tilbage til det miljø, de kom fra.

En anden form for døgnbehandling har ikke afholdenhed som målsætning, men skadesreduktion. Det kan fx være plejeophold på en omsorgsinstitution, hvor målet er, at borgeren spiser bedre og får mere ro i hverdagen. Tabel 6.3 viser, hvor mange af de adspurgte borgere, der har været i en eller anden form for alkoholbehandling, som har været i døgnbehandling af en type, som har skadesreduktion som målsætning.

TABEL 6.3

Borgere fordelt efter om de nogensinde har været i døgnbehandling, hvor målet er skadesreduktion. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total(procent og antal)
Op til 39 år	15	69	15	99(13)
40-59 år	7	88	5	100(56)
Over 60 år	5	91	5	101(21)
Total, procent	8	86	7	101(90)

Anm.: Tabel inkluderer kun de borgere, som har været i alkoholbehandling jf. tabel 6.1. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 6.3 ses det, at andelen af borgere, som har erfaring med døgnbehandling, hvor målet er skadesreduktion (8 pct.) er langt lavere end borgere, som har erfaring med døgnbehandling med afholdenhed som mål (52 pct.), jf. tabel. 6.2. Dette tal kan forekomme lavt i betragtning af, at flere nøglepersoner i casekommune-undersøgelsen fremhævede stabiliserende omsorgsophold som et særligt velegnet og benyttet tilbud til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer (jf. kapitel 3).

Blandt de få socialt udsatte borgere, som har været i døgnbehandling, hvor målet er skadesreduktion, vurderer 88 pct. sammenlagt, at det har hjulpet i høj eller nogen grad, mens 13 pct. vurderer, at det slet ikke har hjulpet (ikke vist i tabel).

I spørgeskemaundersøgelsen kommenterer en borger, at denne behandling hjælper med, at man får hjælp til lige at tænke sig om, før man køber noget at drikke. En anden borger fremhæver det som positivt, at man på trods af, at man er så dårlig, at man ikke kan tage vare på sig selv, bliver behandlet som én, der er noget værd, altså menneskeligt. Den sidste kommentar kan sige noget om, at borgere særligt oplever denne form for behandling som positiv, da der er tale om et sted, som kan

rumme og acceptere vedkommende som menneske på trods af, at personen har et stort alkoholforbrug.

ERFARING MED AMBULANT BEHANDLING

Tabel 6.4 viser, hvor mange af de adspurgte borgere der har været i en eller anden form for ambulantly alkoholbehandling, hvor målet har været fuldstændig afholdenhed.

TABEL 6.4

Borgere fordelt efter, om de nogensinde har været i ambulantly behandling, hvor målet er fuldstændig afholdenhed. Særskilt fra aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total(procent og antal)
Op til 39 år	64	29	7	100(14)
40-59 år	68	32	0	100(56)
Over 60 år	57	43	0	100(21)
Total, procent	65	34	1	100(91)

Anm.: Tabel inkluderer kun de borgere, som har været i alkoholbehandling jf. tabel 6.1.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 6.4 fremgår det, at hovedparten (65 pct.) af borgerne, som har været i alkoholbehandling, på et tidspunkt har været i ambulantly behandling, hvor målet var afholdenhed. Andelen af borgere, som ikke har været i ambulantly behandling, hvor målet var fuldstændig afholdenhed, er 34 pct.

Blandt borgere, som har været i ambulantly behandling, hvor målet var afholdenhed, er der sammenlagt 48 pct., som vurderer, at det har hjulpet i høj eller nogen grad. Ligeledes er der sammenlagt 48 pct., som vurderer, at det har hjulpet i mindre grad eller slet ikke. 3 pct. af borgerne ved ikke, om det har hjulpet eller ej (ikke vist i tabel).

I spørgeskemaundersøgelsen kommenterer nogle af borgerne, at det opleves for nemt at fortsætte med at drikke i denne behandling, da man forbliver i samme miljø, modsat eksempelvis når man er i døgnbehandling. I et interview kommenterer en borger omvendt denne behandlingstype positivt:

”Jeg har vel prøvet at komme ud af alkoholen ca. 50 gange. [Navn på ambulantly behandling], den var ret god. Der var altid en læge og en psykolog, og der var beroligende medicin, og der

var andre mennesker i samme båd med kvinder og mænd i samme alder. Jeg var den yngste godt nok, men det er et fællesskab, og der kan man komme igen og igen.” (Borger 3).

Det er et tydeligt eksempel på et gennemgående træk i forhold til behandlingserfaringer: Socialt udsatte borgere er forskellige og oplever fx ambulansbehandling forskelligt. Én borger kan opleve det som positivt, at der er tale om ambulansbehandling, hvor man kan komme og gå efter behov. Samtidig kan netop dette aspekt opleves som negativt for en anden borger, idet man således ikke kommer væk fra sit hverdagsmiljø, og at det derfor er for let at fortsætte med at drikke.

Tabel 6.5 viser, hvor mange af de adspurgte borgere, der har været i en eller anden form for ambulansalkoholbehandling, hvor målet har været skadesreduktion.

TABEL 6.5

Borgere fordelt efter, om de nogensinde har været i ambulansbehandling, hvor målet er skadesreduktion. Særskilt fra aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total(procent og antal)
Op til 39 år	29	64	7	100(14)
40-59 år	19	80	2	101(54)
Over 60 år	10	91	0	101(21)
Total, procent	18	80	2	100(89)

Anm.: Tabel inkluderer kun de borgere, som har været i alkoholbehandling jf. tabel 6.1. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tabel 6.5 viser, at 80 pct. af borgerne, som har været i alkoholbehandling, ikke har været i ambulansbehandling, hvor målet er skadesreduktion. Kun 18 pct. har været i denne form for behandling, og 2 pct. ved ikke, om de har været i denne behandling.

Af andelen, som har været i ambulansbehandling med skadesreduktion som mål, vurderer sammenlagt 38 pct., at det har hjulpet i høj eller nogen grad, mens sammenlagt 51 pct. vurderer, at det har hjulpet i mindre grad eller slet ikke har hjulpet. 13 pct. ved ikke, om behandlingen har hjulpet (ikke vist i tabel).

En borger fra spørgeskemaundersøgelsen kommer med et eksempel på, hvorfor vedkommende oplever, at denne type behandling ikke virker. Borgeren fortæller, at vedkommende ikke kom i dybden med hverken personlige problemer eller alkoholproblemer. Borgeren opleve-

de ligeledes stadig ensomhed og isolation ved ambulante behandling én gang ugentligt. Disse personlige problemer borgeren henviser til, kan ses som en efterspørgsel om hjælp til andet end det, som har direkte med indtag af alkohol at gøre. Borgeren oplevede ikke, at det ambulante, skadesreduktionsorienterede tilbud kunne afhjælpe disse problemer.

ERFARING MED ANDRE FORMER FOR ALKOHOLBEHANDLING

Tabel 6.6 viser fordelingen over, om borgere, der har været i en eller anden type af alkoholbehandling, har været det i form af antabusbehandling. Denne form for alkoholbehandling kan indgå som en del af den ambulante behandling med fuldstændig afholdenhed og bør ifølge officielle retningslinjer ikke stå alene (jf. kapitel 1).

TABEL 6.6

Borgere fordelt efter, om de har været i antabusbehandling. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	87	13	0	100(15)
40-59 år	79	20	2	101(56)
Over 60 år	96	5	0	101(22)
Total, procent	84	15	1	100(93)

Ann.: Tabel inkluderer kun de borgere, som har været i alkoholbehandling jf. tabel 6.1.. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 6.6 fremgår det, at langt størstedelen af de adspurgte borgere, som har været i alkoholbehandling, har været i antabusbehandling (84 pct.). Kun 15 pct. af borgerne svarer, at de ikke har erfaringer med antabusbehandling.

Blandt borgere, som har været i antabusbehandling, vurderer sammenlagt 52 pct., at det har hjulpet dem i høj eller nogen grad. 14 pct. af borgerne vurderer, at antabusbehandling har hjulpet dem i mindre grad, mens 31 pct. vurderer, at det slet ikke har hjulpet dem. Der er 3 pct. af borgerne, som ikke ved, om antabusbehandlingen har hjulpet eller ej (ikke vist i tabel).

Der er med andre ord delte meninger om, hvorvidt antabus har været en hjælp. Godt halvdelen af borgerne i spørgeskemaundersøgelsen (52 pct.) mener, at antabus har hjulpet dem, mens en næsten lige så stor

andel (45 pct. sammenlagt) mener, at det kun har hjulpet i mindre grad eller slet ikke. Borgere, der giver antabus kritiske kommentarer, pointerer eksempelvis, at de har oplevet, at antabus har stået alene, at antabus ikke ændrer adfærd, eller at antabus kun er en krykke. Sammenholder man disse kommentarer med Sundhedsstyrelsens seneste anbefalinger i forhold til antabusbehandling, ses det, at også Sundhedsstyrelsen fremhæver, at antabus kun bør anvendes i forbindelse med samtalebehandling (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Der er også borgere, som kommer med eksempler på, at antabus har gjort dem alkoholfri i flere måneder eller generelt givet dem ro på i forhold til at drikke. Oplevelsen af, hvorvidt antabusbehandling har været en hjælp, er således blandet hos de socialt udsatte borgere.

Tabel 6.7 viser, hvor mange af de adspurgte borgere der har været i en eller anden form for alkoholbehandling på Minnesotainspirerede steder, herunder AA (Anonyme Alkoholikere).

TABEL 6.7

Borgere fordelt efter, om de har været i behandling på Minnesotainspirerede steder, herunder AA. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Total (procent og antal)
Op til 39 år	25	75	100(12)
40- 59 år	26	75	101(51)
Over 60 år	20	80	100(20)
Total, procent	24	76	100(83)

Anm.: Tabel inkluderer kun de borgere, som har været i alkoholbehandling jf. tabel 6.1. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 6.7 fremgår det, at 76 pct. af borgerne aldrig har været i alkoholbehandling på Minnesotainspirerede steder, mens 24 pct. svarer ja til, at de har været i denne form for behandling.

Blandt de borgere, som har været i Minnesotabehandling, vurderer 65 pct. samlet, at det har hjulpet i høj eller nogen grad, mens 35 pct. sammenlagt vurderer, at det har hjulpet i mindre grad eller slet ikke hjulpet (ikke vist i tabel).

I spørgeskemaundersøgelsen kommenterer en borger, at AA har været godt for vedkommende, da man finder ud af, at man ikke er alene med sine problemer, og fordi man får åbnet op for sine følelser. Borgeren fremhæver således kvaliteten i det fælleskab, som kan opstå samt mu-

ligheden for her at tale med andre om følelser. En anden borger fortæller i et interview om en anderledes erfaring med Minnesotabehandling:

”Det var bankehamrende hårdt. Man blev flået fra hinanden og gik tudende ud fra mødet, og de samlede ikke en op. Man havde fem minutter, og så skulle man ind til det næste møde, hvor man stod på en talerstol og skulle fortælle en hel forsamling, hvordan man havde det og alt sådan noget.” (Interview, borger 3).

Borgeren fortæller i citatet at han – ligesom borgeren i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen fortalte – har oplevet et forum, hvor der blev talt åbent om følelser. Den interviewede borger har dog oplevet, at der ikke efterfølgende er blevet fulgt op på de følelser og oplevelser, som der blev åbnet op for i det store forum.

Borgernes forskellige udsagn vidner således om, at Minnesotabehandling af nogle borgere kan opleves positivt, da det er en behandling, som har fokus på at åbne op for følelser og dele erfaringer, mens den af andre borgere kan opleves særdeles negativt.

En helt anderledes type behandlingsform, er NADA-akupunktur. Tabel 6.8 viser, hvor mange af de adspurgte borgere, der har været i en eller anden form for alkoholbehandling, har fået NADA-akupunktur.

TABEL 6.8

Borgere fordelt efter, om de har fået NADA akupunktur. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Total(procent og antal)
Op til 39 år	83	17	100(12)
40-59 år	56	44	100(50)
Over 60 år	30	70	100(20)
Total, procent	54	46	100(82)

Anm.: Tabel inkluderer kun de borgere, som har været i alkoholbehandling jf. tabel 6.1.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 6.8 ses det, at 54 pct. af borgerne har været i alkoholbehandling, hvor de har modtaget NADA-akupunktur, mens borgere, som ikke har denne erfaring, udgør 46 pct. Af tabellen fremgår det yderligere, at der er flest blandt den yngste aldersgruppe (83 pct.), som har prøvet NADA-akupunktur og langt færre blandt dem over 60 år (30 pct.), som har erfaring med denne behandlingsform. Af de 40-59-årige borgere har lidt over halvdelen (56 pct.) erfaring med behandlingsformen.

Blandt de borgere, som har fået NADA-akupunktur vurderer 58 pct. sammenlagt, at det har hjulpet i høj eller nogen grad. Der er 12 pct. af borgerne, som vurderer, at det har hjulpet i mindre grad, mens 24 pct. vurderer, at det slet ikke har hjulpet. Der er 6 pct. af borgerne, der ikke ved, om det har hjulpet eller ej (ikke vist i tabel).

I spørgeskemaundersøgelsen er der en del borgere, som har positive kommentarer til deres erfaringer med NADA-akupunktur. Flere borgere beskriver, at det har afhjulpet søvnproblemer og fjernet uro og tankemylder. En af borgerne kommenterer yderligere, at det har fjernet hans drikketrang. Nogle få borgere har kommenteret, at de har negative erfaringer, enten fordi de ikke tror på behandlingsformen, eller fordi de ikke har kunnet finde tilstrækkelig ro til at modtage behandlingsformen.

Selvom om hovedparten (58 pct.) vurderer NADA-akupunktur som en hjælp, tegner borgernes kommentarer dog i retning af, at behandlingen ikke nødvendigvis sættes i direkte relation til alkoholbehandling. Behandlingen opleves nærmere som en hjælp, som kan have positive virkninger for psyken og det fysiske helbred, i kraft af bedre søvn og mindre tankemylder.

OPLEVELSEN AF TILSTRÆKKELIG PROFESSIONEL HJÆLP

Tabel 6.9 viser fordelingen over borgeres oplevelse af, hvorvidt de har fået den professionelle hjælp, de har haft behov for i forhold til deres alkoholforbrug, fordelt på alder. Denne tabel inkluderer både de borgere som har, og de borgere som ikke har været i alkoholbehandling. Den giver således et overblik over den samlede gruppe af adspurgte borgeres erfaringer med professionel hjælp.

TABEL 6.9

Borgere fordelt efter i hvilken grad de oplever at have fået den professionelle hjælp, de har haft behov for i forhold til deres alkoholforbrug. Særskilt for alder. Procent.

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	45	22	17	0	17	101(18)
40-59 år	36	24	4	23	13	101(75)
Over 60 år	42	38	4	4	13	101(24)
Total, procent	39	27	6	15	14	101(117)

Anm.: Uoplyst: 11 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 6.9 fremgår det, at sammenlagt 66 pct. af borgerne oplever, at de i høj eller nogen grad har fået den professionelle hjælp, de har haft behov for i forhold til deres alkoholforbrug. På trods af, at hovedparten har svaret, at de oplever at få tilstrækkelig hjælp, er der stadig 6 pct. som i mindre grad oplever dette, 15 pct. som oplever slet ikke at have fået hjælp, mens 14 pct. ikke ved, om de har fået tilstrækkelig hjælp eller ej. Det er bemærkelsesværdigt, at andelen af den mellemste aldersgruppe, de 40-59 årige, som oplever slet ikke at have fået tilstrækkelig hjælp, er størst (23 pct.) i modsætning til borgerne op til 39 år (0 pct.) og dem over 60 år, hvor kun 4 pct. har svaret slet ikke.

For at belyse borgeres oplevelser af, om de har fået tilstrækkelig professionel hjælp, er det relevant at give eksempler på borgere, som har oplevet tilstrækkelig hjælp, i lige så høj grad, som det er relevant med eksempler på borgere, som ikke har en oplevelse af at have fået den hjælp, de har haft behov for. Nedenstående kommentar fra spørgeskemaundersøgelsen er et eksempel på en borger, der beskriver, at han har fået den hjælp, han havde brug for:

”For mig var det vigtigt, at jeg kunne komme i 'gruppen' hver dag og dele mit inderste og samtidig holde fast i min hverdag og mit hjem. Min behandler havde personlig erfaring med misbrug og havde stort fokus på åndelighed. Det virkede for mig. Jeg blev set som menneske og ikke en 'sygdom'.” (Uddybende kommentar indhentet via spørgeskemaundersøgelse, respondent 76).

Kommentaren kan ses som et eksempel på, hvad der kan have betydning for, at en socialt udsat borger føler sig mødt og har en oplevelse af at

have fået tiltrækkelig hjælp. Borgeren lægger særlig vægt på dét at blive mødt 'som menneske', og på hvordan den forståelse behandleren har for hans situation på grund af sin egen erfaring, netop har været det, der skulle til for at behandlingen virkede for denne borger. Som det fremgår af kapitel 1 er netop kontakten mellem borger og behandler ifølge Sundhedsstyrelsen et væsentligt udgangspunkt for en hvilken som helst alkoholbehandling. De understreger vigtigheden af at evaluere relationen mellem borger og behandler undervejs, så det ikke bliver dårlig kontakt, som står i vejen for borgerens udbytte af behandlingen.

Fra socialt udsatte borgere, der ikke oplever, at de har fået den hjælp de har haft brug for, finder vi omvendt beskrivelser af problematiske relationer til behandlere. En borger beskriver følgende i et interview:

”Den rådgiver jeg havde, hun var meget utilfreds, for hun mente, at vi bare sad og hyggesnakkede. Og jeg prøvede at fortælle hende, at det hjælper mig også at snakke om de her ting. For noget af det som jeg skjuler for mig selv er vigtigt. Men hun ville ikke høre på det [...]. Jeg ved egentlig ikke, hvad det var, hun ville, det har jeg aldrig fundet ud af.” (Interview, borger 1).

Af citatet kan det udledes, at denne borger i mødet med den professionelle hverken har følt sig hørt eller forstået.

En anden borger har oplevet, at hvorvidt man kan få tiltrækkelig professionel hjælp kan afhænge af, hvilken kommune man bor i. Borgeren giver følgende uddybende kommentar:

”Jeg finder det meget frustrerende og kritisabelt, at det afhænger af, HVOR man bor, i hvilken kommune, om man kan få den rette hjælp til at komme ud af sit misbrug [...]. Nu er jeg, – som I nok har gættet? – bosiddende i [X Kommune] og befinder mig pt. på [et alkoholbehandlings- og botilbud] i et § 110-ophold. Selvregulerende om end 'funktionel hjemløs' gradbøjer man i [X Kommune] for egen vindings skyld. Det er SÅ frustrerende ... (Uddybende kommentar indhentet via spørgeskemaundersøgelse, respondent 121).

Af citatet fremgår det, at borgeren er meget frustreret over den behandling, han har fået i pågældende kommune, idet de ikke har kunnet tilbyde ham den professionelle hjælp, han har haft behov for. Endvidere oplever han med afsæt i formuleringen 'en funktionel hjemløs', at kommunen har

for stort råderum til at definere hans situation og omfanget af hans problemer, idet de beskriver ham bedre, end han oplever sig selv, hvorfor han ikke kan få den hjælp, han efterspørger. Dette peger på problematikken, vi har berørt tidligere i forhold til, hvorvidt socialt udsatte borgere med alkoholproblemer bliver mødt med det behandlingsfokus, de ønsker.

MANGLENDE ALKOHOLBEHANDLINGSTILBUD

Tabel 6.10 belyser, hvorvidt de adspurgte borgere i spørgeskemaundersøgelsen oplever en mangel på konkrete alkoholbehandlingstilbud, som netop passer til deres ønsker og behov.

TABEL 6.10

Borgere fordelt efter, hvorvidt de oplever, at der mangler konkrete alkoholbehandlingstilbud, som passer til deres ønsker og behov. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total(procent og antal)
Op til 39 år	32	58	11	101(19)
40-59 år	30	51	20	101(81)
Over 60 år	13	71	17	101(24)
Total, procent	27	56	18	101(124)

Anm.: Uoplyst: 4 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabel 6.10 fremgår det, at de fleste af borgerne (56 pct.) ikke oplever, at der mangler konkrete alkoholbehandlingstilbud. Der er dog lidt over en fjerdedel (27 pct.), som oplever, at der mangler konkrete tilbud og 18 pct. af borgerne, som har svaret ved ikke.

Sammenlagt er der altså 45 pct., som enten oplever, at der mangler konkrete alkoholbehandlingstilbud eller ikke ved, om de oplever, at der mangler disse tilbud. Det er bemærkelsesværdigt, at der blandt dem over 60 år kun er 13 pct., som oplever, at der mangler konkrete alkoholbehandlingstilbud i modsætning til de andre aldersgrupper, som har svaret mere ens, idet 32 pct. af dem op til 39 år og 30 procent af de 40-59-årige har svaret ja til, at der mangler konkrete tilbud. Det kan tolkes som et udtryk for, at ældre socialt udsatte borgere enten kender viften af til-

bud bedre, fordi de har længere erfaring eller som et udtryk for, at de i mindre grad savner tilbud, fordi de har affundet sig med deres situation.

Det er væsentligt at få uddybet, hvad det er, der mangler, blandt de af borgerne (27 pct.), der samlet oplever, at de mangler alkoholbehandlingstilbud. Der er derfor i spørgeskemaundersøgelsen spurgt om, hvad der mangler af konkrete alkoholbehandlingstilbud. Nogle borgere påpeger her, at der er for lang ventetid på behandling, mens andre påpeger, at der mangler psykologer i de eksisterende tilbud. Generelt er der et særligt fokus på ekstra støtte i borgernes uddybninger af, hvad de oplever, der mangler i tilbuddene. Nogle af borgerne påpeger yderligere i denne sammenhæng, at der mangler flere omsorgshjem, synlige mennesker at tage kontakt til, tilbud om døgnbehandling og opfølgning efter behandlingen.

De forskellige oplevelser af mangler synes at være sammenhængende med målgruppens ønsker og behov, som beskrevet i kapitel 4 om socialt udsatte borgeres ønsker om hjælp i forhold til alkoholforbrug. Blandt andet fik pleje- og omsorgsophold positive ord med på vejen for at være særligt rummelige og betydningsfulde for borgergruppen. Når vi her ser ønsker om psykologer og mere synlige mennesker at tage kontakt til, vidner det om noget af det samme; nemlig en indretning af alkoholbehandlingen, hvor målgruppens ønsker til ekstra støtte præger billedet. Efterbehandling bliver yderligere nævnt som et manglende tilbud. Afsnitets eksempler på manglende konkrete alkoholbehandlingstilbud kan blandt andet sige noget om, at der på visse tilbud eksempelvis er døgnbehandling, men at behandlingen ifølge nogle borgere ikke bliver tilbudt i tilstrækkelig grad. Det samme gør sig gældende for psykologsamtaler samt efterbehandling. Tilbuddene eksisterer, men eksemplerne fra borgerne kan indikere, at ikke alle socialt udsatte borgere reelt bliver oplyst om disse muligheder eller oplever dem som tilgængelige.

SOCIAL UDSATHED OG MANGLENDE OPFØLGNING

Flere borgere i denne undersøgelse påpeger social udsathed (dvs. forekomsten af store og sammensatte problemer) som en faktor, der har betydning for, hvorvidt de oplever den eksisterende alkoholbehandling som relevant. I det samlede data peger flere af borgerne på, at de pga. deres sociale udsathed har et behov for efterbehandling og særlig støtte som

opfølgning på alkoholbehandling. En borger fortæller eksempelvis følgende i et interview:

”Det hjælper bare ikke noget, når man ikke har noget andet [socialt netværk]. For når hele dit netværk drikker og tager stoffer, så har du bare ikke den kreds, når du selv stopper.” (Interview, borger 2).

Når der i dette citat gives udtryk for, at behandlingen mister sin relevans, ”når man ikke har noget andet”, er det relateret til, hvad der sker efter behandlingens ophør, og her får det sociale netværk stor betydning. I dette tilfælde giver borgeren udtryk for, at han vil miste hele sit sociale netværk, hvis han holder op med at drikke. I borgerens opfattelse af alkoholbehandling er der kun fokus på at give hjælp i forhold til alkoholforbruget og ikke fokus på de sociale konsekvenser, det kan have for borgeren at holde op med at drikke. Det kan samtidig gøre det svært at holde op med at drikke, hvis man vælger at bevare kontakten til sit netværk, der drikker og tager stoffer. Her kan drages en parallel til de tidligere nævnte udfordringer i forhold til kontrasten mellem intensiteten og afsondretheden i en eventuel døgnbehandling og manglende støtte efterfølgende, hvor nogle borgere netop beskrev, at det er svært at opretholde en eventuel positiv forandring opnået i døgnbehandlingstilbud. En borger fortæller, at han oplever, at der er behov for opfølgende arbejde:

”Jamen, det er netop det der, og igen, det der jeg siger med det opfølgende arbejde. Fordi altså, hvad kommer du ud til, når du kommer ud fra fængsel eller afrusningssted, [eller] et eller andet behandlingssted? Du kommer ud til det samme. Eller tilbage til det samme.” (Interview, borger 11).

Borgeren fortæller yderligere i interviewet, at han aldrig har modtaget efterbehandling. Han beskriver, hvordan han, efter et alkoholbehandlingsforløb, er blevet overladt til sit gamle liv efterfølgende, hvor alkoholen er allestedsnærværende, og at det også er det, han oplever, sker for hovedparten af dem, han kender, som har været i alkoholbehandling. Borgerens vurdering er begrundet i erfaringer fra sig selv og andre, hvor det langsigtede perspektiv er fraværende, og målet med behandlingen derfor er uopnåeligt. Borgeren kommer samtidig med en betragtning om,

at samfundet som helhed kan have en interesse i at lave mere opfølgende behandling:

”Det er jo dyrt at sende én i afrusning, det koster jo ualmindeligt mange penge pr. måned. Det vil jeg så sige, det kunne man spare ved at lave sådan noget opfølgende arbejde. Det er dyrt at have en alkoholiker gående i dagens Danmark.” (Interview, borger 11).

Borgeren indikerer, at samfundet i stedet for udelukkende at bruge ressourcer på at sende folk i behandling i ligeså høj grad burde have fokus på at tage hånd om disse borgere i form af efterbehandling i forlængelse af et afsluttet alkoholbehandlingstilbud.

En anden borger påpeger med en uddybende kommentar i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen, at der er en gruppe af isolerede mennesker på gaden, som drikker rigtig meget, men samtidig ønsker at stoppe. Han beskriver det således: ”Der skal tages hånd om dem, der drikker rigtig meget, de sidder bare for sig selv på gaden, selvom de er trætte af at drikke”. Ifølge denne borger bør der altså være et særligt fokus på, hvordan man kan hjælpe denne gruppe af socialt udsatte borgere. En tredje borger beskriver i tråd med denne pointe, hvordan mennesker med alkoholmisbrug i hans erfaring kan deles op i to grupper: Dem med hus, hjem og familie og så de mennesker, som lever på gaden. Han påpeger, at der er forskel på, hvilken gavn de to grupper har af de eksisterende alkoholbehandlingstilbud:

”Det er det, jeg siger, altså. Der er mange tilbud. Der er rigtig mange afrusningssteder rundt om i Danmark [...]. Men jeg tror der, hvor det har størst gavn, det er ikke [blandt] hjemløse. Jeg tror, det er folk, der er vant til at bo i hus og hjem og har familie og sådan noget. Jeg tror, de har større chancer end dem, der lever på gaden. For dem, der lever på gaden, de kommer i samme miljø direkte.” (Interview, borger 11).

Borgerens perspektiv på alkoholbehandlingens rækkevide minder om Järvinens pointer fra sin undersøgelse (jf. kapitel 1) i den forstand, at alkoholbehandlingssystemet beskrives som indrettet til socialt integrerede borgere frem for socialt udsatte borgere. Det at være socialt udsat kan således siges at være en barriere i sig selv ud fra dette perspektiv og et

svar på, hvorfor målgruppen i denne undersøgelse i mindre grad ønsker eller har mulighed for at benytte sig af forskellige behandlingstilbud.

SAMMENSATTE PROBLEMER OG OPSØGENDE INDSATSER

Dette kapitel belyser først, hvilke problemer og støttebehov borgerne rapporterer i spørgeskemaundersøgelsen. Herefter belyser kapitlet borgerenes oplevelser og erfaringer med opsøgende indsatser samt bostøtte-medarbejdere og støttekontaktpersoner.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen belyser, hvordan socialt udsatte borgere ofte har sammensatte problemer, herunder fysiske, psykiske, økonomiske, sociale og boligproblemer, som påvirker deres liv, og som kan komplicere en eventuel alkoholbehandling. Det er vanskeligt for den enkelte at redegøre for, hvilken støtte vedkommende har mest behov for, og flere borgere efterlyser ”totalløsninger”, hvor alle støttebehov indgår i behandlingen. 56 pct. af de adspurgte borgere angiver aldrig at have haft en bostøttemedarbejder eller en støttekontaktperson, men blandt de borgere som har, eller tidligere har haft, vurderer størstedelen (66 pct.), at det har hjulpet dem.

Samme tendens ses blandt de opsøgende indsatser, hvor kun en tredjedel (34 pct.) af borgerne har været i kontakt med en opsøgende medarbejder, men blandt de borgere, der har, vurderer størstedelen (78 pct.), at det har hjulpet dem. Kontekstens betydning for mødet mellem den professionelle og borgeren, samt den relation som skabes i mødet med de opsøgende medarbejdere, bliver i interviewene fremhævet som

en væsentlig årsag til, at det opsøgende arbejde hjælper socialt udsatte borgere.

SAMMENSATTE PROBLEMER

Socialt udsatte borgere befinder sig i svært belastede situationer, der fx er præget af usikre boligforhold, helbredsproblemer og sociale problemer. Blandt borgere, der oplever hjemløshed, har mange fx også psykisk sygdom eller misbrugsproblemer inde på livet, og borgere med komplekse problemer er desuden også typisk langvarigt ekskluderet fra arbejdsmarkedet (Benjaminsen m.fl., 2015). I forskningslitteraturen benytter engelske forskere begrebet 'deep exclusion' (dyb eksklusion) til at skelne mellem borgere, der er ekskluderet fra én livsdimension og borgere, der er ekskluderet fra en række centrale livsdimensioner (Bradshaw m.fl., 2004; Levitas, 2006; Levitas m.fl., 2007). Borgere, der oplever eksklusion fra flere centrale dimensioner samtidig, fx i forhold til bolig, uddannelse, arbejdsmarked og sociale netværk, kan således beskrives som værende i dyb eksklusion. Man kan også beskrive den sociale udsathed med begrebet 'multidimensionalitet' (Benjaminsen m.fl., 2015). Begrebet understreger, at den sociale udsathed er udtryk for sammensatte problemer, der knytter sig til flere forskellige dimensioner af borgernes liv.

ET CASE-EKSEMPEL

For at konkretisere, hvad teoretiske begreber som dyb eksklusion eller multidimensionale problemer vil sige i praksis, præsenterer vi nu kort en casebeskrivelse af en borger, som vi kalder Jens. Formålet med casebeskrivelsen er dels at give et eksempel på, hvordan sammensatte problemer konkret kan komme til udtryk i borgeres hverdag, og dels at belyse de sammensatte problemers betydning for borgerens støttebehov, dvs. hvilken type hjælp Jens har brug for i mødet med systemet.

Casebeskrivelsen er baseret på samtaler mellem Jens på 47 år og en projektarbejder, der mødte Jens på et torv i forbindelse med etnografisk feltarbejde og senere mødte ham igen til et kvalitativt interview. Torvet er et sted, hvor Jens ofte sidder og et sted, hvor han ofte møder en kommunal opsøgende medarbejder, som vi kalder Vibeke. Det følgende er bearbejdede feltnoter med undtagelse af de interviewudsagn, som er markeret med anførelsestegn.

Det er efterår. Vejret er gråt, og det støvregner. På pladsen er der mange mennesker. Nogle grupper af mennesker har slået sig ned på bænke rundt på torvet. De ser hjemmevante ud. Imens andre folk passerer, bliver de siddende på pladsen. Ind i mellem taler de sammen, og ind i mellem sidder de bare og kigger lidt ud på pladsen, som om de ikke har noget, de skal nå. Vibeke kommer til torvet. Vi går hen til en gruppe mennesker, som har slået sig ned på en overdækket bæk. Vibeke introducerer mig [projektmedarbejder] for Jens, som sidder sammen med sin kæreste og hund.

Jens fortæller mig, at han har været på et tremåneders døgnophold i [nævner alkoholbehandlingssted; fjernet af hensyn til anonymitet], hvilket har været en utrolig god oplevelse for ham og har ændret hans liv. Han fortæller, at han dengang tænkte, at tre måneder var nok [han kunne have fået forlængelse, men valgte selv at tage hjem efter tre måneders døgnbehandling]. Det fortryder han i dag.

Jens fortæller, at han tidligere har fået en voldsdom og har siddet ti år i fængsel, og at han engang var afhængig af heroin. Han fortæller, hvordan samtalerne på døgnopholdet rykkede ved ham og hans adfærd, så han i dag er mindre voldelig og drikker mindre. Den samme oplevelse har Vibeke, fortæller Jens: ”Og hun [Vibeke] siger jo også selv, at efter jeg har været [i døgnbehandling X], er jeg blevet en helt anden person”. Jens fortæller, hvordan der på opholdet var mulighed for, at han kunne tage sin hund med, og at det var et lille sted med plads til alle.

Han fortæller, at det var Vibeke, som fik ham i behandling dengang, og at hun i dag er ved at finde en lejlighed til ham. Jens fortæller om en tidligere lejlighed, som han var meget glad for, hvor han havde et lille rosenbed, grøntsager og et par hampplanter. For tiden sover Jens på gaden.

Han fortæller, at han ønsker en lejlighed på højst 1. sal, da han har problemer med sit knæ og andre tidligere skader. Han viser mig sit knæ, og det ser meget hævet ud. Jens fortæller, at han også har tuberkulose og at han synes, at det er hårdt at skulle tage så mange piller hele tiden.

Det Jens ønsker hjælp til lige nu er at få en lejlighed og ikke at komme i alkoholbehandling: ”Nej, lige nu har jeg det sådan. Nu har jeg fået gang i det bolig, og det sagde jeg faktisk også til dem [...]: ’I kan godt glemme det behandling der. Vi kan tage det, når jeg har fået en bule [et sted at bo]. Så kan vi se på det – om jeg tager en tur – eller jeg måske selv kunne få det ned i normalt tempo [alkoholforbruget] ved at få mit eget hjem’”, siger Jens. Han fortæller, at han har stillet krav om at få en bostøtte, da han er bange for, at han efter 10 år på gaden ikke kan finde ud af at komme indendørs.

Jens fortæller, at han i mange år er blevet nægtet lejlighed, fordi der i hans papirer har stået, at han er for stærk, fordi han selv har taget en kold tyrker for heroin. Frustrationen over disse afslag har han delt med Vibeke: ”Og det er jeg jo nogle gange blevet fuldstændig desperat over, og så har Vibeke godt nok en gang imellem fået at vide, hvad jeg mente. Så det har kostet mig nogle kopper kaffe som undskyldning dagen efter. Hun er heldigvis en god kvinde, der kan klare det”, siger han. Han fortæller, at Vibeke og han har kendt hinanden i mange år gennem hendes besøg på torvet.

Ovenstående casebeskrivelse giver et eksempel på den betydning sammensatte problemer kan have for tilbud om alkoholbehandling til socialt udsatte borgere samt et eksempel på, hvordan en borger oplever de tilbud han får i forhold til sine komplekse støttebehov. Jens beskriver en række af problemer ud over alkoholproblemer. Han sover på gaden og har helbredsproblemer i form af tuberkulose og problemer med knæet. Tidligere har han været afhængig af heroin, haft problemer med aggressiv adfærd og har længerevarende fængselsophold bag sig.

I Jens’ beskrivelser af sine problemer er alkohol ikke altid det overskyggende – i flere tilfælde beskriver Jens også behov for hjælp til andre problemer. Døgnopholdet i alkoholbehandlingen er imidlertid noget som Jens beskriver meget positivt. Han vurderer, at det har hjulpet ham både i forhold til alkoholforbruget og den aggressive adfærd.

Reduktionen i alkoholforbruget bliver her altså kun en del af Jens samlede udbytte af døgnbehandlingen. Jens fremhæver yderligere at det at få hjælp til et problem, boligmangel, kan være det, der skal til for, at han selv kan forsøge at arbejde med et andet problem, nemlig alkohol-

forbruget. På denne måde beskriver Jens, at problemerne i hans optik hænger sammen, og at han ved at få et hjem får bedre mulighed for at arbejde med sit alkoholforbrug.

Det er ikke altid, at Jens har følt sig forstået af systemet og har oplevet, at han kunne få den nødvendige hjælp. Jens har tidligere oplevet, at det selv at kunne håndtere sit stofmisbrug, netop har været det, som har forhindret ham i at få hjælp til at finde lejlighed, idet han oplever, at systemet har vurderet, at han var 'for stærk'. Den opsøgende medarbejder Vibeke synes at have en væsentlig betydning i Jens beretninger. Hun har hjulpet med døgnbehandling, hjælper med lejlighed og er der for Jens, når han har brug for at lufte sin frustration over ikke at blive forstået af systemet.

KORTLÆGNING AF STØTTEBEHOV

Nu vil vi gå fra et caseeksempel, der sætter fokus på en enkelt borger, til kortlægning af støttebehov blandt alle de socialt udsatte borgere, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen. For at belyse, hvilke problemer borgerne oplever, er der i spørgeskemaet spurgt ind til fysiske, psykiske, økonomiske og sociale problemstillinger samt boligsituation og mangel på meningsfulde aktiviteter i hverdagen. I kapitel 4 om borgeres ønsker om hjælp har vi belyst, i hvilket omfang borgerne i spørgeskemaundersøgelsen vurderer, at deres alkoholforbrug har medført skader, og hvorvidt de er bekymrede i forhold til forskellige former for alkoholrelaterede skader. I dette kapitel belyser vi problemstillinger mere bredt i den forstand, at de ikke nødvendigvis er alkoholrelaterede. I forhold til hver problemstilling har de socialt udsatte borgere endvidere tilkendegivet, i hvor høj grad de oplever, at de har fået den nødvendige hjælp. I det følgende præsenteres resultaterne af hvert af de oplevede støttebehov, samt hvilke behov borgerne angiver som størst.

Tabel 7.1 viser andelen af borgere, som angiver at have fysiske problemer, som ofte påvirker deres liv. Fysiske problemer inkluderer eksempelvis sygdomme eller skader på kroppen.

TABEL 7.1

Borgere fordelt efter, i hvor høj grad de oplever fysiske problemer, som ofte påvirker deres liv. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	17	28	17	33	6	101(18)
40-59 år	33	28	10	22	6	99(78)
Over 60 år	35	22	17	22	4	100(23)
Total, procent	31	27	13	24	6	101(119)

Anm.: Uoplyst: 9 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. pga. afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Over halvdelen (58 pct.) af alle borgere angiver at have fysiske problemer i høj eller nogen grad, mens 37 pct. angiver at have fysiske problemer i mindre grad eller slet ikke. Høj eller nogen grad af fysiske problemer optræder hyppigere blandt de ældre borgere (57 pct.) end blandt de yngre (45 pct.), mens 33 pct. af de yngre borgere slet ikke har oplevet fysiske problemer.

Hvorvidt borgerne har oplevet at få eller ikke få den nødvendige hjælp til deres fysiske problemer, er tilnærmelsesvist ligeligt fordelt (ikke vist i tabel): Af de borgere, som har angivet at fysiske problemer ofte påvirker deres liv i høj, nogen eller mindre grad, oplever 49 pct., at de i høj eller nogen grad har fået den nødvendige hjælp, mens 48 pct. angiver at have fået hjælp i mindre grad eller slet ikke. De resterende har svaret ”ved ikke”.

Tablet 7.2 viser fordelingen af, i hvor høj grad borgerne oplever psykiske problemer, som ofte påvirker deres liv. Psykiske problemer inkluderer eksempelvis sorg, selvværdsproblemer eller psykisk sygdom.

Ligesom med de fysiske støttebehov ses det, at over halvdelen (57 pct.) af borgerne i høj eller nogen grad oplever psykiske problemer, som ofte påvirker deres liv, mens 36 pct. kun gør dette i mindre grad eller slet ikke. Bemærkelsesværdigt er det her, at flere (67 pct.) i den yngre aldersgruppe (op til 39 år) oplever høj eller nogen grad af psykiske problemer sammenlignet med borgere over 60 år, hvor det kun er 34 pct.

Af de borgere som i spørgeskemaundersøgelsen har angivet at have psykiske problemer, oplever under halvdelen (40 pct.) i høj eller nogen grad at have fået den nødvendige hjælp, mens 36 pct. oplever i mindre grad eller slet ikke at have modtaget hjælp (ikke vist i tabel).

TABEL 7.2

Borgere fordelt efter, i hvor høj grad de oplever psykiske problemer, som ofte påvirker deres liv. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	50	17	11	17	6	101(18)
40-59 år	27	35	17	18	4	101(78)
Over 60 år	4	30	13	35	17	99(23)
Total, procent	26	31	15	21	7	100(119)

Anm.: Uoplyst: 9 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. på grund af afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse

Tabel 7.3 angiver i hvor høj grad borgerne oplever økonomiske problemer, som eksempelvis fattigdom eller gæld.

TABEL 7.3

Borgere fordelt efter, i hvor høj grad de oplever økonomiske problemer, som ofte påvirker deres liv. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	44	17	6	28	6	101(18)
40-59 år	36	21	16	28	0	101(76)
Over 60 år	25	13	4	54	4	100(24)
Total, procent	35	19	12	33	2	101(118)

Anm.: Uoplyst: 10 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. på grund af afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Af tabellen fremgår det, at fordelingen af borgere, som slet ikke har økonomiske problemer, er skævt fordelt i de tre aldersgrupper. I både den yngste og den mellemste aldersgruppe har 28 pct. angivet slet ikke at have økonomiske problemer, som påvirker deres liv, mens det for den ældste gruppe er 54 pct. Ligeledes ses flere borgere blandt den yngste (61 pct.) og mellemste aldersgruppe (57 pct.), som i høj eller nogen grad har økonomiske problemer end blandt den ældste gruppe, hvor det er 38 pct.

Blandt den ældste aldersgruppe oplever 70 pct. af de borgere, som har økonomiske problemer, at få hjælp i høj eller nogen grad, mens dette kun er gældende for 34 pct. i den yngste aldersgruppe og 16 pct. i den mellemste (ikke vist i tabel).

Tabel 7.4 angiver, i hvor høj grad borgerne oplever problemer med deres nuværende boligsituation. Herunder hører både boligmangel,

risiko for at miste sin bolig og/eller alvorlige konflikter med personer i eller omkring boligen.

TABEL 7.4

Borgere fordelt efter, i hvor høj grad de oplever problemer i deres nuværende boligsituation, som ofte påvirker deres liv. Særskilt for aldersgrupper. Procent

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	11	11	0	78	0	100(18)
40-59 år	23	9	9	59	0	100(78)
Over 60 år	13	9	9	65	4	100(23)
Total, procent	19	9	8	63	1	100(119)

Anm.: Uoplyst: 9 personer.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Størstedelen af alle borgere (71 pct.) oplever slet ingen, eller en mindre grad af problemer i deres nuværende boligsituation, mens 28 pct. angiver at have høj eller nogen grad af boligproblemer, som ofte påvirker deres liv.

Af de borgere, som angiver at have boligproblemer, oplever over halvdelen (57 pct.) kun i mindre grad eller slet ikke at få den hjælp, de har behov for, mens omkring en tredjedel (31 pct.) oplever at få hjælp i nogen eller høj grad (ikke vist i tabel).

Tablet 7.5 viser, i hvor høj grad borgere oplever at have sociale problemer, der ofte påvirker deres liv. Under sociale problemer hører eksempelvis manglende netværk, ensomhed, alvorlige konflikter og ”brændte broer” i forhold til familie og venner.

TABEL 7.5

Borgere fordelt efter, i hvor høj grad de oplever sociale problemer, som ofte påvirker deres liv. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	22	17	39	22	0	100(18)
40-59 år	25	26	16	33	0	100(76)
Over 60 år	9	17	13	57	4	100(23)
Total, procent	21	23	19	36	1	100(117)

Anm.: Uoplyst: 11 personer.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Samlet for de tre aldersgrupper angiver lidt over halvdelen (55 pct.) i mindre grad, eller slet ikke, at have sociale problemer, mens 44 pct. oplever sociale problemer i høj eller nogen grad. Andelen af borgere i den yngre og den mellemste aldersgruppe, som oplever høj grad af sociale problemer, (henholdsvis 22 og 25 pct.) er højere end den ældste aldersgruppe, hvor det er 9 pct. Endvidere angiver 57 pct. af den ældste gruppe slet ikke at opleve sociale problemer, som ofte påvirker deres liv.

Af borgere, som har angivet at have sociale problemer i høj, nogen eller mindre grad, oplever 39 pct. at få den nødvendige hjælp i høj eller nogen grad, mens 51 pct. oplever kun at få hjælp i mindre grad eller slet ikke. De resterende 10 pct. har angivet ”ved ikke” (ikke vist i tabel).

I spørgeskemaet har borgere angivet, i hvor høj grad de oplever at mangle meningsfulde aktiviteter i deres hverdag. Tabel 7.6 viser svarene fordelt på aldersgrupper.

TABEL 7.6

Borgere fordelt efter, i hvor høj grad de oplever at mangle meningsfulde aktiviteter i deres hverdag. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	17	39	17	28	0	101(18)
40-59 år	15	32	18	31	4	100(74)
Over 60 år	8	8	25	50	8	99(24)
Total, procent	14	28	19	35	4	100(116)

Anm.: Uoplyst: 12 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. på grund af afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Tabellen viser en tendens til, at den yngre og den mellemste aldersgruppe i højere grad oplever at mangle meningsfulde aktiviteter i deres hverdag sammenlignet med borgere over 60 år. På tværs af aldersgrupper oplever 42 pct. af de socialt udsatte borgere i høj eller nogen grad af mangel på meningsfulde aktiviteter i hverdagen, mens 19 pct. oplever det i mindre grad. Godt hver tredje (35 pct.) oplever slet ikke mangel på meningsfulde aktiviteter.

I spørgeskemaet havde borgerne mulighed for i et kommentarfelt at angive forslag til, hvad der kunne afhjælpe en eventuel mangel på meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Kommentarerne giver en indikation af, hvilke tiltag der ud fra den enkelte socialt udsatte borgers perspektiv kunne være relevante at iværksætte. På tværs af kommentarerne ses det, at muligheden for at ”at have noget at foretage sig” kan være me-

ningsfuldt for den enkelte. Flere borgere angiver, at det at få et arbejde (eventuelt frivilligt) vil kunne afhjælpe oplevelsen af manglende meningsfulde aktiviteter, mens andre tilkendegiver et ønske om flere aktiviteter i nærmiljøet. Her nævnes eksempelvis daghøjskole, arrangementer eller muligheder for motion. En borger skriver: ”Vil gerne have noget at stå op til, kunne være et arbejde eller at køre i bil eller traktor. Når man ikke har noget at stå op til, begynder man at drikke/tage stoffer”. Af de hjemløse borgere angiver flere, at det at få en fast bolig vil kunne afhjælpe manglen på meningsfulde aktiviteter, mens andre nævner, at sociale relationer skaber værdi og betydning.

I relation til de forskellige oplevede støttebehov, er borgerne i spørgeskemaet adspurgt, hvilke støttebehov de oplever at have *mest* behov for hjælp til. Af tabel 7.7 fremgår borgernes svar fordelt på aldersgrupper.

TABEL 7.7

Borgere fordelt efter, hvilke støttebehov de har mest brug for hjælp til. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Fysiske	Psykiske	Økonomiske	Bolig	Sociale	Andet	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	11	50	11	11	6	0	11	100(18)
40-59 år	10	23	14	12	14	12	16	101(74)
Over 60 år	14	27	18	9	14	5	14	101(22)
Total, procent	11	28	14	11	12	9	15	100(114)

Anm.: Uoplyst: 14 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. på grund af afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

For alle tre aldersgrupper ses det, at flest borgere har mest behov for hjælp til psykiske problemer sammenlignet med de øvrige nævnte støttebehov. Af den yngre aldersgruppe af borgere angiver halvdelen (50 pct.) at have mest behov for hjælp til psykiske problemer, mens det for den mellemste og ældste aldersgruppe er gældende for omkring en fjerdedel af borgerne (henholdsvis 23 og 27 pct.). Andelen af borgere, som angiver at have mest behov for hjælp til fysiske, økonomiske, sociale og boligproblemer, ses nogenlunde ligeligt fordelt mellem aldersgrupperne.

I spørgeskemaet er der angivet ”Sæt kun ét kryds” ud for spørgsmålet omkring, hvilket støttebehov borgerne har mest brug for hjælp til. Alligevel har en del borgere sat kryds i flere eller alle de mulige svarfelter. Under kommentarer skriver en borger eksempelvis ”Alle pro-

blemer – savner en totalløsning”. En anden borger skriver ”det hele har betydning”. Dette understreger, hvordan sammensatte problemer afspejler sig i sammensatte støttebehov, og at det kan være vanskeligt for borgere at skelne, hvilket behov som vægter tungest for den enkelte, fordi det hele hænger sammen og har betydning.

OPSØGENDE INDSATSER

Opsøgende indsats er en generel betegnelse for indsatser, der gennemføres ved, at professionelle fagfolk udfører opsøgende arbejde på gadeplan eller i borgernes egne boliger. I kategorien af opsøgende medarbejdere finder vi professionelle, der går under betegnelser som mentorer, støttekontaktpersoner, udegående professionelle eller gadeplansmedarbejdere. De professionelle kan fx være uddannede pædagoger, socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker eller læger.

Som baggrund for den opsøgende gadeplansindsats i Danmark kan man bl.a. se Alkohol- og Narkotikarådets rapport fra 1984, der argumenterede for, at hjælpesystemet skal ”møde mennesket, hvor det er ...”. I relation til misbrugsbehandling præsenterede det daværende Råd et forslag til en strukturændring i behandlingssystemet, og anbefalede at ”man forsøger at møde individet der, hvor det aktuelt befinder sig og tilbyder en hjælp, der opleves meningsfuld og rationel” (Alkohol- og Narkotikarådet, 1984, s. 196) i netop den fysiske, psykiske og sociale kontekst vedkommende befinder sig.

I forhold til den historiske ramme om opsøgende indsatser i forhold til misbrugere kan man også se Margaretha Järvinens undersøgelse fra 1998, der konkluderede, at alkoholmisbrugere på daværende tidspunkt netop ikke blev mødt af og rummet i behandlingssystemet. Ligeledes er det relevant at fremhæve, at Socialministeriet samme år udgav en vejledning omkring *Den sociale indsats for de mest udsatte voksne*, hvor de konkluderede, at kommunerne har en særlig forpligtelse til ”at udføre en opsøgende indsats overfor grupper, som formodes ikke selv at henvende sig i den offentlige forvaltning” (Socialministeriet, 1998, s.45-46).

De opsøgende indsatser er således siden 1990’erne blevet en fast del af socialpolitikken, blandt andet gennem udviklingen af bostøtte og støttekontaktpersonordningerne. Tiltagende flere forsøgsprojekter i forhold til opsøgende indsatser er iværksat. Omend en mindre andel af

de borgere, der har deltaget i vores spørgeskemaundersøgelse, har været i kontakt med henholdsvis en opsøgende medarbejder (34 pct.) eller en bostøtte/støttekontaktperson (39 pct.), peger undersøgelsens resultater på, at mange af de borgere, som har erfaring med opsøgende indsatser, i høj grad føler sig hjulpet af disse.

ET CASE-EKSEMPEL

En opsøgende medarbejder, som vi kalder Mikkel, er ansat i en privat organisation i Danmark. Han fortæller, at det at 'møde borgerne, hvor de er', er udgangspunktet for hans gadeplansarbejde, og at skabelsen af en god relation til den enkelte borger, er det centrale i hans perspektiv:

”Vi [organisationen] vil gerne hjælpe mennesker, og vi er der, fordi det handler om, at vi ønsker at se mennesker være i den bedst mulige situation [...]. Alfa og omega er, at det er relations-skabende. Og det er, at vi netop kommer ud [der hvor borgerne er], og de får tillid til os. Det med at jeg siger, ”Jeg kommer næste tirsdag”, og jeg så gør det – at jeg holder, hvad jeg lover igen og igen [...]. Man er på deres hjemmebane og på deres præmisser.” (Interview, opsøgende medarbejder)

I det følgende præsenterer vi en casebeskrivelse, som konkretiserer, hvad opsøgende arbejde vil sige i forhold til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer. Formålet med casebeskrivelsen er dels at give et konkret eksempel på, hvordan opsøgende medarbejdere kan møde borgere, hvor de er, og dels at vise, hvordan det rammesætter relationen mellem borger og den professionelle.

Casebeskrivelsen er baseret på et etnografisk feltarbejde, hvor en projektarbejder fulgte med Mikkel i hans opsøgende arbejde samt gennemførte et kvalitativt interview med ham. Mikkel, kommer fra en organisation, som flere gange ugentligt tager ud med sandwich og kakao til områder i byen, hvor de socialt udsatte borgere ofte befinder sig. Her hjælper de eksempelvis med samtaler og praktiske gøremål, etablering af borgere i behandlingstilbud, med at være bisiddere for borgeren ved møder etc. Det følgende er bearbejdede feltnoter, som er let redigerede af hensyn til at sikre anonymitet.

Omkring en stor betonstøbt rist er omkring 15 mennesker samlet under et halvtag. Nogle er klædt i Hus Forbi-tøj, andre i jog-

gingtøj og overfrakker. Mange har synligt snavset tøj og slidte sko. Da Mikkel ankommer, genkender gruppen ham med det samme. De er glade for at se ham, og flere giver ham et kram. De ved, han har sandwich og varm kakao med. Nogle spiser sandwichen med det samme, andre putter den i tasken. En yngre kvinde tager to sandwich fra kurven og kommer dem hurtigt i lommen. Hun kigger op på Mikkel, som smiler til hende. Der er støj og larm på pladsen. Der løber to hunde frit omkring. Jævnligt bliver der kaldt højlydt på dem, og så løber de tilbage til gruppen af mennesker. Den betonstøbte rist grænser op imod et busstopsted, hvor andre mennesker står og venter på bussen. Ingen henvender sig til gruppen, som lader til at passe sig selv. Mange drikker dåseøl, og én drikker af en lille flaske snaps, som han har i inderlommen. En kvinde ryger hash af en lille pibe, og slukker gløden med sine fingre. Tonen er rå – en kvinde råber højt, om nogen har en cigaret. Ingen svarer. Kvinden rejser sig og henvender sig direkte til de andre. Enkelte ser den anden vej, og en løfter skuldrene og ryster på hovedet. Kvinden bliver ved at spørge. Til sidst giver en mand efter og giver hende en cigaret. Da den er røget, går hun i kiosken og køber en ny pakke. Mikkel kaster bold til den ene hund. Fire personer kigger på, mens de råber, griner og kommenterer. En af personerne overtager boldspillet, mens Mikkel går i Netto. Han kommer tilbage med to dåser med patéagtigt hundemad. Det skaber glæde blandt personer og hunde.

På vej tilbage til Mikkels bil møder vi en mand, Jan, som står og sælger Hjemløseavisen. Mikkel og Jan kender hinanden. Vi stopper op og tilbyder en kop kakao, som Jan afviser. Han fortæller, at han har været i behandling 12-13 gange. ”Alle gangene var det for nogle andres skyld – aldrig min egen. Derfor gik det galt hver gang,” siger Jan. Han har ingen tænder, og han har trukket skuldrene op – det ser ud til, at han fryser. Hjemløseavisen er pakket ind i en gennemsigtig plasticpose, for at den ikke skal blive våd af regnen. ”Det har været en dårlig dag,” siger han, men det er svært at afgøre, om det er avissalget, han taler om. Mikkel nikker og spørger, hvordan han har det, og Jan fortæller, at han er trist, ”men jeg skal snart i behandling på [behandlings-

sted X] igen". De taler lidt videre, før vi siger farvel og går hen til Mikkel's bil.

Casebeskrivelsen giver et indblik i konteksten for mødet mellem medarbejderen og de pågældende borgere samt på relationen imellem dem. Gruppen af borgere omkring risten skiller sig umiddelbart ud på den offentlige plads, fordi de i modsætning til de andre borgere ikke er på vej nogen steder hen. De står for sig selv og har ikke kontakt med de borgere, der går forbi eller venter på bussen nær ved. Synligt snavset tøj, slidte sko, Hus Forbi-tøj, offentligt rusmiddelbrug samt en rå tone præger også deres fremtoning, fx eksemplificeret af kvinden, der råber om nogen ikke har en cigaret og hundeejerne, der råber efter deres løse hunde. Mikkel derimod møder gruppen med kram og gensynsglæde. Derved fremstår Mikkel ikke som en del af "de andre", der ignorerer gruppen. Når Mikkel kaster bold med hunden og henter hundemad i Netto, orienterer han sin opmærksomhed i retning af noget, der også optager gruppen. Det bliver positivt modtaget og kan tolkes som et signal om, at Mikkel er til stede på pladsen på gruppens præmisser. Mikkel kommenterer ikke på gruppens alkohol- og hashforbrug.

Mikkel fremstår på den måde åben og tillidsskabende i mødet med borgerne på pladsen. Det bliver også synligt i situationen, hvor en yngre kvinde tager to sandwich fra kurven, selvom der som udgangspunkt kun er én sandwich til hver. Hun kigger op på Mikkel, som blot smiler. I forhold til Jan er det også indikationer på en tillidsfuld, veletableret relation. Mikkel har ikke opgivet håbet for Jan, selvom han fortæller, at han har været i behandling 12-13 gange for sit misbrug. For projektmedarbejderen, der udførte det etnografiske feltarbejde, er det ikke tydeligt, hvad der tynger Jan, men for Mikkel og Jan lader der til at eksistere en fælles forståelse. Relationen og forståelsen bliver synlig, når Jan fortæller Mikkel, at "det har været en dårlig dag", og Mikkel ser ud til at forstå, hvad en dårlig dag er for Jan.

OPSØGENDE MEDARBEJDERE

Nu vil vi gå fra beskrivelse af ét konkret eksempel på opsøgende indsatser til at beskrive borgernes erfaringer med opsøgende medarbejdere i bredden. For at belyse borgernes erfaringer med opsøgende medarbejdere har vi i spørgeskemaundersøgelsen bedt borgerne svare på, om de har været i kontakt med en opsøgende medarbejder og deres oplevelse med

denne. Tabel 7.8 viser andelen af borgere, som har været i kontakt med opsøgende medarbejdere, mens det af tabel 7.9 fremgår, i hvor høj grad de i givet fald har følt sig hjulpet heraf.

TABEL 7.8

Borgere fordelt efter, om de har været i kontakt med opsøgende medarbejdere. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Ja	Nej	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	47	53	0	100(19)
40-59 år	33	65	3	101(77)
Over 60 år	29	71	0	100(24)
Total, procent	34	64	2	100(120)

Anm.: Uoplyst: 8 personer. Bemærk at totalsum kan afvige fra 100 pct. på grund af afrunding.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

TABEL 7.9

Borgere fordelt efter, i hvor høj grad de har følt sig hjulpet af opsøgende medarbejdere. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	56	33	0	0	11	100(9)
40-59 år	46	25	4	21	4	100(24)
Over 60 år	57	29	0	14	0	100(7)
Total, procent	50	28	3	15	5	101(40)

Anm.: Uoplyst: 1 person. Tabellen inkluderer kun personer som har været i kontakt med opsøgende medarbejdere, jf. tabel 7.8.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Som det fremgår af tabellerne, har omkring en tredjedel (34 pct.) af alle borgere været i kontakt med en opsøgende medarbejder, mens to tredjedel (64 pct.) ikke har. Andelen af borgere i den yngre aldersgruppe (47 pct.), som har været i kontakt med opsøgende medarbejdere, er større end af den mellemste (33 pct.) og ældste aldersgruppe (29 pct.). Af de i alt 40 borgere, som angiver at have været i kontakt med opsøgende medarbejdere, oplever størstedelen (78 pct.) at have følt sig hjulpet heraf i høj eller nogen grad. Samtidigt tilkendegiver kun 18 pct. slet ikke eller i mindre grad at have følt sig hjulpet af den opsøgende medarbejder, mens de resterende har svaret ”ved ikke”.

Af resultaterne i tabel 7.8 og 7.9 ses således en tendens til, at borgere, som har været i kontakt med opsøgende medarbejdere, har følt sig hjulpet af disse i høj eller nogen grad, mens en lille andel (15 pct.) slet

ikke har følt sig hjulpet. Blandt den yngre aldersgruppe er der ingen, som slet ikke har følt sig hjulpet af de opsøgende medarbejdere.

I den kvalitative del af undersøgelsen har vi blandt andet spurgt til socialt udsatte borgeres individuelle oplevelser af de opsøgende indsatser. I følgende citat beskriver en interviewperson sit indledende møde med den opsøgende medarbejder, som senere bliver hans faste kommunale kontakt på gaden:

”Det var på torvet heroppe på [bynavn]. Der havde de lagt mærke til mig i et stykke tid, at jeg stod heroppe – og så kom de hen en dag og præsenterede sig [...]. Det første jeg tænkte var, at det kunne jo være, at det var nogen, som kunne hjælpe én. Andre havde jo talt om, at det havde hjulpet dem. Og det startede jo egentligt bare med en sludder. Da jeg så fik [nævner navn på bestemt opsøgende medarbejder], så blev det sådan lidt mere tæt.” (Interview, borger 13)

For borgeren i citatet er kontakten til den opsøgende medarbejder blevet skabt over tid, hvor andres erfaringer har haft indflydelse på opfattelsen af de opsøgende medarbejders funktioner generelt. Borgeren her tillægger indsatsen en væsentlig betydning, idet denne kan afhjælpe konkrete problemer i forløb, som er tilpasset den enkeltes situation. Borgeren beskriver, ”hvordan de lagde mærke til mig,..., og så kom de og præsenterede sig”, hvorved han italesætter en relation til den pågældende medarbejder, som er indledt af medarbejderen, i konteksten af borgerens eget miljø. Relationen til den opsøgende medarbejder er beskrevet af samme borger i følgende interviewcitater:

”Det er jo irriterende at komme ind hver gang, og så skal man starte med at fortælle det samme igen – jeg har haft [navn på opsøgende medarbejder] i 6-7 år – hun ved jo, hvordan jeg er, og hvem jeg er. Jeg behøver ikke at skulle forklare hende alt muligt [...]. Hvis jeg har brug for hjælp, så ringer jeg til hende [...], og jeg kan skrive 24/7.” (Interview, borger 13)

For denne borger har stabiliteten af den pågældende opsøgende medarbejder indflydelse på oplevelsen af mødet og for den relation, der opstår mellem dem. Han understreger vigtigheden af, at den opsøgende medarbejder kender ham og kender til hans individuelle situation. Herved undgår han at skulle gentage sin fortælling, hver gang han er i kontakt med

det kommunale system. Endvidere er det for denne borger nødvendigt, at den opsøgende medarbejder er til rådighed og tilgængelig, når han har brug for hendes hjælp. Den pågældende opsøgende medarbejder er den borgers adgang til det kommunale system og spiller således en væsentlig rolle i eksempelvis adgang til sociale- og sundhedsydelser, herunder misbrugsbehandling.

De opsøgende medarbejdere skaber, som indledningsvist beskrevet, kontakt til borgerne i deres egne miljøer. Dette kan eksempelvis være på gaden eller væresteder, hvor nogle socialt udsatte borgere bruger meget af deres tid i hverdagen. På tværs af interviewene bliver konteksten for mødet med opsøgende medarbejdere italesat og tillagt stor betydning for den enkeltes oplevelse og erfaring med indsatserne. I det følgende interviewcitater argumenterer en borger for, at der bør være flere opsøgende indsatser og forklarer, hvorfor han mener, at denne indsats fungerer godt for de socialt udsatte borgere:

”Der mangler mere af det gadearbejde, hvor folk kommer til mig, så jeg ikke skal møde i et hvidt lokale med folk i hvide kitler, men hvor de kommer til mig i civilt tøj og siger ”Hej, er der noget, vi kan hjælpe med – skal vi få en sludder? Hvad er det, der er problemet?”. For i mit tilfælde er det alkohol, der er problemet [...]. Jeg synes, at gadeplansmedarbejdere er mere værd, fordi de tager fat på en anden måde. Eller også accepterer vi dem, fordi de møder os på gaden. Det er vejen frem.” (Interview, borger 6)

Borgeren forklarer, at de opsøgende medarbejdere accepteres, fordi de møder borgerne i deres eget miljø. Professionelle i hvide lokaler med hvide kitler tillægges en negativ værdi, og denne borger ser hellere en indsats, som foregår i det miljø, han færdes i. En ligeværdig kommunikation mellem ham og den professionelle er en nødvendig del af et succesfuldt møde. For denne borger skaber de opsøgende indsatser således en mulighed for at få hjælp til sin alkoholafhængighed på andre præmisser, i en anden kontekst, end hvad der tidligere har været muligt. Dette kan relateres til kapitlets indledende caseeksempel, hvor Jens beskriver ’systemet’, som noget adskilt fra den opsøgende medarbejder, som han har en relation med. Dette til trods for, at medarbejderen i den pågældende case er kommunalt ansat. Den opsøgende medarbejder får derved karakter af et bindeled imellem Jens, en borger med komplekse sammensatte

problemer og det offentlige system, som Jens oplever som utilstrækkeligt i hans situation.

BOSTØTTEMEDARBEJDERE OG STØTTEKONTAKTPERSONER

En bostøttemedarbejder er en kommunal medarbejder, som giver praktisk og social støtte i hverdagen efter serviceloven § 85, mens støttekontaktpersonsordningen, jf. serviceloven § 99, har til formål at styrke borgerens muligheder for at benytte samfundets muligheder og allerede etablerede tilbud, ud fra egne ønsker og behov. For at få indblik i borgernes erfaring med denne type opsøgende indsats, har vi i spørgeskemaundersøgelsen bedt borgerne svare på, hvorvidt de har, eller tidligere har haft, en bostøttemedarbejder eller en støttekontaktperson fra kommunen.

I den forbindelse er det værd at notere, at socialt udsatte borgere godt kan være i tvivl om, hvilke paragraffer, de har fået hjælp under. Det er ofte den personlige relation, som er betydningsfuld for dem, og de ved ikke nødvendigvis, hvorvidt 'Trine' eller 'Søren' formelt er det ene eller andet. I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen har vi dog forklaret borgere, hvad en bostøtte og støttekontaktperson vil sige, og tabellerne 7.10 og 7.11 viser borgernes svar i forhold til, om de har eller tidligere har haft en bostøtte eller en støttekontaktperson, samt i hvor høj grad de vurderer at være hjulpet af denne.

TABEL 7.10

Borgere fordelt efter, om de har eller tidligere har haft en bostøttemedarbejder eller en støttekontaktperson fra kommunen. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	Har på nuværende tidspunkt	Har tidligere haft, men har det ikke længere	Har aldrig haft	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	33	17	44	6	100(18)
40-59 år	26	16	51	7	100(76)
Over 60 år	9	13	78	0	100(23)
Total, procent	24	15	56	5	100(117)

Anm.: Uoplyst: 11 personer.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

TABEL 7.11

Borgere fordelt efter, i hvor høj grad de har følt sig hjulpet af bostøttemedarbejderen. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

Aldersgrupper	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total (procent og antal)
Op til 39 år	38	13	13	38	0	102(8)
40-59 år	58	16	13	7	7	101(31)
Over 60 år	33	0	33	33	0	99(3)
Total, procent	52	14	14	14	5	99(42)

Anm.: Uoplyst: 4 personer. Tabellen inkluderer kun personer som har eller tidligere har haft en bostøttemedarbejder eller støttekontaktperson fra kommunen, jf. tabel 7.10.

Kilde: Egen spørgeskemaundersøgelse.

Som det fremgår af tabel 7.10, angiver størstedelen (56 pct.) af alle borgere, at de aldrig har haft en bostøtte eller støttekontaktperson. Andelen af borgere i den yngre aldersgruppe, som på nuværende eller tidligere tidspunkt har haft en bostøtte (50 pct.), er større end andelen af den ældste aldersgruppe (22 pct.). Af de borgere, som har eller tidligere har haft en bostøtte, angiver 66 pct., at de har følt sig hjulpet af denne i høj eller nogen grad, mens 28 pct. kun har følt sig hjulpet i mindre grad eller slet ikke. Her ses en tendens til at den mellemste aldersgruppe føler sig hjulpet af bostøtten i højere grad end henholdsvis den yngste og ældste aldersgruppe.

I spørgeskemaet har flere borgere givet bostøtte og støttekontaktpersonsordningen kommentarer med på vejen. Borgere skriver eksempelvis, hvad bostøttemedarbejderen har hjulpet dem med, herunder mindre behov, såsom at få gardiner i sin lejlighed, til større støttebehov, som fx at skaffe en bolig. En borger beskriver sin bostøttemedarbejder således: ”Han er på min alder, ligner ikke en kommunalarbejder, har tatoeringer osv. [Han har] hjulpet mig på sygehus, med bolig etc.” En anden borger skriver: ”Alt, hvad jeg har bedt om, har hun hjulpet med. Sørgede for, at jeg blev kørt på hospitalet”. Kommentarerne er overvejende positive, omend der også er enkelte borgere, som kritiserer bostøtten. En skriver: ”Dårlige erfaringer. Følte ikke hun var tilgængelig”, mens en anden skriver, at vedkommende ikke åbnede døren, når bostøttemedarbejderen kom forbi.

Til trods for kontrasten i de angivne kommentarer beskriver borgerne, hvorledes tilgængeligheden af bostøttemedarbejderen er essentiel for oplevelsen af samarbejdet; dét at bostøttemedarbejderen ”ikke ligner en kommunalarbejder”, betyder, at der opstår en tilgængelighed i

hans/hendes person, som appellerer til borgeren. En anden borger har oplevet en manglende tilgængelighed som en dårlig erfaring. Der kan således differentieres mellem den direkte, fysiske tilgængelighed, og den indirekte mellemmenneskelige tilgængelighed – hvordan bostøttemedarbejderen fremstår overfor borgeren. Begge dele fremstår som relevante for borgernes oplevelse af bostøtte og støttekontaktpersonsordningen.

BILAG

BILAG 1 SPØRGESKEMA TIL BORGERE

Stedkode og respondent nr:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Undersøgelse af tilbud om alkoholbehandling
til socialt udsatte borgere**

År 2015

Information om undersøgelsen

Blandt borgere, der befinder sig i svært belastede situationer (f.eks. præget af usikre boligforhold, dårligt helbred, og sociale problemer) kan alkohol også være et stort problem.

Vejen til alkoholbehandling kan for disse borgere opleves lang og besværlig og erfaringerne med at søge og modtage behandling kan være blandede. Derfor er Rådet for Socialt Udsatte og SFI i gang med en **undersøgelse af tilbud om alkoholbehandling til socialt udsatte borgere**.

Vi vil gerne undersøge dette fra et **borgerperspektiv**, og vi håber derfor, du vil deltage i undersøgelsen og fortælle om dine ønsker og oplevelser. Undersøgelsen skal belyse hvilke ønsker socialt udsatte borgere har i forhold til professionel hjælp samt hvilke muligheder og barrierer de oplever i forhold til at få alkoholbehandling.

Vi håber, at du vil bruge 15-45 minutter på at besvare spørgeskemaet. Vi vil spørge til dine ønsker og erfaringer, og der er ingen rigtige og forkerte svar. **Din besvarelse er anonym, og vi behandler alle besvarelser fortroligt.**

Da undersøgelsen har **fokus på borgeres egne ønsker og oplevelser**, håber vi at du vil være med til at bidrage med viden, der kan forbedre og udvikle indsatsen på alkoholbehandlingsområdet.

Hvis du har spørgsmål er du velkommen til at spørge os fra SFI, der står for undersøgelsen: Ditte Andersen, den@sfi.dk (projektleder), Marie Benkert Holtet, mbh@sfi.dk, Lisbeth Jeppesen Weisbjerg (praktikant), lhw@sfi.dk og Line Lund Eriksen (studertermedhjælper), lld@sfi.dk.

**Dine svar er værdifulde for undersøgelsen!
SFI og Rådet for Socialt Udsatte takker for din deltagelse.**

**RÅDET FOR
SOCIALT
UDSATTE**

SFI DET NATIONALE
FORSKNINGSCENTER
FOR VELFÆRD

+

Udfyld skemaet med sort eller blå kuglepen

Det er vigtigt for undersøgelsens kvalitet og brugbarhed, at alle spørgsmål besvares. Hvis der er et spørgsmål, hvor dit svar ikke helt passer til nogen af svarmulighederne, skal du sætte kryds ved det svar, der passer bedst til din situation.

Det er vigtigt at alle tal og kryds er læselige og nemme at tolke.

	RIGTIGT	FORKERT
Sæt ét tydeligt kryds.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert, skrives det pågældende felt, og krydset sættes i det rigtige felt.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
Tal skrives i hvert sit felt.	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>
Tal rettes ved at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>

Afhængig af, hvordan du svarer, kan der være spørgsmål, du skal springe over. Vi har markeret disse steder med en gul farve. Hvis der f.eks. står [Gå til spørgsmål 24](#) betyder det, at du skal springe de næste spørgsmål over frem til spørgsmål 24.

+

+

A. Baggrund

Først kommer nogle spørgsmål om dig og din baggrund.

1. Er du...

Sæt kun ét kryds

Kvinde

Mand

2. Hvilket år er du født?

Notér helt årstal (fx 1970): _____ år

3. Hvor er du født?

Sæt kun ét kryds

Danmark

Andet land, skriv _____

4. Hvad er din højeste fuldførte uddannelse?

Sæt kun ét kryds

Har ikke fuldført grundskole

Grundskole (op til 9./10. klasse).....

Gymnasial uddannelse (f.eks. gymnasiet, HF, HTX eller HHX)

Erhvervsuddannelse (f.eks. tømrer, butiksassistent, lastbilchauffør)

Kort videregående uddannelse (f.eks. tandplejer, byggetekniker)

Mellemlang videregående uddannelse (f.eks. pædagog el.
diplomingeniør)

Lang videregående uddannelse (f.eks. læge, advokat)

Ved ikke

Notér andet: _____

+

+

5. Hvad er dit indkomstgrundlag?

Sæt gerne flere krydser

- Lønindtægt
- Kontanthjælp
- Førtidspension
- Arbejdsløshedsdagpenge eller sygedagpenge
- SU
- Folkepension
- Salg af Hus Forbi
- Ingen fast indtægt
- Andet

Skriv hvad: _____

6. Hvor bor du?

Sæt ét kryds

- Egen ejer/andelsbolig
- Egen lejebolig
- Lejet værelse (klubværelse, kollegium, kollektiv, værelse i villa/lejlighed)
- Hos familie/venner
- Støttebolig/bofællesskaber/halvvejshus (fx §107- eller §108-boformer)
- Herberg, forsorgshjem (§ 110-boform)
- Behandlingsinstitution (har ikke anden bolig)¹
- Gaden/ingen bolig
- Sommerhus, kolonihavehus el. lign.
- Andet sted
- Skriv hvor: _____
- Ved ikke

¹ Behandlingsinstitution skal kun noteres som det sted du bor, hvis du ikke har andre steder at bo. Hvis du har en anden bolig, som du kan vende hjem til efter behandlingsopholdet, så notér denne.

+

+

B. Alkoholforbrug og eventuelle behandlingsønsker

De næste spørgsmål handler om dit forbrug af alkohol, og eventuelle ønsker om behandling eller støtte til at ændre dette.

7. Hvordan vil du beskrive dit nuværende alkoholforbrug?

Sæt kun ét kryds

- Jeg drikker alkohol hver dag eller næsten hver dag.....
- Jeg drikker alkohol de fleste dage.....
- Jeg drikker alkohol de færreste dage.....
- Jeg drikker ikke alkohol..... [Gå til spørgsmål 9](#)
- Det svinger (eks.: i nogle perioder dagligt, i andre perioder slet ikke).....
- Ved ikke [Gå til spørgsmål 11](#)
- Andet.....

Notér andet: _____

8. Hvor mange genstande drikker du typisk dagligt?

Hvis det varierer, må du gerne svare med et interval som f.eks. "antal genstande: 9-14".

Antal genstande: _____

Som tommelfingerregel gælder at:

1 pilsner (33 cl) = 1 genstand

1 stærkere øl = 1,75 genstande

1 flaske vin (75 cl) = 6 genstande

1 flaske spiritus (70 cl) = 19 genstande

(Kilde: Sundhedsstyrelsen(2000): "Fakta om alkohol")

[Gå til spørgsmål 11](#)

+

+

9. Hvor længe har du på nuværende tidspunkt ikke drukket alkohol?

Antal dage: _____ (giv dit bedste bud, hvis du ikke husker det præcist)

10. Hvor mange genstande drak du typisk dagligt i din seneste drikkeperiode?

Hvis det varierede, må du gerne svare med et interval som f.eks. "antal genstande: 9-14".

Antal genstande: _____

Som tommelfingerregel gælder at:

1 pilsner (33 cl) = 1 genstand

1 stærkere øl = 1,75 genstande

1 flaske vin (75 cl) = 6 genstande

1 flaske spiritus (70 cl) = 19 genstande

(Kilde: Sundhedsstyrelsen(2000): "Fakta om alkohol")

11. Har dit alkoholforbrug efter din vurdering medført skade på følgende områder?

Sæt kryds i felterne	Ja	Nej	Ved ikke
Fysisk skade (f.eks. leverskader eller nervebetændelse)			
Psykisk (f.eks. angst, depression eller søvnproblemer)			
Socialt (f.eks. ustabil eller afbrudt kontakt til venner og familie)			
Økonomisk (f.eks. gæld)			

+

+

12. Hvor bekymret er du i forhold til forskellige former for skadevirkninger, der kan være forbundet med dagligt alkoholforbrug?

Sæt kryds i felterne	I høj grad bekymret	I nogen grad bekymret	I mindre grad bekymret	Slet ikke bekymret	Ved ikke
Fysisk skade (f.eks. leverskader eller nervebetændelse)					
Psykisk (f.eks. angst, depression eller søvnproblemer)					
Socialt (f.eks. ustabil eller afbrudt kontakt til venner og familie)					
Økonomisk (f.eks. gæld)					

13. Ønsker du at få eller fastholde en eller anden form for professionel hjælp i forhold til dit alkoholforbrug?

Professionel hjælp kan være alkoholbehandling, forskellige former for støtte til at fastholde alkoholfrihed eller hjælp til at mindske skadevirkninger af fortsat alkoholforbrug.

Sæt kun ét kryds

Ja, jeg ønsker at få eller fastholde en eller anden form for professionel hjælp i forhold til alkoholforbrug

Nej, jeg ønsker ingen form for professionel hjælp i forhold til alkoholforbrug **Gå til spørgsmål 15**

Ved ikke

14. Foretrækker du at få behandling individuelt, i en gruppe eller i en kombination?

Med behandling mener vi professionel hjælp til at drikke mindre/slet ikke, hjælp til at fastholde afholdenhed eller hjælp til at mindske skadevirkninger forbundet med fortsat alkoholforbrug.

Sæt kun ét kryds

Jeg foretrækker individuel behandling

Jeg foretrækker gruppebehandling

Jeg foretrækker en kombination af individuel og gruppebehandling

Ved ikke

+

+

15. Får du eller ønsker du følgende former for alkoholbehandling...

	Jeg får pt. denne form for behandling	Jeg ønsker denne form for behandling, men får den ikke pt.	Jeg ønsker ikke denne form for behandling
Døgnbehandling, hvor målet er slet ikke at drikke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Døgnbehandling, hvor målet er skadesreduktion*.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant behandling, hvor målet er slet ikke at drikke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant behandling, hvor målet er skadesreduktion*.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antabusbehandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet, skriv hvilken _____ _____			
Ved ikke	<input type="checkbox"/>		

*I behandling, hvor skadesreduktion er målet, fokuserer man på at mindske skader af fortsat alkoholforbrug frem for at fokusere på afholdenhed som mål. Det kan f.eks. handle om, at man spiser bedre og får mere ro i hverdagen.

16. Ønsker du at få eller fastholde hjælp fra opsøgende medarbejdere?

Opsøgende medarbejdere kan møde dig andre steder end på et kontor eller et behandlingssted. De kan også kaldes mentorer, udgående- eller gadeplansmedarbejdere og de kan f.eks. være uddannede pædagoger, socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker eller læger.

Sæt kun ét kryds

- Ja, jeg ønsker at få eller fastholde hjælp fra opsøgende medarbejdere
- Nej, jeg ønsker ikke at få hjælp fra opsøgende medarbejdere
- Ved ikke

+

+

17. Bruger du illegale stoffer?

OBS: Illegale stoffer er fx cannabis, amfetamin, kokain, heroin og benzodiazepiner købt 'på gaden'.

Sæt kun ét kryds

Hver dag

De fleste dage

De færreste dage

Aldrig **Gå til spørgsmål 20**

Det svinger (eks.: i nogle perioder dagligt, i andre perioder slet ikke)

Ved ikke

Andet

Notér andet: _____

Hvilke stoffer bruger du primært? _____

18. Vil du gerne have en eller anden form for professionel hjælp i forhold til dit forbrug af illegale stoffer?

Det kan være hjælp til at mindske eller stoppe brug af illegale stoffer eller hjælp til at mindske skadevirkninger af fortsat stofbrug.

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej **Gå til spørgsmål 20**

Ved ikke

+

+

19. Vil du foretrække hjælp i form af alkoholbehandling eller stofmisbrugsbehandling eller en kombination?

Behandling vil sige hjælp til at mindske eller stoppe forbrug af alkohol og stoffer, hjælp til at fastholde alkohol/stoffrihed eller hjælp til at mindske skadevirkninger forbundet med fortsat brug.

(Sæt kun ét kryds)

Jeg vil foretrække alkoholbehandling

Jeg vil foretrække stofmisbrugsbehandling

Jeg vil foretrække en kombination af alkohol og
stofmisbrugsbehandling

Ved ikke

+

+

C. Muligheder og barrierer

I denne del af spørgeskemaet vil vi spørge til din oplevelse af, hvor let eller svært det er at få tilbud om alkoholbehandling, hvis man ønsker det.

20. Har du nogensinde selv søgt alkoholbehandling via det offentlige?

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej

Ved ikke

21. Ved du *hvor*, du kan henvende dig, hvis du ønsker et relevant tilbud om alkoholbehandling?

(Sæt kun ét kryds)

Ja, jeg er helt sikker

Både ja og nej (jeg har en idé om det eller ved hvem jeg kan spørge)

Nej, det ved jeg ikke

Hvor eller til *hvem* ville du henvende dig?

22. Oplever du, at der *mangler* konkrete alkoholbehandlingstilbud, som passer til dine ønsker og behov?

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej

Ved ikke

Hvis ja, *hvad* mangler?

+

+

23. Oplever du, at det er besværligt at søge om alkoholbehandling fordi man skal komme til møder i forbindelse med udredning og visitation?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

24. Har du nogensinde fået afslag på en ansøgning om alkoholbehandling?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvis ja, ved du hvad begrundelsen var?

25. Har du nogensinde takket nej til et tilbud om alkoholbehandling?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvis ja, hvorfor?

+

+

26. Oplever du – samlet set – at det er let eller svært at få et relevant tilbud om alkoholbehandling, hvis man ønsker det?

Meget let

Forholdsvis let

Forholdsvis svært

Meget svært

Ved ikke

+

+

D. Erfaringer

I denne del af spørgeskemaet vil vi spørge til dine erfaringer med alkoholbehandling. Med alkoholbehandling mener vi professionel hjælp til at drikke mindre/slet ikke, hjælp til at fastholde afholdenhed eller hjælp til at mindske skadevirkninger af fortsat alkoholforbrug.

27. Har du nogensinde været i en eller anden form for alkoholbehandling?

Med behandling mener vi professionel hjælp til at drikke mindre/slet ikke, hjælp til at fastholde afholdenhed eller hjælp til at mindske skadevirkninger forbundet med fortsat alkoholforbrug.

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej **Gå til spørgsmål 42**
- Ved ikke

28. Har du nogensinde været i døgnbehandling, hvor målet var slet ikke at drikke?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej **Gå til spørgsmål 30**
- Ved ikke

29. Har døgnbehandling, hvor målet var slet ikke at drikke, efter din vurdering hjulpet dig?

Hvis du har fået tilbudt denne type døgnbehandling flere gange, så tænk på det seneste tilfælde.

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

+

+

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med denne form for alkoholbehandling:

30. Har du nogensinde været i døgnbehandling, hvor målet var skadesreduktion*?

F.eks. plejeophold på en omsorgsinstitution.

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej **Gå til spørgsmål 32**

Ved ikke

*I behandling, hvor skadesreduktion er målet, fokuserer man på at mindske skader af fortsat alkoholforbrug frem for at fokusere på afholdenhed som mål. Det kan f.eks. handle om, at man spiser bedre og får mere ro i hverdagen.

31. Har døgnbehandling, hvor målet var skadesreduktion*, efter din vurdering hjulpet dig?

Hvis du har fået tilbudt denne type døgnbehandling flere gange, så tænk på det seneste tilfælde.

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad

I nogen grad

I mindre grad

Slet ikke

Ved ikke

*I behandling, hvor skadesreduktion er målet, fokuserer man på at mindske skader af fortsat alkoholforbrug frem for at fokusere på afholdenhed som mål. Det kan f.eks. handle om, at man spiser bedre og får mere ro i hverdagen.

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med denne form for alkoholbehandling:

+

+

32. Har du nogensinde været i ambulans behandling, hvor målet var slet ikke at drikke?

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej **Gå til spørgsmål 34**

Ved ikke

33. Har ambulans behandling, hvor målet er slet ikke at drikke, efter din vurdering hjulpet dig?

Hvis du har fået tilbudt denne type behandling flere gange, så tænk på det seneste tilfælde.

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad

I nogen grad

I mindre grad

Slet ikke

Ved ikke

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med denne form for alkoholbehandling:

34. Har du nogensinde været i ambulans behandling hvor målet er skadesreduktion*?

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej **Gå til spørgsmål 36**

Ved ikke

*I behandling, hvor skadesreduktion er målet, fokuserer man på at mindske skader af fortsat alkoholforbrug frem for at fokusere på afholdenhed som mål. Det kan f.eks. handle om, at man spiser bedre og får mere ro i hverdagen.

+

+

35. Har ambulat behandling med skadesreduktion* som mål efter din vurdering hjulpet dig?

Hvis du har fået tilbudt denne type behandling flere gange, så tænk på det seneste tilfælde.

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad.....
- I nogen grad.....
- I mindre grad.....
- Slet ikke
- Ved ikke

*I behandling, hvor skadesreduktion er målet, fokuserer man på at mindske skader af fortsat alkoholforbrug frem for at fokusere på afholdenhed som mål. Det kan f.eks. handle om, at man spiser bedre og får mere ro i hverdagen.

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med denne form for alkoholbehandling:

36. Har du nogensinde været i antabusbehandling?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej **Gå til spørgsmål 38**
- Ved ikke

+

+

37. Har antabusbehandling efter din vurdering hjulpet dig?

Hvis du har fået tilbudt denne type behandling flere gange, så tænk på det seneste tilfælde.

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med antabusbehandling (fx bestod antabusbehandling alene af medicinudlevering eller var det medicin i kombination med samtaler?):

38. Har du været i behandling på Minnesota (12 trin, AA) inspirerede steder?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej **Gå til spørgsmål 40**
- Ved ikke

39. Har Minnesota inspirerede steder efter din vurdering hjulpet dig?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

+

+

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med denne form for alkoholbehandling:

40. Har du fået NADA akupunktur?

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej

Ved ikke

Gå til spørgsmål 42

41. Har NADA akupunktur efter din vurdering hjulpet dig?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad

I nogen grad

I mindre grad

Slet ikke

Ved ikke

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med NADA akupunktur:

+

+

42. Har du været i kontakt med opsøgende medarbejdere?

Opsøgende medarbejdere kan møde dig andre steder end på et kontor eller et behandlingssted. De kan også kaldes mentorer, udgående- eller gadeplansmedarbejdere og de kan f.eks. være uddannede pædagoger, socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker eller læger.

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej **Gå til spørgsmål 44**
- Ved ikke

43. Har opsøgende medarbejdere efter din vurdering hjulpet dig?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med opsøgende medarbejdere:

44. Har du i øjeblikket eller har du tidligere haft en bostøtte medarbejder eller en støttekontaktperson fra kommunen?

Det vil sige en kommunal medarbejder, der giver praktisk og social støtte i din hverdag (efter Serviceloven §85/§99).

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, jeg har en bostøtte eller støttekontaktperson.....
- Ja, jeg har tidligere haft en bostøtte eller støttekontaktperson, men har det ikke længere.....
- Nej, jeg har aldrig haft en bostøtte eller støttekontaktperson **Gå til spørgsmål 46**
- Ved ikke

+

+

45. Har bostøtte medarbejderen efter din vurdering hjulpet dig?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Evt. uddybende kommentar ift. din erfaring med denne form for hjælp:

46. Har du – samlet set - fået den professionelle hjælp du har haft behov for i forhold til dit alkoholforbrug?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

+

+

E. Andre støttebehov

I den sidste del af spørgeskemaet vil vi spørge til en række problemer, som man kan have brug for hjælp i forhold til.

47. Har du fysiske problemer, der ofte påvirker dit liv?

F.eks. sygdomme eller skader på kroppen.

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke **Gå til spørgsmål 49**
- Ved ikke **Gå til spørgsmål 49**

48. I hvor høj grad oplever du, at du får den hjælp, som du har brug for, i forhold til fysiske sygdomme eller skader?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

49. Har du psykiske problemer, der ofte påvirker dit liv?

F.eks. sorg, selvværdsproblemer eller psykisk sygdom.

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke **Gå til spørgsmål 51**
- Ved ikke **Gå til spørgsmål 51**

+

+

50. I hvor høj grad oplever du, at du aktuelt får den hjælp, som du har brug for, i forhold til psykiske problemer?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

51. Har du økonomiske problemer, der ofte påvirker dit liv?

F.eks. fattigdom eller gæld.

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke **Gå til spørgsmål 53**
- Ved ikke **Gå til spørgsmål 53**

52. I hvor høj grad oplever du, at du aktuelt får den hjælp, som du har brug for, i forhold til økonomiske problemer?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

+

+

53. Har du problemer med din nuværende boligsituation?

F.eks. risiko for at miste bolig eller alvorlige konflikter med personer i/omkring boligen.

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke **Gå til spørgsmål 55**
- Ved ikke **Gå til spørgsmål 55**

54. I hvor høj grad oplever du, at du aktuelt får den hjælp, som du har brug for, i forhold til problemer med din nuværende boligsituation?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

55. Har du sociale problemer, der ofte påvirker dit liv?

F.eks. manglende netværk, ensomhed, alvorlige konflikter og "brændte broer" ift. venner og familie.

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke **Gå til spørgsmål 57**
- Ved ikke **Gå til spørgsmål 57**

+

+

56. I hvor høj grad oplever du, at du aktuelt får den hjælp, som du har brug for, i forhold til sociale problemer?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

57. Hvilken type problemer har du *mest* brug for hjælp til?

(Sæt kun ét kryds)

- Fysiske problemer (f.eks. sygdomme eller skader)
- Psykiske problemer (f.eks. sorg eller psykisk sygdom)
- Økonomiske problemer (f.eks. gæld eller fattigdom)
- Bolig problemer (f.eks. risiko for at miste bolig).....
- Sociale problemer (f.eks. manglende netværk, ensomhed, alvorlige konflikter eller "brændte broer" i fht. venner og familie)
- Andet: _____
- _____
- Ved ikke

+

+

58. Oplever du, at du mangler meningsfulde aktiviteter i din hverdag?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Hvis ja, hvad kunne afhjælpe dette?

De sidste to spørgsmål skal kun besvares, hvis du *ikke* er i alkoholbehandling.

59. Hvor sandsynligt er det, at du vil søge et tilbud om alkoholbehandling i fremtiden?

(Sæt kun ét kryds)

- Meget sandsynligt **Gå til sidste side**
- Overvejende sandsynligt **Gå til sidste side**
- Overvejende usandsynligt
- Helt usandsynligt
- Ved ikke **Gå til sidste side**

+

+

60. Hvad er den primære årsag til, at du *ikke* tror, du vil søge alkoholbehandling i fremtiden?

(Sæt gerne flere krydser)

Jeg har for mange dårlige erfaringer med alkoholbehandling..

Der er ikke nogen tilbud, der passer til mine behov

Det er svært at få tilbudt den behandling, jeg ønsker

Det er svært at komme hen til selve behandlingsstedet.....

Åbningstiderne passer mig dårligt.....

Ved ikke

Andet: _____

+

+

Er der nogen vigtige ting omkring dine ønsker og erfaringer til alkoholbehandling, som du **ikke** synes vi har dækket med vores spørgsmål? Eller har du andre kommentarer? Så er du meget velkommen til at notere det her:

SFI og Rådet for Socialt Udsatte takker for din deltagelse.

**RÅDET FOR
SOCIALT
UDSATTE**

SFI DET NATIONALE
FORSKNINGSCENTER
FOR VELFÆRD

+

BILAG 2 VIGNETUNDERSØGELSE OG
SPØRGSMÅLSBATTERI TIL CASEKOMMUNER

**SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
er i gang med at gennemføre en undersøgelse af
tilbud om alkoholbehandling til socialt udsatte borgere
for Rådet for Socialt Udsatte.**

Undersøgelsen skal belyse følgende:

- 1) Ønsker om og eventuelt udækkede behov for alkoholbehandling blandt socialt udsatte borgere,
- 2) Muligheder og barrierer for socialt udsatte borgere i forhold til at få alkoholbehandling,
- 3) Erfaringer blandt socialt udsatte borgere med at modtage alkoholbehandling.

Vi har kontaktet dig, fordi vi skal kortlægge, *hvilke tilbud om alkohol-behandling danske kommuner i dag giver socialt udsatte borgere.*

Det undersøger vi i et antal kommuner, som er udvalgt af SFI i samarbejde med Rådet for Socialt Udsatte. Vi håber, at du som centralt ansvarlig nøgleperson for kommunens tilbud til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer som aftalt vil deltage i et telefoninterview.

Interviewet vil tage udgangspunkt i beskrivelser af tre case personer samt en række spørgsmål. Case beskrivelser samt spørgsmål fremgår af de følgende sider.

I denne SFI undersøgelse medvirker alle kommuner og interviewpersoner anonymt. Interviewet vil blive lydoptaget, men hvis vi i forbindelse med undersøgelsens afrapportering bruger citater vil kommune og personhenførbare oplysninger blive ændret, så du og kommunen fremstår anonym. Det gør vi for at undgå indsamling af et forskønnet billede.

Hvis du har nogle spørgsmål til er du velkommen til at kontakte projektleder Ditte Andersen på nedenstående kontaktoplysninger.

Med venlig hilsen

DITTE ANDERSEN

PROJEKTLEDER
FORSKER, PH.D.

SOCIALPOLITIK & VELFÆRD

HERLUF TROLLESGADE 11, DK 1052 KØBENHAVN K

KONTAKT: den@sfi.dk, 33480913 - WWW.SFI.DK

Del 1: Case beskrivelser

I interviewet vil vi på baggrund af følgende case beskrivelser indkredse, hvilke typer af tilbud I giver socialt udsatte borgere i jeres kommune samt hvilke overvejelser I gør jer i den forbindelse. Case personerne er konstrueret på baggrund af konkrete borgere, som vi har gennemført kvalitative interviews med. De er i det nedenstående beskrevet i stikordsform. Vi er klar over, at beslutninger i praksis ville kræve kendskab til flere detaljer, men vi vil bede dig tage stilling til, hvilke typer af tilbud kommunen typisk ville benytte i lignende sager. Case beskrivelserne skal således læses som et oplæg, der kan hjælpe med at konkretisere kommunens tilbud.

Case 1: Andreas
Mand, 32 år
<i>Misbrug:</i> betydeligt, dagligt alkoholindtag samt dagligt forbrug af hash
<i>Behandlingshistorik:</i> har aldrig fået alkoholbehandling, er diagnosticeret med OCD, PTSD og depression, er medicineret, har aktuelle selvmordstanker og har været indlagt via psykiatrisk skadestue flere gange
<i>Økonomi, bolig- og familiesituation:</i> kontanthjælp, hjemløs, har hund
<i>Ønsker til behandling:</i> vil ikke i behandling, men oplever eget alkoholforbrug som skadeligt, mens han ikke oplever hashforbruget som et problem (beskriver det som selvmedicinering)
<i>Grund til henvendelse:</i> vil gerne have ro og mad samt en seng at sove i
<i>Hvilke tilbud ville det være sandsynligt, at din kommune gav Andreas?</i>

Case 2: Barbara
Kvinde, 45 år
<i>Misbrug:</i> betydeligt, dagligt alkoholindtag samt illegale Benzodiazepiner
<i>Behandlingshistorik:</i> har i løbet af de seneste to år haft to afbrudte alkohol døgnbehandlingsforløb og et dagbehandlingsforløb samt et gennemført plejeophold på 14 dage.
<i>Økonomi, bolig- og familiesituation:</i> førtidspension, bor sammen med kæreste
<i>Ønsker til behandling:</i> vil gerne i alkoholbehandling, helst i døgnbehandling
<i>Grund til henvendelse:</i> er i voldeligt forhold og ønsker et andet sted at bo/opholde sig
<i>Hvilke tilbud ville det være sandsynligt, at din kommune gav Barbara?</i>

Case 3: Carsten
Mand på 55 år
<i>Misbrug:</i> stort dagligt indtag af alkohol, men er pt. afruset efter indlæggelse på hospitalet
<i>Behandlingshistorik:</i> har været i Minnesota-døgnbehandling en gang og har flere gange fået antabusbehandlinger
<i>Økonomi, bolig- og familiesituation:</i> sygedagpenge, har eget hjem, er far til to børn, som han har boende hver anden weekend
<i>Ønsker til behandling:</i> ønsker individuel behandling
<i>Grund til henvendelse:</i> er afruset og vil gerne i behandling med det samme
<i>Hvilke tilbud ville det være sandsynligt, at din kommune gav Carsten?</i>

Del 2: Spørgsmål

1)

Hvilke typer af tilbud giver kommunen til socialt udsatte borgere med alkoholproblemer?

Nævn alle de typer af tilbud (kategorier) I aktuelt benytter til målgruppen som fx uddeling af antabus, tilbud om plejeophold, henvisning til ambulatorier etc.

-
-
-
-

2)

Vurderer du at alkoholbehandling er let tilgængelig for socialt udsatte borgere med alkoholproblemer?

I høj grad

I nogen grad

I mindre grad

Slet ikke

3)

Har kommunen formuleret en overordnet strategi ift. hvilken behandlingsintensitet socialt udsatte borgere med alkoholproblemer skal tilbydes?

F.eks. i hvilket omfang døgnbehandling skal benyttes ift. dag- og ambulans behandling.

4)

Hvordan vurderer du, at koordinationen på tværs af forvaltninger fungerer for gruppen af socialt udsatte borgere med alkoholproblemer?

Placér på en skala fra 1-10 hvor 1 betyder "fungerer slet ikke" og 10 betyder "fungerer rigtig godt".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5)

Vurderer du at opfølgende indsatser er vigtigt for socialt udsatte borgere med alkoholmisbrug?

Placér på en skala fra 1-10 hvor 1 betyder "slet ikke vigtigt" og 10 betyder "meget vigtigt".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6)

Hvilke former for opfølgende indsatser benytter kommunen sig af ift. socialt udsatte borgere med alkoholproblemer?

-
-
-
-

7)

Vurderer du, at det er vigtigt med efterbehandling/opfølgende indsatser i forbindelse med afslutninger af alkoholbehandlingsforløb for socialt udsatte borgere?

Placér på en skala fra 1-10 hvor 1 betyder "slet ikke vigtigt" og 10 betyder "meget vigtigt".

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8)

Hvilke former for efterbehandling/opfølgende indsatser i forbindelse med afslutninger af

alkoholbehandlingsforløb benytter kommunen sig af ift. socialt udsatte borgere med alkoholproblemer?-

-

-
-

9)

Hvilke *andre* problemer oplever du hyppigst at socialt udsatte borgere med alkoholproblemer har brug for hjælp til?

-
-
-

10)

Vurderer du, at kommunen aktuelt har mulighed for at tilbyde socialt udsatte borgere med alkoholproblemer den relevante støtte og behandling?

I høj grad
I nogen grad
I mindre grad
Slet ikke

11)

Hvad er efter din vurdering de største udfordringer på området alkoholbehandling for socialt udsatte?

Angiv udfordringer:

-
-
-
-

SFI og Rådet for Socialt Udsatte vil gerne sige tak for din hjælp!

LITTERATUR

- Andersen, D. & M. Järvinen (2006): ”Skadesreduktion – idealer og paradokser” i *Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift*, vol. 23, issue 5, s. 305-322.
- Benjaminsen, L., D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark* København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:19
- Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen (2013): *Hjemløshed i Danmark 2013 – National kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:33.
- Benjaminsen, L., J.F. Birkelund & M.H. Enemark (2013): *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:33.
- Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund, 2015: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark – En registerbaseret kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 15:41
- Bradshaw, J., P. Kemp, S. Baldwin & A. Rowe (2004): *The drivers of social exclusion: A review of the literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle series*. London: SEU/ODPM.
- Järvinen, M. (1998): *Det dårlige selskab: Misbrug, behandling, omsorg*. København: Socpol.

- Järvinen, M. (2002): "Institutionalised resignation – on the development of the Danish treatment system" i *Nordiske Alkohol & Narkotika-tidsskrift*, vol. 19, s. 5-17.
- Johansen, K.S. (2009): *Dobbelt diagnose-dobbelt behandling*. KABS Viden.
- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009): *Interview, introduktion til et håndværk* (2. udg.). København: Hans Reitzel.
- Levitas, R (2006): "The concept and measurement of social exclusion." I: C. Pantazis, D. Gordon & R. Levitas (red.) *Poverty and Social Exclusion in Britain*. Bristol: The Policy Press.
- Levitas, R., C. Pantazis, E. Fahmy, D. Gordon, E. Lloyd & D. Patsios (2007): *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Project Report. Bristol: University of Bristol.
- Lægeforeningen (2012): *Alkoholbehandling i kommunerne*. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Monrad, M. & M. Ejrnæs (2012): "Introduktion til vignetmetoden" i *Vignetmetoden – Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling*, København: Akademisk Forlag.
- Petrakis I.L, G. Gonzalez, R. Rosenheck & J.H. Krystal (2002): *Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders*. Alcohol Research & Health 2002; 26:81-9.
- Rådet for Socialt Udsatte (2012): *Socialpolitisk grundlag*. København: Rådet for Socialt Udsatte
- Rådet for Socialt Udsatte (2015): *Årsrapport 2015*. København: Rådet for Socialt Udsatte
- Socialministeriet (1998): *Vejledning om den sociale indsats for de mest udsatte voksne, Sindslidende, stof- og alkoholmisbrugere, hjemløse m.fl.* København. Socialministeriet.
- Socialstyrelsen (2013): *Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug – vidensnotat*. Odense: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen (2013): *Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2008): *Kvalitet i alkoholbehandling – Et rådgivningsmateriale*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2015): *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- SUS (Socialt udviklingscenter)/Henriksen, J., L.B. Larsen, L.S. Krabbe & B.B. Brasch (2012). *Undersøgelse af redskaber til koordinering og sam-*

arbejde for mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt udviklingscenter (SUS).

Pedersen, P.V., M. Holst, M. Davidsen & K. Juel/ SUSY UDSAT (2012): *SUSY UDSAT 2012 – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*, København: Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte.

Thylstrup, B. (2012): *God social misbrugsbehandling*. Kommunernes Landsforening.

Anvendte hjemmesider:

<https://www.retsinformation.dk/>

<http://www.kl.dk/>

<http://sundhedsstyrelsen.dk/>

<http://socialstyrelsen.dk/>

SFI-RAPPORTER SIDEN 2015

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119-279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119-281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kierkgaard, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation
- 15:05 Bengtsson, S., A.L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119-284-1. Pris: 200,00 kr.

- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119-286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M.K. Jørgensen. *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Baseline data fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluering af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119-294-0. Pris: 120,00 kr.
- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaasiuntinut tunngasut kinguaasiuntitigullu innarliisarnerit qitunneqarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119-297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119-300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A.: *Evaluering af lokale initiativer for førtidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119-301-5. Netpublikation
- 15:17: Jakobsen, V.: *Uddannelses- og beskæftigelsesmønstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande og etniske danskere*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119-306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Lejere berørt af foged-*

- sager og udsættelser i perioden 2007-13*. 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119-309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119-311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A.-M.K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning*. 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119-312-1. Netpublikation.
- 15:22 Sievertsen, H.H. & C.J. de Montgomery: *Børn i lavindkomstfamilier*. 105 sider. e-ISBN: 978-87-7119-313-8. Netpublikation.
- 15:23 Wendt, R.E. & A.-M.K. Jørgensen: *Forskningskortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinaviske dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2013*. 98 sider. E-ISBN:978-87-7119-314-5. Netpublikation.
- 15:24 Termansen, T., T. Dyrvig, N.K. Niss, J.H. Pejtersen: *Unge i misbrugsbehandling*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-315-2. e-ISBN: 978-87-7119-316-9. Pris: 170,00 kr.
- 15:25 Christensen, E.: *Det har vi lært af NAKUUSA*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-317-6. Netpublikation.
- 15:26 Christensen, E.: *Nakuusamit makku ilikkarpavut. NAKuusap meeqqanut isummorsorfiani ilaasortanik apersuineq*. 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-318-3. Netpublikation.
- 15:27 Keilow, M. & A. Holm: *Skalaer til måling af elevtrivsel på erhvervsuddannelserne. En analyse af data fra tidligere trivselsmålinger. Bidrag til Undervisningsministeriets udvikling af elevtrivselsmålinger på erhvervsuddannelserne*. 92 sider. e-ISBN: 978-87-7119-319-0. Netpublikation.
- 15:28 Andersen, D. & B.S. Rangvid: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til styrkelse af tosprogede elevers faglighed i de 2 første år*. 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-320-6. Netpublikation.
- 15:29 Baviskar, S: *Grønlandere i Danmark. En registerbaseret kortlægning*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-321-3. Netpublikation.

- 15:30 Siren, A., R.N. Brunner, R.C.H. Jørgensen: *"Øvelse gør mester" i Næstved Kommune. Evaluering af livskvalitet i forbindelse med et rehabiliteringsforløb på plejecentre*. 71 sider. e-ISBN: 978-87-7119-322-0. Netpublikation.
- 15:31 Holt, H., M. Larsen, H.B. Bach & S. Jensen: *Borgere I fleksjob efter reformen*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-323-7. e-ISBN: 978-87-7119-324-4. Pris: 200,00 kr.
- 15:32 Keilow, M., M. Friis-Hansen, R.M. Kristensen & A. Holm: *Effekter af klasseledelse på elevers læring og trivsel*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-325-1. e-ISBN: 978-87-7119-326-8. Pris: 170,00 kr.
- 15:33 Christensen, E: *3-5 år efter ophold i Mælkebøtten – en opfølgning af 26 børn og unge*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-327-5. e-ISBN: 978-87-7119-328-2. Pris: 60,00 kr.
- 15:34 Christensen, E: *Meeqqanik inuusuttunillu 26-nik malinnaaqinnek - Mælkebøttenimit nuunnerinit ukiut 3-5 kingorna*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-329-9. e-ISBN: 978-87-7119-330-5. Pris: 60,00 kr.
- 15:35 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-333-6. e-ISBN: 978-87-7119-334-3. Pris: 200,00 kr.
- 15:36 Nielsen, C.P., A.T. Hansen, V.M. Jensen & K.S. Arendt: *Folkeskolereformen. Beskrivelse af 2. dataindsamling blandt elever*. 137 sider. E-ISBN: 978-87-7119-335-0. Netpublikation.
- 15:37 Jensen, M.T., K. Karmsteen, A.-M.K. Jørgensen & S.B. Rayce: *Psychosocial function and health in veteran families - A gap map of publications within the field*. 220 sider. e-ISBN: 978-87-7119-336-7. Netpublikation.
- 15:38 Sievertsen, H.H: *En god start – betydningen af alder ved skolestart for barnets udvikling*. 83 sider. e-ISBN: 978-87-7119-337-4. Netpublikation.
- 15:39 Mehlsen, L., H. Holt, H.B. Bach & C. Törnfeldt: *Ressourceforløb. Koordinerende sagsbehandlere og borgeres erfaringer*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-338-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:40 Kjer, M.G., S. Baviskar & Winter S.C.: *Skoleledelse I folkeskolereformens første år. En kortlægning*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-340-4. Netpublikation.
- 15:41 Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark*.

- En registerbaseret kortlægning*. 336 sider. ISBN: 978-87-7119-341-1. e-ISBN: 978-87-7119- 342-8. Pris: 330,00 kr.
- 15:42 Lausten, M., S. Frederiksen, R.F. Olsen, A.A. Nielsen & T.T. Bengtsson: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer – del II. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-343-5. e-ISBN: 978-87-7119- 344-2. Pris: 120,00 kr.
- 15:43 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge*. 129 sider. e-ISBN: 978-87-7119-345-9. Netpublikation.
- 15:44 Jakobsen, V., M. Larsen & S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2015*. 272 sider. ISBN: 978-87-7119-346-6. e-ISBN: 978-87-7119- 347-3. Pris: 270,00 kr.
- 15:45 Christensen, G., R.C.H. Jørgensen & M.R. Larsen: *Erfaringer med at ændre socialt mix i udsatte boligområder. Evaluering af brugen af amvisnings- og udlejningsredskaber som led i Landsbyggefondens 2006-10-midler*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-348-0. e-ISBN: 978-87-7119- 349-7. Pris: 200,00 kr.
- 15:46 Mehlsen, L., M.T. Jensen, A.-M.K. Jørgensen, R.E. Wendt & G. Christensen: *Effektfulde indsatser i boligområder til forebyggelse af kriminalitet. En systematisk forskningsoversigt, nr. 1 af 4*. 112 sider. ISBN: 978-87-7119-350-3. e-ISBN: 978-87-7119- 351-0. Pris: 110,00 kr.
- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup, J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119- 353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg, L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 140,00 kr.

ALKOHOLBEHANDLING TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE

SYSTEMETS TILBUD I BORGERPERSPEKTIV

Dette er en undersøgelse af alkoholbehandling til socialt udsatte borgere.

Undersøgelsen viser, at størstedelen af de socialt udsatte borgere, som ønsker og får et tilbud om alkoholbehandling vurderer, at det har hjulpet dem. Det er imidlertid ikke alle socialt udsatte borgere med alkoholmisbrug, der får tilbud om behandling. Undersøgelsen viser således, at godt hver fjerde oplever, at der mangler relevante alkoholbehandlingstilbud, som passer til deres ønsker og behov.

Et andet vigtigt fund er, at socialt udsatte borgere især beskriver opsøgende indsatser som betydningsfulde, men at der er stor forskel på, hvorvidt kommunerne råder over denne slags tilbud. Endelig peger mange af de adspurgte i undersøgelsen på, at der mangler opfølgende indsatser, som kan være med til at støtte op om og fastholde positive forandringer efter et alkoholbehandlingsforløb.

Socialt udsatte borgere er en heterogen gruppe med forskellige ønsker og præferencer, men det, de har til fælles er særdeles vanskelige livsbetingelser, som betyder, at de i særlig grad har behov for, at velfærdssystemet møder dem dér, hvor de er.

Evalueringen er bestilt og finansieret af Rådet for Socialt Udsatte.