

SOCIALE INDSATSER TIL MENNESKER MED ADHD

EN KORTLÆGNING



11:17

STEEN BENGTSOON
WINNIE ALIM
HENRIETTE HOLMSKOV
ANDREAS LUND

11:17

SOCIALE INDSATSER TIL MENNESKER MED ADHD

EN KORTLÆGNING

STEEN BENGTSSON
WINNIE ALIM
HENRIETTE HOLMSKOV
ANDREAS LUND

KØBENHAVN 2011
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

SOCIALE INDSATSER TIL MENNESKER MED ADHD. EN KORTLÆGNING

Afdelingsleder: Lars Pico Geerdsen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-017-5

e-ISBN: 978-87-7119-040-3

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Jesper Nørgaard Sørensen (POLFOTO)

Oplag: 1.000

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2011 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf 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.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	HOVEDRESULTATER	13
	Tilbud	14
	Et overblik over kommuner	16
	Andre indsatser	19
	Et borgerperspektiv	20
2	BAGGRUND OG FORMÅL	23
	Hvad er ADHD?	24
	Forekomst af ADHD	26
	ADHD-symptomer hos børn	26
	ADHD-symptomer hos voksne	27
	Hjælp og støtte til mennesker med ADHD	28

3	METODE	31
	Generaliserbarhed	32
	Fokusgruppeinterview	32
	Sigte med den kvantitative del af undersøgelsen	33
	Metodeproblemer	36
	Logistik	38
	Spørgeskemaer	39
	Dialogmøder	40
	Enkeltpersonsinterview	41
	Casebeskrivelser	42
	VISO henvendelsesstatistik	43
4	TILBUDDENE	45
	Geografisk fordeling af tilbuddene	46
	Tilbudstyper, formål og lovgrundlag	47
	At mestre hverdagen	52
	Kendskab til lovgrundlaget er varierende	56
	Ydelser, brugere og tilbuddenes egnethed	59
	Mange tilbud henvender sig til unge	61
	Forholdet mellem ydelser og målgrupper	64
	Det gennemsnitlige antal brugere i tilbuddene	65
	Brugere med ADHD-diagnose	68
	De regionale tilbud har flest brugere	69
	De fleste tilbud vurderer sig selv som egnede	70
	Metoder og dokumentation	71
	Tilbuddenes personale og samarbejde med andre	74
	Viden, kompetencer og målgrupper	76
	De kommunale tilbud er brede	78
	Opsummering	81
5	VIDEN PÅ FORVALTNINGS-/MYNDIGHEDSNIVEAU	83
	Kommunernes selvvaluerede videns- og kompetenceniveauer	85
	Kommunerne oplever at være fagligt klædt på	86
	Kompetenceudvikling vedrørende ADHD	87

	Den største ekspertise i kommunerne	88
	Kommunernes størrelse og deres viden	91
	Kommunernes deltagelse i vidensmiljøer	92
	Specialistviden	99
	Opsummering	101
6	KOMMUNERNES UDFORDRINGER	103
	De største og de særlige udfordringer	104
	Kommunernes visitation	107
	Visitation på voksenområdet	109
	Visitation i jobcentre	110
	Kommunerne visiterer til brede tilbud	111
	Visitation til misbrugsbehandling	114
	De fleste oplever ikke opfyldte tilbudsbehov	115
	Ventetid	118
	En diagnose kan være en forudsætning	120
	Rene eller blandede diagnoser?	122
	Opsummering	124
7	REGIONERNES SOCIALE TILBUD	125
	Regionernes funktion	126
	Regionernes perspektiv på ADHD	127
	Ekspertise og viden	127
	Samarbejde	129
	Særlige fokusområder	130
	Opsummering	131
8	KRIMINALFORSORGEN	133
	Stigende fokus på ADHD	133
	Flere projekter iværksat	134

9	ET BORGERSPEKTIV	137
	Tilbud og støtte	138
	Overgange og koordination	149
	Viden om ADHD	152
	Opsummering	155
	LITTERATUR	157
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2010	161

FORORD

Denne kortlægning af sociale indsatser i forhold til mennesker med ADHD er planlagt og gennemført i et samarbejde mellem Servicestyrelsen og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. De to organisationer har udarbejdet planen for kortlægningen i fællesskab, SFI har stået for den kvantitative del, og Servicestyrelsen for den kvalitative del.

Kortlægningen af eksisterende kommunale, regionale og private indsatser og tilbud til mennesker med ADHD er en del af Servicestyrelsens projekt 'Ny og forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD'. I 2009 indgik partierne bag Satspuljen aftale om en ny og forstærket indsats i forhold til børn, unge og voksne med ADHD. Der blev afsat 26 mio. kr. over 4 år til formålet. Viden og erfaringer fra det samlede projektføreløb skal kvalificere udarbejdelsen af en national handlingsplan for forebyggelse af alvorlige sociale problemer blandt børn, unge og voksne med ADHD.

Samtidig med denne rapport og ligeledes som en del af det samlede projekt udsendes en litteraturgennemgang af udenlandsk forskningslitteratur, som belyser effekten af sociale indsatser i forhold til ADHD. Denne litteraturgennemgang er foretaget af Mogens Christoffersen og Ida Hammen.

Stine Grønbæk Jensen, Henriette Holmskov og Andreas Lund fra Servicestyrelsen har arbejdet med de kvalitative undersøgelser, casebeskrivelserne og VISO's henvendelsesstatistik, assisteret af studenterne

Susanne Dalmer og Lærke Kibsgaard. Steen Bengtsson fra SFI har ledet kortlægningens kvantitative del. Dorte Laursen Stigaard har udarbejdet spørgeskemaer, Winnie Alim har stået for analyser, og studenterne Sine Grønborg Knudsen, Rebekka Amos Taaensen og Kirstine Karmsteen har bistået.

Rapporten har været sendt til kommentering i programfølgegruppen tilknyttet Servicestyrelsens projekt 'Ny og forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD', som vi takker for værdifulde kommentarer. Endvidere takker vi mag.art. Leif Nord, der har været ekstern referee, for omhyggelige kommentarer. Undersøgelsen er finansieret af Socialministeriet.

København, juli 2011

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

ADHD er en diagnose, som har fået megen omtale de seneste år, i takt med at flere og flere mennesker har fået stillet diagnosen. Mennesker med ADHD har et meget forskelligt støttebehov, og denne rapport tegner et billede af den sociale indsats i Danmark over for børn, unge og voksne med ADHD. Den er foretaget som led i projektet 'Ny og forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD', som skal munde ud i en national handlingsplan for forebyggelse af alvorlige sociale problemer blandt børn, unge og voksne med ADHD¹.

Flere kommuner, regioner og private aktører har allerede iværksat en række initiativer i forhold til børn, unge og voksne med ADHD, men der foreligger ikke en samlet kortlægning af organiseringen, omfanget og karakteren af regionale, kommunale og private tilbud. En sådan kortlægning har længe været efterspurgt af blandt andre politiske og administrative beslutningstagere, idet den kan bidrage til at tegne et billede af omfanget og karakteren af eksisterende sociale indsatser og tilbud til personer med ADHD i Danmark.

Langt de fleste tilbud i kortlægningen oplever selv, at de opfylder deres formål i høj eller meget høj grad. De fleste steder har personalet

1. Yderligere information om projektet 'Ny og forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD' findes på www.servicestyrelsen.dk/adhd.

fået kurser i ADHD, eller de oplever, at de i forvejen har den relevante viden til at kunne varetage dette område. De kommunale afdelinger mener ligeledes, at de er godt rustet til at have at gøre med borgere med ADHD.

Kortlægningen viser, at den sociale indsats i forhold til ADHD minder om den sociale indsats på flere andre socialpsykiatriske områder. Indsatsen varetages i de fleste tilfælde af tilbud, som også rummer brugere med flere andre typer psykiatriske problematikker. Der er tale om en pædagogisk indsats, som benytter sig af en række adfærdsterapeutiske virkemidler: positiv opmærksomhed, klare retningslinjer, klare mål for adfærden og håndgribelige belønninger (Christoffersen & Hammen, 2011).

Både den ringe grad af specialisering af tilbuddene og personale-sammensætningen kan tolkes som signaler på, at de kommunale tilbud til mennesker med ADHD mere er sociale tilbud, end de er terapeutiske tilbud. Vi ser mere varetagelse af sociale behov hos grupperne med sammensat problematik, end vi ser specialiseret terapeutisk indsats i forhold til gruppen med ADHD som eneste problematik. Det er der ikke noget overraskende i, for behandling er heller ikke socialpsykiatriens eller kommunens ansvar.

Geografisk placerer de tilbud, som vi har kortlagt, sig mere i vest end i øst. Det gælder for de kommunale og socialøkonomiske – dvs. selvejende og fondsejede – tilbud, men det gælder også for de regionale. Kommunerne synes, de har megen viden om området selv, men de søger også information andre steder. Spørgeskemaerne viser, at de mindre kommuner er ret tilbageholdende med at søge viden og dele viden. Det gælder også om viden fra VISO². De mellemstore kommuner benytter VISO mest, mens de største kommuner ikke udtrykker dette behov for specialistviden. VISO's henvendelsesstatistik giver et andet billede, idet det deraf fremgår, at også de store kommuner anvender VISO i sager om ADHD.

I rapporten præsenterer vi også et borgerperspektiv på mødet med det kommunale støttesystem. Der bliver tegnet et billede af, at børn og voksne med ADHD møder mange af de samme udfordringer som andre mennesker med funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer,

2. VISO står for Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation og er organisatorisk forankret i Servicestyrelsen.

der har kontakt til det sociale støttesystem. Det er fx i forhold til manglende koordinering, hyppige sagsbehandlerskift og begrænset kommunal viden om deres funktionsnedsættelser. Særligt de voksne med ADHD beskriver, at det kan kræve ressourcer og en særlig indsats at få den fornødne støtte gennem kommunens sagsbehandler. Forældrene til børn med ADHD giver i højere grad udtryk for, at de oplever at blive taget alvorligt og får adgang til støttetilbud.

Der er forskelle i oplevelsen af diagnosens betydning i forhold til at få hjælp og støtte i det kommunale støttesystem. Forældrene til børn med ADHD har i visse sammenhænge oplevet, at diagnosen har åbnet døre, mens de voksne med ADHD gennemgående ikke oplever diagnosticering som udslagsgivende i mødet med den kommunale sagsbehandler. Deltagerne giver udtryk for, at støttetilbud som støtte- og kontaktpersoner, bostøtte og lignende gør en positiv forskel. Det samme gør deres personlige netværk, som flere af deltagerne oplever at være meget afhængige af.

HOVEDRESULTATER

Denne kortlægning handler om sociale tilbud til mennesker med ADHD. Skønt det lyder enkelt, er det i virkeligheden kompliceret. Der er bl.a. store metodemæssige problemer forbundet hermed. Man kan tale om de sociale tilbud, der *findes* til mennesker med en ADHD-problematik. Men man kan også tale om de sociale tilbud, der *forstår* sig selv som tilbud til mennesker med en ADHD-problematik. Endelig kan man tale om de sociale tilbud, som den ansvarlige myndighed eller leverandør forstår, rettet mod mennesker med en ADHD-problematik.

Begge former for konceptualisering kan opfattes som relevante, og vi diskuterede i projektets startfase, hvilken vi skulle vælge. Det er relevant at få et billede af, hvad der findes af tilbud, som mennesker med ADHD kan benytte. Denne betragtning taler for at inkludere alle socialpsykiatriske tilbud i kortlægningen. Men det er også relevant at få et billede af, hvilken rolle den almindelige forestilling om ADHD spiller. Vi har valgt en socialkonstruktivistisk tilgang. Det vil sige, at vi tegner et billede af, hvad tilbud og myndigheder selv ser som ADHD-tilbud, men ikke et overblik over den vifte af tilbud, som mennesker med ADHD objektivt set benytter.

Mennesker med ADHD har i mange tilfælde også andre psykiatriske problematikker. De fleste socialpsykiatriske tilbud retter sig mod mennesker med mange forskellige problematikker, ligesom mange soci-

alpsykiatriske metoder finder bred anvendelse. Kommunerne oplyser selv i kortlægningen, at ADHD-diagnosen ikke hænger så stærkt sammen med de tilbud, der gives, som eventuelle øvrige diagnoser gør. Alt i alt giver kortlægningen indtryk af, at en ADHD-diagnose ved siden af andre diagnoser ikke ændrer meget ved det sociale tilbud, der ydes fra kommunens side.

TILBUD

Idet en del myndighedsafdelinger ikke har svaret på de udsendte spørgeskemaer, kan vi ikke give et fuldstændigt overblik. De tilbud, vi har svar fra, fordeler sig ganske skævt på danmarkskortet. Set i forhold til befolkningstal har Midt- og Nordjylland flest tilbud, Syddanmark et gennemsnitligt antal og Sjælland og Hovedstaden færrest. Halvdelen af tilbudene er kommunale, en tredjedel er selvejende eller andre former for socialøkonomiske foretagender. Kun hvert tyvende er regionalt, og disse få regionale tilbud fordeler sig med den samme skævhed som de mange kommunale og socialøkonomiske – endda i mere udpræget grad.

En stor del af de tilbud, vi har svar fra i kortlægningen, er botilbud. Botilbud er tilbud til mennesker med en ganske omfattende psykiatrisk eller social problematik. Alt i alt giver listen over tilbud, som vi har svar fra, indtryk af, at mindst to tredjedele af dem deler dette karakteristikum. Samlet set giver kortlægningen et billede af, at den kommunale indsats især sker i forhold til den gruppe, som har andre psykiatriske diagnoser ved siden af ADHD. Vi har dog også tilbud, som henvender sig til en 'lettere' gruppe. Især har vi mange svar fra skoler og dagtilbud.

Det skal bemærkes, at man ikke kan slutte fra fordelingen af tilbud til fordelingen af borgere. Ordninger som bostøtte og støtte- og kontaktperson gives ofte til et stort antal borgere, så de vil fylde mere i billedet, hvis man ser på fordelingen af borgere.

Mere end 80 pct. af tilbuddene angiver, at deres vigtigste formål er at lære borgerne at mestre deres hverdag. De alternative muligheder som at lære at forsørge sig selv eller pasning eller ophold får langt færre svar. Det passer godt sammen med, at tilbuddenes almindeligste ydelser er specialpædagogiske ydelser og behandling/træning, mens undervisning og rådgivning følger efter. De fleste andre ydelser passer ligeledes ind i

dette billede. I tråd hermed er den mest almindelige specialpædagogiske metode struktureret pædagogik.

Christoffersen & Hammen (2011) konkluderer i deres internationale forskningsoversigt, at der er evidens for virkningen af forældretræningsprogrammer såvel som af skolebaseret indsats. Det pædagogiske indhold over for mennesker med ADHD af disse indsatser er ret ens: Det består af ros og positiv opmærksomhed, ignorering af uønsket adfærd og eventuel timeout, effektive kommandoer, adfærdsmæssige mål og håndgribelig belønning. Alt sammen elementer af social indlærings-teori og metoder, der har en bred anvendelse i pædagogik og management (Cunningham, 2006). Tilbuddenes personale har uddannelser, der gør, at de kan yde en sådan indsats.

De fleste tilbud, som kortlægningen dækker, henvender sig til unge mellem 16 og 24 år, omkring halvdelen henvender sig til børn, og en tredjedel til voksne. En del af de nævnte tilbud henvender sig til flere af disse aldersgrupper. Der er i gennemsnit 34 brugere i hvert tilbud. Af dem har de 11 ADHD-lignende adfærd, mens de otte har en ADHD-diagnose. Kun en tredjedel af tilbuddenes brugere har således en ADHD-lignende adfærd, og under en fjerdedel en diagnose.

De sociale tilbud til mennesker med ADHD er samtidig tilbud til mennesker med andre psykiatriske problematikker, og de gør brug af metoder, som har en bred anvendelse i socialpsykiatrien. Der er dog stor forskel på antallet af brugere i de enkelte tilbud. En tredjedel af tilbuddene har 10 eller færre brugere, mens der på den anden side er tilbud med mere end 100 og 150 brugere. Hertil hører fx bostøttetilbud.

De regionale tilbud har med et gennemsnit på 50 det største antal brugere, de kommunale med et gennemsnit over 40 er også store, mens de private er omkring halvt så store, og de socialøkonomiske – dvs. selvejende, fondsejede m.m. – mindst med 16 brugere. Da tilbuddene henvender sig til flere brugergrupper, og mange tilbud har ret få brugere, er der få borgere med ADHD-lignende adfærd og endnu færre borgere med ADHD-diagnose i det enkelte tilbud. To tredjedele af tilbuddene har mindre end 10 borgere fra disse grupper som brugere.

Langt de fleste tilbud oplever selv, at de opfylder deres vigtigste formål i høj eller meget høj grad. Under 5 pct. af tilbuddene mener, at de i mindre grad eller slet ikke opfylder det. Spørger man specielt om tilbuddenes egnethed til brugere med ADHD-lignende adfærd eller diagnose, finder man, at omkring to tredjedele mener, de er velegnede eller

endda specielt egnede. De fleste af de øvrige mener, at de i nogen grad er egnede, mens under 10 pct. mener, de ikke er egnede. En del af de sidstnævnte bruges også kun sjældent til borgere med ADHD.

Den største gruppe medarbejdere er specialpædagoger, men ikke-uddannede medarbejdere, der fungerer som pædagoger, pædagog-medhjælpere og speciallærere, er også store faggrupper, som hver især fylder nogenlunde lige så meget i billedet som alle grupper af behandlere, terapeuter og socialrådgivere tilsammen. Personalesammensætningen reflekterer altså også det indtryk, som mange andre forhold har bidraget til: at den aktivitet, vi her har under lup, primært er en social og pædagogisk aktivitet.

Tilbuddene oplever selv, at de har tilstrækkelig viden om ADHD, og i halvdelen af tilbuddene har næsten alle ansatte været på kurser eller har fået andre former for kompetenceudvikling vedrørende ADHD. I de private tilbud har flest fået kurser, i de regionale færrest. I knap en fjerdedel af tilbuddene har kun få eller ingen modtaget nogen kurser om ADHD. Kun en tolvtedel af tilbuddene mener imidlertid, at de mangler den viden, der skal til, for at tage sig af gruppen.

Langt de fleste af tilbuddene rummer som nævnt borgere med flere forskellige psykiatriske og sociale problematikker. Det mest almindelige er adfærdsvanskeligheder, men også angst, depression, Asperger, og udviklingshæmning er almindeligt ved siden af ADHD. Når tilbuddet er kommunalt, rummer det særlig ofte borgere med misbrug, sindslidelse eller fysisk nedsat funktionsevne ved siden af borgere med ADHD.

ET OVERBLIK OVER KOMMUNER

Ligesom tilbuddene oplyser kommunerne også, at de er klædt godt fagligt på til at tage sig af borgere med ADHD. Vi har spurgt i fem kommunale afdelinger, som vi her kalder Børn og unge, PPR³ og UU-vejledning⁴ samt Voksenafdeling og Jobcenter⁵. Af disse afdelinger me-

3. Pædagogisk Psykologisk Rådgivning

4. Ungdommens Uddannelsesvejledning

5. Da kommunerne kan indrette deres forvaltninger, som de vil, kan afdelingerne nogle steder have andre navne.

ner PPR og UU-vejledninger, at de er bedst fagligt rustet, men alle afdelinger vurderer deres faglige niveau som over middel.

I PPR og UU-vejledningerne har flest modtaget kurser om ADHD, men også i de fleste af jobcentrene har en del personalet modtaget kurser. Afdelingerne, der har med børn og unge at gøre, mener, at den kommunale afdeling, der har størst viden om ADHD, er børn og unge-afdelingen, mens afdelingerne, der har med voksne at gøre, vurderer, at handicap og psykiatri-afdelingen har den største viden. Så skønt de specialiserede funktioner har fået flere kurser, mener respondenterne altså, at de generelle afdelinger har den største viden.

De fleste af afdelingerne i kommunerne mener, at deres viden om ADHD er over middel, og derudover mener en stor del, at den er middel. I de mindste kommuner mener godt en fjerdedel af personalet, at deres viden om ADHD er under middel, blandt de øvrige kommuner mener næsten ingen blandt personalet det. Det kan være, fordi personalet overvurderer egen viden, fordi de undervurderer andres, eller fordi de vurderer i forhold til noget helt andet. Personalet deltager kun lidt i vidensmiljøer, hvilket kan være en del af baggrunden for, at de ikke kan vurdere egen viden i forhold til andres.

Kun et mindretal deler viden med andre kommuner, flest blandt kommuner af gennemsnitsstørrelse, hvor andelen kommer op i nærheden af en tredjedel. En mindre del af de største kommuner deler viden med regionerne. Kortlægningen viser, at VISO (Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation) benyttes mest af gennemsnitlige og over gennemsnitlige kommuner. De største og de mindste kommuner benytter ifølge spørgeskemaerne slet ikke VISO vedr. ADHD. Alt i alt giver dette indtryk af, at mindre kommuner, og i særlig grad de mindste kommuner, har skaffet sig meget lidt adgang til viden, der har forbindelse med ADHD.

Selv om de kommunale afdelinger som nævnt mener, at de er ganske godt rustet til at have at gøre med borgere med ADHD, svarer så godt som alle alligevel, at de møder udfordringer i den forbindelse. Det kan være vanskeligt at finde egnede tilbud, det kan tage tid at få en psykiatrisk udredning af borgeren, og samarbejdet med øvrige relevante aktører er ikke altid glat. Endelig kan kommunen opleve mangel på rummelighed, såvel i de almindelige tilbud i samfundet som i de særlige sociale tilbud.

Ud fra et udtræk fra VISO's henvendelsesstatistik⁶ ses det, at de 10 største kommuner har haft 43 sager i VISO om ADHD, mens de 10 mindste kommuner har haft 11 sager om ADHD.

Manglen på egnede tilbud opleves især af kommunernes jobcentre og også i nogen grad af UU-vejledning og voksenafdeling – især når det handler om beskæftigelse og uddannelse. PPR er den afdeling, der sjældnest oplever mangel på egnede tilbud. Der findes særlige tilbud til børn i skolealderen, men på skoleområdet falder respondenternes tanker ikke først på særlige tilbud.

Det betyder, at PPR især efterspørger rummelighed i skolen. Det er en væsentlig aktuel dagsorden for PPR, og denne interesse er måske baggrunden for, at netop PPR meget ofte oplever, at manglende rummelighed er problemet. Børn og unge-afdelingen har også i nogen grad denne oplevelse. På den anden side oplever jobcentrene i mindst grad manglende rummelighed som en udfordring.

Det har været hævdet i den offentlige debat, at mange forældre presser på for at få en ADHD-diagnose på deres barn, fordi de dermed mener, det bliver lettere at få den nødvendige støtte, og fordi de oplever at blive afvist af myndighederne med henvisning til, at de bare kan opdrage på deres barn, hvis de ikke har en diagnose. Efter kommunernes opfattelse er det at få en psykiatrisk udredning blandt de største udfordringer. Det gælder især for børn og unge, men også for voksne.

På børneområdet visiteres der mest til familiebehandling, ligesom der også i mange tilfælde anvendes konsulentbistand, kontaktperson eller andre former for rådgivning. På voksenområdet visiteres der mest til tilbud om hjælp og støtte til udvikling af færdigheder. Også her fylder rådgivning og støtte meget. I jobcentrene er mentorordning det mest benyttede. Visitationsmønstrene støtter dermed billedet af, at ADHD skal mestres gennem teknikker, som den enkelte borger kan lære.

Både børn, unge og voksne, som visiteres til ydelser i forbindelse med ADHD, bliver i reglen visiteret til ydelser, som retter sig mod en bredere målgruppe, og ret sjældent til ydelser, som er specielt målrettede til ADHD. Det er ikke videre overraskende, i betragtning af at vi ved kortlægningen af tilbud har set, at der ikke findes ret mange specielt målrettede tilbud. Det store flertal af tilbuddene retter sig mod en bredere

6. Udtrækket bygger på perioden 1. januar 2007 til 11. maj 2010. Se metodeafsnittet for yderligere beskrivelse af henvendelsesstatistikken.

målgruppe, og de benytter sig af metoder, som har en bred anvendelse i socialpsykiatrien.

På børn og unge-området melder kommunerne om mangel på særlige klubtilbud til større børn. På voksenområdet meldes der om mangel på botilbud. Botilbud benyttes imidlertid af flere andre grupper og kommer næppe på tale i ret mange tilfælde, hvor ADHD er den eneste problematik.

Vi har allerede været inde på, at en ADHD-diagnose er afgørende for, om man kan modtage støtte. Mange har den opfattelse, og det har derfor været naturligt at spørge de kommunale afdelinger, om de også deler denne opfattelse. Det viser sig, at det gør et flertal af børneafdelingerne. Derimod er opfattelsen i voksenafdelinger og jobcentre mere delt, idet lige mange af disse afdelinger er enige og uenige.

Spørger man derimod, om det er en fordel med en 'ren' ADHD-diagnose i forhold til en blandet diagnose, får man et noget andet svar. Alle afdelinger har den opfattelse, at en 'ren' ADHD-diagnose slet ikke er nogen fordel i forhold til indsats. Det betyder, at de andre diagnoser eller kombinationen betragtes som mere alvorlig. Det kan være et udtryk for, at kommunerne ikke ser det som deres opgave at yde en indsats over for mennesker med ADHD, når der ikke er andre diagnoser eller alvorlige sociale problemer forbundet med det.

ANDRE INDSATSER

Før kommunalreformen i 2007 drev amterne en række specialiserede sociale tilbud som fx botilbud. De største kommuner drev i mange tilfælde lignende tilbud, men for de fleste kommuner var de amtslige tilbud helt nødvendige for varetagelsen af området. Det er derfor interessant at se, om regionerne i dag står for tilbud, som kommunerne mangler. Efter reformen kan kommunerne dog også købe sig til tilbud på en anden måde, nemlig hos andre kommuner.

Efter kommunalreformen har regionerne de første år beholdt de tilbud, som kommunerne ikke ønskede at overtage. Regionerne er imidlertid begyndt at tilpasse deres udbud til den efterspørgsel, som de møder fra kommunernes side. Efter reformen virker regionerne udelukkende som leverandører af ydelser, hvorfor det er naturligt at reducere disse, når efterspørgslen aftager.

Endelig kommer kortlægningen kort ind på, hvad Kriminalforsorgen sætter ind i forhold til ADHD. Kriminalforsorgen tilbyder et forløb til at forebygge tilbagefald til kriminalitet. Forløbet er ikke relateret til ADHD, men giver nogle af de samme teknikker, som andre indsatser i forhold til denne diagnose ofte gør. Desuden er Kriminalforsorgen i gang med et screeningsprojekt, der skal afdække omfanget af gruppen med ADHD.

ET BORGERPERSPEKTIV

Kortlægningen omfatter endelig en fremstilling af betydningen af ADHD set fra borgerens perspektiv. Denne del af kortlægningen bygger på en række dialogmøder og kvalitative interview med voksne borgere med ADHD og med forældre, som har børn med ADHD. Sigtet med denne del er at give nogle bud på, hvilken betydning funktionsnedsættelsen kan have for hverdagslivet, hvilke støttebehov der kan følge med, og hvordan mødet med det kommunale støttesystem opleves.

Generelt fremgår det, at børn og voksne med ADHD møder mange af de samme udfordringer som andre mennesker, men ofte har vanskeligere ved at håndtere dem. Det medfører nogle særlige problemstillinger for målgruppen. En velkendt udfordring er skift, fx skoleskift for børn og skift af job for voksne. Det er velkendt, at ændringer af enhver art, selv sådanne skift af livsomstændigheder, som man har ønsket og gjort meget for at opnå, er stressfaktorer for de fleste mennesker. Forskellen er, at for mennesker med ADHD drejer det sig om en belastning, de ikke selv er i stand til at håndtere. Samtidig kan ADHD'en i sig selv føre til, at der bliver flere skift for denne gruppe. Et barn med ADHD kan opleve hyppige skoleskift som følge af både sin funktionsnedsættelse og rummeligheden i skolens struktur. En voksen med ADHD kan have svært ved at fastholde sit job, enten fordi vedkommende hurtigt kommer til at kede sig i det, eller fordi vedkommende kommer i konflikt med arbejdsgivere og kolleger. Resultatet bliver hyppige jobskift.

En stor del af de voksne interviewpersoner fremhæver, at udviklingen på arbejdsmarkedet i retning af øget selvledelse er vanskelig at håndtere. De giver i flere tilfælde udtryk for, at de fungerer bedre med klare rammer og bliver utrygge ved selv at skulle tage beslutninger. Og

hvis den voksne med ADHD får arbejdslivet til at fungere, kan det være på bekostning af evnen til at klare hjemmelivet.

Det er en gennemgående beskrivelse blandt de interviewpersoner, der har deltaget i den kvalitative undersøgelse, såvel voksne med ADHD som forældre til børn med ADHD, at det kan være vanskeligt at skabe struktur i hverdagen, som for de fleste er en forudsætning for at fungere effektivt. Men i modsætning til de fleste andre er det særligt udfordrende for mennesker med ADHD selv at skabe denne struktur.

Overgange mellem forvaltningsniveauer og hyppige sagsbehandlerskift er ifølge interviewpersonerne en massiv udfordring i mødet med det kommunale støttesystem. Der efterspørges højere grad af koordination både på tværs af de forskellige kommunale afdelinger som fx voksenhandicap og jobcentre og i forbindelse med den vanskelige overgang fra børn og unge-afdelingen til voksenafdelingen. Også denne problemstilling deles af mange borgere i kontakt med det sociale system, men for personer med ADHD, der har behov for struktur og forudsigelighed, kan der være tale om en særlig udfordring.

Flere af de voksne interviewpersoner oplever, at de er meget afhængige af deres netværk. Deres venner og bekendte, og ikke mindst deres eventuelle samlever, må gøre meget for at støtte dem. Det kan dels få personen til at føle sig magtesløs, dels kan der være tale om en så stor belastning for familie og venner, at de på sigt giver op.

Kommunens sagsbehandlere kan undertiden have svært ved at forstå, at en person, som er i arbejde eller har gennemført en uddannelse og samtidig fremstår velfungerende, ikke magter at få hverdagen til at hænge sammen. Blandt interviewpersonerne er der flere, der udtrykker, at de har oplevet dette som en barriere i forhold til at få den nødvendige støtte. Det fremhæves i den sammenhæng, at den kommunale støtte opleves som meget afhængig af den person, man tilfældigvis har fået som sagsbehandler. Nogle forstår, anerkender og undersøger problematikken, mens andre stiller sig helt uforstående.

BAGGRUND OG FORMÅL

Der er i de seneste år kommet øget fokus på og viden om ADHD sideløbende med, at antallet af borgere, der får stillet en ADHD-diagnose, har været stigende (Thomsen & Damm (red.), 2007). Det stiller nye og flere krav til den sociale indsats på området.

I 2009 indgik partierne bag Satapultjen aftale om en ny og forstærket indsats i forhold til børn, unge og voksne med ADHD. Viden og erfaringer fra det samlede projektføreløb skal kvalificere udarbejdelsen af en national handlingsplan for forebyggelse af alvorlige sociale problemer blandt børn, unge og voksne med ADHD.

Den samlede indsats indeholder en række aktiviteter, som gennemføres i perioden 2009-2012⁷, herunder en kortlægning af eksisterende sociale indsatser og tilbud til mennesker med ADHD. Kortlægningsdelen består dels af en forskningsoversigt, som på baggrund af et internationalt litteraturstudie belyser effekten af sociale indsatser i forhold til ADHD (Christoffersen & Hammen, 2011), dels af nærværende rapport, som er en national kortlægning af omfanget og karakteren af eksisterende sociale indsatser og tilbud til personer med ADHD i Danmark.

Flere kommuner, regioner og private aktører har allerede iværksat en række initiativer i forhold til børn, unge og voksne med ADHD,

7. Yderligere information om den samlede indsats kan findes på www.servicestyrelsen.dk/adhd.

men der foreligger ikke en samlet kortlægning af organiseringen, omfanget og karakteren af regionale, kommunale og private tilbud og indsatser.

Formålet med denne rapport er bl.a. at bidrage til kommunernes arbejde med at organisere, udvikle og implementere sociale indsatser, støttetilbud og metoder til gavn for børn, unge og voksne med ADHD. Desuden bidrager rapporten til vidensgrundlaget for udarbejdelsen af den nationale handlingsplan.

HVAD ER ADHD?

ADHD er en diagnose i det amerikanske DSM-IV-diagnosesystem. Diagnosen er en forkortelse for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, det vil sige forstyrrelser af opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet. Inden for denne diagnose findes tre subgrupper, en hyperaktiv-impulsiv type, en type med opmærksomhedsvanskeligheder og en kombineret type. Derudover findes en nært beslægtet diagnose, hyperkinetisk forstyrrelse, som anvendes i WHO's ICD-10-diagnosesystem (Damm & Thomsen, 2006; Christoffersen & Hammen, 2011; Arbejdsgruppen, 2008). I denne rapport anvendes konsekvent diagnosebetegnelsen ADHD, idet det er den mest anvendte både i forskerkredse og blandt fagpersoner på det sociale område.

ADHD er en dimensional tilstand, hvilket vil sige, at man kan have den i større eller mindre grad. Diagnosen stilles inden for et symptompektrum. Der er således store individuelle forskelle på, hvordan de forskellige symptomer på ADHD kommer til udtryk, i hvilke sammenhænge og i hvilken grad. Alder, køn og diverse personlige og omgivelsermæssige faktorer kan på forskellig vis influere⁸.

De diagnostiske kriterier for ADHD falder inden for tre kerne-symptomer: uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet. For at opfylde diagnosekriterierne skal mindst seks symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse eller mindst seks symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet have været til stede i mindst 6 måneder og have vist sig inden 7-årsalderen.

8. For en uddybning af temaer i relation til diagnosen, diagnostiske kriterier, symptomer på og årsager til ADHD, se Christoffersen & Hammen (2011).

Derudover skal symptomerne komme til udtryk i forskellige situationer, eksempelvis både i hjemmet, i skolen/på arbejdspladsen etc., og give betydelige vanskeligheder socialt, skolemæssigt/erhvervmæssigt mv. (Damm & Thomsen, 2006; Thomsen & Damm (red.), 2007; Christoffersen & Hammen, 2011)⁹.

For nogle mennesker med ADHD gælder det, at de har forholdsvis milde symptomer, som ligger på grænsen til normalområdet. De kan således have en diagnose uden at have væsentlige funktionsnedsættelser, hvorfor de også klarer sig uden eller med begrænset hjælp fra det offentlige støttesystem. De har i kraft af eksempelvis personlige ressourcer og/eller gode og beskyttende betingelser i omgivelser og netværk udviklet egne mestringsstrategier, der hjælper dem til at håndtere de vanskeligheder, som deres ADHD afføder. For disse mennesker kan det imidlertid være en særlig udfordring, at der ikke er umiddelbare tegn på deres vanskeligheder. Det oplever mange, også blandt denne kortlægningens interviewpersoner, som et problem i forhold til at få omgivelsernes forståelse og accept af deres vanskeligheder, ligesom det kan være en barriere for at opnå social støtte¹⁰.

Andre derimod kan have symptomer, der medfører så massive vanskeligheder, at der er tale om en alvorlig funktionsnedsættelse. Disse mennesker vil have et stort – og ofte komplekst – støttebehov. For mange gælder det, at de ud over ADHD også har andre problemstillinger. Undersøgelser viser således, at komorbiditet er udbredt blandt mennesker med ADHD, hvilket influerer på det kliniske billede. Det kan for eksempel være autisme, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom, adfærdsforstyrrelser, indlæringsvanskeligheder, motorisk udviklingsforstyrrelse, depression og angsttilstande (Christoffersen & Hammen, 2011; Thomsen & Damm (red.), 2007; Dalsgaard et al., 2002).

Undersøgelser har desuden vist, at der er en stærk sammenhæng mellem ADHD og sociale problemer. Blandt andet har mennesker med ADHD en øget risiko for at udvikle misbrug af rusmidler, blive involveret i kriminalitet og få psykiske lidelser i voksenlivet (Dalsgaard, 2007). Opsporingsprojekter viser desuden, at omkring hver tredje misbruger har

9. Diagnosekriterierne er under stadig udvikling og diskussion. Der arbejdes dels med en revision af WHO's kriterier (ICD-11), som planlægges publiceret i 2015, dels en revision af American Psychiatric Associations kriterier, som planlægges publiceret i 2013. Der kan findes yderligere information om dette emne på www.dsm5.org (Christoffersen og Hammen 2011).

10. Se kapitel 9 for en uddybning af denne problemstilling samt andre borgeroplevede erfaringer.

ADHD. Desuden er der en overrepræsentation af ludomani, trafikuheld og misbrugsproblemer blandt voksne med ADHD (Hansen & Sneum, 2008; Thomsen & Damm, 2007; Christoffersen & Hammen, 2011).

Komorbiditet såvel som kombinationen af ADHD og sociale problemer giver nogle særlige udfordringer ikke bare i forhold til diagnosticering, men også i forhold til støttesystemet, hvilket vi vender tilbage til sidst i kapitlet.

FOREKOMST AF ADHD

Det er vanskeligt at give et præcist tal for, hvor mange børn og voksne der har ADHD. Dels vil tallet variere, alt efter hvilket diagnosesystem der anvendes, idet ICD-10 er mere restriktiv end DMS-IV, dels kan forskellige opgørelsesmetoder betyde, at resultaterne er vanskelige at sammenligne. Derudover foregår der en stadig diskussion og revision af afgrænsningskriterierne, hvilket også kan påvirke opgørelserne (Christoffersen & Hammen, 2011).

Christoffersen & Hammens gennemgang af international forskningslitteratur viser, at tallene for forekomst af ADHD hos børn og unge svinger fra 2-3 pct. til 6-9 pct. For den voksne befolkning ligger tallene for forekomst på mellem 1-2 pct. og 4-5 pct. (Christoffersen & Hammen, 2011).

ADHD-SYMTOMER HOS BØRN

En række faktorer, herunder alder, køn, personlige og omgivelsesrelaterede faktorer, vil som tidligere nævnt have betydning for, hvordan kerne-symptomerne uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet kommer til udtryk hos børn. Fælles for mange børn med ADHD er imidlertid, at de er lette at aflede, har koncentrationsbesvær, hurtigt trættes, glemmer instruktioner, er urolige og impulsive mv. (Damm & Thomsen, 2007). Som følge heraf kan børn med ADHD have store vanskeligheder fx i skolen og i samværet med kammerater (Christoffersen & Hammen, 2011). En nordisk undersøgelse af børn med funktionsnedsættelse og

deres familier sammenlignet med børn i almindelighed (Bengtsson, Hansen & Røgeskov, 2011)¹¹ viser således, at børn med psykiske funktionsnedsættelser sjældnere end børn uden funktionsnedsættelser har en ven. Specifikt i forhold til ADHD er der tale om en kraftig sammenhæng med odds-ratioer omkring 0,02. Det vil sige, at der er 50 gange mindre chance for at have en ven, hvis man har ADHD. Kun Asperger og udviklingshæmning viser sig at være en større barriere for venskab end ADHD.

Derudover viser undersøgelsen, at der for børn med ADHD er de største odds-ratioer for konflikter med kammerater (6,6). Odds betyder her, hvor mange gange sandsynligheden for konflikt bliver større, når man får den oplysning, at barnet har ADHD. Til sammenligning er odds for Asperger under 4, mens udviklingshæmning og fysiske funktionsnedsættelser har mindre betydning. For konflikter med lærerne er odds for alle psykiske funktionsnedsættelser oppe i nærheden af 6 (Bengtsson, Hansen & Røgeskov, 2011).

Også for familien er der ofte store udfordringer forbundet med at have et barn med ADHD. Mange forældre oplever, at der er mange ekstra støtteopgaver forbundet med at have et barn med ADHD, ligesom det giver nogle konflikter i forhold til søskende, som kan opleve, at de ikke får den samme opmærksomhed, eller at deres bror/søster overskrider deres grænser (Christoffersen & Hammen, 2011).

ADHD-SYMTOMER HOS VOKSNE

ADHD blev i mange år primært anset for en tilstand, der kun berørte børn og unge, idet man antog, at det var noget, man voksede fra. Denne opfattelse har imidlertid ændret sig markant inden for de senere år, og der er opstået en bred erkendelse af, at ADHD følger mange ind i voksenlivet.

ADHD hos voksne er som hos børn karakteriseret ved symptomer inden for de tre kerneområder: opmærksomhedsforstyrrelser, impulsivitet og hyperaktivitet, hvor sidstnævnte dog ofte er mindre iøjnefaldende hos voksne end hos børn. Symptomer på ADHD hos voksne

11. Undersøgelsen bygger på interview med de 11-årige børn og deres mødre, som modtager merudgiftsydelse efter Servicelovens § 41 i 2009. Datamaterialet herfra sammenlignes med SFT's generelle børneforløbsundersøgelse.

kan eksempelvis komme til udtryk ved rastløshed, koncentrationsproblemer, 'indre uro', problemer med at strukturere og organisere, lav stresstærskel, humørsvingninger og impulsivitet. Disse vanskeligheder giver ofte problemer med at gennemføre en uddannelse og vanskeligheder ved at finde og fastholde job, herunder hyppige jobskift og/eller arbejdsløshed. Derudover oplever mange voksne at have problemer med at få hverdags- og familieliv til at fungere, herunder vanskeligheder med at få skabt den fornødne struktur i hverdagen. Vanskeligheder med at styre privatøkonomien og med at indgå i og fastholde sociale relationer og parforhold, hyppige boligskift mv. er tilsvarende ofte forekommende problemstillinger.

Ud over ovenstående vanskeligheder er der, som tidligere nævnt, et stort antal voksne med ADHD, som har massive sociale problemer i form af eksempelvis misbrugsproblemer, kriminalitet mv. (Christoffersen & Hammen, 2011).

HJÆLP OG STØTTE TIL MENNESKER MED ADHD

Den kliniske lægefaglige ekspertise om ADHD ligger primært i psykiatrisk regi, mens kommunen er den besluttende, udførende og opfølgende myndighed på hovedparten af alle indsatser til mennesker med ADHD. Ofte indebærer en indsats for borgere med ADHD samarbejde på tværs af mange aktører – forskellige kommunale afdelinger, regionale forvaltninger, selvejende foretagender, private aktører m.fl., hvilket nødvendiggør en høj grad af vidensdeling og koordination på området.

Variation og kompleksitet i symptombilledet kombineret med, at ADHD ofte forekommer i kombination med andre psykiatriske tilstande og/eller sociale problemer, kan være en udfordring for det offentlige støttesystem. Det gælder både i forhold til organisering af indsatsen, opbygning af specialiseret viden og sikring af den nødvendige vifte af ydelser og støttetilbud, som kan imødekomme de ofte meget forskelligartede behov, mennesker med ADHD har.

Støtte efter Serviceloven ydes principielt ikke på baggrund af diagnoser, men med udgangspunkt i en konkret vurdering af den enkeltes funktionsevne og støttebehov. Følgelig er det heller ikke en eventuel diagnose, men borgerens adfærd, der typisk er omdrejningspunktet for socialfaglige medarbejdere i deres samarbejde med borgeren. Da dette er

udgangspunktet for den indsats og støtte, der tilbydes i kommunerne og tilbuddene efter Serviceloven, har vi i denne kortlægning valgt ikke kun at fokusere på personer, som er diagnosticerede med ADHD, men også på 'personer med ADHD-lignende adfærd'. Dette, mener vi, giver et mere dækkende billede af området.

Kortlægningen dækker således både indsatser i forhold til mennesker med en ADHD-diagnose og mennesker med klassiske ADHD-symptomer, som enten ikke har en diagnose (endnu), eller hvor respondenter ikke ved, om personen har en diagnose. Fælles for gruppen af personer med ADHD-lignende adfærd er, at de deler en række vanskeligheder og derfor formodes at kunne have gavn af ADHD-tilpassede foranstaltninger.

Det er klart, at en sådan afgrænsning af målgruppen indebærer metodiske udfordringer. Målgruppen er således mindre præcist afgrænset, end det ville være tilfældet, hvis vi alene havde baseret os på skellet mellem diagnosticerede og ikke-diagnosticerede. Der har således i denne undersøgelse været pålagt den enkelte respondent en større vurderingsopgave, end det ville have været tilfældet med en diagnoseafgrænsning. Denne og andre metodiske problemstillinger uddyber vi i næste kapitel.

METODE

Undersøgelsen består af en kvalitativ del, som Servicestyrelsen har stået for, og en kvantitativ del, som SFI har foretaget. Desuden har Servicestyrelsen udarbejdet en række casebeskrivelser og foretaget udtræk af VI-SO's henvendelsesstatistik. Den kvalitative del har bestået af fokusgruppeinterview med videnspersoner og eksperter samt af dialogmøder og interview med mennesker med ADHD og forældre til børn med ADHD. Den kvantitative del har bestået spørgeskema til en lang række tilbud samt af spørgeskema til en række relevante afdelinger i alle kommuner. Kombinationen af kvalitative og kvantitative metoder giver mulighed for både en mere intensiv og ekstensiv viden om støttetilbud og redskaber i kommunerne.

Den kvantitative del af undersøgelsen har haft fokus på udbredelsen og anvendelsen af støttetilbud og redskaber i kommunerne. I denne del af undersøgelsen har de væsentligste undersøgelseskategorier været fastlagt på forhånd.

I den kvalitative del af undersøgelsen er de væsentligste kategorier blevet udviklet som en funktion af selve undersøgelsen med henblik på at få viden om de mere lokale og kontekstnære forståelser og anvendelser af støttetilbud og redskaber. Den kvalitative del har givet mulighed for at få detaljeret viden om centrale aktørers perspektiver på, erfaringer og oplevelser med støttetilbud og redskaber.

Derudover har der været et samspil mellem metoderne, hvor de kvalitative metoder har bidraget til udformningen af spørgeskemaerne og udvidet forståelsen af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne.

Ud fra dette undersøgelsesdesign er det muligt at give et billede af organiseringen, omfanget og karakteren af eksisterende indsatser og tilbud til personer med ADHD i kommunerne. Desuden er det muligt at opnå et billede af, hvordan det kommunale støttesystem bliver mødt og opfattet af personer med ADHD.

GENERALISERBARHED

Mens den kvantitative undersøgelse af kommunerne og tilbuddene til personer med ADHD kan generaliseres *statistisk*, forholder den kvalitative undersøgelse sig til *analytisk* generalisering (Kvale, 1997). Formålet med de to undersøgelser er således forskellige. Den kvantitative baserer sig på en statistisk tilgang, mens den kvalitative undersøgelses generalisering bygger på en commonsense-tilgang. Kapitlerne i rapporten skal læses med disse overvejelser in mente.

I tidligere SFI-kortlægninger har vi dækket borgerne ved at foretage brugerundersøgelser på de tilbud, som var genstand for kortlægningen. Det har betydet, at det har været muligt at forbinde undersøgelserne af tilbud og borgere. Borgerne i denne kortlægning er kontaktet uden om tilbuddene, og vi ikke har oplysning om, hvilke tilbud de benytter, så det har det ikke været muligt at foretage en sådan forbindelse her.

Vores indtryk er, at resultatet af borgerperspektivet er ganske dækkende, og det modsiger ikke det indtryk, Christoffersen og Hammens (2011) forskningsoversigt giver. Vi har derfor vurderet, at man godt kan generalisere analytisk.

FOKUSGRUPPEINTERVIEW

I projektets opstartsfasen blev der gennemført tre fokusgruppeinterview med videnspersoner på ADHD-området. To af fokusgrupperne blev sammensat af en række praktikere, som arbejder med forskellige typer indsatser målrettet inden for hhv. børn og unge med ADHD og for voksne med ADHD. Deltagerne blev rekrutteret gennem en række fagli-

ge organisationer¹² og på grund af deres særlige viden om ADHD. Det tredje fokusgruppinterview blev afholdt med politiske og interessepolitiske aktører og videnspersoner fra programfølgegruppen for det samlede ADHD-projekt. Fokusgrupperne bestod af 6-10 personer.

Hensigten med at gennemføre fokusgruppinterview på dette tidspunkt i processen var med en eksplorativ tilgang at kvalificere kortlægningen af sociale indsatser målrettet børn, unge og voksne med ADHD. Fokusgruppinterviewene omhandlede: 1) Tendenser og udfordringer i den nuværende indsats; 2) Forslag til, hvad der skal til fremadrettet for at styrke indsatsen; 3) Opmærksomhedspunkter og holdninger til de vigtigste temaer i kortlægningen. Fokusgrupperne har haft en forholdsvis lav struktureringsgrad med vægt på interaktion og diskussion mellem deltagerne med henblik på at få så mange erfaringer om sociale indsatser og særlige udfordringer i forhold til personer med ADHD frem. Denne tilgang har bibragt viden om centrale temaer og udfordringer inden for ADHD-området, som har været med til at guide den efterfølgende dataindsamling. Materialet fra de indledende fokusgruppinterview har givet inspiration til udarbejdelse af såvel spørgeskemaerne for den kvantitative del af kortlægningen som til tematisering af dialogmøderne og til udvælgelsen af cases.

SIGTE MED DEN KVANTITATIVE DEL AF UNDERSØGELSEN

Et sigte med den kvantitative kortlægning har været at få et overblik over tilbud, der specielt retter sig mod personer med ADHD, samt et overblik over tilbud, der bl.a. benyttes af mennesker med ADHD. Vi gik ud fra, at der var flest af de sidstnævnte. Vi har ønsket et overblik over, hvad

12. Fokusgruppedeltagerne på børne/ungdomsområdet er tilknyttet følgende organisationer og institutioner: Dansk Socialrådgiverforening, Danmarks Lærerforening, Pædagogiske Psykologers Forening (PRR), en efterskole, BUPL, Danmarks Vejlederforening (UU) og en skole for specialundervisning. Derudover deltog en børnepsykiater og en psykolog med særlig viden på området. Fokusgruppedeltagerne på voksenområdet er tilknyttet: Socialrådgiverforeningen, Socialpsykiatrien – VISP, Psykologforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab og Socialpædagogernes landsforbund /LSF. Derudover deltog repræsentanter fra udsatteområdet og en samfundsvidenskabelig forsker.

Fokusgruppedeltagerne i den sidste fokusgruppe med politiske og interessepolitiske aktører er tilknyttet: Danske Regioner, KI, Socialchefforeningen, Børne- og kulturchefforeningen og ADHD-foreningen.

der er af tilbud, og hvad de indeholder. Der er tale om tilbud under regioner, kommuner og Kriminalforsorgen samt socialøkonomiske (dvs. selvejende, fonde m.m.) og private foretagender.

Det belyses:

- hvor meget tilbuddene er specialiseret på ADHD
- i hvilken grad fokus er på ADHD
- hvad der gøres for at identificere børn og voksne med ADHD
- hvad der gøres for at udruste sagsbehandlere og frontpersonale i øvrigt med viden, så de kan identificere og tage højde for ADHD
- hvad der gøres for at udvikle tilbud, så de kan rumme ADHD, og for at udvikle særlige tilbud til gruppen. En vigtig side heraf er at belyse, om myndigheder og leverandører mener, at de allerede har de tilbud og den viden, der er nødvendig for at tage hånd om området.

Den kvantitative del af undersøgelsen bygger på et spørgeskema til de relevante tilbud, som belyser indsatserne og deres fokus på og relevans for ADHD. Det drejer sig bl.a. om, hvor omfattende indsatserne er, om personalet har fået særlige kurser, der har rustet dem til at yde en indsats i forhold til mennesker med ADHD, hvilken viden om ADHD personalet har, og hvor meget man mener at kunne gøre for at kompensere borgeren.

Vi har som udgangspunkt oplyst, at vi var interesseret i følgende typer tilbud: dagpasning, botilbud, hjælpemidler, rådgivning, bostøtte, coaching, familiebehandling, individuel terapi, arbejdsprøvning, beskyttet værksted, mentorordning, personlig assistance, ungdomsuddannelse for unge med særlige behov.

Den kvantitative undersøgelse bygger desuden på spørgeskemaer til en række kommunale afdelinger. Da kommunerne er organiseret meget forskelligt, er det vanskeligt at få et dækkende billede. Men vi har tilstræbt at få svar fra børneafdeling, PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) og UU (Ungdommens Uddannelsesvejledning) til at dække børn og unge-området og fra en voksenafdeling og jobcenter til at dække voksenområdet. Nogle af disse afdelinger kan imidlertid have forskelligt navn i de forskellige kommuner, ligesom nogle mindre kommuner deler PPR og UU-vejledning med andre.

På UU-området er billedet rigtigt kompliceret. Nogle kommuner har udliciteret UU-vejledningen til centre, der varetager UU-opgaver for

kommunerne. Det bevirker, at kommunen, der udliciterer opgaven, ikke kan svare på spørgsmål i forhold til UU, og at disse centre ikke kan svare specifikt for hver enkelt kommune og heller ikke kan svare på spørgsmål, som handler om visiteringsmuligheder.

I kommunerne har vi fundet kontaktpersoner, der har stået for kontakten til de nævnte fem kommunale afdelinger. Besvarelsen af spørgeskemaer er så foregået på den måde, at kontaktpersonen har fået fem e-spørgeskemaer, som hun eller han har skullet sende videre til fem personer, som var relevante i de fem afdelinger. Man kan betragte dette som en speciel udgave af sneboldmetoden, hvor man lader én kontakt føre til den næste kontakt.

Denne brug af sneboldmetoden var motiveret af den store forskel i kommunal organisation. I hver kommune ville vi have en central person, der kunne tage stilling til, hvem der her kunne svare for de fem funktioner, vi gerne ville have dækket. Det viste sig imidlertid, at vi i enkelte tilfælde fik mere end én besvarelse fra en enhed. I de tilfælde har vi benyttet alle besvarelsene og vægtet disse, så hver kommune fik samme vægt.

Vi har endvidere indhentet oplysninger telefonisk fra de fem regioner og fra Kriminalforsorgen for at dække deres aktiviteter på ADHD-området.

I oplægget til kortlægningen blev der lagt vægt på, at vi fik dækket *alle* former for indsatser, som blev benyttet af mennesker med ADHD. I den forbindelse skulle det ikke være afgørende, om der var stillet en ADHD-diagnose, idet støtte efter Serviceloven ydes med udgangspunkt i en konkret vurdering af den enkeltes funktionsevne og støttebehov og ikke på baggrund af diagnoser. Vi var derfor også interesseret i tilbud, som ikke forudsatte diagnose, og tilbud, som ikke var specialiseret til mennesker med ADHD, men som alligevel godt kunne rumme disse mennesker. For at understrege dette brede sigte med kortlægningen opfandt vi udtrykket 'mennesker med ADHD-lignende adfærd'.

Brugen af begrebet ADHD-lignende adfærd medfører naturligvis, at den enkelte respondent har haft en større vurderings- og afgrænsningsopgave, end det ville have været tilfældet med en diagnoseafgrænsning. Der kan derfor også være en risiko for fejlskøn i forhold til afgrænsning af tilbud og indsatser til personer med ADHD kontra tilbud og indsatser til andre målgrupper. Eksempelvis kan personer med mental

retardering eller børn, der har oplevet massive omsorgssvigt, i nogle tilfælde have symptomer eller adfærd, der kan minde om ADHD. Her mener vi imidlertid, at det meget eksplicite fokus på ADHD i undersøgelsen har minimeret denne type af fejlskøn.

For at få dækket alle former for indsatser gjorde vi et langt større arbejde med opsporing, end vi har gjort i tidligere kortlægninger. Vi startede naturligvis med Tilbudsportalen¹³ og opbyggede et net af kontaktpersoner i alle kommuner. Vi nøjedes dog ikke med en kontaktperson i hver kommune, men gjorde en stor indsats for at opbygge et netværk, der rakte ud i alle relevante afdelinger. Endvidere fik vi adgang til en oversigt over socialpsykiatriske tilbud fra en anden undersøgelse, der var blevet foretaget et par år før denne (Ebsen & Gregersen, 2007).

Oplægget til den kvantitative undersøgelse gjorde endvidere meget ud af at få alle relevante afdelinger i kommunen dækket. Det betyder, at undersøgelsen kan sige en hel del om den rolle, ADHD spiller i de fem afdelinger. Det er muligt at nuancere på mange punkter, fra hvor meget viden man har de fem steder, til hvor godt man synes, behovet er dækket på de fem områder.

I den forbindelse gjorde vi også en stor indsats for at få belyst samarbejdet mellem afdelinger i kommunen og arbejdsdelingen på området ADHD. Det viste sig imidlertid at være vanskeligt at belyse på grundlag af besvarelsene. Der var stillet en lang række af spørgsmål om den ene afdelings samarbejde med den anden, men der var alt for mange spredte detaljer til, at man kunne danne sig et billede. Grunden hertil ligger formentlig lige så meget i spørgsmålene som i svarmønstrene.

METODEPROBLEMER

Der er en række problemer med troværdigheden af spørgeskemaundersøgelser. Spørgsmålet er, om vi kan være sikre på, at vi rent faktisk undersøger det, vi tror, vi undersøger. Her skal nævnes fire konkrete problemer med denne undersøgelses validitet/troværdighed, som kan have betydning for tolkningen af resultaterne, samt den måde problemerne er søgt imødegået på.

13. www.tilbudsportalen.dk

1. Uklarheder omkring centrale begreber som fx tilbud og ADHD-diagnose. Der findes ikke én definition af tilbud, som har generel gyldighed, og som forstås på samme måde overalt. Der lægges i spørgeskemaet op til et individuelt frirum i tilpasningen af begreberne til den enkelte kommunes konkrete praksis. Det er derfor vigtigt, når data tolkes, at holde sig for øje, at flere centrale begreber i et vist omfang knytter sig til, hvad respondenterne selv forstår ved dem, og hvordan de anvender dem i deres egen organisation.

2. Svarene i spørgeskemaundersøgelser er følsomme over for ordvalget i spørgsmålene. Tolkningerne må derfor alene ske på grundlag af de spørgsmålsformuleringer, der danner grundlag for netop dette datamateriale.

3. ”Social desirability bias”, der handler om, at respondenterne gennem svarene i spørgeskemaet forsøger at præsentere et positivt billede af sig selv set i forhold til, hvad der antages at være socialt ønskværdigt. Dette gør sig særligt gældende i forhold til vurderingen af egen viden og kvalitet i tilbud, og det må siges at være en generel udfordring i designet.

4. Det er ikke muligt helt præcist at redegøre for, hvem der faktisk har udfyldt skemaet. Det kan være udfyldt af meget forskellige personer, placeret forskellige steder i de forskellige kommuner. Vi har gjort et stort arbejde for at finde frem til den person, der havde det største kendskab til forholdene, og det kan dække over forskellige positioner i kommunerne og kan desuden være lykkedes godt eller dårligt. Men selv om vi kendte den enkelte respondents identitet, er det ikke sandsynligt, at vi ville være blevet meget klogere af det.

Det stod fra starten klart for os, at det ville blive en meget vanskelig opgave at foretage en kvantitativ kortlægning af indsatsen i forhold til ADHD. SFI har tidligere foretaget kvantitative kortlægninger af den beskyttede beskæftigelse og af den særlige dagpasning af børn efter § 32. I begge tilfælde var emnet afgrænset ved angivelse af en bestemt paragraf i Lov om Social Service. Det var ikke uproblematisk at foretage en sådan afgrænsning. Specielt i forbindelse med kortlægningen af dagpasning viste det sig, at en del af dagpasningstilbuddet til børn med handicap var

lagt under Dagpasningsloven. Kortlægningen kom således til at give et ufuldstændigt billede.

I forhold til et emne som tilbud til personer med ADHD eller ADHD-lignende adfærd måtte man imødesee betydeligt større problemer. Hvordan kunne man få forklaret dette kriterium så præcist, at fem forskellige afdelinger i 98 kommuner og nogle hundrede tilbud forstod det ens? Hvordan kunne man undgå, at en type tilbud, som blev inkluderet i en kommune eller i en afdeling, blev betragtet som irrelevant i en anden? Hvordan kunne man undgå, at kontaktpersonernes tilfældige vurdering blev afgørende for, hvad der blev taget med?

Disse spørgsmål blev diskuteret meget i projektgruppen i den første fase af kortlægningen, hvor vi etablerede kontakter til tilbud og til kommunale afdelinger og fik indtryk af, hvor vanskeligt det var at forklare sigtet med undersøgelsen. Vi blev hurtigt klar over, at vi fx ville få en ting som bostøtte efter § 85 med i nogle kommuner, men ikke i andre, alt efter om vores kontaktperson syntes, det var et tilbud, der var relevant i forhold til ADHD-lignende adfærd. Netop denne form for støtte efterspørges af mange mennesker med ADHD, hvilket kunne tale for, at alle socialpsykiatriske tilbud var taget med.

I den forbindelse diskuterede vi, om vi ikke skulle tage alle socialpsykiatriske tilbud med og dermed selv tage beslutningen, om en type tilbud var relevant for ADHD eller ikke. Vi holdt imidlertid fast ved udgangspunktet om at spørge efter tilbud af relevans for ADHD ud fra den betragtning, at det ville give et bedre indtryk af, hvor meget kommunen tænkte på ADHD.

Det må derfor tages i betragtning, når man læser resultaterne af denne kortlægning af ADHD-indsatsen, at det ikke blot er et billede af, hvad *der er* af indsatser af relevans for denne gruppe, men i lige så høj grad et perspektiv på, hvad man i den enkelte kommune *betragter som* værende af relevans for gruppen. Det er lige så meget bevidstheden om ADHD, som det er indsatsen i forhold til ADHD, vi tegner et billede af.

LOGISTIK

Etableringen af kontaktnet har heller ikke været nogen enkel sag, og arbejdet hermed blev alligevel langt mere omfattende, end vi havde forestillet os. Spørgeskemaerne blev udsendt via e-mails, og der var efterføl-

gende en omfattende rykkerprocedure, som blandt andet indebar telefonisk kontakt til mange af kommunerne. Denne indsats har givet svar fra i alt 79 pct. af kommunerne, men hvis vi ser på den enkelte afdeling, ligger svarprocenterne oftere omkring de 50.

Tilbuddene fandt vi på Tilbudsportalen samt gennem kontakter i kommuner og regioner. Endelig benyttede vi adresselisten fra en kortlægning af tilbud til unge med psykosociale problemer hos Center for Forskning i Socialt Arbejde. Alt i alt kom vi op på at have ca. 1.500 adresser, som muligvis kunne være tilbud af relevans for ADHD. Idet vi har defineret det univers af tilbud, som vi burde nå ud til, i relation til de forestillinger, som det enkelte tilbud har om sin funktion, er det vanskeligt at sige noget om, hvor mange relevante tilbud der er i alt.

Vi har fået besvarede skemaer tilbage fra 613 tilbud. Vi kan ikke vide, hvor mange tilbud der findes, og det er derfor ikke muligt at beregne nogen svarprocent for tilbuddene. Svarprocenten er med sikkerhed over 40, men i betragtning af de mange usikre mailadresser, vi har sendt ud til, vil det rigtige tal med lige så stor sikkerhed være betydeligt større.

SPØRGESKEMAER

Det har af mange grunde været vanskeligt at få konstrueret gode spørgeskemaer, specielt til de kommunale afdelinger. Det har både at gøre med, at afdelingsstrukturen er så forskellig, og med de allerede nævnte problemer med at forklare, hvad emnet for undersøgelsen var. Endvidere forklarede vi mere om undersøgelsen i et følgebrev, som blev sendt sammen med skemaet.

Ligegyldigt hvad man gør, har et spørgeskema imidlertid altid svagheder. Her ligger den største uklarhed i brugen af begreberne ADHD-diagnose og ADHD-lignende adfærd. Vi har udformet spørgsmålene, idet vi har forestillet os, at en person med ADHD-diagnose nødvendigvis også ville have en ADHD-lignende adfærd: ”Hvor mange af de brugere med ADHD-lignende adfærd, som tilbuddet har tilknyttet, har en ADHD-diagnose?” Vi kan se på svarmønstrene, at de fleste respondenter har opfattet det på den måde.

Svarene viser imidlertid, at enkelte har forstået begrebet ADHD-lignende adfærd således, at det udelukker en diagnose. Det gør resultaterne om antal personer i tilbuddene lidt *biased*. Det betyder konkret, at

de tal, vi angiver om antal borgere i tilbuddene med ADHD, er en smule undervurderede. Spørgsmålet er dog formuleret så tydeligt, at vi må have lov at gå ud fra, at fejlen er minimal. Spørgeskemaerne til undersøgelsen er gjort tilgængelige som netpublikation på SFI's hjemmeside¹⁴.

DIALOGMØDER

Med det formål at indsamle viden om målgruppen og få borgerperspektiver på mødet med det kommunale støttesystem gennemførte vi i efteråret 2010 seks dialogmøder¹⁵, fordelt på tre med voksne med ADHD og tre med forældre til børn med ADHD. Særligt var der fokus på, hvilke former for tilbud, deltagerne modtager, og gruppernes interaktioner og betydningsdannelser i forhold til de udfordringer og barrierer, de oplever i forhold til at få støtte (Harrits et al., 2010). Dialogmøderne blev gennemført i Servicestyrelsens lokaler i Esbjerg, Aarhus og København.

Ved planlægningen af dialogmøderne var vi opmærksomme på, at det kunne medføre nogle særlige udfordringer at anvende denne metode i forhold til personer med ADHD. Derfor valgte vi en stramt struktureret interviewmodel med en tydelig spørgeguide og en klar mødestruktur for at imødekomme de særlige behov for forudsigelighed og struktur, som personer med ADHD kan have. Materialet fremsendte vi nogle dage før gennemførelsen af dialogmøderne. Denne metodiske beslutning har haft en vis indflydelse på graden af spontanitet blandt deltagerne, på de emner, der blev diskuteret, og muligheden for at lade samtalen omkring bordet flyde frit. Inden for rammerne blev det efterstræbt, at deltagerne fik mulighed for at forfølge opståede temaer og emner, ligesom de i høj grad blev inspireret af hinandens udsagn og fortællinger.

Af yderligere metodiske tilpasninger valgte vi at begrænse antallet af deltagere til fire til seks personer for at forbedre mulighederne for taletid for den enkelte og reducere risikoen for forstyrrelser og afbrydel-

14. www.sfi.dk

15. Der er tale fokusgruppeinterview, som i dette tilfælde er tilpasset målgruppens ressourcer. For at undgå sammenblanding af de to typer fokusgruppeinterview, der er anvendt i kortlægningen, anvendes begrebet dialogmøder.

ser, der ville kunne påvirke deltageres koncentration. Desuden lavede vi påmindelsesaftaler med nogle af deltagerne.

I forhold til rekruttering rettede vi henvendelse til de lokale afdelinger af ADHD-foreningen, til den kommunale forvaltning i to af kommunerne, til en skole med specialklasser til børn med ADHD, til et værested og aktivitetstilbud til udsatte grupper og til et netværksforum for personer med ADHD. Ambitionen var at rekruttere interviewpersoner med blandede profiler, således at personernes støttebehov og erfaring med det kommunale system ville være forskellige. Samtidig var vi opmærksomme på, at det sandsynligvis i højere grad ville være relativt ressourcestærke personer, der ville kunne overskue at tilmelde sig og have forudsætninger for at gennemføre. Det lykkedes i vid udstrækning at få sammensat grupper med blandede profiler, men da dialogmøderne skulle gennemføres, var der enkelte, der meldte fra på grund af manglende overskud den pågældende dag. En enkelt af dem, der havde meldt afbud, valgte i stedet at fremsende sine svar på interviewguiden pr. mail.

Både dialogmøderne med de voksne og med forældre omhandlede støtte og udredning (herunder støttebehov, problemstillinger i forbindelse med ADHD), tilbud og indsatser (herunder kompensation, mødet med det kommunale støttesystem og fagpersonerne) og indsatsområder og perspektiver (særligt med fokus på, hvilke tilbud der er behov for, og nogle bredere perspektiver i forhold til ADHD).

ENKELTPERSONSINTERVIEW

I forbindelse med det samlede ADHD-projekts opsporingsdel¹⁶ blev der i løbet af sommeren 2010 gennemført en række personlige interview med det formål at opnå viden om, hvilke sociale og personlige forhold der kan have betydning for, hvordan man klarer en tilværelse med ADHD, herunder om man får sociale problemer eller ej.

Interviewene har karakter af at være 'livshistorieinterview'. Ved at arbejde med denne type kvalitative interview opnår man ikke viden

16. Det samlede ADHD-projekt består af fire dele, hvoraf enkeltpersonsinterviewene er udarbejdet i forbindelse med opsporingsdelen. I nærværende rapport anvendes enkeltpersonsinterviewene som en del af borgerperspektivet, der primært præsenteres i kapitel 9. Enkeltpersonsinterviewene præsenteres og analyseres desuden i en selvstændig rapport fra Servicestyrelsen som offentliggøres i 2011.

om et objektivt oplevet livsforløb, derimod er fokus på den individuelle, subjektive og dynamiske fortælling, der har forskellige versioner afhængig af tidspunkt og kontekster. Denne tilgang er valgt for at fremme den mening og betydning, som interviewpersonerne selv tillægger bestemte sociale forhold (Harrits et al., 2010). Denne betydning vil dog være påvirket af vores tilstedeværelse og den overordnede tematisering af ADHD.

Der har været fokus på 1) personlige og sociale ressourcer og 2) sociale problematikker, herunder psykosociale problemstillinger, misbrug og kriminalitet. Materialet giver derved indblik i den oplevede betydning af bl.a. opvækstvilkår, komorbiditet, sociale støtteforanstaltninger, personlige ressourcer, sociale netværk og lignende. Interviewene bibringer nogle mere dybdegående borgerperspektiver og livsforløb, som udgør et godt supplement til den mere dialogbaserede viden, der er opsamlet på baggrund af dialogmøderne.

Metodisk er der tale om semi-strukturerede interview, hvor det har været muligt at afvige fra spørgeguiden og forfølge relevante temaer og emner, der opstod i løbet af interviewet.

Der er gennemført i alt ni enkeltinterview med voksne med ADHD, som er blevet rekrutteret gennem de tre projektkommuner¹⁷, som deltager i den samlede ADHD-indsats. Fælles for interviewpersonerne er, at de alle har fået diagnosen som voksne, dvs. efter at de var fyldt 16 år. På interviewtidspunktet var interviewpersonerne mellem 25 og 45 år.

CASEBESKRIVELSER

Derudover er der i forbindelse med kortlægningen udarbejdet 10 kvalitative casebeskrivelser, som har til hensigt at pege på allerede iværksatte støttetilbud, metoder og redskaber. Det er vigtigt at påpege, at der er tale om nedslagspunkter, som opsamler erfaringer fra forskellige typer af tilbud, indsatser og projekter, der er rettet mod borgere med ADHD.

17. I forbindelse med det samlede ADHD-projekt i Servicestyrelsen er der udvalgt tre projektkommuner: Aarhus, Vejle og Slagelse, som er med til at udvikle og afprøve redskaber, som kan opspore voksne udsatte med ADHD. De skal desuden være med i udviklingen af konkrete tilbud til børn, unge og voksne med ADHD. Der kan læses yderligere om projektkommunerne på www.servicestyrelsen.dk/adhd.

Der er bl.a. fokus på, hvordan man har brugt og udviklet eksisterende og nye tilbud. Det er vigtigt at understrege, at udvælgelsen af netop de 10 cases fx *ikke* er et udtryk for de mest effektfulde eller kvalificerede tilbud i landet.

I denne rapport anvendes nogle af casebeskrivelserne¹⁸ som illustrationer og eksempler på tilbud og indsatser, der på forskellige måder og niveauer anvendes til personer med ADHD. De fremstilles løbende som tekstbokse med henblik på at give et billede af den diversitet, der findes på området, både i forhold til målgruppe, specialisering, forankring og organisation. De casebeskrivelser, der anvendes i rapporten, er udvalgt ud fra de temaer, der behandles igennem kortlægningen.

VISO HENVENDELSESSTATISTIK

Endelig består kortlægningen af et udtræk fra VISO's (Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation)¹⁹ henvendelsesstatistik, hvoraf det fremgår, hvor mange sager VISO har oprettet, som omhandler ADHD i perioden 1. januar 2007 til 11. maj 2010. Medarbejderne i VISO registrerer dels de henvendelser, der modtages i VISO, dels de af henvendelserne, der bliver til egentlige VISO-sager²⁰. Mens der i perioden har været 660 henvendelser vedrørende ADHD, er 300 af dem blevet oprettet som egentlige VISO-sager, hvilket vil sige, at de har fået en eller flere ydelser tilknyttet. De øvrige er fx blev afklaret telefonisk tidligt i forløbet, hvor det er blevet vurderet, at det ikke er en VISO-sag og/eller henvist andetsteds. For at give et billede af, hvilke typer af problemstillinger der er særligt vanskelige at håndtere blandt de personer, der henvender sig til VISO, har vi valgt at fokusere på de henvendelser, der bliver oprettet som egentlige VISO-sager.

18. Samtlige casebeskrivelser kan findes i en mere detaljeret og journalistisk bearbejdet form på hjemmesiden for det samlede ADHD-projekt www.servicestyrelsen.dk/adhd.

19. VISO er en specialrådgivningsinstitution, som blev oprettet i forbindelse med kommunalreformen 1. januar 2007. VISO dækker de mest specialiserede og komplicerede problemstillinger og rådgiver kommuner, borgere og tilbud på det sociale område samt på specialundervisningsområdet, når den rette ekspertise ikke er til stede i kommunen. VISO er forankret i Servicestyrelsen

20. I perioden 1. januar 2007 til 31. maj 2010 er i alt 3.160 henvendelser blevet godkendt til en VISO-sag. I samme periode er 300 henvendelser om ADHD blevet til en VISO-sag, og det betyder, at ADHD optræder i omkring 9 pct. af VISO-sagerne i perioden.

I de 300 oprettede sager indgår ADHD som en del af problemstillingen – enten som eneste klassifikation eller som en blandt flere klassifikationer. Materialet giver blandt andet et billede af, hvilke typer problemstillinger sagen handler om i forhold til fx kompleksitet, samarbejdsproblemer og lignende. Desuden er det muligt at få et indtryk af, hvilke klassifikationer der fremtræder oftest i kombination med ADHD – såsom autisme spektrum forstyrrelser²¹, depression, misbrug og andet. Det er vigtigt at påpege, at VISO-sagerne kan have flere problemstillinger og klassifikationer tilknyttet. Eksempelvis kan en sag både være registreret med problemstillingerne: overgangsproblematik og manglende overblik over tilbud og med klassifikationerne: autisme spektrum, angst og depression.

21. Autisme spektrum forstyrrelser forkortes ASF og er klassificerede som gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

TILBUDDENE

Da ADHD i nogle tilfælde indebærer funktionsnedsættelse, der kan gribe ind i flere aspekter af et menneskes liv, kan der være brug for mange forskellige indsatser. Eksempelvis kan det være givtigt at få støtte til at forstå sin diagnose eller til at strukturere sin hverdag. Formålet med dette kapitel er at give et billede af de sociale tilbud, der p.t. eksisterer til personer med ADHD²².

I alt har 613 respondenter besvaret et spørgeskema om et tilbud til personer med ADHD. De 613 spørgeskemaer er i 433 tilfælde, svarende til 71 pct., udfyldt af lederen af tilbuddet.

I dette kapitel redegør vi for tilbuddenes geografiske fordeling og organisatoriske forankring, hvilke formål de har samt det lovmæssige grundlag for tilbuddet. Endvidere beskriver vi, hvilke ydelser de udbyder, ligesom vi præsenterer tilbuddenes egne vurderinger af, hvorvidt de er egnede til at hjælpe personer med ADHD. Yderligere gør vi rede for tilbuddenes metoder og dokumentationspraksis. Vi afrunder kapitlet med et afsnit om tilbuddenes viden og kompetencer, hvilket vi sammenholder med tilbuddenes rummelighed²³ over for forskellige målgrupper.

22. Når der i det følgende refereres til 'tilbuddene', er der tale om de tilbud, som har medvirket i SFI's survey ved at besvare et spørgeskema.

23. Begrebet rummelighed forholder vi os yderligere til senere i kapitlet.

Kapitlet giver et indblik i og en idé om, hvilke 'huller' tilbuddene selv oplever og som følge deraf, hvilke udviklingsmuligheder der er inden for ADHD-området i tilbuddene.

GEOGRAFISK FORDELING AF TILBUDDENE

For at få overblik over tilbud til personer med ADHD præsenterer vi i dette afsnit et danmarkskort, som viser fordelingen af tilbud. Den geografiske præsentation bygger på oplysninger om beliggenhed, som tilbuddene selv har angivet i spørgeskemaerne.

Omtrent halvdelen af tilbuddene har imidlertid valgt *ikke* at angive, i hvilken kommune de ligger. Præsentationen må derfor ses i lyset af dette. Endvidere må det tages i betragtning, at borgerne i et tilbud i nogle tilfælde godt kan komme fra en anden kommune og region end den, hvor tilbuddet geografisk er placeret.

Mere end en tredjedel af tilbuddene ligger i Region Midtjylland. Figur 4.1 udtrykker et samlet billede af de medvirkende tilbud – det vil sige både kommunale, regionale, private samt fonde/selvejende institutioner – opgjort per 100 borgere. Danmarkskortet illustrerer, at der er stor forskel på Øst- og Vestdanmark, når det gælder dækningen med tilbud til mennesker med ADHD. Således kan vi se, at der generelt er flest tilbud per borger i Vestdanmark.

Af kortet fremgår det altså, at der er betydeligt flere borgere om hvert tilbud i Østdanmark end i Vestdanmark. Et stort antal tilbud ligger inden for Region Midtjyllands grænser. I den anden ende af skalaen ligger Region Hovedstaden, hvor der er mere end 2½ gange så mange borgere per tilbud. Tabel 4.1 viser fordelingen af tilbud samt de samlede fordelinger af tilbud per borger opdelt i regioner. Bemærk, at der stadig er tale om alle typer af tilbud, det vil sige både regionale, kommunale, private samt fonde og selvejende institutioner. Ligesom figur 4.1 bygger tabel 4.1 på de oplysninger, tilbuddene selv har oplyst. Det betyder, at tallene i tabellen er udregnet efter de 306 tilbud, som har oplyst, i hvilken kommune de ligger. Det havde naturligvis været ønskeligt, at flere tilbud havde besvaret dette spørgsmål i spørgeskemaet, men selv om det ikke er tilfældet, giver tabellen alligevel et indblik i fordelingen af tilbud set i henhold til indbyggerantal i regionerne.

TABEL 4.1

Antal borgere per tilbud, som har oplyst kommune, fordelt efter regioner.

Geografisk område	Antal borgere/tilbud	Antal tilbud
Region Midtjylland	5.422	116
Region Nordjylland	7.815	37
Region Syddanmark	9.365	64
Region Sjælland	14.120	29
Region Hovedstaden	14.123	60
Hele landet	17.589	306

Kilde: Spørgeskema til tilbud og oplysninger om folketal fra Danmarks Statistik.

I tilknytning til tabellen skal det bemærkes, at udregningen af koefficienten for hele landet bygger på det samlede antal medvirkende tilbud i surveyen, det vil sige 613 tilbud. De øvrige koefficienter bygger på de tilbud, der har angivet, hvor i landet de er placeret, det vil sige 306 tilbud.

Vi har testet for, om antallet af tilbud set i forhold til det, der skulle forventes ud fra indbyggertal, hænger sammen med en række karakteristika ved kommunen såsom kommunens størrelse og befolknings-tæthed og dens udgifter til ting som aktivering, kontanthjælp, sundhed, og forsørgelsesudgifter i alt, som fremgår af kommunale nøgletal. Vi har fundet flere sammenhænge af denne art. Det viser sig imidlertid, at de næsten alle forsvinder eller modificeres stærkt, når man ser på områderne øst og vest for Storebælt hver for sig. Vi kommer derfor ikke nærmere ind på sammenhængene mellem antal tilbud og kommunens profil.

De fleste tilbud (58 pct.) modtager deres brugere fra deres egen kommune. Der er dog også en del tilbud, som modtager brugere fra kommuner i nærområdet (33 pct.), og mange, som modtager brugere fra hele landet (41 pct.). Det er kun 3 pct. af tilbuddene, som ikke ved, hvorfra de modtager deres brugere. Procentangivelserne summer ikke til 100, da respondenterne har haft mulighed for at angive flere modtagemuligheder. Selv om der er så mange tilbud, der modtager brugere fra egen kommune, peger fordelingerne altså ikke i retning af lav mobilitet på området.

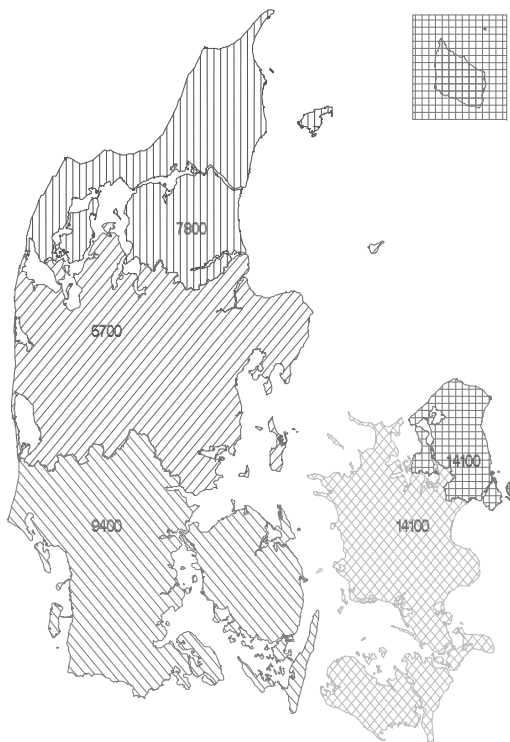
TILBUDSTYPER, FORMÅL OG LOVGRUNDLAG

I dette afsnit beskriver vi de mere formelle forhold i tilbuddene. Formålet hermed er at give et indledende indblik i tilbuddene, hvilket er vigtigt i

forhold til senere at forstå og identificere udviklingsmulighederne i tilbuddene til personer med ADHD.

FIGUR 4.1

Danmarkskort over antal indbyggere per sociale tilbud til personer med ADHD, geografisk fordelt på regioner



Anm: n=306. n er antallet af tilbud, der i spørgeskemaet har angivet hvor i landet de ligger.

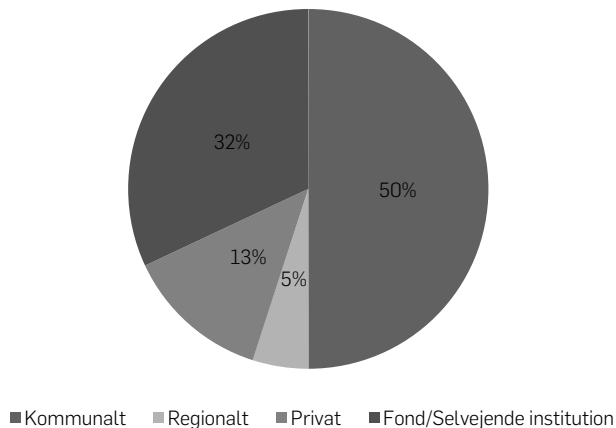
Kilde: Spørgeskema til tilbud samt oplysninger om folketal fra Danmarks Statistik

Halvdelen af de medvirkende tilbud er kommunale. Derudover er 32 pct. selvejende institutioner eller fonde (også kaldet socialøkonomiske foretagender), 13 pct. er private, mens kun 5 pct. er regionale. Grundet de metodiske problemer, der gør sig gældende ved at foretage en kortlægning, kan vi ikke vide, om dette billede stemmer overens med den 'virkelige' organisatoriske fordeling af tilbud. Det beror på, at vi ikke kan angive en svarprocent for

spørgeskemaundersøgelsen til tilbuddene, jf. i øvrigt kapitel 2, hvor vi har beskrevet de metodiske forhold mere dybtgående.

FIGUR 4.2

Tilbuddene fordelt efter deres organisatoriske forankring. Procent.



Anm.: n = 613.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

De regionale tilbud fordeler sig sådan, at 12 af dem er placeret i Region Midtjylland, mens Region Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland er repræsenteret med hver seks regionale tilbud. Der er ingen regionale tilbud fra Region Nordjylland. De regionale tilbud fordeler sig dermed geografisk i overensstemmelse med det præsenterede danmarkskort (figur 4.1). De 30 regionale tilbud er for det meste (dvs. i 17 tilfælde) døgninstitutioner/botilbud. Derudover er der tale om skoler, dagtilbud, afdækning samt om kombinationer, hvor flere ydelser udbydes samtidig. Alle medvirkende tilbuds organisatoriske forankring fremgår af figur 4.2.

MANGE TILBUD ER DØGNINSTITUTIONER ELLER BOTILBUD

Den største gruppe af tilbuddene er døgninstitutioner eller botilbud, jf. tabel 4.2. Der er desuden en del af tilbuddene, som er skoler eller dagtilbud. Som tidligere omtalt er der visse metodiske problemer forbundet med undersøgelsen. I denne forbindelse gør disse problemer, at vi ikke kan fastslå, at den fordeling, som tabel 4.2 viser, reelt er overensstem-

mende med den fordeling, der ville være, hvis vi havde kendskab til alle relevante tilbud. 18 pct., svarende til 113 respondenter, har svaret, at deres tilbud er noget andet end de oplyste kategorier. 'Andet' dækker bl.a. over aflastningstilbud, aktiveringstilbud, bostøttetilbud efter Lov om Social Service § 85 samt tilbud, der inkluderer flere tilbudstyper – eksempelvis både ambulante- og døgntilbud, både døgninstitution og skole eller både job- og botilbud. At så forholdsvis mange respondenter har angivet, at deres tilbud er noget andet end de øvrige mere konkrete kategorier – og at 'andet' i mange tilfælde dækker over kombinationer af forskellige tilbudstyper – kan være en indikation på, at tilbuddene tænker på tværs af de traditionelle kategorier. Et eksempel er det tilbud, der både fungerer som beskæftigelses-/aktivitetstilbud og botilbud.

TABEL 4.2

Tilbuddene fordelt efter tilbudstype. Procent.

	Antal	Procent
Døgninstitution/botilbud	249	40,6
Skole	76	12,4
Dagtilbud	64	10,4
Personlig kontaktperson	31	5,1
Rådgivning og støttefunktion	28	4,6
Specialbørnehave	14	2,3
Specialafdeling i børnehave	11	1,8
Individuel terapi	8	1,3
Klubtilbud/Ungdomsklub	5	0,8
Familietilbud /Tilbud til pårørende	4	0,7
Gruppeforløb fx gruppeterapi	2	0,3
Forældretilbud	2	0,3
Fritidsklub	2	0,3
Personlig rådgiver	2	0,3
Jobtilbud	1	0,2
Mentor	1	0,2
Andet	113	18,4
I alt	613	100

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

At der er så forholdsvis mange, der har svaret 'andet', kan dog også være et udtryk for, at der i spørgeskemaet har været for få afkrydsningskategorier, hvorfor respondenterne har set det som mest passende at vælge en anden kategori. Når vi kigger på tabel 4.2, hvor alle afkrydsningskategorier fremgår, mener vi imidlertid ikke, at dette er tilfældet. Endelig skal vi kommentere, at der kan være flere andre forklaringer på de fordelinger, tabellen viser

TABEL 4.3

Tilbudstypernes lovgrundlag.

Tilbudstype	Lovgrundlag
Døgninstitution/ botilbud	Serviceoven: §§ 25, 32, 40, 42, 49, 51, 52, 56, 58, 66, 67, 75, 76, 83, 84, 85, 101, 103, 107, 108, 110, 123, 142, 144, 148, 149 og 152 Folkeskoleloven: §§ 1, 11, 22, 20, 46 og 52 Beskæftigelsesloven: Kapitel 10, §§ 22 og 104 Sundhedsloven: § 141
Skole	Serviceoven: §§ 20, 22, 33, 107 og 142 Folkeskoleloven: §§ 3, 20, 22, 67, hele loven og bekendtgørelse nr. 1373 (2005) om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand Efterskoleloven: § 25 Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov Ungdomsskoleloven Beskæftigelsesloven
Dagtilbud	Serviceoven: §§ 3, 11, 20, 32, 36, 41, 52, 76, 85, 88, 99, 102, 103, 104 og 107 Folkeskoleloven: §§ 20 og 22 Beskæftigelsesloven: §§ 32 og 78 Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov Lov om specialundervisning for voksne Dagtilbudsloven
Personlig kontaktperson	Serviceoven: §§ 50, 52, 85, 99, 104, 107 og 142 Folkeskoleloven Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov Straffeloven: § 74a
Rådgivning og støttefunktion	Serviceoven: §§ 52, 85, 99, 104, 107 og 142 Folkeskoleloven: § 3 Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov
Specialbørnehave	Serviceoven: § 32
Specialafdeling i børnehave	Dagtilbudsloven
Individuel terapi	Serviceoven: §§ 52, 85 og 102
Klubtilbud/Ungdomsklub	Serviceoven: §§ 36 og 104
Familietilbud/Tilbud til pårørende	Serviceoven: § 52
Gruppeforløb fx gruppeterapi	Ingen angivet
Forældretilbud	Serviceoven
Fritidsklub	Serviceoven: § 32
Personlig rådgiver	Serviceoven: §§ 104, 107, 142 og 144
Jobtilbud	Beskæftigelsesloven
Mentor	Beskæftigelsesloven kapitel 14
Andet	Serviceoven: §§ 11, 18, 32, 52, 53, 67, 79, 85, 88, 99, 101, 103, 104, 107, 108, 110 og 142 Beskæftigelsesloven: §§ 32, 78 og kapitel 10 Folkeskoleloven Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov Lov om maritime uddannelser Sundhedsloven: § 141

Anm.: n = 613. Der er steder uden specifikke paragrafangivelser, fordi respondenterne ikke har angivet det.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

At så få tilbud har placeret dem selv som 'personlig kontaktperson', kan dels skyldes, at hver kommune muligvis kun har få tilbud af denne type (i modsætning til døgninstitutioner, som der kan være flere af), dels undersøgelsens metodiske problemer, som tidligere er kommenteret og beskrevet²⁴. Det er også overraskende, at vi har fået kortlagt så få familietilbud og forældretilbud.

'Personlig kontaktperson', som 5 pct. af tilbuddene er, kan dække over forskellige typer af tilbud – fx om tilbuddet er målrettet én eller flere personer. I tilknytning dertil kan det bemærkes, at disse tilbud i gennemsnit har 41 brugere i alt, 13 brugere med ADHD-lignende adfærd og ni brugere med en ADHD-diagnose²⁵. De fleste af denne type tilbud henvender sig til voksne, og de bevilges efter Lov om Social Service §§ 52, 85 og/eller 99²⁶. Disse fordelinger peger i retning af, at tilbuddene, der står angivet som 'personlig kontaktperson', i tabel 4.2, handler om at give den voksne med ADHD en fast støtte i sin hverdag. Senere i dette kapitel beskriver vi de øvrige gennemsnit for tilbuddenes antal brugere samt tilbuddenes målgrupper.

Tabel 4.3 udbygger forståelsen af tabel 4.2, idet den viser, hvilke paragraffer tilbuddene har refereret til som grundlaget for deres arbejde. Serviceloven er den lov, respondenterne oftest har refereret til. Generelt tegner tabellen et billede af et meget bredt spektrum af paragraffer. Senere i dette kapitel beskæftiger vi os yderligere med respondenternes kendskab til tilbuddenes lovgrundlag.

AT MESTRE HVERDAGEN

En stor del af tilbuddene (82 pct.) har som et af deres vigtigste formål at lære børn, unge og/eller voksne med ADHD-lignende adfærd at mestre hverdagen. I tabel 4.4 fremgår svarfordelingerne i forhold til tilbuddenes vigtigste formål.

I tilknytning til tabellen kan vi bemærke, at hvert tilbud i gennemsnit har angivet 1,64 formål. Et formål, som lyder, at tilbuddet vil lære børn, unge og/eller voksne med ADHD-lignende adfærd at mestre

24. Jf. tidligere i dette kapitel samt kapitel 2 vedr. undersøgelsens metode.

25. De tre nævnte brugergrupper er ikke gensidigt udelukkende.

26. Jf. i øvrigt boks 4.1, som omhandler udvalgte paragraffer i Lov om Social Service.

hverdagen, kan betragtes som en meget bred betegnelse med mange indholdsmuligheder. Det fælles er imidlertid, at man vil lære brugerne at tackle deres hverdag i forhold til fx kammerater, skolearbejde, arbejde eller familie. Hvis det skal give mening, må det være metoder, brugeren ikke allerede har lært i familien, i skolen, på arbejdspladsen eller i anden sammenhæng. Det viser, at borgerens behov i høj grad relaterer sig til den praksis, vi ser i samfundet, og at udviklingen af større behov kan hænge sammen med udviklingen i arbejdsform, familieform, skole mv. Det kunne naturligvis have været gavnligt med en mindre bred betegnelse end mestring af hverdagen for derved at opnå mere specifikke svar. Dog giver tabellen stadig et indblik i tilbuddenes tænkning på området.

TABEL 4.4

Tilbuddenes vigtigste formål med indsatsen over for brugere med ADHD-lignende adfærd. Antal og procent.

	Antal	Procent
At lære børn/unge/voksne med ADHD-lignende adfærd at mestre hverdagen	503	82,1
At lære børn/unge/voksne med ADHD-lignende adfærd at forsørge sig selv	180	29,4
Ophold/pasning	160	26,1
Andet	156	25,4
Ved ikke	7	1,1

Anm.: n = 613. Respondenterne har haft mulighed for at angive flere formål med deres indsats, hvorfor procentangivelsen summer til over 100 pct.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

Boks 4.1 er en case på et arbejdsmarkedsrelateret tilbud med samtidigt fokus på forbedring af brugerens livskvalitet.

Som det fremgår af tabel 4.2, havde mange respondenter angivet en anden tilbudstype end de på forhånd angivne og mere snævre kategorier, og det er dermed meningsfuldt, at mange tilbud ligeledes har valgt den mest brede kategori som et vigtigt formål. Det kan samtidig indikere en helhedsorienteret tilgang. Ved en krydstabulering viser det sig da også, at 73 pct. af de tilbud, der har angivet deres tilbudstype som en 'anden', har svaret, at det vigtigste formål er at lære brugerne at mestre hverdagen. En helhedsorienteret tilgang til brugeren med ADHD kan være en positiv tendens pga. komorbiditet samt multiple sociale problemstillinger. Samtidig kan der være fare for, at tilbuddet ikke tilpasses nok i forhold til ADHD ud fra den tanke, at tilbuddet så måske ikke er målrettet

nok til de problemstillinger eller udfordringer, brugere med ADHD kan opleve. Dog behøver et tilbud ikke nødvendigvis at være specielt målrettet personer med ADHD, for at disse kan få gavn af tilbuddet. Disse overvejelser genoptager vi senere i kapitlet.

BOKS 4.1

Randers Kommunes ADHD-beskæftigelsesprojekt.

Randers Kommune gennemfører i perioden 2008 til marts 2012 et beskæftigelsesprojekt rettet mod mennesker med sociale og adfærdsmæssige vanskeligheder, som er i aktiveringsforløb i jobcenteret. Formålet med projektet er gennem screening, medicinsk behandling og psykosociale tiltag at identificere og opnå forbedringer for målgruppen i forhold til livskvalitet og arbejdsmarkedstilknytning. Den primære målgruppe for projektet er personer, som gennem projektets screening har vist tydelige indikationer på ADHD, men der kan også være tale om personer, som i forvejen er diagnosticeret med ADHD. Screeningen er en central del af indsatsen og udføres af projektets medarbejdere ved hjælp af ASRS-testen (et spørgeskema, man selv udfylder) og Barkley Quick-testen (en interviewtest, som myndighedspersonale udfylder). Projektlederen og en tilknyttet psykiatrisk konsulent vurderer på baggrund af screeningsresultaterne, hvorvidt den ledige skal deltage i projektet. Den konkrete indsats for projektets deltagere er bygget op omkring en kombination af screeningsmetoder, medicinsk behandling og en kognitiv terapimodel med hovedvægt på assertionstræning og social færdighedstræning. Indsatsens forløb består af et introduktionsmøde, et afklaringskursus og et praktikforberedende kursus, der afsluttes med individuelle virksomhedspraktikforløb. Projektet er forankret i kommunens Social- og Arbejdsmarkedsforvaltning, hvor sagsbehandlingen og indsatsen for ledige sygemeldte er organiseret.

Kilde: Servicestyrelsen.

I forlængelse af tabel 4.4 er det ikke overraskende, at lidt over to tredjedele har svaret, at tilbuddet i meget høj eller i høj grad imødekommer sit vigtigste formål, da det ikke er så svært at imødekomme et formål, som er så bredt defineret. Samtidig kan det være svært at måle, hvornår en bruger er blevet bedre til at mestre sin hverdag. Svarene kan dog også anses som et udtryk for ”social desirability bias” (De Vaus, 2002), hvilket i denne sammenhæng vil betyde, at tilbuddene har angivet det svar, der stemmer bedst overens med, hvordan de ønsker at fremstå i undersøgelsen; altså som nogle, der i meget høj grad imødekommer deres formål.

Svarene kan dog også være udtryk for en reel oplevelse af at imødekomme tilbuddets formål. En indvending mod at præsentere tilbuddenes egne vurderinger af, om de lever op til deres formål, kan være, at formålet med at lære brugerne at mestre hverdagen er for bredt defineret til, at det efterfølgende kan vurderes, om tilbuddet lever op til det. Imidlertid må vi fastslå, at tilbuddenes egne vurderinger stadig er relevante og brugbare til at danne en forståelse af tilbuddenes selvopfattelse, fordi respondenterne jo har vurderet formålet ud fra deres eget tilbud, og fordi denne survey netop giver et billede af, hvordan praktikere på området oplever virkeligheden, og ikke nødvendigvis af den reelle effekt, der skabes for borgeren.

Vi må altså se tabel 4.5 som et udtryk for en vurdering af respondentens specifikke vurdering af eget tilbud. Således er der – på trods af den brede formulering vedr. formål – stadig tale om udpræget brugbare informationer. Tilbuddenes samlede svarfordeling angående vurderingen af imødekommenhed over for formålet fremgår af tabel 4.5.

TABEL 4.5

Tilbuddene fordelt efter, i hvilken grad respondenterne vurderer, at tilbuddet imødekommer sit vigtigste formål. Antal og procent.

	Antal	Procent
I meget høj grad	206	34,0
I høj grad	260	42,9
I nogen grad	107	17,7
I mindre grad	21	3,5
Slet ikke	7	1,2
Ved ikke	5	0,8
I alt	606	100

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

I henhold til tabellen er det iøjnefaldende, at lidt under 5 pct. har svaret, at de kun i mindre grad eller slet ikke imødekommer deres vigtigste formål²⁷. Når tilbuddene opdeles i hhv. døgntilbud, ambulante tilbud og andre tilbud²⁸, viser det sig, at døgntilbuddene procentvis oftest er dem, der har angivet, at de i meget høj eller i høj grad imødekommer deres formål (82 pct.). De to øvrige tilbudstyper rangerer dog også højt, idet 73

27. Når der ses på antallet af respondenter, der har svaret 'I mindre grad' eller 'Slet ikke'.

28. 'Andre tilbud' er de tilbud, der selv har angivet, at de hører under en anden kategori end dem, der er præsenteret i tabel 4.2.

pct. af både de ambulante og de andre tilbud har angivet dette. Vi ser altså ingen iøjnefaldende fordelinger, når vi sammenholder tilbudstype med opnåelse af det vigtigste formål med tilbuddets arbejde.

Tabel 4.4 vedr. tilbuddenes vigtigste formål viser endvidere, at omtrent en fjerdedel af tilbuddene har angivet et andet formål end de på forhånd definerede kategorier. De andre kategorier, respondenterne har beskrevet, spænder vidt, men nogle af dem, der optræder flere gange, er: Afklaring for personen med ADHD-lignende adfærd (fx i forhold til arbejdsmarkedet eller i forhold til diagnosen), at brugeren kan lære at indgå i skole- eller uddannelsesmæssig sammenhæng, at brugeren undgår kriminalitet, alkohol- eller stofmisbrug og at støtte forældrene/familien til personen med ADHD-lignende adfærd. I betragtning af, at personer med ADHD har øget risiko for arbejdsløshed, misbrug og kriminalitet, giver de nævnte formål god mening (Thomsen & Damsgaard, 2002). Det samme gør sig gældende i forhold til at støtte de pårørende, idet forskning viser, at børn med ADHD kan have vanskeligheder med deres familiære relationer (Pelham et al., 2005).

KENDSKAB TIL LOVGRUNDLAGET ER VARIERENDE

Respondenterne er endvidere blevet bedt om at forholde sig til tilbudets lovgrundlag. I den forbindelse viser det sig, at en betydelig del af respondenterne (45 pct.) ikke ved, hvilke paragraffer tilbuddet arbejder efter. Det kan lyde som et højt tal, men det er faktisk meget mindre end forventet. Ved en kortlægning af særlige dagtilbud til børn efter Lov om Social Service § 32 viste det sig, at kun 18 pct. af de undersøgte institutioner vidste, hvilken paragraf de arbejder efter (Bengtsson et al., 2009).

Figur 4.3 viser, at de fleste i ledergruppen kender de paragraffer, deres tilbud arbejder efter. Sådan er det også for souscheferne. Kun pædagoger og psykologer kender mindre hyppigt paragrafferne, hvilket nok hænger sammen med karakteren af deres arbejdsopgaver.

På et organisatorisk plan viser det sig, at 44 pct. af de tilbud, hvor lovgrundlaget er ukendt, er kommunale tilbud, mens 38 pct. af dem er fonde/selvejende institutioner. Omvendt er det dog igen de kommunale tilbud, der procentvis oftest (55 pct.) kender lovgrundlaget for tilbuddets arbejde. Det illustrerer figur 4.4. Modsat den beskæftigelsesmæssige fordeling kan vi i forhold til tilbuddets organisatoriske forankring

ikke argumentere for en forventning om, at de kommunale tilbud i højere grad end de andre tilbud skulle kende til det lovmæssige grundlag.

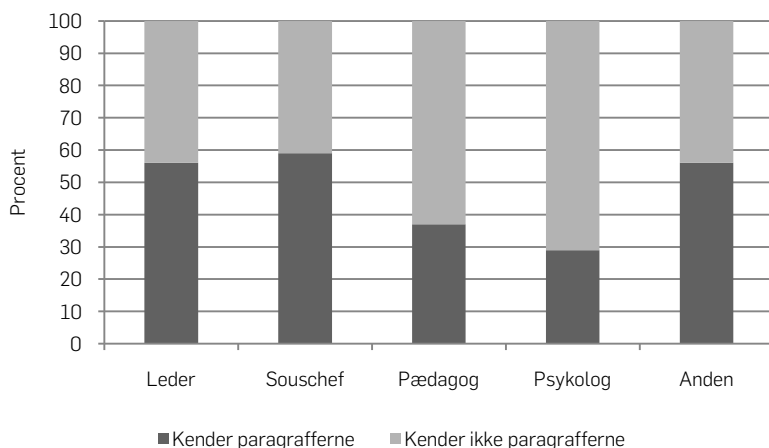
Kun de socialøkonomiske foretagender (selvejende, fonde m.m.) kender oftere ikke paragrafferne, tilbuddet arbejder ud fra. For de regionale og private tilbud er de to andele næsten lige store.

De 55 pct. af respondenterne, som kender lovgrundlaget for tilbuddets arbejde, har angivet en række forskellige paragraffer. De fleste respondenter har refereret til Lov om Social Service, og nogle af de oftest angivne paragraffer er: §§ 52, 85, 99, 101, 103, 104, 107, 108 og 142. Den overordnede betydning af de nævnte paragraffer fremgår af boks 4.2 nedenfor.

Paragrafangivelserne stemmer overens med frekvenserne over tilbudstyperne (jf. tabel 4.2), med tilbuddenes hovedformål (eksempelvis i henhold til Serviceloven §§ 85 eller 99) og med de problemstillinger, der er karakteristiske for personer med ADHD (eksempelvis misbrugsbehandling efter Serviceloven § 101). Nogle få tilbud har endvidere angivet Folkeskoleloven og Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats som det lovmæssige grundlag for tilbuddets arbejde.

FIGUR 4.3

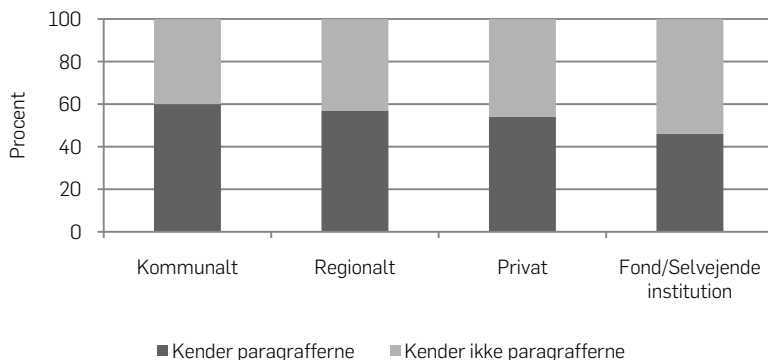
Respondenterne fordelt efter, om de har kendskab til de paragraffer, tilbuddet arbejder ud fra eller ej. Opgjort særskilt for faggrupper. Procent.



Anm.: n = 613. Respondenter, der ikke kender paragrafferne for de ydelser, de tilbyder, udgør i alt 55 pct. af det samlede antal adspurgte, mens de, der ikke kender paragrafferne, udgør 45 pct. Kilde: Spørgeskema til tilbud.

FIGUR 4.4

Respondenterne fordelt efter, om de har kendskab til de paragraffer, tilbuddet arbejder ud fra eller ej. Opgjort separat for organisatorisk forankring. Procent.



Anm.: n = 613. Respondenter, der ikke kender paragrafferne for de ydelser, de tilbyder, udgør i alt 55 pct. af det samlede antal adspurgte, mens de, der ikke kender paragrafferne, udgør 45 pct.
Kilde: Spørgeskema til tilbud.

BOKS 4.2

Udvalgte paragraffer i Lov om Social Service.

BØRN:

§ 52: Handler om en række foranstaltninger til børn og unge, fx familiebehandling og aflastningsordning.

§ 142: Plejefamilier skal være godkendt af kommunalbestyrelsen.

VOKSNE:

§ 85: Bostøtte.

§ 99: Støtte- og kontaktperson.

§ 101: Stofmisbrugsbehandling.

§ 103: Beskyttet beskæftigelse.

§ 104: Aktivitets- og samværstilbud.

§§ 107 og 108: Botilbud.

Anm.: De præsenterede paragraffer er udvalgt ud fra de paragraffer, der oftest er nævnt af respondenterne, der har besvaret et spørgeskema til et tilbud. Til hver paragraf er der tilhørende lovstykker, som ikke er præsenteret i boksen.

Kilde: Lov om Social Service.

YDELSER, BRUGERE OG TILBUDDENES EGNETHED

I ovenstående afsnit har vi set, at mange af tilbuddene er kommunale, at mange af dem er døgninstitutioner eller botilbud, og at deres hovedformål har et hverdagslivsperspektiv. I det følgende belyser vi, med hvilke ydelser og til hvilke brugere tilbuddene forsøger at gennemføre dette.

TABEL 4.6

Tilbuddenes ydelser. Antal og procent.

	Antal	Procent
Specialpædagogisk ydelse	353	57,6
Behandling/træning	311	50,7
Skole/undervisning	219	35,7
Rådgivning	203	33,1
Pasning/ophold	194	31,6
Personlig kontaktperson ¹	188	30,7
Støttekontaktperson ¹	146	23,8
Andre ydelser	104	17,0
Jobtræning	95	15,5
Terapi/psykoterapi	84	13,7
Personlig rådgiver ¹	81	13,2
Familiebehandling/terapi	70	11,4
Coaching	66	10,8
Forældretræning	56	9,1
Mentorordning	44	7,2
Aflastning	44	7,2
I alt	2.258	368,3

Anm.: Procentangivelserne summer til over 100 pct., da respondenterne har haft mulighed for at angive mere end én ydelse.

1. Nogle af betegnelserne kan dække over de samme ydelser.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

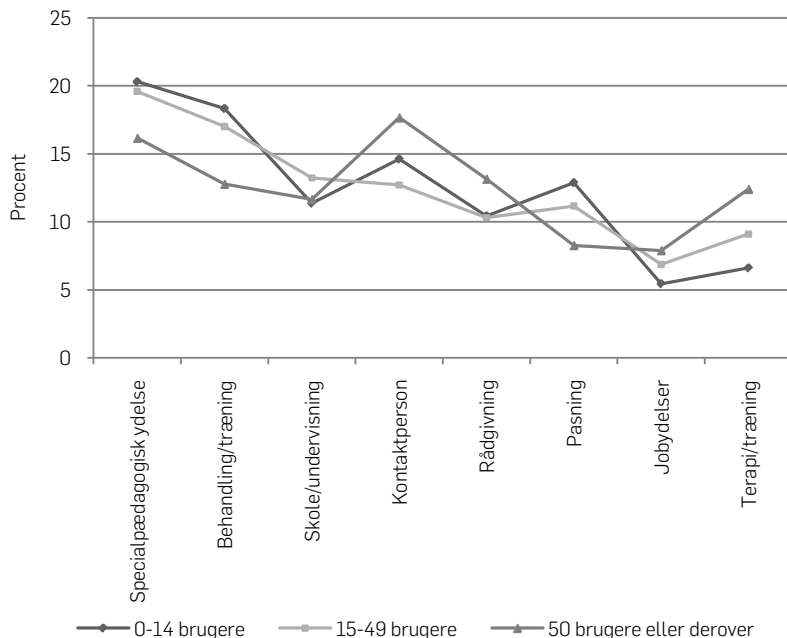
Mange af tilbuddene (58 pct.) har specialpædagogiske ydelser, og lidt over halvdelen (51 pct.) udbyder behandling/træning. Tabel 4.6 præsenterer en samlet oversigt over, hvilke ydelser de medvirkende tilbud udbyder.

Af de udbudte ydelser er lidt over halvdelen (52 pct.) specielt målrettede brugere med ADHD-lignende adfærd, og mange af tilbuddene havde på undersøgelsestidspunktet brugere med en ADHD-diagnose. At andelen af ydelser, som er specifikt målrettet brugere med ADHD-lignende adfærd, ikke er højere, skal vi dog muligvis også se i lyset af tabel 4.2, som viste, at mange tilbud er kombinerede tilbudstyper. Vi skal dog pointere, at også tilbud, som ikke udbyder ydelser specielt målrettet

brugere med ADHD-lignende adfærd kan være til gavn for personer med ADHD. Overvejelserne vedr. ydelseernes karakter siger således ikke noget om anvendeligheden eller om effekten for brugere med ADHD – derimod siger de noget om tilbuddenes arbejdsform.

FIGUR 4.5

Sammenhæng mellem tilbudsstørrelse og udbudte ydelser. Procent.



Anm.: 0-14 brugere: n = 269; 15-49 brugere: n = 192; 50 brugere eller derover: n = 103.

Sammenlagte variable: Pasning = pasning/ophold og aflastning. Kontaktperson = personlig kontaktperson, personlig rådgiver og støttekontaktperson. Jobbydelser = jobtræning og mentorordning. Terapi/træning = terapi/psykoterapi, familiebehandling/terapi, coaching og forældretræning. Hver respondent tæller en gang per sammenlagt variabel.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

I figur 4.5 kan vi se sammenhængene mellem tilbuddenes ydelser og tilbuddenes størrelser. Størrelse er defineret ud fra det samlede antal brugere.

Figuren viser, at de tre tilbudsstørrelser generelt ligger rimelig tæt på hinanden. Samtidig fremgår det, at der er nogle af ydelserne, som i højere grad bliver udbudt i små tilbud. Det gælder fx især specialpædago-

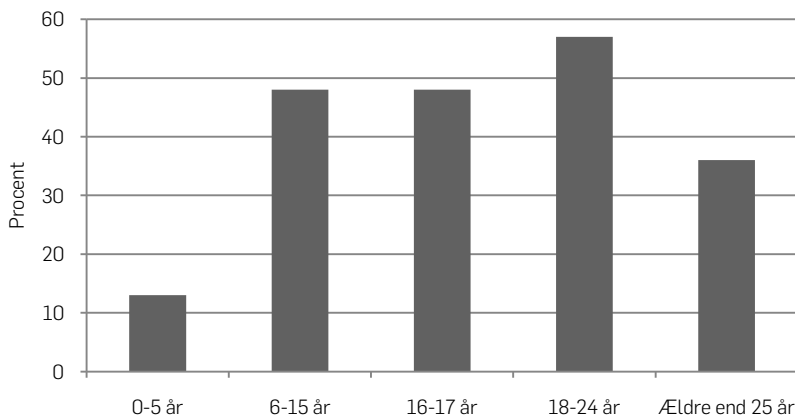
giske ydelser samt behandling/træning. På samme måde bliver nogle ydelser især udbudt i de store tilbud. Det er fx terapi/træning og kontaktperson.

MANGE TILBUD HENVENDER SIG TIL UNGE

De fleste tilbud henvender sig til brugere i alderen 18-24 år²⁹. Ligeledes er der mange tilbud til børn og unge under 18 år. De yngste børn (i alderen 0-5 år) er den målgruppe, som færrest tilbud henvender sig til. Tilbuddenes samlede svarfordelinger vedr. aldersopdelte målgrupper fremgår af figur 4.6.

FIGUR 4.6

Tilbuddenes aldersmålgrupper. Procent.



Anm.: n = 613. Søjlerne summer til over 100 pct., da respondenterne har haft mulighed for at angive mere end én aldersmålgruppe.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

At så få tilbud henvender sig til børn i alderen 0-5 år, kan vi henføre til, at de små børn sjældent får diagnosen. De fleste børn i Danmark diagno-

29. Følgende overvejelser vedr. tilbuddenes aldersmålgrupper skal naturligvis ses i lyset af de skæringer, der er lagt i forbindelse hermed. Det vil sige, at fordelingerne kunne have taget sig anderledes ud, hvis aldersgrupperne havde været anderledes defineret.

sticeses, når barnet starter i folkeskolen, for så bliver eventuelle problemer med at indgå i strukturerede sociale sammenhænge tydelig (Damm & Thomsen, 2006:18-19). Når så få tilbud retter sig mod denne aldersgruppe, kan det altså hænge sammen med diagnosticeringsvanskelighederne samt det kulturelle, normative syn på småbørnsadfærd. Ligeledes kan det hænge sammen med et forsøg på pædagogisk at støtte børnene inden diagnosticering, forstået således, at diagnosen ikke er et mål i sig selv.

Når de fleste tilbud (57 pct.) i stedet er rettet mod brugere i alderen 18-24 år, er det umiddelbart meningsfuldt, fordi der i den periode sandsynligvis sker forskellige skift, der kan være problematiske, hvis man har ADHD-symptomer (fx skiftet fra ungdoms- til voksenalder). Vi må også formode, at denne aldersgruppe i højere grad bliver præsenteret for miljøer, hvor alkohol, narkotika og kriminalitet er involveret.

BOKS 4.3

Elbæk Højskole.

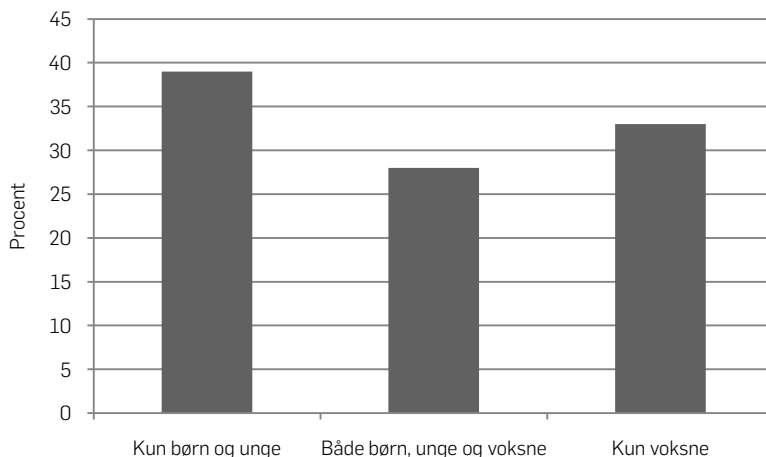
Elbæk Højskole er et Bo- og Aktivitetscenter for unge over 18 år med diagnosen ADHD. Højskolen blev etableret i 2001 og har siden 2004 også tilbudt bostøtte i eget hjem. Det er et visitationskrav, at brugerne har diagnosen ADHD. Mange har desuden komorbide psykiatriske tilstande såsom autisme, social angst eller depression. Elbæk Højskole er fordelt på tre afdelinger, som ud over højskolen i Elbæk består af et opgangsfællesskab i Odder og en boafdeling i Yding Gl. Skole. Sagsbehandlere i alle landets kommuner har mulighed for at visitere borgere til Elbæk Højskoles tilbud. Det er en forudsætning for at blive optaget, at brugerne frivilligt flytter ind og er indstillet på at udvikle sig i samarbejde med personalet. Den pædagogiske tilgang på højskolen er hjælp til selvhjælp, og der lægges vægt på, at brugerne er myndige, selvstændige og normalt begavede. Brugerne støttes i at udvikle sociale, faglige og personlige færdigheder, så de bliver i stand til at skabe sig en god voksen-tilværelse. Støtten gives bl.a. i form af samtaler, praktisk hjælp og vejledning, strukturskabende redskaber, psykoedukation og misbrugsbehandling. Der arbejdes ud fra et menneskesyn, som er baseret på anerkendelse og ressourcefokus. Principperne i tilgangen kan side-stilles med KRAP, som er en metode, der er teoretisk og metodisk forankret i kognitive behandlingsformer og i et ressourcefokuserende menneske- og behandlingssyn. Elbæk Højskole er forankret i Region Midtjylland og tilbydes efter Servicelovens § 104 (aktivitets- og samværstilbud), § 107 (midlertidig botilbud) samt § 108 (længerevarende botilbud).

Kilde: Servicestyrelsen.

Når tilbuddenes målgrupper kategoriseres i hhv. børn/unge, voksne samt begge grupper, viser det sig, at de fleste tilbud (som vist i figur 4.7) naturligt nok kun henvender sig til børn og unge – endda på trods af den kun lille andel af tilbud, der henvender sig til de yngste børn. Figuren viser også, at en del tilbud henvender sig både til børn, unge og voksne, hvilket er interessant i et lovgivningsmæssigt perspektiv. Det er ligeledes interessant i henhold til den kommunale og regionale organisering af arbejdet med borgere med ADHD³⁰. Ved en krydstabulering ser vi da også, at de fleste af de tilbud, der både henvender sig til børn, unge og voksne, er socialøkonomiske foretagender (selvejende, fonde m.m., 76 ud af 173).

FIGUR 4.7

Tilbuddenes aldersmålgrupper i kategorier. Procent.



Anm.: n = 613.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

I forbindelse med figur 4.7 er det værd at bemærke, at der kun er en lille procentvis forskel mellem andelen af tilbud, der kun henvender sig til voksne (33 pct.), samt andelen af tilbud, der både retter sig mod børn, unge og voksne (28 pct.). Når vi kigger på de procentvise forskelle mel-

30. Jf. kapitel 5, 6 og 7.

lem de tre søjler, kan vi således se, at der er flere tilbud, der udelukkende henvender sig til børn og unge.

FORHOLDET MELLEM YDELSER OG MÅLGRUPPER

Tabel 4.6 og figur 4.7 perspektiveres med tabel 4.7, som viser, hvilke målgrupper tilbuddene har i forhold til, hvilke ydelser de udbyder. Den illustrerer nemlig, at de tilbud, der udbyder specialpædagogiske ydelser, oftest kun henvender sig til børn og unge. Det samme gør sig gældende i forhold til skole/undervisning, pasning/ophold, forældretræning samt aflastning. Samtidig fremgår det, at en personlig kontaktperson som ydelse oftest knytter sig til tilbud rettet mod voksne, hvilket giver god mening med tanke på, at vi tidligere i dette kapitel så, at denne ydelse bevilges efter Serviceloven §§ 52, 85 og/eller 99. SEL §§ 85 og 99 refererer netop til støtte på baggrund af nedsat psykisk funktionsevne og til bevilling af bostøtte eller en støttekontaktperson.

TABEL 4.7

Tilbuddenes aldersmålgrupper fordelt efter ydelser. Antal.

	Kun børn og unge	Kun voksne	Både børn, unge og voksne
Specialpædagogisk ydelse	153	95	105
Behandling/træning	110	91	110
Skole/undervisning	130	20	69
Rådgivning	71	68	64
Pasning/ophold	85	48	61
Personlig kontaktperson	38	83	67
Støttekontaktperson	25	74	47
Andre ydelser	17	56	31
Jobtræning	7	45	43
Terapi/psykoterapi	23	24	37
Personlig rådgiver	13	38	30
Familiebehandling/terapi	30	10	30
Coaching	11	27	28
Forældretræning	26	6	24
Mentorordning	3	18	23
Aflastning	29	6	9

Anm.: n = 613.

Kilde: Spørgeskemaer til tilbud.

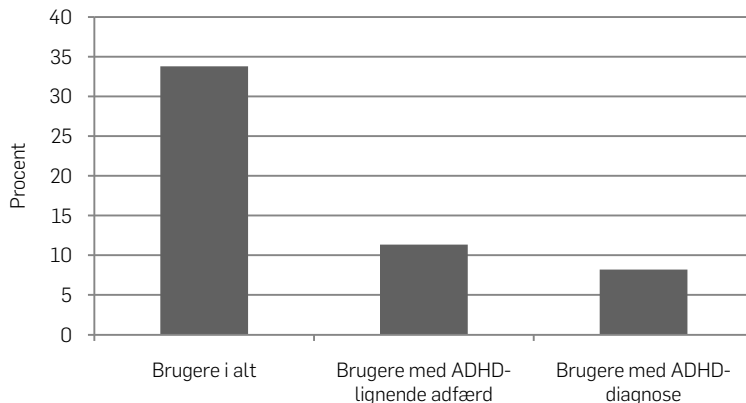
Tabellen viser yderligere, at syv af de tilbud, der kun henvender sig til børn og unge, udbyder jobtræning som ydelse. Det kan være en del af tilbuddet på døgntilbud til børn og unge, fx opgaver i køkken, værksted, som pedelmedhjælp og lignende, og det kan også bero på de øgede lovgivningsmæssige krav i forhold til aktivering af unge, der ikke er under uddannelse.

DET GENNEMSNITLIGE ANTAL BRUGERE I TILBUDDENE

I figur 4.8 vises, at tilbuddene i gennemsnit har 34 brugere. Af de 34 brugere har 11 brugere ADHD-lignende adfærd, mens otte af disse også har en ADHD-diagnose. Forskellen mellem det gennemsnitlige antal brugere med ADHD-lignende adfærd og det gennemsnitlige antal brugere med en ADHD-diagnose er altså ikke særlig stor. Forholdet mellem de 11 og de otte er imidlertid lidt uklart, idet respondenterne, trods en tydelig spørgsmålsformulering, kan have forstået spørgsmålene forskelligt. Der er spurgt om, hvor mange af de brugere med ADHD-lignende adfærd, som tilbuddet har tilknyttet, der har en ADHD-diagnose.

FIGUR 4.8

Tilbuddenes gennemsnitlige antal brugere i alt med ADHD-lignende adfærd og med en ADHD-diagnose. Procent.



Anm.: Brugere i alt: n = 563; brugere med ADHD-adfærd: n = 546; brugere med ADHD-diagnose: n = 512. Standardafvigelse: Brugere i alt: 54; brugere med ADHD adfærd: 20; brugere med ADHD-diagnose: 19.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

Figuren afspejler således, at tilbuddene ikke kun retter sig mod brugere med ADHD-lignende adfærd eller med en diagnose, idet det gennemsnitlige antal brugere i alt er væsentligt højere end de to andre søjler i figuren. Dette stemmer overens med de indikationer, vi tidligere har fået om, at tilbuddene ikke udelukkende beskæftiger sig med ADHD som problemstilling. Senere i kapitlet præsenterer vi yderligere analyseresultater vedr. målgrupper og rummelighed, som peger i denne retning.

Figur 4.8 uddybes med figurene 4.9, 4.10 og 4.11, som viser frekvensfordelingerne af de tre brugergrupper³¹. I figur 4.9 fremgår det således, at de fleste tilbud har mellem 0-9 brugere. Generelt ser vi i figuren, at antallet falder, indtil tilbuddet når så stor en størrelse, at det har 150 brugere eller derover. Bemærk i øvrigt, at 48 tilbud ikke kendte det samlede antal brugere. Årsagerne hertil kan naturligvis være mange. Én af dem kan være, at tilbuddet ikke anvender en journalføringsmetode, der kan vise det aktuelle samlede antal brugere. Senere i dette kapitel beskæftiger vi os yderligere med tilbuddenes dokumentationspraksis. I tillæg til figur 4.9 kan vi kommentere, at fire tilbud har angivet, at de på undersøgelsestidspunktet slet ingen brugere havde³². Der er endvidere ni tilbud, som har angivet, at de har én bruger. Af de ni tilbud er fire af dem døgninstitution/botilbud. Samlet set giver figuren altså indtryk af, at de fleste tilbud er forholdsvist små, og at der kun findes få tilbud med plads til mange brugere.

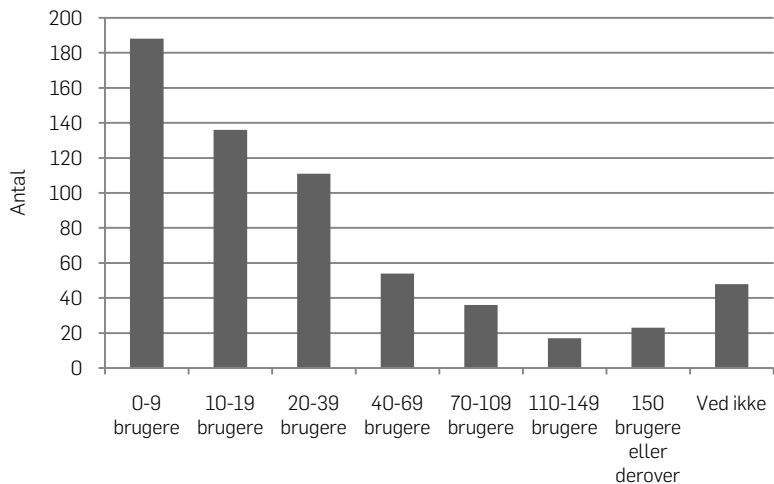
Figur 4.9 er udtryk for et tilbudsperspektiv. Hvis vi udregner gennemsnittet fra brugerens synsvinkel, kan vi se, at hver enkelt bruger i gennemsnit oplever, at der er 165 brugere i det tilbud, han eller hun er tilknyttet. Derfor vil sammensætningen af tilbud, borgerne modtager, være anderledes end sammensætningen af tilbud som sådan. Hvor mange tilbud oplever dem selv som små, vil brugerne altså sædvanligvis opleve at være i et stort tilbud. Beregningerne skal naturligvis også ses i lyset af, at nogle tilbud fx er en personlig kontaktperson. I sådan et tilbud vil den enkelte bruger ikke nødvendigvis opleve, at der er mange andre brugere. I figur 4.10 nedenfor ser vi, at langt de fleste tilbud har få brugere med ADHD-lignende adfærd. Desuden er det bemærkelsesværdigt, at en del tilbud ikke ved, hvor mange brugere med ADHD-lignende adfærd de har.

31. De tre brugergrupper er: 'Brugere i alt', 'brugere med ADHD-lignende adfærd' og 'brugere med en ADHD-diagnose'.

32. Det vil sige, at disse fire tilbud har angivet, at de ingen brugere havde i alt, ingen brugere med ADHD-lignende adfærd og ingen brugere med en ADHD-diagnose.

FIGUR 4.9

Antal brugere i alt i tilbuddene, angivet i hele tal.

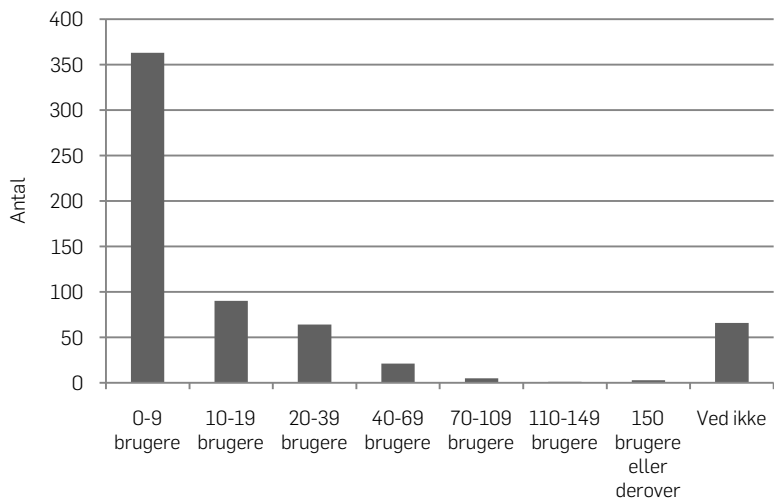


Anm.: n = 613.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

FIGUR 4.10

Antal brugere med ADHD-lignende adfærd i tilbuddene, angivet i hele tal.



Anm.: n = 613.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

BRUGERE MED ADHD-DIAGNOSE

I figur 4.11 ser vi de samlede fordelinger af, hvor mange brugere med en ADHD-diagnose tilbuddene havde tilknyttet på undersøgelsestidspunktet. Igen fremgår det, at de fleste tilbud havde 0-9 brugere med en ADHD-diagnose. Bemærk, at hele 100 tilbud ikke kendte antallet. Afhængigt af, hvordan vi betragter diskussionen omkring diagnoser i socialt arbejde, kan dette være problematisk. På den ene side kan vi argumentere for, at afklaring og forståelse af sin diagnose er vigtig for den enkelte bruger – for at lære at mestre sin hverdag må brugeren forstå implikationerne af sin diagnose. I forlængelse heraf kan vi argumentere for, at indsatsen formentlig bedre kan målrettes, hvis tilbuddet er bevidst om brugerens diagnose. Omvendt kan vi også argumentere for, at fokus på funktionsnedsættelsen samt andre tillægsproblematikker og i mindre grad på diagnosen i sig selv muliggør en mere helhedsorienteret indsats. Ud fra analyseresultaterne kan vi altså ikke med sikkerhed konkludere noget på dette område, men blot henvise til mere generelle diskurser og argumenter vedr. diagnosens betydning i socialt arbejde, hvilket også er relevant på ADHD-området. Svarene, som fremgår af figur 4.11, kan også være et udtryk for, at tilbuddene er rettet mod brugerens funktionsnedsættelse og ikke mod brugerens diagnose. De 100 tilbud, der har angivet, at de ikke ved, om brugeren har en ADHD-diagnose, kan imidlertid også være et udtryk for, at diagnosen ikke har så stor betydning i det konkrete tilbud, idet tilbuddet i stedet fokuserer på funktionsnedsættelsen. Det vil sige, at 'ved ikke'-svarene måske i højere grad dækker over en holdning til diagnosens rolle i tilbuddets arbejde end over egentlig uvidenhed.

Ligesom i figur 4.10 vedr. antallet af brugere med ADHD-lignende adfærd ser vi også i figur 4.11 et betydeligt fald fra første til anden søjle, således at langt de fleste tilbud har angivet et lille antal brugere med en ADHD-diagnose.

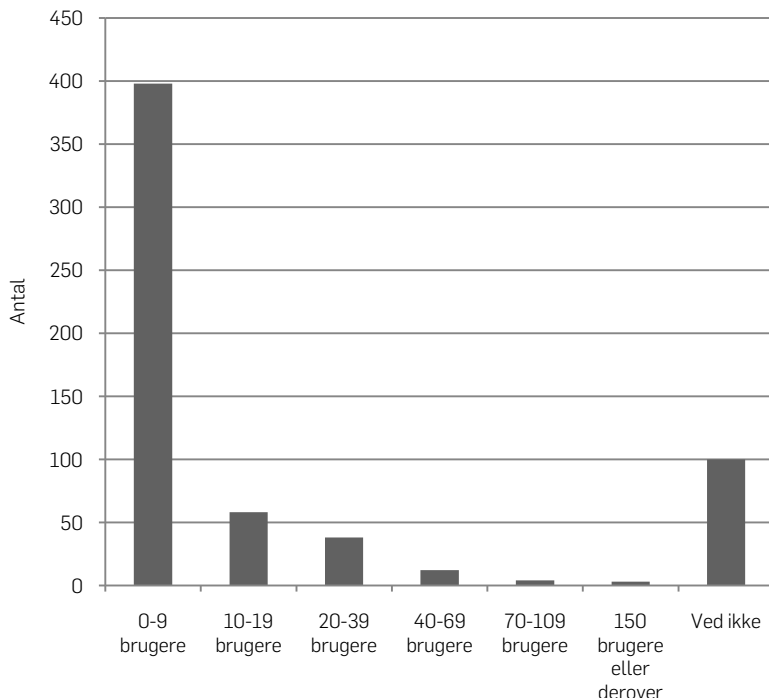
21 tilbud havde hverken brugere med ADHD-lignende adfærd eller med en ADHD-diagnose³³. Måske noget overraskende viser det sig endvidere, at fem tilbud havde brugere med en ADHD-diagnose, men ingen brugere med ADHD-lignende adfærd. Det kan dog også skyldes, at forudsætningen for at kunne benytte disse tilbud er en diagnose; altså

33. Vi skelner i det følgende konsekvent mellem brugere med ADHD-lignende adfærd og brugere med en ADHD-diagnose.

at tilbuddet skelner skarpt mellem, om brugeren har en diagnose eller ej, og derfor har angivet, at brugerne ikke har ADHD-lignende adfærd.

FIGUR 4.11

Antal brugere med en ADHD-diagnose i tilbuddene, angivet i hele tal.



Anm.: n = 613.

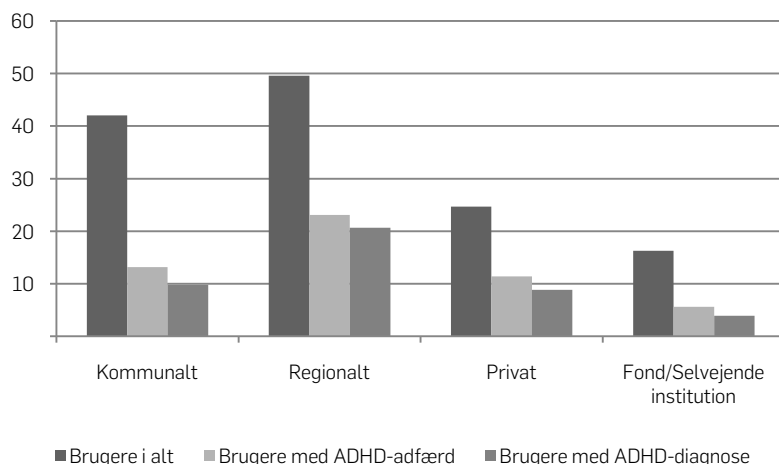
Kilde: Spørgeskema til tilbud.

DE REGIONALE TILBUD HAR FLEST BRUGERE

Når vi sorterer tilbuddene i fire typer ud fra deres organisatoriske forankring, ser vi, at de regionale tilbud gennemsnitligt har flest af alle tre brugerkategorier: altså det samlede antal brugere, brugere med ADHD-lignende adfærd samt brugere med en ADHD-diagnose. Dernæst kommer de kommunale tilbud. De samlede fordelinger fremgår af figur 4.12.

FIGUR 4.12

Gennemsnitligt antal brugere i alt med ADHD-lignende adfærd og med en ADHD-diagnose, fordelt efter tilbuddenes organisatoriske forankring. Procent.



Anm.: Kommunal: n = 227; Regionalt: n = 21; Privat: n = 68; Fond/Selvejende Institution: n = 171. Standardafvigelse: Kommunal (brugere i alt = 56; brugere med ADHD-adfærd = 15; brugere med ADHD-diagnose = 14), Regionalt (brugere i alt = 83; brugere med ADHD-adfærd = 44; brugere med ADHD-diagnose = 45), Privat (brugere i alt = 73; brugere med ADHD-adfærd = 36; brugere med ADHD-diagnose = 36), Fond/Selvejende institution (brugere i alt = 27; brugere med ADHD-adfærd = 7; brugere med ADHD-diagnose = 6).

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

DE FLESTE TILBUD VURDERER SIG SELV SOM EGNEDE

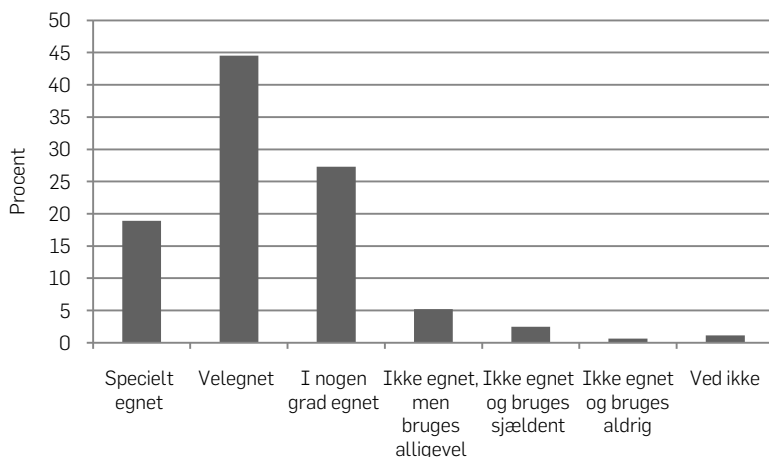
Ovenfor har vi set, at en del tilbud både har brugere med ADHD-lignende adfærd og med en egentlig diagnose. Imidlertid har kun 19 pct. angivet, at deres tilbud er specielt egnet til brugere med ADHD-lignende adfærd, og 5 pct. (svarende til 15 tilbud) svarer, at tilbuddet ikke er egnet, men alligevel bruges til personer med ADHD-lignende adfærd. Langt de fleste tilbud har dog vurderet, at de er velegnede eller i nogen grad egnede til brugere med ADHD-lignende adfærd eller -diagnoser. De samlede svarfordelinger fremgår af figur 4.13.

Af de 5 pct., der har svaret, at deres tilbud ikke er egnet til brugere med ADHD-lignende adfærd, men alligevel benyttes til denne gruppe, har 72 pct. svaret, at de ikke har brugere med en ADHD-diagnose. De øvrige 28 pct. har svaret, at de ikke ved, om deres brugere

har en ADHD-diagnose. De 5 pct. består af 3,8 pct., som ikke har brugere med en ADHD-diagnose, og 1,2 pct., som ikke ved, om de har det.

FIGUR 4.13

Tilbuddenes vurdering af deres egnethed til brugere med ADHD-lignende adfærd eller ADHD-diagnose. Procent.



Anm.: n = 613.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

METODER OG DOKUMENTATION

Efter at have dannet et billede af tilbuddenes fordelinger i de tre bruger-kategorier fokuserer vi i dette afsnit på tilbuddenes metoder og dokumentationspraksis. Der benyttes i det følgende de samme navne på metoderne, som Tilbudsportalen benytter.

Tilbuddenes brug af specialpædagogiske metoder eller principper centrerer sig især om fem forskellige: struktureret pædagogik, normalpædagogik, kognitiv ressource, anerkendende pædagogik samt andre (end de på forhånd definerede kategorier). Tabel 4.8 viser dette.

TABEL 4.8

Tilbuddenes brug af specialpædagogiske metoder/principper. Antal og procent.

	Antal	Procent
Struktureret pædagogik	378	61,7
Normalpædagogik	273	44,5
KRAP (Kognitiv ressourcefokuserende anerkendende pædagogik)	187	30,5
Visualisering	164	26,8
Kat-kassen (Kognitiv Affektiv Træning)	157	25,6
Aktiv læring	156	25,4
Social Stories	141	23,0
Neuropædagogik	127	20,7
Sanseintegration	87	14,2
TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children)	84	13,7
Marte Meo	79	12,9
Tegn til tale	60	9,8
Totalkommunikation	55	9,0
Videoanalyse	50	8,2
Musikterapi	34	5,5
LEA (Learning/Evolving/Assessment)	23	3,8
ICDP (International Child Development Programme)	17	2,8
MST (Multisystemisk terapi)	11	1,8
PALS (Positiv Adfærd i Læring og Spil)	8	1,3
ABA (Applied Behaviour Analysis)	7	1,1
DUÅ (De utrolige år)	5	0,8
Heimdal-metoden	4	0,7
Petö	4	0,7
MultifunC (Multifunktionel behandling i institution og nærmiljø)	1	0,2
Doman-metode	1	0,2
Anden/andre	201	32,8
I alt	2.314	377,7

Anm.: Procentangivelserne summer til over 100, da respondenterne har haft mulighed for at angive flere svar.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

Hvert tilbud bruger i gennemsnit 3,8 metoder. Som tabellen viser, har over en tredjedel af respondenterne svaret, at de anvender andre metoder eller principper end de ovenstående. Nogle af de metoder eller principper, der i den forbindelse bliver nævnt, er: anerkendende pædagogik, Howard Garners forståelse af intelligenser, dialektisk adfærdsterapi, kognitiv (adfærds-)terapi/metode samt miljøterapi. Nogle tilbud har også kommenteret, at der indgår flere elementer fra de på forhånd angivne kategorier i tilbuddets arbejde – altså at metoderne/principperne tilrettelægges og udvælges efter den enkelte brugers situation.

TABEL 4.9

Tilbuddenes brug af specialpædagogiske metoder/principper til forskellige aldersmålgrupper, angivet i hele tal.

	Kun børn og unge	Kun voksne	Både børn, unge og voksne
Struktureret pædagogik	181	89	108
Normalpædagogik	110	79	85
Andre	59	87	55
KRAP	61	62	64
Visualisering	88	34	42
Kat-kassen	89	31	37
Aktiv læring	68	39	49
Social Stories	80	18	43
Neuropædagogik	55	39	33
Sanseintegration	55	11	21
TEACCH	56	13	15
Marte Meo	51	11	17
Tegn til tale	39	7	14
Totalkommunikation	31	10	14
Videoanalyse	34	3	13
Musikterapi	14	5	15
LEA	7	5	11
ICDP	16	0	1
MST	5	0	6
PALS	3	1	4
ABA	7	0	0
DUÅ	3	2	0
Heimdal-metoden	2	2	0
Petö	4	0	0
MultifunC	1	0	0
Doman-metode	1	0	0
I alt	1.120	548	647

Anm.: n = 613. Anvendte forkortelser: Jf. tabel 4.8.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

Tabel 4.9 perspektiverer tabel 4.8, idet den viser, hvilke specialpædagogiske metoder/principper der anvendes til hvilke aldersmålgrupper. Tabellen afslører, at struktureret pædagogik og normalpædagogik mest anvendes i tilbud, der henvender sig til børn og unge. Ligeledes fremgår det, at alle metoderne/principperne anvendes i tilbud, der kun henvender sig til børn og unge, mens seks af metoderne ikke anvendes til voksne.

Boks 4.4 er en case på et tilbud, som anvender flere forskellige socialpædagogiske metoder i arbejdet med brugerne.

BOKS 4.4

Heimdal.

Heimdal er et specialiseret døgn- og aflastningstilbud for børn og unge i alderen 6-18 år med autisme spektrum forstyrrelser og/eller svær ADHD. Heimdals pædagogiske tilgang bygger på flere socialpædagogiske metoder, som er inspireret af TEACCH. TEACCH er udviklet inden for autismeområdet, men kan ifølge Heimdal med få justeringer også anvendes som metode i indsatsen over for børn og unge med ADHD. Der er fokus på at skabe en overskuelig og forudsigelig hverdag for barnet/den unge gennem tydelighed og struktur og at arbejde med det enkelte barns udviklingsmuligheder, selvstændighed og handlemuligheder. Heimdals indsats er desuden rettet mod helheden omkring børnenes liv og prioriterer således samarbejdet med børnenes forældre, børnehaver og skoler. Endelig er der fokus på, at børnene tillærer sig strategier til konflikthåndtering. Heimdal er forankret i Aarhus Kommunes Socialforvaltning og tilbydes efter Serviceloven § 67.

Kilde: Servicestyrelsen.

TILBUDDENES PERSONALE OG SAMARBEJDE MED ANDRE

Den største faggruppe i tilbuddene er specialpædagoger, dvs. socialpædagoger, som arbejder med handicappede. Samtidig er det denne faggruppe, som flest tilbud har ansat. Opgjort i procent svarer det til, at 63 pct. af tilbuddene har specialpædagoger ansat. Også ikke-specialuddannede pædagoger, pædagogmedhjælpere og speciallærere er der mange af i tilbuddene. Der er også faggrupper, som ikke er særligt stærkt repræsenterede, og som ofte vil være den eneste af deres slags i det tilbud, de arbejder i. Det gælder fx talepædagoger, massører og musikpædagoger. Tabel 4.10 viser de samlede faggruppefordelinger.

At der er meget pædagogisk personale ansat i tilbuddene, stemmer overens med en undersøgelse af tilbud til unge med psykosociale problemer fra 2007, som viste, at pædagoger udgjorde langt den største faggruppe i disse tilbud (Ebsen & Gregersen, 2007)³⁴.

Med udgangspunkt i, at der er nogle faggrupper, som ikke er så stærkt repræsenteret i tilbuddene, kunne vi umiddelbart forvente, at tilbuddene samarbejder med (nogle af) disse faggrupper. I tabel 4.11 kan vi

34. Den undersøgelse, der refereres til, var specifikt fokuseret på tilbud til børn og unge, men ikke specifikt på ADHD.

se, at det til dels gør sig gældende. Således er der fx ikke særligt mange læger ansat, men der er en del læger, tilbuddene samarbejder med. I tilknytning til tabellen skal vi dog kommentere, at vi ikke kan vide, om det er de samme fagpersoner, tilbuddene henviser til. Det kunne eksempelvis gøre sig gældende i forhold til lægerne. Socialrådgiverne er den største faggruppe, når vi ser på det samlede antal af tilbuddenes samarbejdspartnere – hvilket er naturligt, da de visiterer til tilbuddene – mens psykologerne er den faggruppe, flest tilbud samarbejder med. Specialpædagogerne skiller sig ud som den faggruppe, hvert tilbud i gennemsnit samarbejder med flest fra. Tabel 4.11 illustrerer de samlede fordelinger.

TABEL 4.10

Faggrupper i tilbuddene. Antal og procent.

Faggruppe	Ansæt i tilbuddene	Ansatte/ tilbud ¹	Tilbud med faggruppen	Procent af ansatte
Specialpædagoger	3.289	8,6	384	34,6
Ikke specialuddannede pædagoger	1.982	6,7	297	20,9
Pædagogmedhjælpere	1.418	5,8	246	14,9
Speciallærere	1.298	5,9	221	13,7
Socialrådgivere	440	2,2	203	4,6
Psykologer	294	1,8	160	3,1
Ergoterapeuter	187	2,1	87	2,0
Fysioterapeuter	121	1,9	61	1,3
Psykiatere	99	1,9	53	1,0
Neuropædagoger	76	3,2	24	0,8
Læger	74	2,5	30	0,8
Sundhedsplejersker	64	1,7	38	0,7
Musikterapeuter	61	1,3	47	0,6
Massører	57	1,2	49	0,6
Talepædagoger	38	1,2	33	0,4

Anm.: n = 613 tilbud og 9.498 ansatte.

1. Gennemsnit for de tilbud, som har angivet, at de har den pågældende faggruppe ansat.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

TABEL 4.11

Tilbuddenes samarbejde med fagpersoner uden for tilbuddet.

Faggruppe	Antal fagpersoner, man samarbejder med		Tilbud, som har samarbejde
	I alt	Pr. tilbud ¹	
Socialrådgivere	1.848	7,0	265
Specialpædagoger	1.249	8,5	147
Psykologer	941	3,0	309
Læger	737	4,0	184
Speciallærere	660	4,4	149
Ikke-specialuddannede pædagoger	603	6,3	96
Psykiatere	478	1,9	248
Pædagogmedhjælpere	407	6,1	67
Fysioterapeuter	402	3,2	125
Talepædagoger	364	3,5	105
Sundhedsplejersker	309	2,5	123
Ergoterapeuter	233	2,9	81
Musikpædagoger	149	3,4	44
Neuropædagoger	90	1,8	49
Massører	70	1,3	54

Anm.: n = 613 tilbud.

1. Gennemsnit for de tilbud, som har angivet, at de samarbejder med den pågældende faggruppe.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

VIDEN, KOMPETENCER OG MÅLGRUPPER

Efter at have fokuseret på ydelser, personale og dokumentation vender vi nu blikket mod tilbuddenes egne vurderinger af viden og kompetencer. I den forbindelse er det også interessant, i hvilket omfang tilbuddene følger op på virkningen af deres indsats.

To tredjedele af tilbuddene har angivet, at de i meget høj eller i høj grad følger op på, om deres indsats over for brugeren har virket efter hensigten. Over en tredjedel af tilbuddene dokumenterer dog ikke systematisk (eller ved ikke, om de gør), hvorvidt brugerne har udbytte af den eller de indsatser, tilbuddet giver. De tilbud, der arbejder med systematisk dokumentation, gør det fortrinsvis ved hjælp af journalføring (54 pct.). Der udvises således et ansvar for, at det lykkes, men man gør mindre for at dokumentere dette. Ulempen er dog, at man så ikke arbejder med systematiske dataunderstøttede læringsprocesser. Tabel 4.12 viser dette.

TABEL 4.12

Tilbuddenes opfølgning på deres indsats over for brugerne. Procent.

	I meget høj eller i høj grad	I nogen grad	I mindre grad eller slet ikke	Ved ikke
Opfølgning på tilbuddets virkning	77,5	14,7	5,5	2,3
Antal observationer	475	90	34	14

Anm.: n = 613.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

De adspurgte tilbud har ikke tilkendegivet, at de mangler hverken viden eller kompetencer vedr. ADHD-problematikker. Således mangler få tilbud, ifølge dem selv, kendskab til ADHD-problematikker (7,5 pct.), kendskab til metoder i forhold til arbejdet med målgruppen (10 pct.) eller kurser til personalet (12,6 pct.)³⁵. Mange ansatte i tilbuddene har da også modtaget kurser eller anden kompetenceudvikling vedrørende ADHD, hvilket fremgår af tabel 4.13. Ud fra VISO's henvendelsesstatistik ses det, at kun 10 pct. af de sager, der vedrører ADHD, er oprettet på baggrund af en henvendelse fra et tilbud. Det dækker over både kommunale, regionale og private/selvejende institutioner. De sager, der er oprettet på baggrund af henvendelser fra tilbud, drejer sig om mangel på konkrete metoder/redskaber, manglende viden om problemstillingen/målgruppen og særligt udtalte problemstillinger.

TABEL 4.13

Ansatte i tilbuddene, der har modtaget kurser eller anden kompetenceudvikling vedrørende ADHD. Antal og procent.

	Antal	Procent
Alle/næsten alle	311	50,7
En del	147	24,0
Få/ingen	136	22,2
Ved ikke	19	3,1
I alt	613	100

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

Da mange af tilbuddene favner bredere end 'kun' brugere med ADHD, kan det virke overraskende, at halvdelen af tilbuddene har vurderet gra-

35. Jf. i øvrigt kapitel 9 omhandlende henvendelser til VISO.

den af kurser så forholdsvis højt, fordi man kan forestille sig, at der i tilbuddene så ikke var mulighed for deciderede kurser/kompetenceudvikling om præcis ADHD-problematikker. Mange tilbud rummer nemlig også andre målgrupper (fx misbrugere, udviklingshæmmede mv.)³⁶. Målgrupper, som *kan* relatere sig til ADHD, og hvor der muligvis kan argumenteres for en vis sammenhæng mellem dem (Thomsen & Damm, 2007; Dalsgaard, 2002; Wilens, 2006). Det betyder, at personalet i tilbuddene skal forholde sig til en række tilstande eller diagnoser. I tabel 4.13 har næsten en fjerdedel af respondenterne dog også angivet, at få eller ingen blandt personalet har modtaget kurser vedrørende ADHD. Af denne fjerdedel udgør de kommunale tilbud 58 pct. Tabel 4.14 fremviser den samlede krydstabulering i forhold til, hvor mange blandt personalet der har modtaget kurser sammenholdt med tilbuddets organisatoriske forankring. Personalet i private og selvejende tilbud er bedre dækket med ADHD-kurser.

TABEL 4.14

Ansatte i tilbuddene, der har modtaget kurser eller anden kompetenceudvikling vedrørende ADHD, fordelt på tilbuddenes organisatoriske forankring. Procent.

	Kommunalt	Regionalt	Privat	Fond/Selvejende institution
Alle/næsten alle	49	43	59	52
En del	22	30	20	28
Få/ingen	26	23	18	18
Ved ikke	4	3	4	2
I alt	100	100	100	100

Anm.: n = 613.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

DE KOMMUNALE TILBUD ER BREDE

Til billedet af, at de kommunale tilbud procentvist oftest er dem, der har angivet, at kun få eller ingen blandt personalet har modtaget kurser ved-

36. Begrebet rummelighed er vanskeligt at definere og kan opfattes som meget abstrakt. Respondenterne er i spørgeskemaet blevet præsenteret for dette ord, og det følgende må således ses som et udtryk for respondenternes forståelse af begrebet.

rørende ADHD, hører dog også, at de kommunale tilbud er dem, der oftest har angivet, at de rummer andre målgrupper end brugere med ADHD-lignende adfærd. Således har de kommunale tilbud procentvist oftest angivet, at de, foruden brugere med ADHD-lignende adfærd, ligeledes rummer brugere med adfærdsvanskeligheder, misbrug, fysisk nedsat funktionsevne, sindslidelse (fx angst eller depression), autisme spektrum samt asperger. Dermed viser der sig at være berøringsflader mellem, hvorvidt tilbuddet rummer andre målgrupper end ADHD-brugere, om tilbuddet er kommunalt, og i hvilken grad personalet har modtaget ADHD-kurser. Statistisk set er der dog ingen sammenhæng mellem, hvorvidt tilbuddet er kommunalt, og om alle eller næsten alle blandt personalet har modtaget ADHD-kurser³⁷. Opdeles tilbuddene i to grupper, kommunale og ikke-kommunale, differentieres billedet yderligere. I forhold til, om tilbuddet rummer andre målgrupper end brugere med ADHD, viser det sig nemlig, at de kommunale tilbud ikke længere procentvist oftest har angivet, at de rummer andre målgrupper. I henhold til nogle af de nævnte målgrupper er der signifikant sammenhæng mellem, om tilbuddet er kommunalt, og om andre tilbud rummes. Tabel 4.15 viser signifikante og ikke-signifikante sammenhænge mellem, om tilbuddet er kommunalt, og om det rummer forskellige definerede målgrupper.

TABEL 4.15

Signifikant sammenhæng mellem, om tilbuddet er kommunalt, og om det rummer målgruppen.

Målgruppe	Signifikant sammenhæng
Adfærdsvanskeligheder	Nej
Autisme spektrum eller asperger	Nej
Kognitiv/psykisk nedsat funktionsevne	Nej
Fysisk nedsat funktionsevne	Ja, med $p = 0,003$
Sindslidelse	Ja, med $p = 0,046$
Misbrug	Ja, med $p = 0,047$

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

Af tabellen fremgår det bl.a., at der er en signifikant sammenhæng mellem, om tilbuddet er kommunalt, og om det rummer brugere med fysisk nedsat funktionsevne, sindslidelser eller misbrug. Denne sammenhæng

37. Testet ved Chi2 med et standardkritisk niveau på 0,05.

kan skyldes, at de kommunale tilbud har særlige forpligtelser i forhold til kommunens borgere. Forpligtelserne knytter sig til Lov om Social Service, hvilket umiddelbart stemmer overens med, at mange af tilbuddene er døgninstitutioner, botilbud og lignende. Det kan også hænge sammen med, at kommunerne leverer bostøtte og støttekontaktperson.

Når mange tilbud har angivet, at de rummer andre målgrupper, er det ikke overraskende, at adskillige tilbud i praksis har brugere med de ovennævnte problemstillinger. Hele 84 pct. af tilbuddene³⁸ har således brugere med adfærdsvanskeligheder. Dette, fordi opfattelse af rummelighed kan sammenkædes med oplevelse af brugere i praksis. Det vil sige, at såfremt tilbuddet har brugere, vurderer de måske også, at de rummer dem. I den forbindelse kan der følgelig stilles spørgsmålstegn ved, hvor grænsen mellem ADHD-lignende adfærd og adfærdsvanskeligheder trækkes, idet der jo kan være sammenfald mellem adfærd såsom raserianfald, koncentrationsbesvær eller hyperaktivitet (Thomsen & Damm, 2006; 2007). Tabel 4.16 er en samlet oversigt over, hvor mange tilbud der har brugere med de nævnte problemstillinger.

TABEL 4.16

Tilbuddenes andre målgrupper. Antal og procent.

	Antal	Procent
Adfærdsvanskeligheder	514	83,8
Sindslidelse (som angsttilstand, depression m.fl.)	408	66,6
Autisme spektrum forstyrrelser eller asperger	353	57,6
Kognitiv/psykisk nedsat funktionsevne (fx udviklingshæmning)	322	52,5
Misbrug	241	39,3
Fysisk nedsat funktionsevne	113	18,4

Anm.: Procentangivelserne summer til over 100, fordi respondenterne har haft mulighed for at angive mere end én målgruppe. Målgrupperne i skemaet er udtryk for de kategorier, respondenterne har fået opstillet i spørgeskemaerne.

Kilde: Spørgeskema til tilbud.

Ses der på tilbuddenes organisatoriske forankring, viser det sig igen, at de kommunale tilbud procentvist oftest har svaret, at de har brugere med

38. Her refererer vi til alle tilbud – dvs. både kommunale, regionale og socialøkonomiske (selvejende, fonde m.m.) foretagender.

hhv. adfærdsvanskeligheder, autisme eller Aspergers syndrom, fysisk nedsat funktionsevne, kognitiv/psykisk nedsat funktionsevne, sindslidelser eller misbrug. Det stemmer således overens med ovenstående svarfordeling vedr., hvorvidt tilbuddene rummer disse målgrupper.

OPSUMMERING

Vi har i det ovenstående beskrevet forskellige karakteristika for de tilbud, der har medvirket i undersøgelsen. Nogle centrale kendetegn er, at flest tilbud ligger i Vestdanmark³⁹, og at lidt over halvdelen af tilbuddene er kommunale. Mange tilbud er døgninstitutioner, og mange tilbud har kategoriseret sig selv som 'noget andet'⁴⁰. Én forklaring kan være, at dette er et udtryk for tilbuddenes tværgående tænkning og for, at ADHD er en problemstilling, som ofte ikke 'står alene', men som ses i sammenhæng med andre problemstillinger. Flest tilbud henvender sig kun til børn og unge (det vil sige personer under 18 år). Der er dog også mange tilbud til voksne og til begge grupper.

De fleste tilbud oplever ikke at mangle viden. Det stemmer overens med, at mange respondenter har angivet, at personalet har modtaget kurser eller anden kompetenceudvikling vedr. ADHD. Der er dog næsten en fjerdedel, som har udtrykt, at få eller ingen blandt personalet har modtaget kurser eller anden kompetenceudvikling vedr. ADHD. Langt de fleste af de tilbud, som oplever at mangle kendskab til ADHD, har heller ikke fået kurser om ADHD. Ikke overraskende finder vi altså et sammenfald mellem kendskab og kurser. Kun 46 tilbud har angivet, at manglende kendskab til ADHD-problematikker er en af de største udfordringer.

Mange tilbud har brugere med andre problematikker end ADHD – i særlig grad gælder det adfærdsvanskeligheder. Det tyder på, at ADHD ikke er en problematik, som 'står alene' – en konklusion, som vi senere skal se stemmer overens med regionernes opfattelse af ADHD-området⁴¹. I forlængelse heraf finder vi, at mange tilbud vurderer, at de

39. Fyn betragtes som en del af Vestdanmark.

40. 'Noget andet' dækker over andre kategorier end de i spørgeskemaet på forhånd oplyste, jf. i øvrigt tabel 4.2.

41. Jf. kapitel 8.

rummer andre brugere end personer med ADHD. Endvidere finder vi en signifikant sammenhæng mellem, at tilbuddet er kommunalt, og at det rummer brugere med fysisk nedsat funktionsevne, sindslidelser og misbrug.

De fleste tilbud vurderer, at de er egnede til at hjælpe brugere med ADHD. Der er dog ca. 5 pct., som vurderer, at det ikke er egnet, men som alligevel anvendes som tilbud til personer med ADHD. ADHD er sjældent en problematik, der står alene i tilbuddene. Det vil sige, at et tilbud som regel også beskæftiger sig med andre problematikker end ADHD. En god del af tilbuddene arbejder ikke med systematisk dokumentation af deres indsats, hvilket indikerer muligheder for ændringer. Selv om kun halvdelen af tilbuddenes ydelser er specielt målrettede brugere med ADHD, siger undersøgelsen ikke noget om et uopfyldt behov på det område.

VIDEN PÅ FORVALTNINGS- /MYNDIGHEDSNIVEAU

I forrige kapitel så vi, at det selvvaluerede videns- og kompetenceniveau blandt tilbuddene til personer med ADHD er forholdsvis højt. I dette kapitel fokuserer vi på den kommunale viden. De seneste årtier er der kommet øget fokus på ADHD. Inden for videnskabens verden viser det sig i form af flere artikler, hvor ADHD indgår i overskriften, inden for den frivillige verden ser vi det i form af bl.a. ADHD-foreningens årlige konference, og inden for den politiske verden udmønter det sig i form af satspuljepartiernes beslutning om en national ADHD-handlingsplan. Endvidere er der øget fokus på personer med ADHD i frivillige tilbud, ligesom der også i kommunerne er stor interesse for kurser, konferencer mv. Billedet af et samlet øget fokus på ADHD gør det vigtigt at kortlægge de kommunalt ansattes egne opfattelser af det kommunale videns- og kompetenceniveau.

Kortlægningen baserer sig bl.a. på spørgeskemaer til kommunernes PPR, UU-vejledninger, jobcentre samt voksen- og børne-/ungeområder. I dette kapitel fokuserer vi på alle fem adspurgte kommunale enheder. Tabel 5.1 illustrerer det datagrundlag, kapitlets analyser og resultater bygger på. Der er i alt svar fra 79 pct. af kommunerne; det vil sige, at 77 kommuner har besvaret minimum ét spørgeskema. Som tabellen viser, er svarprocenterne i jobcentrene og UU-vejledningerne noget lavere, mens medarbejderne i voksen- og børne-/ungeafdelingerne oftere har besvaret et spørgeskema.

TABEL 5.1

Svarfordelinger og svarprocent i den kommunale spørgeskemaundersøgelse.

Kommunal afdeling	Antal svar ¹	Svarprocent
UU-vejledninger	34	35 ²
PPR	47	48 ²
Børne-/ungeafdelingerne	53	54
Voksenafdelingerne	51	52
Jobcentrene	35	36
I alt	220	79 ³

1. Antal svar er udtryk for et vægtet antal, jf. i øvrigt kapitel 3.

2. Svarprocenterne for UU-vejledninger og PPR er usikre grundet den kommunale organisering på området, jf. i øvrigt kapitel 3.

3. Svarprocenten på 79 er udtryk for andelen af kommuner, som har besvaret minimum ét spørgeskema.

De fleste af respondenterne i jobcentrene, i voksenafdelingerne samt i børne-/ungeafdelingerne arbejder med myndigheds-/bestilleropgaver. Tabel 5.2 præsenterer et samlet overblik over, hvem der har besvaret spørgeskemaerne.

TABEL 5.2

Respondenternes arbejdsfunktioner. Procent.

	Myndigheds-/ bestilleropgaver	Drifts/udfører opgaver	Andre typer funktioner	Antal
Børne- /ungeafdelingerne	70,6	3,8	25,6	53
Voksenafdelingerne	76,5	13,7	9,8	51
Jobcentrene	72,9	11,4	15,7	35

Anm.: Respondenterne i PPR og i UU-vejledninger fremgår ikke, da de ikke på samme måde kan opdeles i funktionstyper.

Kilde: Spørgeskema til børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

Vi indleder kapitlet med en redegørelse for kommunernes egne vurderinger af deres viden og kompetencer, og vi afslutter det med at fokusere på udbredelsen og deltagelsen i vidensmiljøer på tværs af kommunale og fagspecifikke skel. Således viser dette kapitel kommunernes selvoplevede vidensniveau. Analysen muliggør dermed identificering af udviklingsmuligheder, hvilket vi forholder os til i den afsluttende opsummering.

KOMMUNERNES SELVVURDEREDE VIDENS- OG KOMPETENCENIVEAUER

De første afsnit i kapitlet kortlægger kommunernes egen forståelse af deres viden og kompetencer. Grundet dataindsamlingsmetoden er det, vi kan analysere, kommunernes egen opfattelse af virkeligheden. Dette er relevant at have for øje i det følgende.

Risikoen ved at spørge en kommune om opfattelsen af eget videns- og kompetenceniveau er naturligvis, at svarene bliver udtryk for *social desirability bias* (De Vaus, 2002). Dette kan spille en særlig rolle på vidensområdet, fordi der er risiko for, at undersøgelsen kun vil afspejle det ønskede vidensniveau i kommunerne. Disse overvejelser kan vi relatere til en anden undersøgelse, som fastslog, at viden om ADHD i kommunerne var utilstrækkelig (Center for Ligebehandling af Handicappede, 2005). Før kommunalreformen udarbejdede Center for Ligebehandling af Handicappede en analyse af kommunernes viden om voksne med udviklingsforstyrrelser. Analysen var baseret på selvvurderet vidensniveau, og CLH konkluderede bl.a., at kommunerne manglede viden, dels fordi de små kommuner ikke havde erfaring med sager, hvor ADHD var involveret, dels fordi ADHD for sagsbehandleren kan være 'usynlig' ved det første møde med borgeren. Sidstnævnte problemstilling gør sig sandsynligvis stadig gældende, men kommunalreformen kan have indvirket på kommunernes erfaringer med ADHD-sager, fordi hver kommune i dag rummer flere borgere og dermed mere personale, og fordi VISO har etableret rådgivningsmuligheder for kommunerne. De forpligtelser, kommunerne efter kommunalreformen overtog fra de tidligere amter, gør ligeledes, at vi kan forvente, at de har fået nye og flere erfaringer. CLH's undersøgelse konkluderede endvidere, at ADHD var den funktionsnedsættelse, kommunerne havde mindst viden om⁴². I 2006 fulgte CLH deres undersøgelse op med en kvalitativ analyse af borgernes oplevelse af kommunernes viden om ADHD. Konklusionen understøttede den forrige rapport, idet den fastslog, at der mangler kommunal viden om emnet (Center for Ligebehandling af Handicappede, 2006).

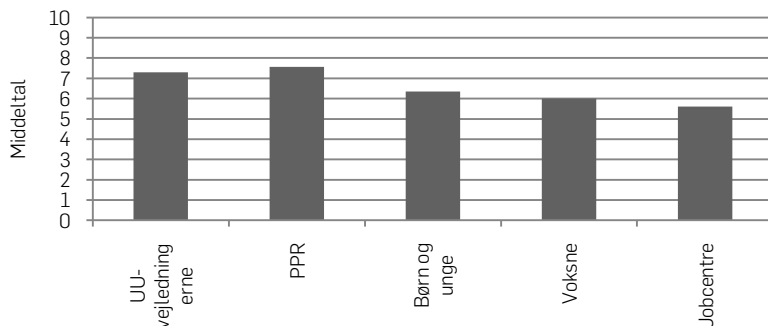
42. I forhold til andre vanskeligheder for normalt begavede voksne (Center for Ligebehandling af Handicappede, 2005).

KOMMUNERNE OPLEVER AT VÆRE FAGLIGT KLÆDT PÅ

De fem kommunale enheder vurderer samlet set dem selv som værende forholdsvis godt fagligt klædt på til opgaverne vedr. ADHD. Figur 5.1 er udtryk for en skala, hvor de fem kommunale afdelinger med point fra 0-10⁴³ har angivet, hvor godt fagligt klædt på de er til at varetage deres kommunale opgaver vedr. ADHD. Middelværdierne, som fremgår af figuren, viser, at alle enhederne har vurderet deres faglige niveau som værende over middel. Især PPR og UU-vejledningen har vurderet deres faglige niveau højt. At PPR har vurderet deres faglighed højt er ikke overraskende, idet en del af disse medarbejdere må formodes at være psykologer, som har kendskab til ADHD-diagnosen, og fordi PPR's arbejde omfatter screening af børn med fysiske, psykiske og sociale problemstillinger. I tillæg til figuren kan vi kommentere, at ingen i de to afdelinger har svaret 'ved ikke', mens to jobcentermedarbejdere og fem medarbejdere fra hhv. voksen- og børne-/ungeområdet har gjort det. 'Ved ikke'-svarene kan vi i denne sammenhæng forstå som forsigtighed over for at svare på spørgsmålet.

FIGUR 5.1

De kommunale enheders vurdering af deres faglige niveau på en skala fra 0-10, udtrykt i middelværdier.



Anm.: UU-vejledninger: n = 34; PPR: n = 47; børne-/ungeafdelingerne: n = 48; voksenafdelingerne: n = 46; jobcentrene: n = 34. Varians: UU-vejledninger = 2,5; PPR = 2,2; børne-/ungeafdelingerne = 4,5; voksenafdelingerne = 4,6 og jobcentrene = 5,4.

Kilde: Spørgeskemaer til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

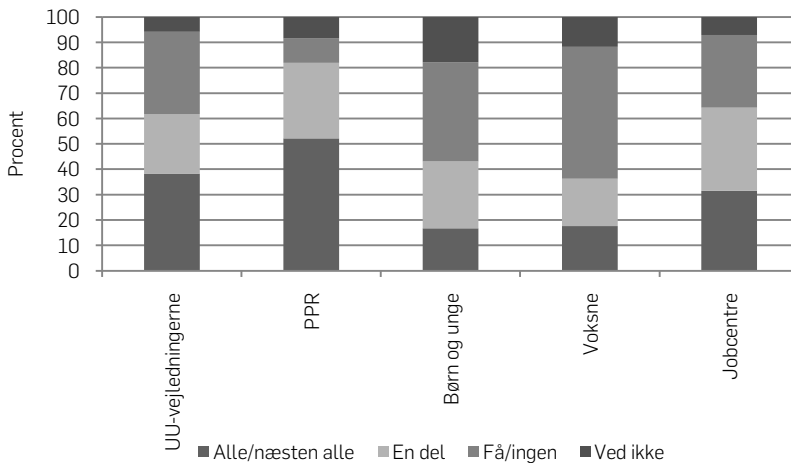
43. Hvor 0 er 'slet ikke fagligt klædt på', og 10 er 'fuldt ud fagligt klædt på'.

KOMPETENCEUDVIKLING VEDRØRENDE ADHD

Det er rimeligt at antage, at vurderingerne i figur 5.1 skal sammenholdes med, hvor mange af de kommunale medarbejdere der har modtaget kurser eller anden kompetenceudvikling vedr. ADHD. Figur 5.2 berører dette, idet den viser procentvise angivelser af andelen af personalet i de fem enheder, der har modtaget kurser eller anden kompetenceudvikling vedr. ADHD.

FIGUR 5.2

Kommunale medarbejdere, der har modtaget kurser om ADHD. Procent.



Anm.: UU-vejledninger: n = 34; PPR: n = 47; børne-/ungeafdelingerne: n = 53; voksenafdelingerne: n = 51; jobcentrene: n = 35.

Kilde: Spørgeskemaer til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

Figurerne 5.1 og 5.2 bekræfter således hinanden, idet personalet i PPR både er dem, der føler sig bedst fagligt klædt på, og dem, der procentvis oftest har angivet, at alle eller næsten alle blandt personalet har modtaget kurser eller lignende. Modsat har de fleste af voksenafdelingerne og over halvdelen af børne-/ungeafdelingerne angivet, at få eller ingen har modtaget kurser.

De kommunale enheder⁴⁴ er ligeledes blevet bedt om at vurdere, om mangel på kurser til personalet er blandt deres største udfordringer. Samlet set har kommunerne angivet, at dette ikke er blandt de største udfordringer⁴⁵. Selv på voksenområdet, hvor 53 pct. har svaret, at kun få eller ingen blandt personalet har modtaget kurser, har kun 15 pct. svaret, at mangel på kurser er blandt de største udfordringer.

DEN STØRSTE EKSPERTISE I KOMMUNERNE

Børne-/unge- og voksenområderne har endvidere vurderet, hvor i kommunen den største ekspertise med viden om ADHD findes. Mens voksenområdet primært (49 pct.) peger på afdelingen, der har fokus på psykiatri og handicap, peger børne-/ungeafdelingen især på sig selv (50 pct.)⁴⁶. Svarene fra de to afdelinger stemmer for så vidt overens, for voksenområdet mener i høj grad også, at det er børne-/ungeafdelingen, der ved meget (36 pct.), ligesom børne-/ungeafdelingen også henviser til afdelingen, der har fokus på handicap og psykiatri (30 pct.). Disse svarfordelinger fremgår af figurene 5.3 og 5.4.

Bemærk, at ca. en femtedel af medarbejderne på voksen- og børne-/ungeområdet har svaret 'ved ikke'. I forhold til tværfaglig sparring kan det virke problematisk, fordi vi må formode, at disse medarbejdere ikke ved, hvor og med hvem de kan udveksle viden og erfaringer. Senere i dette kapitel fokuserer vi yderligere på udbredelsen af kommunale vidensmiljøer.

Medarbejderne i jobcentrene peger, ligesom medarbejderne i voksenafdelingerne, på afdelingen med fokus på handicap og psykiatri som den afdeling med størst ekspertise vedr. ADHD. Lidt mere end 30 pct. har endvidere angivet dem selv, jobcenteret, som afdelingen med størst ADHD-ekspertise. Figur 5.5 viser de samlede fordelinger.

Boks 5.1 er en case på et tilbud, der fungerer som et kommunalt videnscenter. Casebeskrivelsen illustrerer således et andet forum for viden end de kommunale enheder, der har medvirket i surveyen.

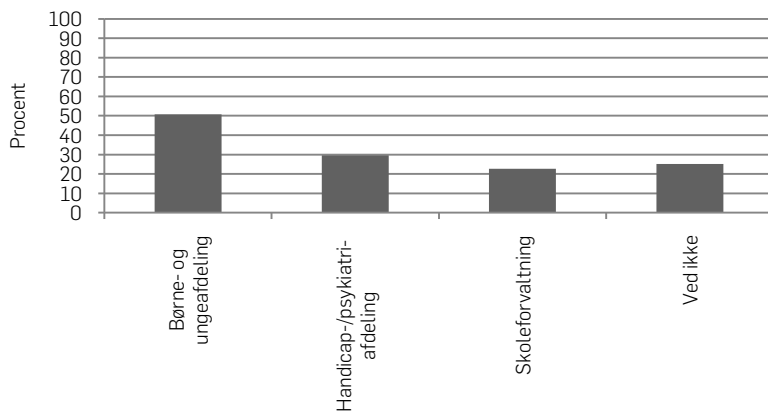
44. Med undtagelse af PPR.

45. Jf. i øvrigt kapitel 6, hvor vi beskæftiger os mere med kommunernes udfordringer.

46. Procentangivelserne skal læses med det in mente, at hver respondent har kunnet angive to afdelinger.

FIGUR 5.3

Medarbejderne i børne-/ungeafdelingernes vurdering af, hvilken kommunal enhed der har den største ADHD-eksptise. Procent.

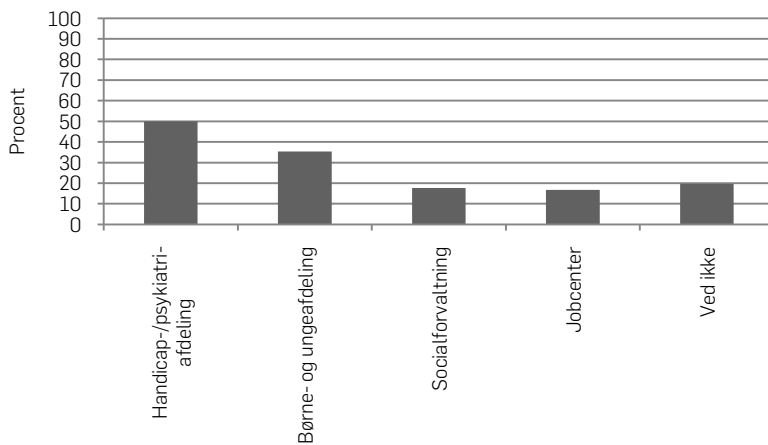


Anm.: n = 53.

Kilde: Spørgeskema til børne-/ungeafdelingerne.

FIGUR 5.4

Medarbejderne i voksenafdelingernes vurdering af, hvilken kommunal enhed der har den største ADHD-eksptise. Procent.



Anm.: n = 51.

Kilde: Spørgeskema til voksenafdelingerne.

BOKS 5.1

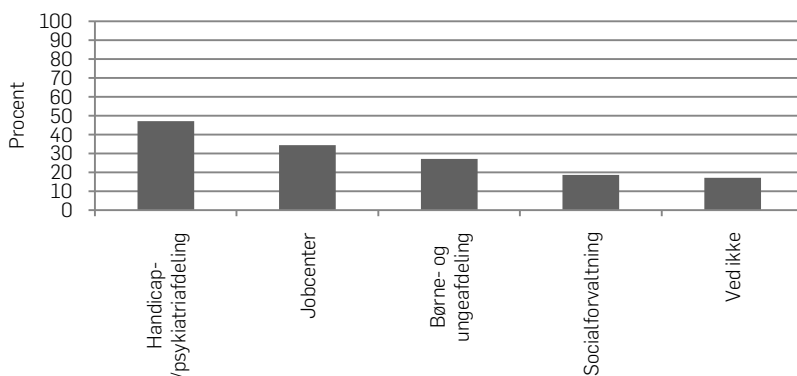
VISPU – Videnscenter for børn og unge med ADHD, ADD, Tourettes syndrom, OCD eller en autisme spektrum forstyrrelse.

VISPU er et kommunalt videnscenter i Horsens Kommune, der målretter sig inklusion af børn og unge med specifikke og gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Målgruppen er elever i kommunens almene folkeskoler, der er diagnosticerede eller på vej til at få stillet diagnoser som ADHD, autisme, OCD mv. VISPU er organiseret som et projekt tilknyttet specialklasserne på Højvang Skolen og refererer via skoleinspektøren til chefen for undervisningsområdet. Målsætningen for VISPU er at give specialpædagogisk vejledning og uddannelse til det pædagogiske personale i folkeskoler, SFO'er og børnehaver, der arbejder med denne målgruppe. Formålet med indsatsen er at bidrage til, at den enkelte elev forbliver inkluderet i disse institutioner. Indsatsen ydes i tråd med den rekvirerende skoles behov og kan bestå af vejledning, observation og supervision i forhold til konkrete elevers inklusion. VISPU indgår i et koordinerende samarbejde med pædagoger, lærere, AKT-team (et tværfagligt team, der består af en psykolog, en lærer og en socialpædagog), skoleledelse og PPR. VISPU tilbyder specialpædagogiske redskaber og viden i forhold til enkelt-sager såvel som mere generelle henvendelser. Skolen kan først rekvirere hjælp fra VISPU, når samtlige af skolens andre mulige tiltag er forsøgt, og når forældrene og PPR forinden har givet tilladelse.

Kilde: Servicestyrelsen.

FIGUR 5.5

Jobcentermedarbejdernes vurdering af, hvilken kommunal enhed der har den største ADHD-eksperise. Procent.



Anm.: n = 35

Kilde: Spørgeskema til jobcentrene.

At det er børne-/ungeafdelingen og afdelingen med fokus på handicap og psykiatri, der peges på som eksperterne inden for ADHD-området, kan måske fortælle noget om, hvordan ADHD behandles i kommunerne – forudsat at viden (ekspertise) sammenkædes med erfaring. Da ADHD tidligere (og muligvis til dels stadig) blev associeret med barndoms-/ungdomsårene, er det plausibelt, at meget viden i kommunerne ligger i børne-/ungeafdelingerne.

KOMMUNERNES STØRRELSE OG DERES VIDEN

Kommunalreformen i 2007 ændrede den kommunale organisering på mange områder, og det er derfor interessant at undersøge, om kommunerne som en følge af, at de er blevet større, føler sig mere eller mindre vidende om ADHD.

Kombineres SFI's data med oplysninger fra Danmarks Statistik⁴⁷ vedr. folketal i kommunerne i oktober 2010, viser det sig, at de mindste kommuner er dem, der procentvis oftest har vurderet, at de ligger under middel i forhold til at være fagligt klædt på til at varetage deres opgaver vedr. ADHD⁴⁸. Dette vises i figur 5.6, og dermed kan vi til dels bekræfte tendenserne i CLH's undersøgelse (2005).

Førnævnte undersøgelser fra CLH (2005, 2006) kommenterede i øvrigt også sammenhængen mellem kommunistørrelse⁴⁹, erfaring og viden og konkluderede, at kommunerne ikke havde den fornødne viden om emnet. CLH indikerer i deres ene undersøgelse, at manglende viden hænger sammen med erfaring, og at erfaring relaterer sig til antal borgere (CLH, 2005). Det skal understreges, at vi ikke kan tale om nogen form for evaluering eller komparativ undersøgelse, men blot om tendenser i kommunernes egne vurderinger af deres vidensniveau.

I figur 5.6 ser vi, at de fleste afdelinger har vurderet sig selv som værende over middel i forhold til at varetage deres opgaver vedr. ADHD – på baggrund af CLH's føromtaltte undersøgelser er dette bemærkelsesværdigt (2005, 2006). Det betyder, at kommunerne i almindelighed overvurderer deres faglige viden i forhold til ADHD, eller at de undervurde-

47. www.statistikbanken.dk.

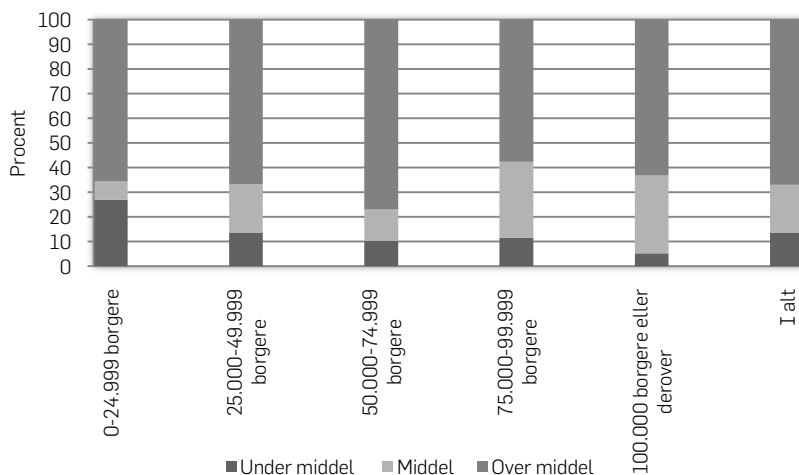
48. Afdelingerne har indplaceret dem selv på en skala fra 0-10. 5 er midterkategorien.

49. Kommunistørrelse forstås ud fra antal borgere i kommunen.

rer andre kommuners viden. Kommuner af gennemsnitsstørrelse (med 55.000 borgere) vurderer deres faglige viden højest. Kommuner, der er en halv gange større, vurderer deres faglige viden som mindst. Figur 5.6 er opgjort på baggrund af svarene fra de fem afdelinger, som undersøgelses spørgeskemaer har været sendt til.

FIGUR 5.6

Faglig viden i afdelingerne, fordelt på kommunistørrelse. Procent.



Anm.: 0-24.999: n = 26; 25.000-49.999: n = 102; 50.000-74.999: n = 39; 75.000-99.999: n = 26; 100.000 borgere eller derover: n = 19.

Kilde: Spørgeskemaer til UU-vejledningerne, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne, og jobcentrene samt oplysninger om folketal fra Danmarks Statistik.

KOMMUNERNES DELTAGELSE I VIDENSMILJØER

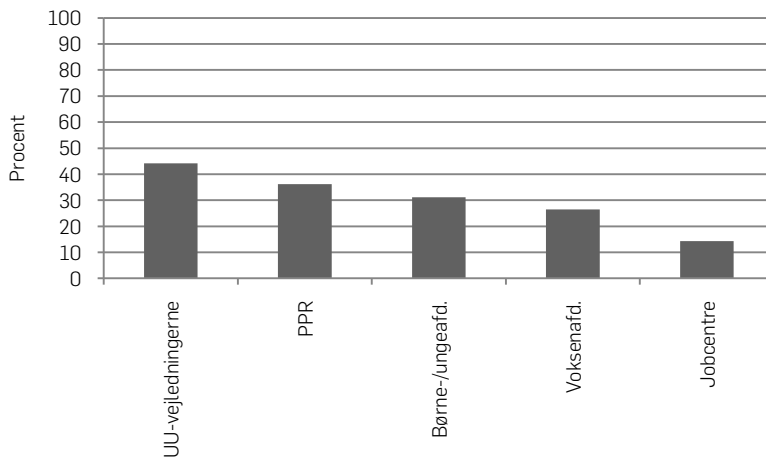
I dette kapitel har vi nu erfaret, at mange kommunale medarbejdere peger på de samme afdelinger, når de skal definere afdelingerne med størst ADHD-ekspertise. Samtidig ved en del medarbejdere ikke, hvor i kommunerne den største ADHD-ekspertise er. I forlængelse deraf er det interessant at kortlægge kommunernes brug af såvel interne som eksterne vidensmiljøer.

Deltagelse i interne vidensmiljøer er generelt ikke udbredt i kommunerne, hvilket figur 5.7 illustrerer. Ved interne vidensmiljøer tæn-

ker vi på vidensdeling med andre interne aktører i kommunen såsom ansatte i andre afdelinger eller tilbud (fx botilbud i kommunen), som har særlig viden om ADHD. UU-vejledningerne skiller sig ud i forhold til de øvrige afdelinger, idet 46 pct. af dem har svaret, at de deltager i sådanne miljøer.

FIGUR 5.7

De kommunale enheders deltagelse i interne vidensmiljøer. Procent.



Anm.: UU-vejledningerne: n = 34; PPR: n = 47; børne-/ungeafdelingerne: n = 53; voksenafdelingerne: n = 51; jobcentrene: n = 35.

Kilde: Spørgeskemaer til UU-vejledningerne, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

Figur 5.7 viser endvidere, at jobcentrene sjældnest deltager i interne vidensmiljøer. Den umiddelbare forklaring herpå er naturligvis, at jobcentrenes primære fokus er arbejdsmarkedsrettet. Og da kommunen ikke rummer andre aktører med samme eller lignende fokus, opfatter jobcentermedarbejderne måske ikke vidensdeling som relevant.

Ekstern vidensdeling⁵⁰ er heller ikke udbredt i kommunerne, hvilket fremgår af figur 5.8. Ved ekstern vidensdeling forstår vi faglig

50. Ekstern vidensdeling er i de udsendte spørgeskemaer målt ved at spørge til brug af specialistviden. De institutioner, aktører mv., vi benævner i dette afsnit, er således et udtryk for svarkategorier i spørgeskemaerne.

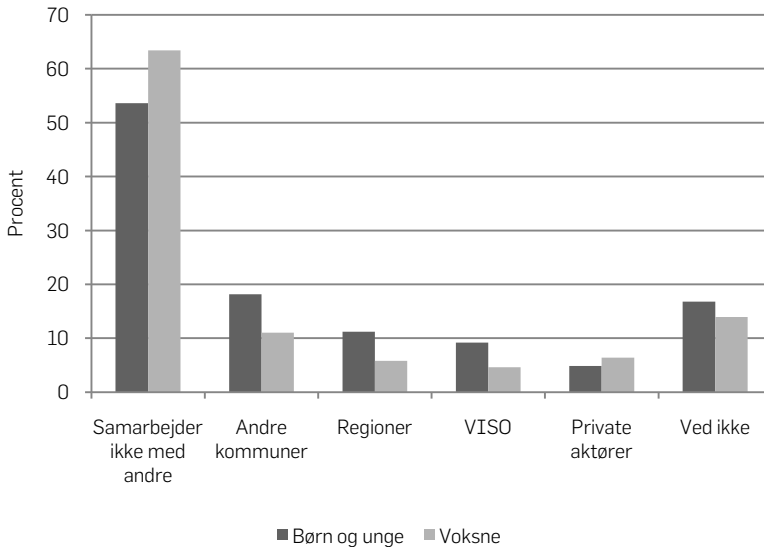
sparring med de i figur 5.8 oplyste aktører, dvs. andre kommuner, regioner, VISO og private aktører. Langt de fleste respondenter har således svaret, at de ikke samarbejder med andre. Sammenligner vi børne-/ungeområdet med voksenområdet, ser vi, at børne-/ungeområdet procentvis ligger en smule højere – med undtagelse af samarbejde med private aktører, hvor de to områder ligger meget lavt og så godt som lige. Som vi vil vise i kapitel 7, er regionernes oplevelse af samarbejdet med kommunerne, at det i høj grad foregår på kommunernes initiativ. I det perspektiv er det således ikke overraskende, at kun hhv. 5 og 10 pct. af medarbejderne på voksen- og børne-/ungeområdet har angivet, at de benytter sig af ekstern vidensdeling med regionerne. Dette, fordi initiativet hertil måske er betinget af kommunernes initiativ hertil, hvilket vi endvidere må se i lyset af, at regionerne er leverandører af ydelser.

Det fremgår endvidere af figur 5.8, at kun få kommunale medarbejdere oplever vidensdeling med VISO. I den sammenhæng er det imidlertid væsentligt at være opmærksom på, at VISO alene rådgiver om de mest specialiserede og komplicerede problemstillinger, hvor kommunen ikke har tilstrækkelig ekspertise til rådighed. Kommunerne skal således alene benytte sig af VISO i sager om ADHD, hvis de 1) har komplekse sager om ADHD, og 2) vurderer, at de *ikke* har de nødvendige kompetencer til rådighed. Resultater fra VISO's faglige opfølgningssystem indikerer desuden, at den viden, fagfolk i kommunerne modtager fra VISO i forbindelse med enkeltsagerne, ofte kan anvendes i andre sager.

Det fremgår af figuren, at det mest er medarbejderne på børne- og ungeområdet, der har angivet, at de benytter sig af VISO. Det stemmer for så vidt overens med de fordelinger, der ses i VISO's henvendelsesstatistik, idet det her fremgår, at de fleste sager, der oprettes på baggrund af henvendelser fra de kommunale forvaltninger, drejer sig om borgere i alderen 7-11 år og 12-14 år.

FIGUR 5.8

De kommunale enheders anvendelse af ekstern vidensdeling. Procent.



Anm.: UU-vejledninger: n = 34; voksenafdelingerne: n = 51; børne-/ungeafdelingerne: n = 53; jobcentrene: n = 35; PPR: n = 47. Børn og unge er målt ud fra UU-vejledninger, PPR samt børne-/ungeafdelingerne. Voksne er målt ud fra jobcentrene samt voksenafdelingerne.

Kilde: Spørgeskemaer til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

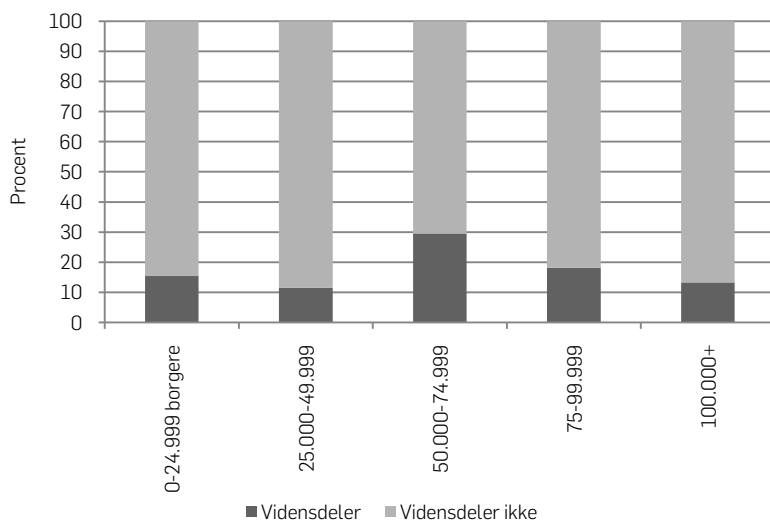
Der tegner sig således et billede af, at medarbejderne i kommunerne ikke i specielt høj grad deltager i hverken eksterne eller interne vidensmiljøer. Selv om forholdsvis få kommuner benytter sig af ekstern vidensdeling, er det alligevel interessant at klarlægge, hvem disse kommuner er. Dette kan fortælle noget om incitamenter og arbejdsgange på dette felt i kommunerne. Figur 5.9 viser, hvilke kommuner der deler viden med andre kommuner – set ud fra antal borgere i kommunen.

Som det fremgår af figuren, deler de mellemstore kommuner (med 50.000-99.999 borgere) mest viden med andre kommuner. De største kommuner udgør omvendt den mindste procentvise andel, hvilket kan hænge sammen med, at de største kommuner måske selv (internt i kommunen) har specialiseret viden om ADHD. Dette stemmer i øvrigt overens med, at Region Hovedstaden peger på, at specialisering ikke efterspørges i kommu-

nerne⁵¹; samtidig mener denne region, at mellemkommunalt samarbejde ville være fordelagtigt i forbindelse med ADHD. Ser vi på kommunernes vidensdeling med regionerne, fremstår fordelingerne noget anderledes, idet det her er de største kommuner, der oftest deler viden. Det viser vi med figur 5.10. Bemærk i øvrigt, at de mindste kommuner slet ikke har angivet, at de benytter sig af vidensdeling med regionerne.

FIGUR 5.9

Kommunernes vidensdeling med andre kommuner, sammenholdt med kommunestørrelse. Procent.



Anm.: 0-24.999: n = 26; 25.000-49.999: n = 104; 50.000-74.999: n = 44; 75.000-99.999: n = 28; 100.000+: n = 21.

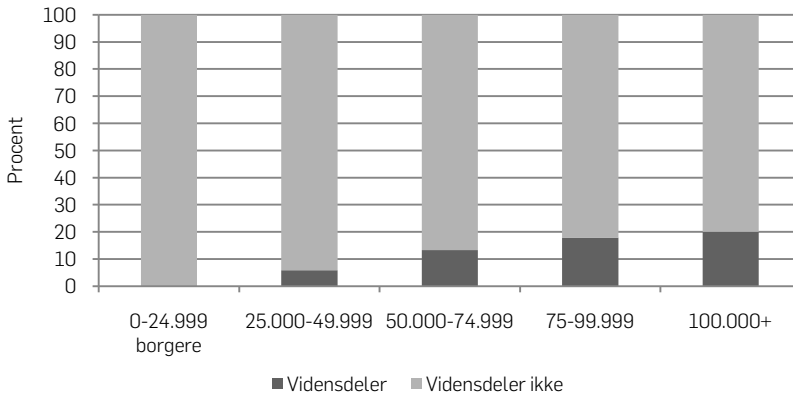
Kilde: Spørgeskema til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene samt oplysninger om folketal fra Danmarks Statistik.

Vender vi blikket mod vidensdeling med VISO, ændrer billedet sig igen. Figur 5.11 afslører nemlig, at de største kommuner ikke benytter sig af denne rådgivningsmulighed. Det gør de mellemstore kommuner derimod. På linje med de fordelinger, vi så i figur 5.10, ser vi igen, at de små kommuner næsten ikke benytter sig af vidensdeling med VISO.

51. Jf. kapitel 7.

FIGUR 5.10

Kommunernes vidensdeling med regioner, sammenholdt med kommunestørrelse. Procent.

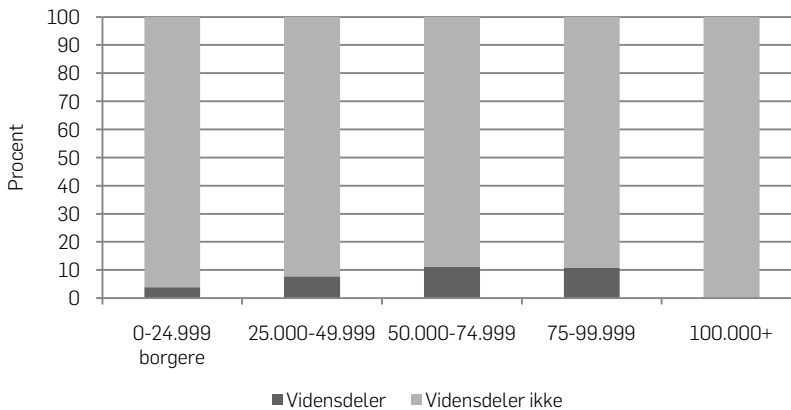


Anm.: 0-24.999: n = 26; 25.000-49.999: n = 103; 50.000-74.999: n = 45; 75.000-99.999: n = 28; 100.000+: n = 20

Kilde: Spørgeskema til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene samt oplysninger om folketal fra Danmarks Statistik.

FIGUR 5.11

Kommunernes vidensdeling med VISO, sammenholdt med kommunestørrelse. Procent.



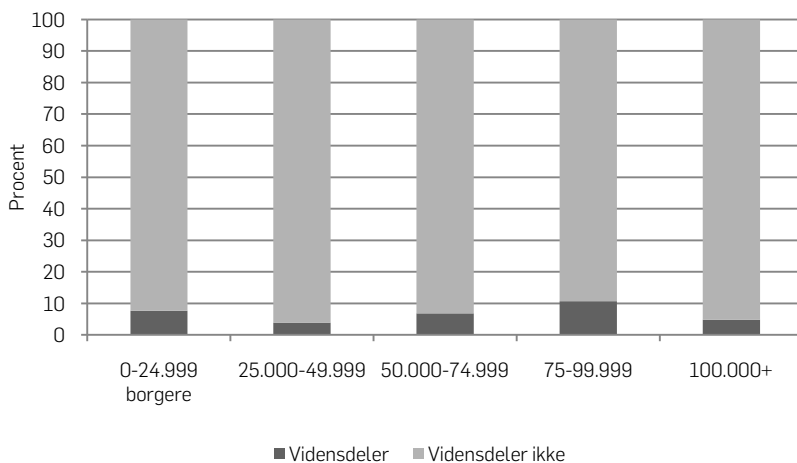
Anm.: 0-24.999: n = 26; 25.000-49.999: n = 103; 50.000-74.999: n = 45; 75.000-99.999: n = 28; 100.000+: n = 20.

Kilde: Spørgeskema til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene samt oplysninger om folketal fra Danmarks Statistik.

Dette billede stemmer ikke overens med VISO's henvendelses- og sagsdata. Disse viser, at de 10 største kommuner har haft 43 sager i VISO om ADHD i den periode, som henvendelsesstatistikken dækker over. I samme periode har de 10 mindste kommuner haft 11 sager om ADHD. De syv mindste kommuner har dog ikke haft sager i VISO, der omhandlede ADHD, men her er det væsentligt at være opmærksom på, at en del af de mindste kommuner samarbejder med større nabokommuner, hvilket kan være en af forklaringerne på, at de ikke optræder som henvendelser i VISO-sager om ADHD. Hvis der ses på antallet af sager pr. 100.000 indbyggere, er der i VISO's sagsstatistik desuden *ikke* en klar tendens til, at de mindste og de største kommuner er dem, der har forholdsvis færrest sager.

FIGUR 5.12

Kommunernes vidensdeling med private aktører, sammenholdt med kommune-størrelse. Procent.



Anm.: 0-24.999: n = 26; 25.000-49.999: n = 103; 50.000-74.999: n = 44; 75.000-99.999: n = 28; 100.000+: n = 21.

Kilde: Spørgeskema til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene samt oplysninger om folketal fra Danmarks Statistik.

Ud fra den nationale kortlægning ses det, at kommuner, der har mellem 25.000-99.999 borgere, udgør omtrent to tredjedele af de kommuner, der deler viden med private aktører. Figur 5.12 illustrerer dette. Omvendt benytter de mindste og de største kommuner sig ikke så ofte af denne mulighed. For de mindste kommuners vedkommende kan det hænge

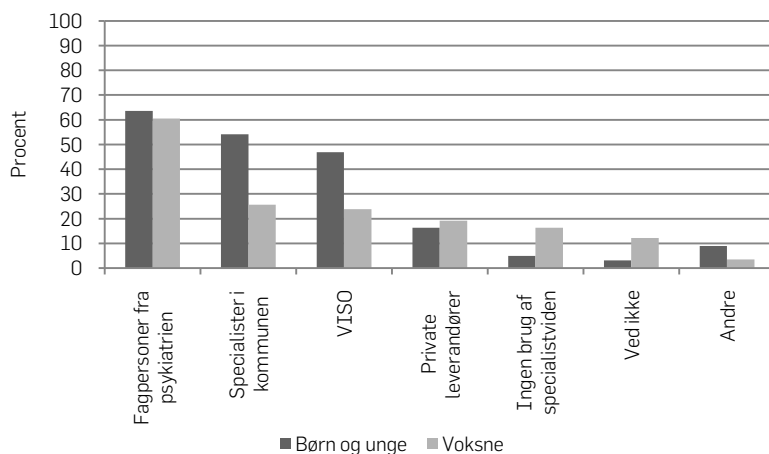
sammen med tilgængelighed – altså, at de geografisk er placeret således, at der ikke er så stort et udbud af private aktører. I forhold til de største kommuner kan det have at gøre med, at interne eksperter/specialister ansat i kommunen har den samme eller en tilsvarende funktion, som eksterne private aktører ville have.

SPECIALISTVIDEN

Selv om kun få kommuner benytter sig af eksternt vidensdeling, sparrer kommunerne dog stadig med andre om fx visitation eller sager, hvor ADHD er involveret. Figur 5.13 viser de fem kommunale enheders brug af forskellige former for specialistviden i forbindelse med ADHD⁵².

FIGUR 5.13

De kommunale enheders brug af specialistviden. Procent.



Anm.: UU-vejledninger: n = 34; voksenafdelingerne: n = 51; børne-/ungeafdelingerne: n = 53; jobcentrene: n = 35; PPR: n = 47. Børne- og ungesøjlerne bygger på svar fra UU-vejledninger, børne-/ungeafdelingerne og PPR, Voksensøjlerne bygger på svar fra voksenafdelingerne og jobcentrene.

Kilde: Spørgeskema til UU-vejledninger, voksenafdelingerne, børne-/ungeafdelingerne, jobcentrene og PPR

52. Procentangivelserne summer ikke til 100 pct., fordi hver respondenter har kunnet angive flere svar.

Figuren leder tankerne hen på den tidligere omtalte udvikling, som drejer sig om, at ADHD førhen blev associeret med børn og unge, men at der i dag er øget fokus på, at ADHD også kan knytte sig til voksenlivet. Figuren viser nemlig, at medarbejdere, der beskæftiger sig med børn og unge, er dem, der benytter sig mest af specialistviden (med undtagelse af, når det drejer sig om private leverandører/konsulenter). Samtidig er der klart flere af de kommunale medarbejdere, der beskæftiger sig med voksne borgere, som svarer 'ingen brug af specialistviden'.

Endvidere viser figur 5.13, at forholdsvis store procentandele af de kommunale afdelinger benytter sig af fagpersoner fra det psykiatriske område, ligesom kommunale medarbejdere, der arbejder inden for børne-/ungeområdet, ofte benytter sig af specialister, som er ansat i kommunen. I tillæg til figuren kan vi kommentere, at UU-vejledninger er de eneste af de fem afdelinger, hvor ingen har angivet, at de slet ikke benytter sig af specialistviden. PPR scorer generelt højt på anvendelse af specialistviden, hvilket til dels er overraskende, fordi de jo netop selv kan betragtes som en slags specialister. Omvendt er det måske naturligt, at specialister sparrer med andre specialister på de områder, hvor de selv mangler viden.

Den tidligere omtalte undersøgelse fra CLH (2005) pointerede ligeledes, at kommunerne ikke mente, at mangel på viden var en forhindring for god sagsbehandling. Såfremt det stadig gør sig gældende, er det ikke så overraskende, at vores survey viser, at kommunerne ikke i så høj grad deltager i vidensmiljøer. De fordelinger, vi har set i dette kapitel, problematiseres imidlertid af en senere undersøgelse foretaget af CLH, som påpeger, at borgere med ADHD oplever, at kommunerne mangler viden (2006). Denne oplevelse af manglende viden blandt de kommunale sagsbehandlere deles af deltagerne i dialogmøderne, som bliver præsenteret yderligere i kapitel 9. Der kan naturligvis være mange årsager til dette resultat, fx at de berørte borgere selv har researchet og dermed selv har opnået stor viden om emnet, eller at forventningsniveauet til viden i kommunerne er højt⁵³. Uanset hvilken årsag der gør sig gældende, giver det anledning til forskellige overvejelser, når borgerne ikke vurderer viden i kommunerne som god nok.

53. Jf. i øvrigt kapitel 9, hvor der fokuseres på borgernes individuelle oplevelser.

OPSUMMERING

Vi har i dette kapitel redegjort for vurderinger af viden og kompetencer i kommunerne. Overordnet svarer kommunerne, at de er godt fagligt klædt på. At de mindste kommuner er dem, der procentvis oftest har vurderet, at de ligger under middel i forhold til at være fagligt klædt på til at varetage deres opgaver vedr. ADHD, peger muligvis på, at der på dette område er mulighed for udvikling.

Der er rimelig stor variation mellem kommunale enheder i, hvor mange medarbejdere der har modtaget kurser eller anden kompetenceudvikling vedr. ADHD. PPR og UU-vejledningerne ligger højt, mens de afdelinger, der visiterer til forskellige ydelser, ligger lavere; voksenafdelingerne endda noget lavere.

Deltagelse i vidensmiljøer er ikke udbredt. Det ser vi fx ved, at langt de fleste respondenter har svaret, at de ikke samarbejder med andre. Til gengæld ser vi også, at mange kommunale medarbejdere peger på de samme afdelinger, når de skal definere afdelingerne med størst ADHD-ekspertise. Samtidig ved en del medarbejdere ikke, hvor i kommunerne den største ADHD-ekspertise er. På dette område tegner surveyen altså et lidt broget billede, og vi ser på det område mulighed for udvikling.

De fleste børne- og ungeafdelinger benytter specialistviden fra psykiatrien og i kommunen, og en næsten lige så stor del af dem benytter specialistviden fra VISO. De fleste voksenafdelinger benytter ligeledes specialistviden fra psykiatrien, mens andre kilder ikke benyttes i nær samme omfang.

KOMMUNERNES UDFORDRINGER

I sidste kapitel så vi, at kommunerne generelt vurderer deres vidensniveau højt. I dette kapitel fokuserer vi på de særlige udfordringer, der ligger i det kommunale system vedr. ADHD; det vil sige, at vi i det følgende går i dybden med de oplevede udfordringer blandt medarbejderne i kommunerne. Ligesom i forrige kapitel tager vi i dette kapitel udgangspunkt i alle fem kommunale enheder. Datagrundlaget for analyserne og resultaterne, som vi præsenterer, er det samme, som vi beskrev i det forrige kapitel⁵⁴.

Indledningsvis skal vi bemærke, at de fem kommunale enheder meget sjældent har angivet, at de *ikke* oplever udfordringer i arbejdet med borgere med ADHD. Procentvis svarer det til, at 99 pct. af de kommunale medarbejdere oplever udfordringer. Det indikerer naturligvis, at vi må fokusere yderligere på, hvilke udfordringer der præger det kommunale arbejde på ADHD-området. Således indleder vi med at beskrive, hvilke udfordringer der er de mest udtalte i kommunerne. Efterfølgende fokuserer vi på kommunernes visitation og på uopfyldte behov i forhold hertil, hvilket leder os til overvejelser i forhold til udfordringer, kommunerne *ikke* nævner, og de udfordringer, de uopfordret nævner. Vi afslutter kapitlet med en beskrivelse af den kommunale organisering.

54. Jf. tabellerne 5.1 og 5.2.

Således svarer dette kapitel på, hvordan ADHD-indsatsen er organiseret i kommunerne, og hvad kommunerne konkret gør i forhold til borgere med ADHD. Det leder os frem til at kunne identificere muligheder for udvikling på det kommunale område, hvilket vi gør i det opsummerende afsnit til slut i kapitlet.

DE STØRSTE OG DE SÆRLIGE UDFORDRINGER

Undersøgelsen viser, at de største og de særlige udfordringer i kommunerne især centrerer sig om fire forhold: at finde egnede tilbud til borgere med ADHD, tilbuddets rummelighed⁵⁵, at få en psykiatrisk udredning af borgeren samt samarbejde med øvrige relevante aktører.

En af de største udfordringer for de kommunale medarbejdere er at finde egnede tilbud til borgerne med ADHD. Figur 6.1 viser, hvor mange respondenter fra de fem kommunale enheder der har peget på dette som en af de største udfordringer i forbindelse med deres arbejde med borgere med ADHD.

Figuren illustrerer, at det især er i jobcentre og i UU-vejledningerne, at dette i særlig grad gør sig gældende. Medarbejderne på voksenområdet ligger tillige højt.

Udfordringen med at finde og vejlede om tilbud kan hænge sammen med, om tilbuddene overhovedet eksisterer. De kommunale medarbejdere har tillige forholdt sig til dette, idet de er blevet spurgt, om deres enhed eller om deres kommune har den nødvendige vifte af tilbud og ydelser til borgere med ADHD. Det er især medarbejdere, der arbejder med voksne borgere⁵⁶, som har udtrykt, at kommunen i mindre grad eller slet ikke har det udbud af tilbud og ydelser, der er brug for til denne borgergruppe. Begge disse medarbejdergrupper begrundes oftest manglen med, at de rette tilbud ikke eksisterer i kommunen/jobcentret. Senere i dette kapitel beskæftiger vi os yderligere med kommunernes oplevelse af uopfyldte behov i forhold til tilbud/ydelser til borgere med ADHD.

I henhold til udfordringer med at finde egnede tilbud til borgerne med ADHD, er det bemærkelsesværdigt, at Center for Ligebehandling af Handicappede for få år siden pointerede, at det kunne knytte sig

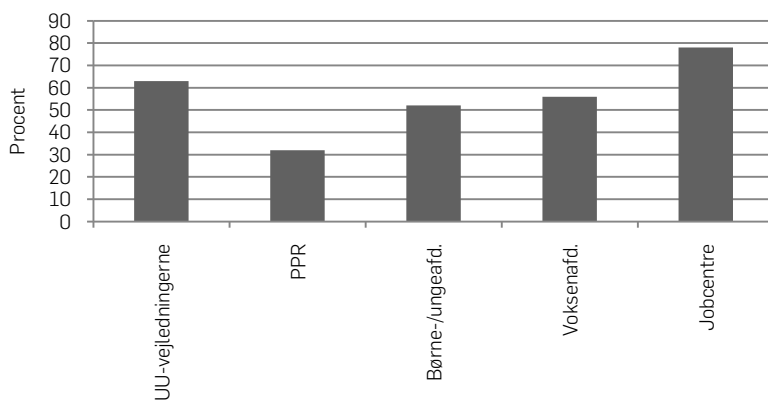
55. Vi redegør for begrebets betydning senere i kapitlet.

56. Det vil sige jobcentermedarbejdere og medarbejdere på voksenområdet.

til et lille antal borgere med ADHD i kommunen (Center for Ligebehandling af Handicappede, 2005). Siden da er der en del, der tyder på, at der er sket en stigning i personer med ADHD eller med symptomer på ADHD (Thomsen & Damm, 2007). Både for børne- og ungeafdelinger og for voksenafdelinger er det nu blandt kommunernes største udfordringer at finde egnede tilbud til borgere med ADHD.

FIGUR 6.1

De kommunale enheders vurderinger af, at det er blandt deres største udfordringer at finde og vejlede om tilbud til borgere med ADHD. Procent.



Anm.: UU-vejledninger: n = 34; PPR: n = 47; børne-/ungeafdelinger: n = 53; voksenafdelinger: n = 51; jobcentre: n = 35.

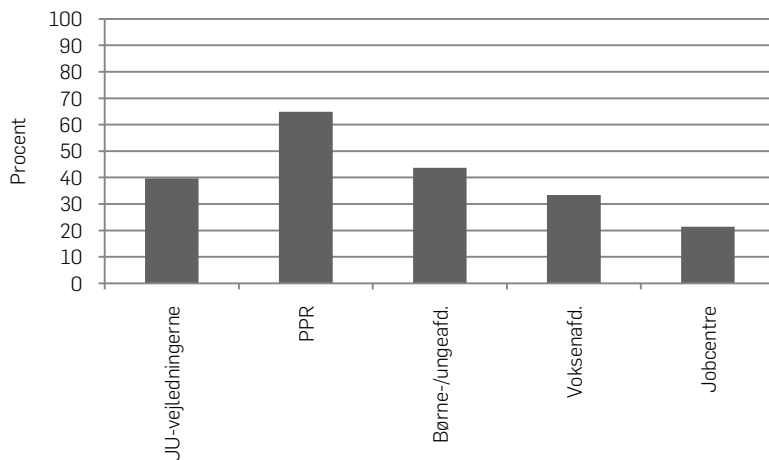
Kilde: Spørgeskema til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelinger, voksenafdelinger og jobcentre.

Med en problemstilling som ADHD, der både kan være usynlig for udenforstående, og som kan gribe ind i mange områder af et menneskes liv, er rummelighed et vigtigt begreb⁵⁷. Derfor er det iøjnefaldende, når mange af kommunerne oplever, at der mangler rummelighed over for ADHD-problematikker i forskellige samfundsmæssige institutioner. Figur 6.2 illustrerer dette.

57. Rummelighed er et abstrakt begreb, som kan forstås på mange måder. Vi har spurgt til respondenterne opfattelse af, om der mangler rummelighed i forskellige samfundsinstitutioner, og vi baserer derfor vores opfattelse på respondenterne fortolkning af begrebet.

FIGUR 6.2

De kommunale enheders vurderinger af, at manglende rummelighed er blandt deres største udfordringer. Procent.



Anm.: UU-vejledninger: n = 34; PPR: n = 47; børne-/ungeafdelingerne: n = 53; voksenafdelingerne: n = 51; jobcentrene: n = 35.

Kilde: Spørgeskema til UU-vejledninger, PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

Som det fremgår af figuren, placerer PPR sig i toppen, mens jobcentrene procentvis færrest gange har vurderet, at rummelighed er blandt de største udfordringer.

Sammenholdes figur 6.2 med figur 6.1, ses det, at UU-vejledninger ligger forholdsvis højt, dvs. at de i særlig grad oplever det som en udfordring at finde egnede tilbud, og at de oplever mangel på rummelighed i uddannelserne. Dette er interessant, fordi det kan indikere, at de to forhold muligvis hænger sammen, således at udfordringerne med at finde egnede tilbud hænger sammen med manglende samfundsmæssig rummelighed. Vi kan dog ikke sige noget om eventuelle årsagssammenhænge i denne forbindelse.

Ser vi på jobcentrene, får vi et noget andet billede frem, idet vi så ser, at arbejdsmarkedet er rummeligt (sammenlignet med de øvrige afdelingers vurderinger), men at det (måske til trods for dette) er vanskeligt at finde egnede tilbud.

At få en psykiatrisk udredning er ligeledes en af de helt store udfordringer i kommunerne⁵⁸. 48 pct. af respondenterne har således svaret, at det at få en psykiatrisk udredning til borgeren er blandt de største udfordringer. Værst ser det tilsyneladende ud på børne-/ungeområdet⁵⁹, hvor 62 pct. har svaret, at dette er blandt de største udfordringer. Til sammenligning har 33 pct. på voksenområdet⁶⁰ angivet dette.

En forklaring på denne forskel kan have at gøre med borgerens alder. Vi ved netop, at ADHD typisk viser sig ved skolestart, hvor en udredning derfor vil være meningsfuld. De voksne borgere er derimod måske for længst udredt. Ligeledes kan børnene/de unge have deres forældre med på sidelinjen til at stille krav og forventninger. Problemerne med og presset for at få en psykiatrisk udredning kan derfor i højere grad vise sig på børne-/ungeområdet.

Vi kan tillige henføre kommunernes problemer med at få en psykiatrisk udredning til udredningsgarantien i psykiatrien, som trådte i kraft i 2008⁶¹. At der nu er en frist for, hvor længe en borger må vente med at blive udredt, kan således forklare, at mange kommunale medarbejdere har angivet dette som et af de største problemer i deres arbejde med borgere med ADHD.

Samarbejde er den fjerde af de væsentligste udfordringer i kommunerne. Sammenlignet med udredningsproblematikken ser vi ikke de samme tendenser i forhold til det kommunale samarbejde. Således er det mest på voksenområdet og i PPR, at samarbejde med andre relevante aktører betragtes som problematisk. På voksenområdet har 31 pct. angivet dette, mens 26 pct. i PPR har svaret dette. I lyset af figur 5.8 i forrige kapitel giver disse fordelinger god mening, idet vi der så, at mange medarbejdere i disse to afdelinger ikke benytter sig af ekstern vidensdeling.

KOMMUNERNES VISITATION

Tre af de medvirkende kommunale enheder har forholdt sig til visitation: jobcentrene, voksenafdelingerne samt børne- og ungeafdelingerne. Visi-

58. Med undtagelse af PPR, som ikke er blevet spurgt om dette.

59. Målt ud fra spørgeskemaet til børne-/ungeområdet samt UU-vejledningerne.

60. Målt ud fra spørgeskemaet til voksenområdet samt jobcentrene.

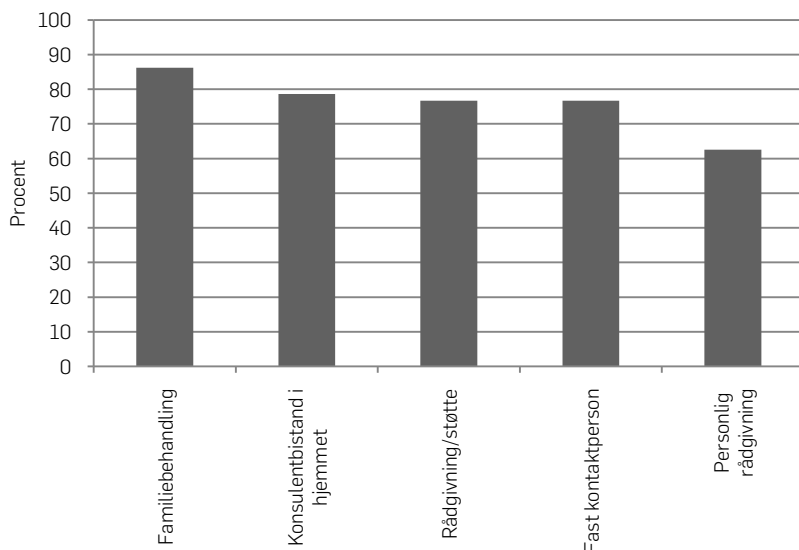
61. Jf. Bekendtgørelse om udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge (2008).

tationstendenserne i de tre afdelinger er interessante, fordi de kan give et indblik i den måde, kompleksiteten i ADHD håndteres på i kommunerne.

Figur 6.3 giver et billede af visitationspraksissen på børne-/ungeområdet. Der kan være overlap mellem nogle af de ydelser, figuren viser – fx mellem 'rådgivning/støtte' og 'fast kontaktperson'. Det er imidlertid ikke muligt at sige mere om, hvorvidt det er tilfældet.

FIGUR 6.3

De fem tilbud, som flest medarbejdere i børne-/ungeafdelingerne visiterer til. Procent.



Anm.: n = 53.

Kilde: Spørgeskema til børne-/ungeafdelingerne.

Familiebehandling og konsulentbistand i hjemmet⁶² er ikke overraskende de to ydelser, som flest medarbejdere i børne-/ungeafdelingerne visiterer til, fordi disse to ydelser relaterer sig til barnets/den unges sociale hver-

62. Der kan eksempelvis visiteres til familiebehandling og konsulentbistand i hjemmet efter Lov om Social Service § 52.

dagsliv. De tre andre ydelser⁶³ afspejler muligvis et behov for struktur i hverdagen hos familier med børn og unge med ADHD.

Kun 14 pct. har angivet, at de visiterer til ledsageordninger. Da mange visiterer til ydelser som rådgivning/støtte, en fast kontaktperson og personlig rådgivning – altså ydelser, der til dels lægger sig op ad ledsageordningen – kunne vi umiddelbart have forventet, at flere visiterer til ledsageordninger. På den anden side stemmer resultatet overens med en tidligere undersøgelse, som netop viste, at ledsageordninger ikke så ofte anvendes (Rasmussen & Sandø, 2008). Samtidig skal de 14 pct. nok også ses i sammenhæng med, at barnet/den unge skal være 15 år, før han/hun kan få bevilget en ledsageordning.

VISITATION PÅ VOKSEOMRÅDET

Figur 6.4 viser de fem ydelser, flest medarbejdere på voksenområdet visiterer til. Ligesom på børne-/ungeområdet har mange svaret, at de visiterer til rådgivning og støtte – noget, der måske kan indikere et behov for fortløbende støtte til personen med ADHD, fordi det tilsyneladende går 'på tværs' af borgernes alder. Botilbud⁶⁴ og tilbud via jobcenteret (hjem og arbejde) – to basale forhold i mange menneskers liv – springer ligeledes i øjnene, fordi det antyder grundlæggende udfordringer for den enkelte person med ADHD. Som vi kommenterede ved figur 6.3, kan der være overlap mellem nogle af ydelserne, figuren viser. Det kan fx være tilfældet ved 'hjælp og støtte til udvikling af færdigheder' samt 'rådgivning og støtte'.

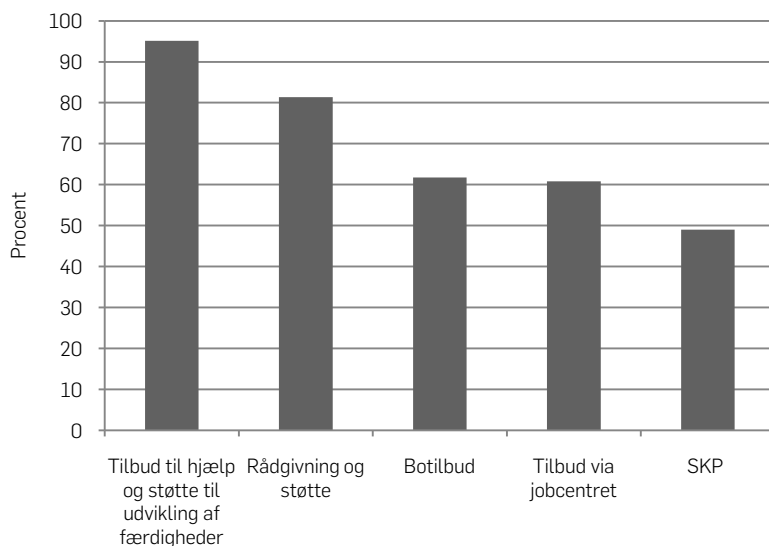
At 60 pct. af medarbejderne på voksenområdet visiterer til botilbud i forbindelse med ADHD, det kan synes som mange, men andre oplysninger i kortlægningen peger i retning af, at det i mange tilfælde drejer sig om borgere, der desuden har andre og alvorligere diagnoser.

63. Der kan eksempelvis visiteres til rådgivning og støtte efter Lov om Social Service §§ 46, 52, 54 eller 55 og til en fast kontaktperson samt til personlig rådgivning efter Lov om Social Service §§ 52 eller 76.

64. Der kan eksempelvis visiteres til botilbud efter Lov om Social Service §§ 107, 108, 109 eller 110.

FIGUR 6.4

De fem tilbud, som flest medarbejdere i voksenafdelingerne visiterer til. Procent.



Anm.: n = 51. SKP = Støtte- og kontaktpersonordning.

Kilde: Spørgeskema til voksenafdelingerne.

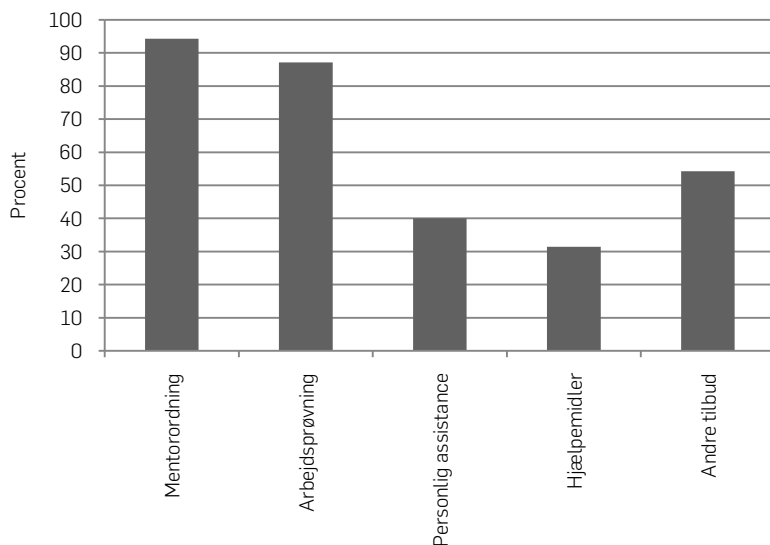
De fem tilbud/ydelse, som færrest medarbejdere på voksenområdet visiterer til, er personlig assistance (6 pct.), coaching (8 pct.), kriminalpræventive tilbud (8 pct.), tilbud til kriminelle (8 pct.) og 'andre end dem, der fremgår af ovenstående' (9 pct.). På trods af den øgede kriminalitetsrisiko for personer med ADHD er kriminalitetsrelaterede tilbud altså ikke noget, der ofte visiteres til.

VISITATION I JOBCENTRENE

Ikke overraskende visiterer jobcentermedarbejderne i højere grad til arbejdsmarkedsrettede tilbud/ydelse, såsom mentorordninger og arbejdsprøvning. De fem tilbud/ydelse, flest jobcentermedarbejdere har angivet, at de visiterer til, fremgår af figur 6.5. Visitation til personlig assistance indikerer, at der er tale om en ret massiv indsats. Det kan tyde på, at de borgere, der i arbejdsmarkedssammenhæng får bevilget dette, har en mere alvorlig grad af sindslidelse.

FIGUR 6.5

De fem tilbud, som flest jobcentermedarbejdere visiterer til. Procent.



Anm.: n = 35.

Kilde: Spørgeskema til jobcentrene.

Som forventet bærer figur 6.3, 6.4 og 6.5 altså præg af afdelingernes forskellige målgrupper. Hvor der på voksenområdet ofte visiteres til botilbud, visiteres der på børne-/ungeområdet for eksempel ofte til familiebehandling. Jobcentrenes visitation afspejler både målgruppen (personer med ADHD), idet der ofte visiteres til mentorordninger, samtidig med at den aktuelle arbejdsmarkedspolitik ses, i og med at der ofte visiteres til arbejdsprøvning. I forlængelse heraf kan det kommenteres, at jobcentermedarbejderne uopfordret flere gange har bemærket, at der også tit visiteres til aktiverings- og praktikophold.

KOMMUNERNE VISITERER TIL BREDE TILBUD

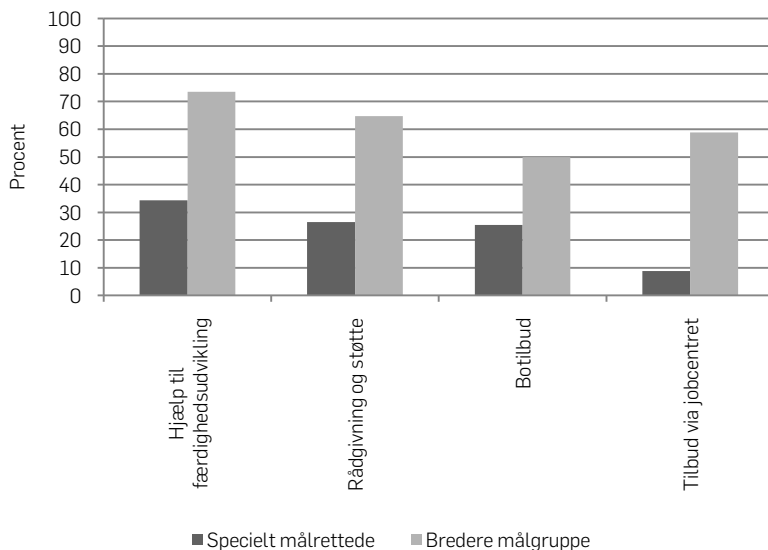
I tilknytning til de tre afdelingers visitation viser det sig, at de tilbud, flest medarbejdere visiterer til, retter sig mod en bredere målgruppe – i modsætning til, hvis det havde været tilbud, der var specielt målrettet børn, unge eller voksne med ADHD. Det betyder naturligvis ikke, at disse tilbud ikke kan være egnede til personer med ADHD. For eksempel kan

et tilbud, der retter sig mod en bredere gruppe, indebære specielt ADHD-målttede ydelser. Ud fra vores data kan vi ikke sige mere præcist, hvad de specielt målttede tilbud, som kommunerne visiterer til, indebærer.

På voksenområdet har flest respondenter som bekendt svaret, at de visiterer til hjælp og støtte til udvikling af færdigheder, rådgivning og støtte, botilbud samt til tilbud via jobcenteret. Figur 6.6 viser, at der for alle fire ydelser er tale om et tilbud til en bredere målgruppe.

FIGUR 6.6

Visitation i voksenafdelingerne til enten specielt målttede tilbud til personer med ADHD eller til tilbud rettet mod en bredere målgruppe. Procent.



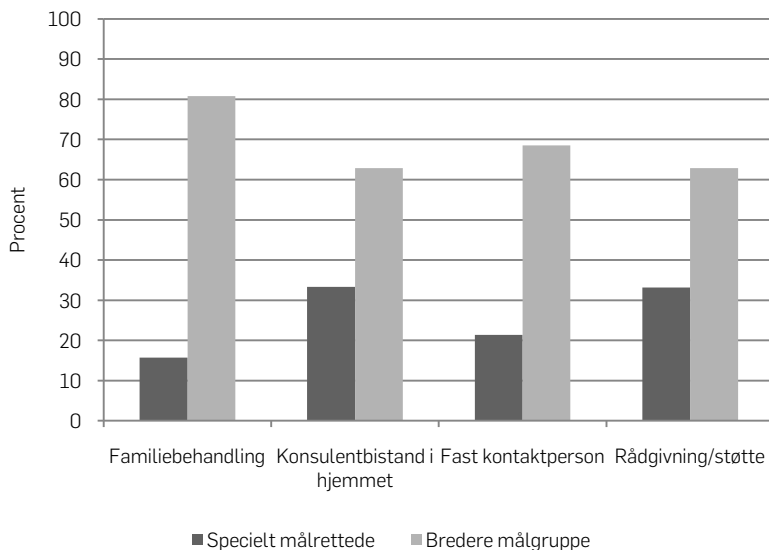
Anm.: n = 51.

Kilde: Spørgeskema til voksenafdelingerne.

På børne-/ungeområdet har flest respondenter, som tidligere vist, svaret, at de visiterer til familiebehandling, konsulentbistand i hjemmet, en fast kontaktperson samt til rådgivning og støtte. Figur 6.7 illustrerer, at der ligesom på voksenområdet for det meste er tale om tilbud til en bredere målgruppe end kun børn og unge med ADHD.

FIGUR 6.7

Visitation i børne-/ungeafdelingerne til enten specielt målrettede tilbud til personer med ADHD eller til tilbud rettet mod en bredere målgruppe. Procent.



Anm.: n = 53.

Kilde: Spørgeskema til børn/ungeafdelingerne.

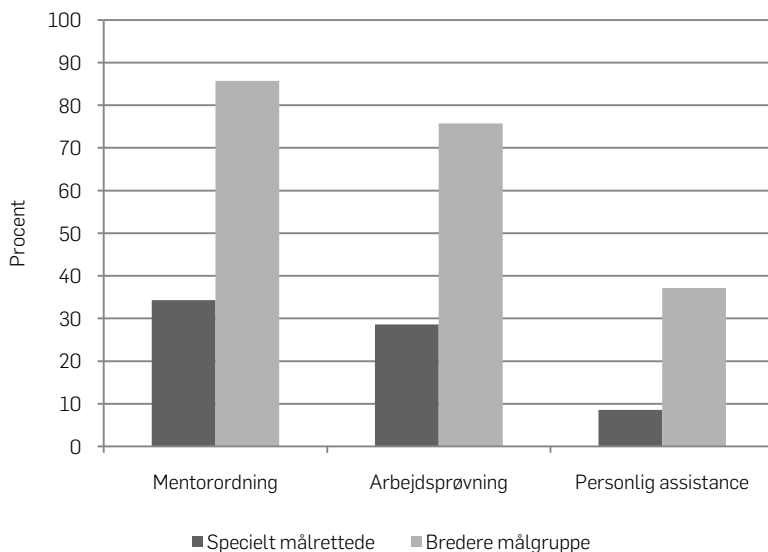
I jobcentrene har flest respondenter, som vist i det foregående, svaret, at de visiterer til mentorordninger, arbejdsprøvning, personlig assistance og til andre tilbud (end de på forhånd angivne kategorier). Af figur 6.8 kan det aflæses, at de tre ydelser oftest er rettet mod en bredere målgruppe. Medarbejderne har også angivet 'andre tilbud', de visiterer til. De fremgår ikke af figuren, men de omfatter en del forskellige tilbud; eksempelvis specialophold på en højskole, særlige tilbud for unge eller psykiatrisk arbejdsprøvning. De fleste af de 'andre tilbud' er anført som værende et specialiseret tilbud til personer med ADHD.

Samlet set står det således klart, at kommunerne mest visiterer til tilbud, som er rettet mod en bredere målgruppe end kun borgere med ADHD. Dette stemmer overens med tilbuddenes angivelser af, at de foruden brugere med ADHD også rummer brugere med andre udfordringer. I særlig høj grad har tilbuddene således angivet, at de også rummer brugere med adfærdsvanskeligheder, sindslidelser (fx angst eller depression) samt autisme spektrum og asperger. At kommunerne i så udpræget grad har angivet, at de ofte visiterer til tilbud rettet mod en

bredere målgruppe, det kan således henføres til tilbuddenes brugermålgrupper. Det kan også have at gøre med, at forskellige funktionsnedsættelser kan gribes an med samme metoder, fx ADHD og autisme, som der kan arbejdes med ved hjælp af struktureret pædagogik. Ligeledes skal vi se kommunernes visitation i lyset af, at mange borgere kan have blandede diagnoser. Vi kan imidlertid ikke sige noget om eventuelle sammenhænge eller årsagsforklaringer herpå.

FIGUR 6.8

Visitation i jobcentrene til enten specielt målrettede tilbud til personer med ADHD eller til tilbud rettet mod en bredere målgruppe. Procent.



Anm.: n = 35.

Kilde: Spørgeskema til jobcentrene.

VISITATION TIL MISBRUGSBEHANDLING

På baggrund af kommunernes visitationspraksis er det endvidere interessant, at de kommunale medarbejdere på voksenområdet tillige har angit

vet, at de visiterer til misbrugsbehandling⁶⁵. Når man tager den øgede risiko for misbrug, personer med ADHD har, i betragtning, er det dog ikke overraskende (Bukstein, 2006). Misbrug er en problematik, der nævnes på tværs af de kommunale enheder, men det er kun medarbejderne på voksenområdet, der decideret visiterer til behandling.

Surveyen viser dog, at der på arbejdsmarkedsområdet kan være en tendens til, at misbrug spiller en særlig rolle. Det viser sig ved, at flere jobcentermedarbejdere uopfordret har skrevet, at misbrug er et problem for de borgere, de arbejder med. Tilbuddene, der blev beskrevet i kapitel 4, og som henvender sig til personer med ADHD-lignende adfærd har også i høj grad udtrykt, at deres brugere (foruden direkte ADHD-problematikker) også har misbrug som en tillægsproblematik. Samlet set tegner der sig således et billede af, at misbrug er et problem på voksen- og jobcenterområdet. Da jobcentermedarbejderne ikke kan visitere til misbrugsbehandling, er det kun de kommunale medarbejdere på voksenområdet, som visiterer til dette.

Måske lidt overraskende er misbrug ikke uopfordret blevet nævnt som en problematik i UU-vejledningerne. I forhold til vejledningernes målgruppe, som jo netop udgør en aldersgruppe, hvor misbrug kan være et emne (i højere grad end fx blandt voksne/ældre personer), kunne vi have forventet dette.

DE FLESTE OPLEVER IKKE UOPFYLDTE TILBUDSBEHOV

På trods af fordelingerne i figur 6.6, 6.7 og 6.8, hvor vi så, at de fleste af de tilbud, mange medarbejdere visiterer til, ikke er specielt målrettede ADHD, og selv om vi har set, at den største udfordring er at finde egnede tilbud, udtrykker kommunerne ikke i udpræget grad, at de oplever, at der er uopfyldte behov i forhold til tilbud og ydelser til borgere med ADHD.

På baggrund af en kortlægning fra 2009, som fokuserede på særlige dagtilbud til børn efter Lov om Social Service § 32, er det overraskende. Den viste nemlig, at 42 pct. af kommunerne mangler pladser til børn med ADHD (Bengtsson et al., 2009). Dette skal vi dog også se i

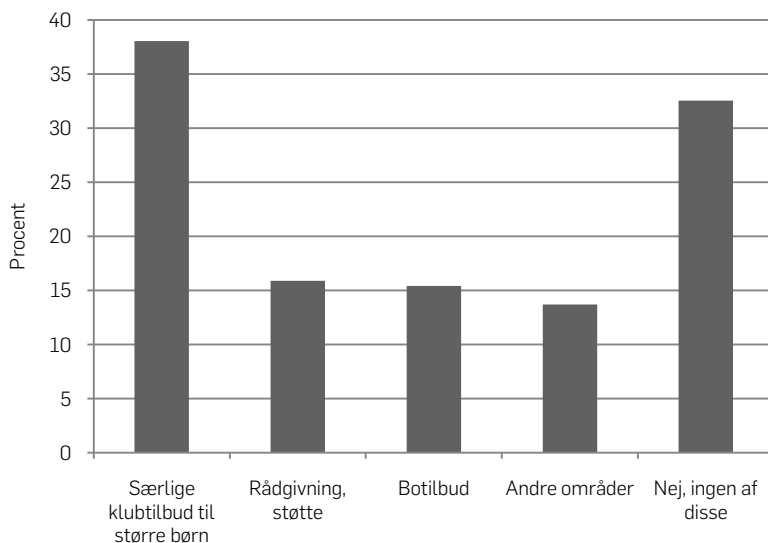
65. Visitation til misbrugsbehandling fremgår ikke af figur 6.4, fordi det ikke er en af de fem ydelser, flest medarbejdere på voksenområdet visiterer til.

sammenhæng med, at der i undersøgelsen var fokus på tilbud til børn efter en bestemt paragraf, hvor denne undersøgelse i stedet fokuserer på en funktionsnedsættelse.

Dog er der enkelte tilbud/ydelser, hvor det gør sig gældende. På voksenområdet drejer det sig om dagtilbud, botilbud, tilbud til hjælp og støtte til udvikling af færdigheder samt tilbud via jobcenteret. På børne-/ungeområdet er det de særlige klubtilbud til større børn, mens det i jobcentrene er arbejdsprøvning som tilbud/ydelse, der efterspørges. Figur 6.9 viser disse tendenser.

FIGUR 6.9

Oplevelse af uopfyldte behov i forhold til tilbud/ydelser til borgere med ADHD i børne-/ungeafdelingerne. Procent.



Anm.: n = 53.

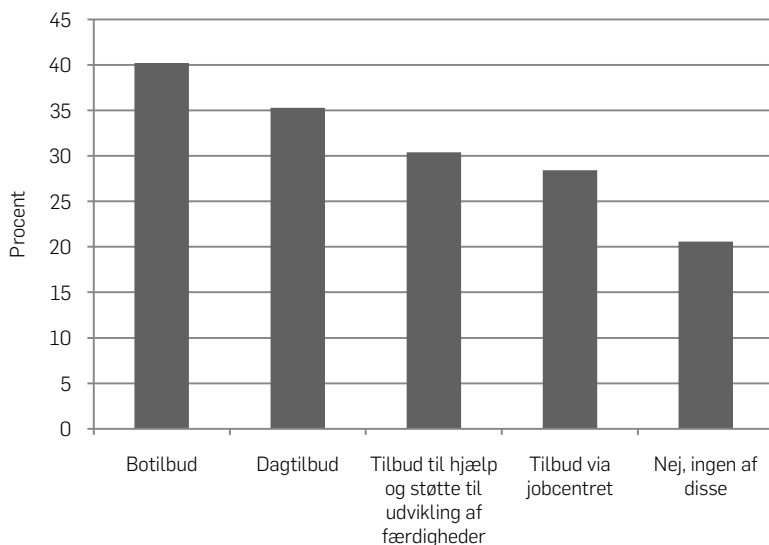
Kilde: Spørgeskema til børne-/ungeafdelingerne.

Især de særlige klubtilbud til større børn efterspørges på børne-/ungeområdet – noget, der måske kan knytte sig til de tidligere præsenterede udfordringer vedr. rummelighed, dvs. et ønske om, at de større børn med ADHD skal kunne rummes i en form for tilpasset fritidstilbud. Bemærk imidlertid, at selv om dette tilbud er dét, hvor flest medarbejdere oplever et uopfyldt behov, så er procentsatsen kun omkring 37.

Ved at sammenligne figur 6.9 med figur 6.10 kan vi se, at medarbejderne på voksenområdet i lidt højere grad end dem på børne-/ungeområdet oplever uopfyldte behov på tilbudssiden – noget, der i øvrigt stemmer overens med tilbuddenes målgrupper, som blev præsenteret i kapitel 4. Det gælder især botilbud.

FIGUR 6.10

Oplevelse af uopfyldte behov i forhold til tilbud/ydelser til borgere med ADHD i voksenafdelingerne. Procent.



Anm.: n = 51.

Kilde: Spørgeskema til voksenafdelingerne.

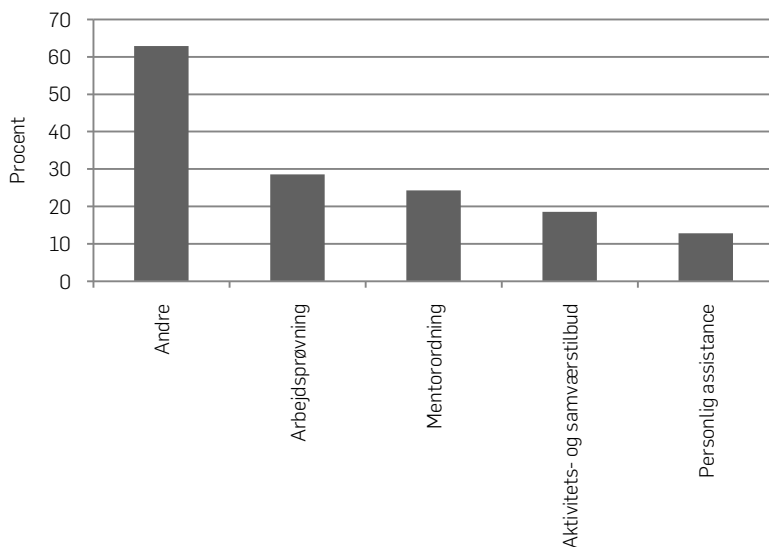
Medarbejderne i jobcentrene er dem, der procentvis færrest gange giver udtryk for uopfyldte behov i forhold til tilbud/ydelser til borgere med ADHD. Figur 6.11 viser, hvor jobcentermedarbejderne oplever, at der er uopfyldte behov i forhold til tilbud og ydelser til personer med ADHD.

Det er iøjnefaldende, at så mange medarbejdere peger på arbejdsprøvning som et område med uopfyldte behov, fordi det er en af de ydelser, mange af de samme medarbejdere har angivet, at de visiterer til. Det kan være, fordi det er vanskeligt at finde tilstrækkeligt målrettede tilbud. Endvidere er det bemærkelsesværdigt, at mange jobcentermedarbejdere har angivet 'andre' former for uopfyldte tilbudsbehov. Meget få

af disse respondenter har uddybet, hvilke andre former for tilbud de oplever mangel på, men de, der har, har fx angivet misbrugsbehandling, tilbud om pædagogisk bistand i hverdagen, vanskeligheder ved at få kompetent personale til mentorordningen, udfordringer med støttekontaktpersoner samt behov for undervisning i at *cope* med sin diagnose.

FIGUR 6.11

Oplevelse af uopfyldte behov i forhold til tilbud/ydelser til borgere med ADHD i jobcentrene. Procent.



Anm.: n = 35.

Kilde: Spørgeskema til jobcentrene.

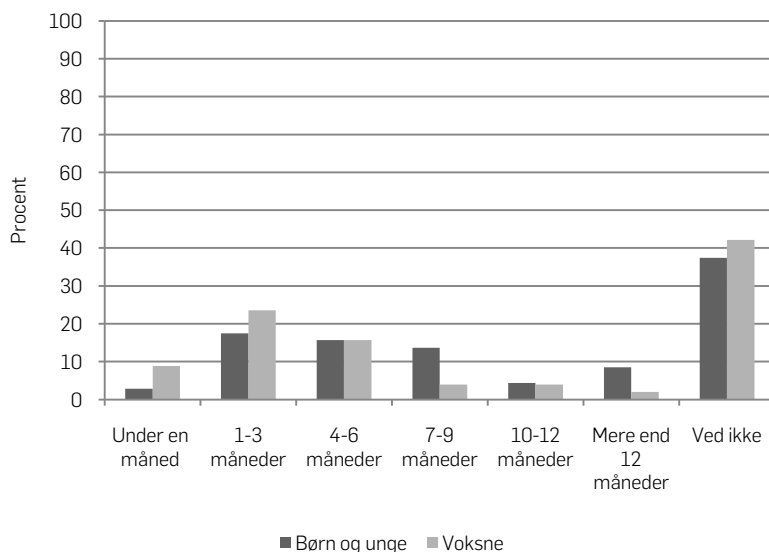
VENTETID

Figur 6.12 viser børne-/unge- og voksenafdelingernes estimat af antallet af måneder, fra der rejses mistanke om ADHD, til afdelingen kan gøre en indsats.

Begge afdelinger har ofte angivet en ventetid på 1 måned – et halvt år. Langt de fleste har dog valgt at svare 'ved ikke'. Om dette er et udtryk for reel uvidenhed, eller om det snarere skal forstås som forsigtighed over for at svare, er naturligvis ikke muligt at fastslå.

FIGUR 6.12

To kommunale enheders estimat af antal måneder fra mistanke til indsats.
Procent.



Anm.: Børne-/ungeafdelingerne: n = 53; voksenafdelingerne: n = 51. Gennemsnit for børne-/ungeafdelingerne = 4,75; Gennemsnit for voksenafdelingerne = 4.

Kilde: Spørgeskema til børne-/ungeafdelingerne og til voksenafdelingerne.

PPR er endvidere blevet spurgt om, hvor mange måneder der typisk vil gå, fra forældre, lærere eller pædagoger henvender sig til PPR med de første bekymringer om, at barnet/den unge har ADHD, til barnet/den unge visiteres til børnepsykiatrien. 22, svarende til 47 pct., kendte ikke antallet af måneder, hvilket på sin vis bekræfter 'ved ikke' tendenserne i figur 6.12. Gennemsnitligt angav de øvrige PPR-medarbejdere, at der går 3,1 måned⁶⁶, og de lægger sig dermed op ad fordelingerne i figur 6.12. Når PPR-medarbejderne vurderer ventetiden, synes næsten halvdelen (48 pct.), at den er 'nogenlunde'. Det ses af figur 6.13.

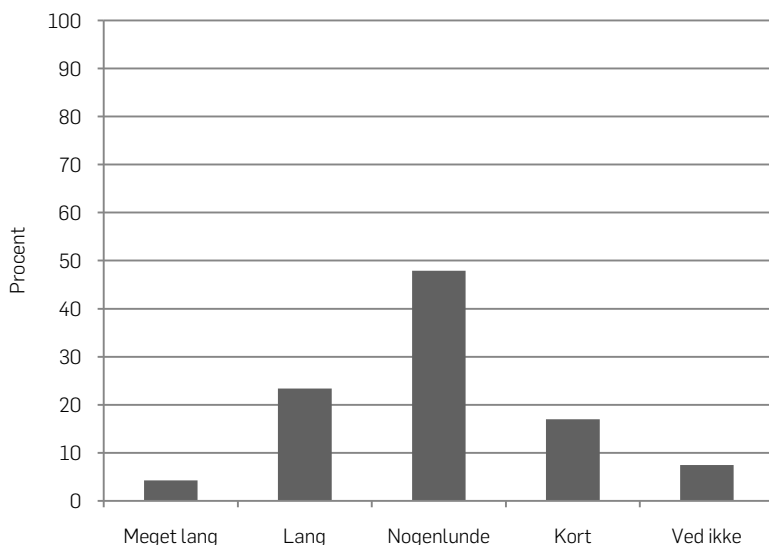
I forbindelse med problematikken ventetid skal vi dog pege på, at kommunen her svarer på ventetid i forhold til, at PPR kan påbegynde en sag. Det er langt fra den eneste ventetid i systemet, og den ventetid er næppe det største problem for børn og forældre. PPR vil i mange tilfælde

66. Varians: 1,27.

overveje, om de skal ønske en børnepsykiatrisk udredning. Der er en udredningsgaranti på området, men da der ikke er tilstrækkeligt mange børnepsykiatere, er der lang ventetid.

FIGUR 6.13

PPR-medarbejdernes vurdering af ventetid. Procent.



Anm.: n = 47.

Kilde: Spørgeskema til PPR.

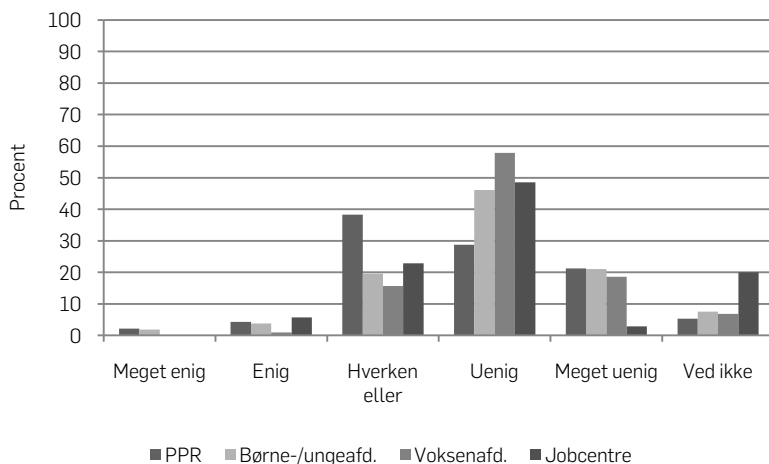
EN DIAGNOSE KAN VÆRE EN FORUDSÆTNING

I forhold til, at diagnosen kan virke styrende, kan det bemærkes, at 16 og 15 pct. i henholdsvis børne-/unge- og voksenafdelingerne har svaret, at kommunen har sociale tilbud, hvor det er en forudsætning, at den unge eller voksne har en diagnose for at kunne blive visiteret dertil. I børne-/ungeafdelingen har 17, svarende til 32 pct., angivet, at de ikke ved, om der findes sådanne tilbud i kommunen. Det kan indikere en vis usikkerhed i forhold til diagnosens betydning i visitationsarbejdet. 'Ved ikke'-svarene kan dog også tages som et udtryk for, at der ikke skeles til diagnosen, men til andre forhold i visitationsprocessen. 'Ved ikke' kan altså ikke udelukkende forstås som et udtryk for uvidenhed. Diagnosens be-

tydning er et omdiskuteret og til dels omstridt punkt. Kommunerne er i forlængelse deraf blevet spurgt om deres vurderinger af, om ADHD-diagnosen er afgørende for, om en borger får støtte eller bevillinger, og om en borger med en ren ADHD-diagnose⁶⁷ får mere støtte end en borger med blandede diagnoser⁶⁸. Figur 6.14 illustrerer tre af de kommunale enheders vurdering af, om diagnosen er afgørende for, om en borger modtager støtte eller bevillinger⁶⁹.

FIGUR 6.14

Tre kommunale enheders vurdering af, om ADHD-diagnosen er afgørende for støtte eller bevillinger. Procent.



Anm.: Børne-/ungeafdelingerne: n = 53; voksenafdelingerne: n = 51; jobcentrene: n = 35.

Kilder: Spørgeskema til børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

Som det fremgår af figuren, hælder mange i de tre afdelinger til den vurdering, at diagnosen spiller en rolle for støtte og bevillinger. Tilsyneladende er det i særlig grad opfattelsen i børne-/ungeafdelingerne, hvilket måske peger på borgerens alder som en betydningsfuld faktor. Opfattelsen af, at diagnosen vurderes at have betydning for børne-/ungemålgruppen i forhold til at få støtte eller bevillinger, det deles af forældrene i

67. Det vil sige ingen andre diagnoser end ADHD.

68. Det vil sige andre diagnoser foruden ADHD.

69. UU-vejledninger og PRR er ikke blevet spurgt om dette.

dialogmøderne i kapitel 9. Bemærk, at jobcentrene også er tilbøjelige til at vurdere dette, men at ingen alligevel har angivet, at de er 'meget enige'. Vi kan altså spore en vis forsigtighed, når jobcentermedarbejderne forholder sig til dette spørgsmål. For alle tre afdelinger gælder dog, at andelen, der er meget enige eller enige i udsagnet, nærmer sig eller er over 50 pct. Det er værd at have in mente, at de fleste respondenter arbejder med myndigheds-/bestilleropgaver. Vi kan altså forvente, at de medarbejdere, der betragter ADHD-diagnosen som afgørende for støtte eller bevillinger, er dem, der ofte visiterer borgerne. Endelig er det værd at bemærke, at meget få (på tværs af de tre afdelinger) har svaret 'ved ikke'. Det peger mod, at diagnosediskussionen er noget, man har taget stilling til eller forholder sig til i kommunerne.

TABEL 6.1

Tre kommunale enheders gennemsnitlige vurderinger på en skala fra -2 til 2 af, om ADHD-diagnosen er afgørende for støtte eller bevillinger.

Afdeling	Gennemsnit	Standardafvigelse	Antal
Børne-/ungeafdeling	0,61	1,14	50
Voksenafdeling	0,13	1,07	49
Jobcentre	0,18	0,92	33

Anm.: Gennemsnittene er udregnet efter en skala fra 2 til -2, hvor 2 er meget enig, og -2 er meget uenig. 0 er 'hverken eller', og 'ved ikke' er missing.

Kilde: Spørgeskemaer til børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

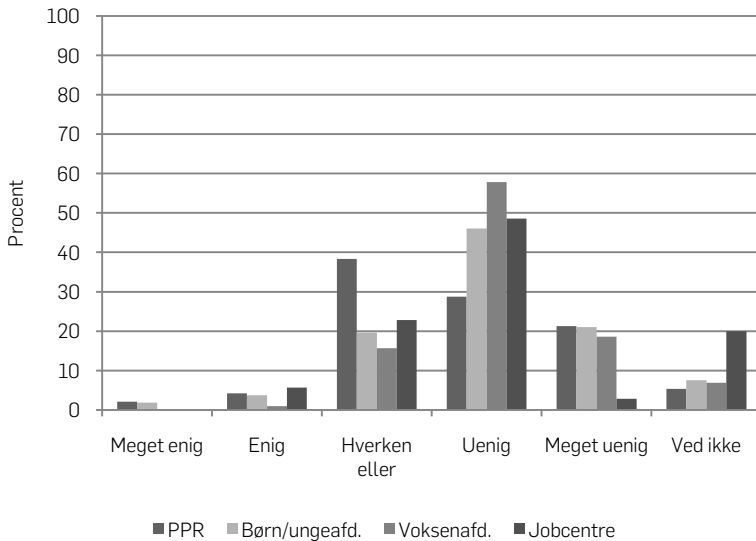
RENE ELLER BLANDEDE DIAGNOSER?

I figur 6.15 kan vi se, hvorledes de kommunale enheder⁷⁰ vurderer spørgsmålet om, hvorvidt rene diagnoser er en 'fordel' i forhold til blandede diagnoser.

70. Med undtagelse af UU-vejledningerne, som ikke er blevet spurgt om dette.

FIGUR 6.15

Fire kommunale enheders vurdering af, om rene ADHD-diagnoser giver mere støtte eller flere bevillinger, end blandede diagnoser gør. Procent.



Anm.: PPR: n = 47; børne-/ungeafdelingerne: n = 53; voksenafdelingerne: n = 51; jobcentrene: n = 35.

Kilde: Spørgeskema til PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

TABEL 6.2

Fire kommunale enheders gennemsnitlige vurderinger af, om rene diagnoser giver mere støtte eller flere bevillinger, end blandede diagnoser gør.

Afdeling	Gennemsnit	Standardafvigelse	Antal
PPR	-0,66	0,96	45
Børne-/ungeafdeling	-0,87	0,89	49
Voksenafdeling	-1,01	0,65	48
Jobcentre	-0,61	0,69	28

Anm.: Gennemsnittene er udregnet efter en skala fra 2 til -2, hvor 2 er meget enig, og -2 er meget uenig. 0 er 'hverken eller', og 'ved ikke' er missing.

Kilde: Spørgeskema til PPR, børne-/ungeafdelingerne, voksenafdelingerne og jobcentrene.

Hvor respondenterne i figur 6.14 tillægger diagnosen en betydning for støtte/bevillinger, mener de klart nok ikke, at der er nogen fordel ved at have en 'ren' diagnose. Det er de fleste uenige eller meget uenige i. Det betyder åbenbart, at de andre diagnoser eller kombinationen af diagnoser er mere alvorlig end ADHD-diagnosen.

Vi har stillet spørgsmålet om sammenhæng mellem diagnoser og tilbud vel vidende, at diagnoser efter Serviceloven ikke udløser nogen form for tilbud, kun funktionsevnenedsættelsen er afgørende. Der er dog ofte sammenhæng mellem diagnoser og funktionsnedsættelser, og det er naturligvis i dette lys, at svarene skal forstås.

OPSUMMERING

Kommunerne visiterer mest til tilbud, som er rettet mod en bredere målgruppe end kun borgere med ADHD. Dette stemmer overens med de adspurgte tilbuds angivelser af, at de foruden brugere med ADHD også rummer brugere med andre problemer⁷¹. Det betyder dog ikke, at tilbuddene ikke kan være gode eller relevante til personer med ADHD.

På trods af, at de fleste af de tilbud, mange medarbejdere visiterer til, ikke er specielt målrettede ADHD, udtrykker kommunerne ikke i udpræget grad, at de oplever, at der er uopfyldte behov i forhold til tilbud og ydelser til borgere med ADHD. Medarbejderne på voksenområdet oplever i lidt højere grad end dem på børne-/ungeområdet uopfyldte behov på tilbudssiden. Det gør sig især gældende i forhold til botilbud. Der kan altså være udviklingsmuligheder på dette område.

Især jobcenter- og voksenrådemedarbejderne oplever, at hhv. jobcenteret og kommunen ikke har den nødvendige vifte af udbud og ydelser til borgere med ADHD. For det meste begrundede de det med, at de rette tilbud ikke eksisterer i jobcenteret eller kommunen/nabokommunen.

Kommunerne er eksplicit blevet bedt om at forholde sig til tilbud til kriminelle samt kriminalpræventive tilbud. Kun få har angivet, at de visiterer til dette. Misbrug er derimod noget, de har nævnt uopfordret. Selv om flere har svaret, at de visiterer til tilbud til kriminelle og til kriminalpræventive tilbud, kan det, at misbrug er nævnt uopfordret, indikere, at vi her har at gøre med en problematik, der ligger længere fremme i bevidstheden i kommunerne.

Diagnosen har en betydning. Men det forholder sig ikke nødvendigvis sådan, at en ren ADHD-diagnose giver mere støtte eller flere bevillinger end andre diagnoser.

71. Jf. kapitel 4.

REGIONERNES SOCIALE TILBUD

Formålet med dette kapitel er at give et indblik i regionernes arbejde i forhold til ADHD. Kapitlet bygger på otte telefoninterview med ansatte i regionerne⁷². SFI foretog interviewene i perioden november 2010 til januar 2011. Interviewene handler om regionernes funktion, deres perspektiv på ADHD samt deres oplevelse af egen ekspertise og viden. Respondenterne var udvalgt således, at de havde godt kendskab til regionens aktivitet på området, og blev bedt om at redegøre for regionens forhold og ikke for deres personlige opfattelser. Foruden disse forhold beskæftiger vi os i kapitlet med, hvem regionerne samarbejder med i forhold til ADHD. Afsluttende beskriver vi nogle særlige fokusområder, som regionerne har forholdt sig til i interviewene.

Kapitlet besvarer således grundlæggende spørgsmål om, hvordan regionerne selv opfatter og udtrykker sig om deres arbejde i relation til ADHD. Ligeledes viser kapitlet, hvad regionerne efterspørger, og hvilke initiativer regionerne på interviewtidspunkterne selv havde iværksat.

72. Telefoninterviewene er for Region Nordjylland foretaget med en repræsentant fra specialsektoren, for Region Midtjylland med repræsentanter fra henholdsvis børne- og ungespecialrådgivning samt fra et voksentilbud, for Region Syddanmark med en repræsentant fra socialområdet, for Region Hovedstaden med en repræsentant fra handicapafdelingen og for Region Sjælland med repræsentanter fra henholdsvis børne- og voksenområdet.

REGIONERNES FUNKTION

Regionerne fungerer som leverandører. Det er derfor ikke overraskende, når ingen af regionerne har nedfældet en skriftlig politik vedrørende ADHD. I stedet henviser regionerne til, at skriftlige politikker foreligger i de specifikke tilbud til personer med ADHD.

Samtidig fremgår det af interviewene, at ADHD er noget, regionerne diskuterer. Det er gennemgående, at disse diskussioner tager afsæt i de specialiserede opgaver i forhold til borgere med ADHD. Der er dog forskel på, hvorledes regionerne opfatter ADHD. Det udspringer af, at der er forskel på, hvor stor ekspertise regionerne selv opfatter, at de har i forbindelse med ADHD. Region Midtjylland skiller sig i den forbindelse særligt ud, idet de oplever at have stor viden på området, hvilket de har opnået gennem institutioner med stærkt fokus på ADHD og voksne med udadreagerende adfærd. Dette beskæftiger vi os yderligere med senere i kapitlet.

Regionerne har ikke vejledende forpligtelser. En enkelt region henviser til, at ADHD-foreningen udbyder forskellige tilbud til forældre, og at der er stor søgning til disse. I regionerne er der i forbindelse med anbringelse af børn og unge på døgninstitution et tæt samarbejde med forældrene, hvor disse blandt andet modtager hjælp til, hvordan de skal forholde sig til deres barn med ADHD. En enkelt region fortæller, at der kan være mangler på området, da et tilbud i den pågældende region ofte modtager opkald fra frustrerede forældre fra hele landet, der ikke kan finde hjælp til varetagelsen af deres barn med ADHD.

Fra alle regionerne peges der på, at deres funktion er at tage hånd om specialiserede tilbud til borgere med særligt komplicerede problemstillinger, herunder også personer med ADHD. Regionerne peger dog også på, at de udbyder det, kommunerne efterspørger. En enkelt region fortæller i den forbindelse, at specialiserede opgaver i forhold til personer med ADHD ikke efterspørages, og at sådanne derfor ikke udbydes.

Kun Region Midtjylland har tilbud, der er specifikt målrettet personer med ADHD. I de andre regioner placeres disse borgere i tilbud, der også varetager borgere med psykiske og sociale problemstillinger. I den forbindelse peger regionerne på, at der er tale om stor kompleksitet i forbindelse med denne funktionsnedsættelse – fx at borgere med ADHD ofte har tillægsdiagnoser, der også skal varetages. Region Sjælland og

Region Hovedstaden leder endvidere opmærksomheden hen på, at borgere med ADHD for det meste betragtes med udgangspunkt i en anden problematik. ADHD bliver således ikke noget, man i sig selv forholder sig til, men noget, man skal tage stilling til oven i en anden diagnose, idet den samlede funktionsnedsættelse er det afgørende. Denne måde at forholde sig til ADHD stemmer således overens med det billede, vi præsenterede i de forrige kapitler af kommunernes måde at betragte ADHD på.

REGIONERNES PERSPEKTIV PÅ ADHD

Alle regioner, med undtagelse af Region Nordjylland, skelner mellem børn/unge og voksne med ADHD. Skellet ligger naturligt nok i henhold til lovgivningen, når borgeren fylder 18 år. Desuden henviser regionerne til, at en anden pædagogisk tilgang er mulig i forbindelse med varetagelsen af voksne med ADHD, idet det her i højere grad er muligt at indgå i en dialog om borgerens funktionsnedsættelse og forståelsen af denne, hvilket regionerne ikke i samme grad oplever som muligt med børn. Det har selvfølgelig betydning for, hvilke tilbud der er relevante for borgeren, ligesom det har betydning for, hvordan regionerne indgår i dialog med den enkelte borger. Hvor vi i de forrige kapitler har set, at kommunerne oplever flere muligheder på børne-/ungeområdet, ser det således ud til, at regionerne oplever dette på voksenområdet.

Flere regioner peger på, at der er usikkerhed om, hvordan de skal forholde sig til diagnosen, idet det ikke ligger fast, om personer med ADHD skal placeres under handicap eller betragtes som utilpassede unge med sociale problemer. Dette kan også hænge sammen med, at der blandt fagfolk er diskussion om den rette forståelse af ADHD.

EKSPERTISE OG VIDEN

Der er store forskelle mellem regionerne i forhold til fokus på kompetenceudvikling, ligesom der er store forskelle på, hvorledes de opfatter deres egen ekspertise inden for ADHD.

Overordnet set har de tre jyske og fynske regioner en stærkere opfattelse af egen ekspertise på området. Disse tre regioner henviser desuden til mange tiltag i forbindelse med kompetenceudvikling i for-

bindelse med ADHD. Region Midtjylland peger fx på, at de på voksenområdet har et stærkt samarbejde mellem fire regionale institutioner. Fokus i samarbejdet er på sparring gennem interne uddannelser. Derved deler de den ekspertise, der ligger i de forskellige institutioner. Desuden kommer Region Midtjyllands store ekspertise på området til udtryk i den viden, regionens institutioner har opnået gennem specifikt ADHD-målrettet arbejde.

Her peger regionen bl.a. på, at en institution gennem sit virke har opnået stor viden om de rette fysiske rammer for personer med ADHD. Det er naturligt, at den region, hvor der geografisk ligger flest tilbud, også er den, der lader til at være bedst rustet på ADHD-området. I Region Nordjylland er der stiftet et ADHD-netværk med formålet om at udvikle viden og kompetence inden for ADHD. Region Syddanmark peger også på stor faglig ekspertise, ligesom der er fokus på efteruddannelse af personalet. Regionen tilbyder kurser i forhold til konflikthåndtering og konfliktnedtrapning. Kurserne og fokus ligger altså lidt bredere end bare ADHD.

I modsætning hertil oplever Region Sjælland mangel på viden og vidensformidling på ADHD-området. De henviser til behov for mere undervisning af medarbejdere, der er i kontakt med personer med ADHD. I Region Hovedstaden er der ikke fokus på udvikling af kurser og kompetencer på ADHD-området. De peger i stedet på, at de ikke udfører specialiserede opgaver på området, da kommunerne ikke efterspørger det. Regionen konkluderer, at såfremt kommunerne begynder at efterspørge øget ekspertise på området, vil der opstå problemer i forhold til kapaciteten til at kunne efterleve en sådan efterspørgsel. Således kommer forskellene mellem regionerne især til udtryk i forhold til, hvordan de forholder sig til deres ansvar i forhold til kompetenceudvikling, og hvor stor viden de oplever at have om ADHD.

Forskellen mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden kan muligvis også have at gøre med de kommuner, der ligger inden for regionerne. Historisk har kommunerne i København og omegn været forholdsvis store, mens kommunerne på det øvrige Sjælland har været mindre. Det kan have den betydning, at hovedstadskommunerne i højere grad (sammenlignet med de sjællandske kommuner) har været vant til selv at varetage mange opgaver og derfor i dag ikke efterspørger så mange specialiserede opgaver fra Region Hovedstadens side.

Samlet set er det bemærkelsesværdigt, at de regioner, hvor der ligger færrest kommunale, selvejende og andre tilbud, også er dem, der selv er ringest rustede med hensyn til ADHD. I sammenhæng med de tidligere kapitler viser dette, at den regionale og kommunale indsats tilsyneladende korrelerer.

SAMARBEJDE

Alle fem regioner er blevet bedt om at forholde sig til samarbejde med andre. I den forbindelse har respondenterne fra Region Hovedstaden og Region Sjælland udtrykt, at de oplever manglende mellemkommunalt samarbejde med formål om at øge ekspertisen og viden på ADHD-området. ADHD er åbenbart et emne, der i langt højere grad er på dagsordenen i den vestlige del af landet end i den østlige.

I de fem regioners samarbejde med egne kommuner fokuseres der hovedsageligt på udbud-efterspørgsels-forholdet mellem de to, hvor regionerne udbyder det, kommunerne efterspørger. Regionerne lægger vægt på, at kommunerne gerne vil varetage mange opgaver selv, og at regionerne derfor får færre specialiseringsopgaver (dog med Region Syddanmark som undtagelse, idet de tilkendegiver, at de får flere specialiserede opgaver). Som nævnt ovenfor mener Region Hovedstaden, at det ikke er nødvendigt med kompetenceudvikling og øget ekspertise på ADHD-området, fordi regionens kommuner ikke efterspørger specialiserede opgaver vedr. ADHD.

Region Sjælland foreslår en opgavefordeling mellem kommuner og regioner, således at regionerne forholder sig til de helt særlige problemstillinger. Fra Region Sjælland får vi tilkendegivet, at dette ville være fordelagtigt for borgere med ADHD. Flere andre regioner lægger sig op ad denne argumentation. Det er dog i denne sammenhæng vigtigt, at der i forbindelse med nærværende undersøgelse kun er udført kvalitative interview med regionerne. Kommunerne har således ikke i samme grad kunnet uddybe deres syn på samarbejdet med regionerne, idet de i stedet er adspurgt i surveyen. Der kan argumenteres for, at dette giver mindre frihed i besvarelsen. Ifølge regionerne ser det desuden ud til, at samarbejdet mellem regioner og kommuner i høj grad foregår på kommunernes initiativ, og at samarbejdet i udpræget grad drejer sig om den enkelte borger. Her skiller Region Nordjylland sig dog ud; et ADHD-netværk er

under opstart, og idéen er, at regionen, dens elleve kommuner samt repræsentanter fra psykiatrien skal samarbejde på området.

I forhold til samarbejde med andre regioner er det gennemgående, at der ikke er etableret formaliserede samarbejder specifikt om ADHD. Regionerne henviser dog til, at ADHD indgår i andre samarbejder mellem regioner. Som oftest peger regionerne i den henseende på samarbejde med naboregioner.

Der er variationer mellem regionerne i forhold til samarbejdet mellem social- og behandlingspsykiatrien. Således peger Region Nordjylland, Syddanmark og Hovedstaden på et stærkt samarbejde mellem de to, mens Region Midtjylland peger på, at der i forbindelse med meget komplekse tilfælde, hvor personer med ADHD har mange psykiatriske til-lægsdiagnoser, mangler tæt samarbejde mellem social- og behandlingspsykiatrien. Region Sjælland peger på, at der i regionen ikke findes samarbejde mellem social- og behandlingspsykiatrien i forhold til ADHD-området specifikt, men at det foregår på enkeltborgerplan.

Samtlige regioner peger på et godt samarbejde med de praktiserende læger i forhold til den enkelte borger. Desuden samarbejder alle fem regioner med VISO, der, når der i telefoninterviewene er spurgt til samarbejde med eksperter, altid er den første, der bliver nævnt. Desuden har både Region Midtjylland og Region Hovedstaden tilbud, der er leverandører til VISO.

SÆRLIGE FOKUSOMRÅDER

Regionerne forholder sig til det miljø og de fysiske rammer, der omgiver personer med ADHD, ligesom de ser på deres rolle i forbindelse med den øgede risiko for misbrug for personer med ADHD (Thomsen & Damm, 2007; Dalsgaard, 2002). Det skal bemærkes, at kommunerne ikke er blevet spurgt om de tilsvarende ting.

Region Sjælland peger på, at ADHD kan træde tydeligere frem, hvis de fysiske omgivelser ændres. I varetagelsen af sociale problemer i forbindelse med ADHD anfører Region Sjælland derfor, at det er relevant at se på samfundsudviklingen, hvor bl.a. skoler bliver større og større, hvilket kan skærpe problematikken omkring ADHD og gøre symptomerne kraftigere.

I forbindelse med de omgivelser, der omgiver personer med ADHD, arbejder Region Syddanmark med det miljøterapeutiske og narrative i tilbuddene. De har i den forbindelse fokus på forudsigelig og struktur i de tilbud, de udbyder til bl.a. borgere med en funktionsnedsættelse. Regionen har fx et internt skoletilbud, hvor undervisningen tilrettelægges helt særligt for den enkelte elev med koncentrationsbesvær, hvilket også kommer børn med ADHD til gode.

De sociale problemer, som borgere med ADHD kan opleve, kan bl.a. komme til udtryk i misbrug. Der er i de senere år stillet skarpt på sammenhængen mellem misbrug og ADHD, og regionerne oplyser da også at have tilbud, der forholder sig til misbrug. Flere regioner fremhæver, at der i tilbuddene er stort fokus på selvmedicinering blandt personer med ADHD. I Region Sjælland er der tilføjet midler til de sikrede institutioner, således at de kan lave forbehandling for misbrug. Det er dog betegnende, at der ikke findes misbrugstilbud direkte rettet mod borgere med ADHD.

Flere regioner henviser endvidere til, at misbrugsområdet er kommunaliseret, og at regionerne derfor ikke længere eksplicit varetager dette område.

OPSUMMERING

En af de stærkeste pointer, regionerne har udtrykt, er, at ADHD sjældent betragtes alene. Derimod er der ofte andre tillægsproblematikker i spil – det kan være andre psykiske lidelser eller et socialt problem såsom misbrug. Dette billede stemmer overens med det, vi så i de forrige kapitler vedr. kommunerne. En anden væsentlig betragtning er, at regionerne er usikre på, hvordan de skal forholde sig til ADHD-diagnosen.

Overordnet fremgår to centrale udfordringer: For det første udtrykker Region Midtjylland og Region Sjælland, at der er et manglende samarbejde mellem den regionale og den kommunale indsats. Selv om de to regioner i den forbindelse peger på forskellige kontekster, er dette alligevel en meget væsentlig problemstilling. For det andet fremgår det, at vi kan tegne en skillelinje mellem Vest- og Østdanmark, når regionerne udtaler sig om viden og ekspertise. I Vestdanmark har regionerne en oplevelse af højere grad af ekspertise end i Østdanmark, hvor regionerne oplever at have mindre viden. Der er dog væsensforskelle mellem årsa-

gerne til den manglende viden i de to regioner i Østdanmark; forskelle, vi med rimelighed kan antage bygger på historiske, kommunale årsager, ligesom vi antager, at de skal forholdes til den geografiske fordeling og mængde af kommunale, selvejende og andre tilbud.

KRIMINALFORSORGEN

I dette kapitel giver vi et indblik i Kriminalforsorgens arbejde med indsatte med ADHD. Oplysningerne i kapitlet bygger på et interview med en repræsentant for Direktoratet for Kriminalforsorgens Straffuldbyrdeskontor. Vi foretog interviewet i efteråret 2010.

Kapitlet giver et let overblik over ADHD i kriminalforsorgsregi, hvilket er relevant, den øgede kriminalitetsrisiko for personer med ADHD taget i betragtning (Thomsen & Damm, 2007; Dalsgaard, 2002).

STIGENDE FOKUS PÅ ADHD

I forbindelse med sammenhængen mellem kriminalitet og ADHD understreger Kriminalforsorgen først og fremmest, at den så vidt muligt benytter tilbuddene i det almindelige sundhedssystem, idet Kriminalforsorgen har et princip om, at de indsatte i videst muligt omfang skal have adgang til den samme sundhedsmæssige behandling som landets øvrige borgere.

I alle fængsler er der ansat psykiatriske konsulenter, der kan ordinere medicin og tage samtaler med indsatte med psykiske lidelser eller foreslå henvisning til anden relevant psykiatrisk speciallægebehandling

uden for fængslet. Hertil kommer, at Anstalten ved Herstedvester modtager indsatte med behov for psykiatrisk/psykologisk bistand.

Der findes ingen tilbud specifikt målrettet indsatte med ADHD, men denne gruppe indsatte vil også kunne deltage i almene kognitive behandlingsprogrammer (såsom det kognitive færdighedsprogram⁷³). Kriminalforsorgen peger på, at fokus på ADHD fortsat øges, hvilket ikke mindst betragtes som en konsekvens af den øgede opmærksomhed på området i det øvrige samfund. Det har gjort, at man nu fokuserer på, hvad man kan gøre ved problemstillingen på den korte bane. Man følger i den forbindelse også udviklingen på området i henholdsvis den svenske og den norske kriminalforsorg.

Kriminalforsorgen anvender prøveløsladelse som et instrument, der kan medvirke til at resocialisere den indsatte. Det giver mulighed for at kontrollere den indsatte efter løsladelsen i form af tilsyn og hjælp til behandling af alkohol- eller stofmisbrug. Der er ikke noget specifikt program for indsatte med ADHD, men forhold omkring dette tages naturligvis i betragtning i forbindelse med tilsynet under prøveløsladelsen.

Kompetenceudvikling af fængslernes personale i forbindelse med ADHD kommer kun på tale i den udstrækning, det drejer sig om fængselsfaglige problemstillinger. Personalet får i denne sammenhæng redskaber til at tackle indsatte med særlige behov. Der er dog ingen udviklingstilbud, som specifikt omhandler håndtering af indsatte med ADHD.

FLERE PROJEKTER IVÆRKSAT

Kriminalforsorgen har ikke statistiske oplysninger vedrørende antallet af indsatte med ADHD, men er dog i gang med flere projekter, der vil kunne tilvejebringe oplysninger om omfanget heraf. I perioden 2008-2011 foretages der således et screeningsprojekt vedrørende psykisk sygdom, der bl.a. skal medvirke til at afdække omfanget af gruppen med ADHD. Desuden arbejdes der på at oprette en elektronisk patientjournal, som blandt andet vil give mulighed for at få overblik over, hvor

73. Det kognitive færdighedsprogram søger at lære deltagerne metoder til at håndtere hverdagsituationer uden at ty til kriminalitet. For mere information jf. www.kuc.dk

mange indsatte der har en ADHD-diagnose, samt hvor mange der modtager behandling. Et sådant overblik vil også kunne styrke indsatsen over for denne gruppe.

Kriminalforsorgen har særlig fokus på unge indsatte. Det bevirker, at behovet for hjælp til psykiske problemer afdækkes hos flere, hvilket også kommer indsatte med ADHD til gode. Kriminalforsorgen har ved satspuljeaftalen for 2010-2013 fået tildelt midler til at foretage screening af unge (14-17-årige) for psykisk sygdom. Et projekt, som forventes iværksat i løbet af 2011. Kriminalforsorgen var på interviewtidspunktet desuden i gang med projektet: "Projekt god løsladelse", hvor målet er at etablere samarbejdsaftaler med alle landets kommuner. Formålet er at sikre en bedre løsladelse af de indsatte. Projektet indebærer, at den enkeltes problemstillinger søges tacklet for på dette grundlag at få kanaliseret indsatte videre ud i de rette tilbud. I den forbindelse vil der også komme øget fokus på ADHD. Ved udgangen af 2011 regner man med at have etableret samarbejde med 20 kommuner. Inden for rammerne af dette samarbejde vil man også samarbejde med kommunerne om forhold, der har relation til ADHD.

ET BORGERPERSPEKTIV

Kapitlet er inddelt i tre hovedafsnit, der præsenterer temaerne 1) tilbud og støtte, 2) overgange og koordination og 3) viden om ADHD. Denne opbygning afspejler de centrale udfordringer i mødet mellem personer med ADHD og det kommunale støttesystem, som blandt andet kommer til udtryk i dialogmøderne med voksne med ADHD og forældre til børn med ADHD samt i de ni enkeltpersonsinterview. I dialogmøderne har der samlet deltaget 15 voksne med ADHD og 18 forældre til børn med ADHD. Interviewpersonerne har forskellige profiler, hvoraf flere har komorbide lidelser såsom depression og angst. Enkelte af interviewpersonerne har eller har haft misbrugsrelaterede problemstillinger relateret til alkohol eller hashmisbrug.

I forhold til de foregående kapitler, der præsenterer spørgeskemaundersøgelsen, har dette kapitel primært til hensigt at præsentere nogle borgerperspektiver på de nævnte temaer. I relevante sammenhænge vil surveyresultaterne og andre datakilder blive inddraget. Da der i dialogmøderne er tale om gruppebaseret viden, vil der ikke blive trukket linjer til den enkelte deltagers karakteristika såsom baggrund, alder eller køn. Ligeledes vil antallet af personer, der udtaler sig om et givet tema, og hvor stor en andel de udgør af den samlede gruppe dialogmødedeltagere, ikke fremgå, da det kan give anledning til statistiske tolkninger hos læseren, som materialet ikke kan bære. Analysen vil derimod orientere sig

mod den forhandling, der finder sted imellem deltagerne i dialogmøderne – både hvor der er konsensus og afvigelser mellem deltagernes udsagn.

TILBUD OG STØTTE

I det følgende præsenterer vi en række borgerperspektiver på mødet med det offentlige støttesystem, herunder hvordan de oplever adgangen til tilbud og ydelser, betydningen af at have en ADHD-diagnose, og hvilke støttebehov de oplever i hverdagen. Desuden fremstiller vi konkrete eksempler på tilbudstyper, der ud fra interviewpersonernes perspektiv har gjort en forskel i forhold til at kompensere for deres funktionsnedsættelse.

En af de udfordringer, som interviewdeltagerne nævner i forhold til at få støtte i det kommunale system, er selve mødet med den kommunale sagsbehandler, hvor visitationen til konkrete ydelser og støttetilbud for nogle har været en vanskelig barriere at komme forbi. Der kan spores en vis forskel i udsagnene fra hhv. gruppen af forældre til børn med ADHD og voksne med ADHD. Hvor det i dialogmøderne med forældrene bliver fremhævet, at de fleste har fået specialtilbud i skolerne til deres børn og fx aflastning og tabt arbejdsfortjeneste, fortæller de voksne i højere grad om manglende støttetilbud og frustrationer i mødet med det kommunale system. En del af forældrene fortæller, at de også selv har ADHD og behov for støtte, og at de har oplevet, at deres kontakt til den kommunale sagsbehandler qua deres børns funktionsnedsættelse har vist sig som en indgang til selv at få bl.a. familierådgivning og støttekontaktperson.

Størstedelen af deltagerne i dialogmøderne giver udtryk for nogle forventninger om støttetilbud i deres kommune. Flere – særligt blandt de voksne med ADHD – har i den forbindelse oplevet skuffelse og manglende forventningsindfrielse. Dette kan fx være et udtryk for frustrationer og behov for hjælp til at håndtere hverdagen, men kan også være et udtryk for et forventningsniveau til den kommunale service, som det ikke er muligt at indfri. Flere af spørgsmålene var desuden rettet mod de kommunale støttetilbud, hvilket også kan have haft betydning for det fokus, der fremkom under dialogmøderne.

Forskellen mellem hhv. børne- og voksenmålgruppen kommenteres af en af deltagerne ved dialogmødet med voksne med ADHD på følgende måde: ”[Der er] stor hjælp til børn, men stor mangel på hjælp til voksne, når du rammer 18-års-aldersklassen.”

Flere af de voksne med ADHD fremhæver, hvordan de fra tid til anden har oplevet, at de fra kommunens side bliver vurderet til ikke at have et støttebehov. ”Sagsbehandleren vurderede efter hjemmebesøg, at jeg ikke havde funktionsnedsættelse, da jeg var god til at holde mit hjem ryddeligt. Det havde taget 14 dage at rydde op, fordi hun skulle komme.” En anden udtaler, at hun har oplevet, at hendes umiddelbare fremtoning opleves som normalfungerende uden et støttebehov: ”Noget af det, der gør, at jeg fungerer rimeligt godt, er, at jeg er forholdsvis godt begavet. Og det er jeg jo glad for, men det er også besværligt, for jeg har mange gange hørt den der: ’Du klarer dig jo godt og formulerer dig fint.’ Man kan ikke se det vel?” (At hun har ADHD).

Disse eksempler illustrerer, hvordan en funktionsnedsættelse som ADHD kan være vanskelig at identificere, da der i visse tilfælde er tale om et usynligt handicap. Det forhold, at ADHD ikke lader sig genkende på overfladen, udgør i flere af de voksnes fortællinger en særlig udfordring: ”Det kræver mange ressourcer at overbevise dem om, at man virkelig har brug for hjælp.” Der er altså en opfattelse af, at hvis man som person med ADHD er normalt begavet og/eller i beskæftigelse, bliver det af sagsbehandlerne tolket, som om man er velfungerende og ikke har et støttebehov. Den problemstilling er ikke ukendt i forhold til målgrupper, der har usynlige handicap. En undersøgelse, gennemført af Servicestyrelsen med fokus på handicap og sociale problemer, betoner, at personer, der har usynlige handicap som fx ADHD, autisme og hjerne-skade har sværere ved at få kompensation for deres handicap. Det skyldes, at sagsbehandlere ofte vurderer, at personer med usynlige funktionsnedsættelser kan klare mere, end de reelt kan (Jensen, 2010). Tendensen fremhæves ligeledes i CLH’s undersøgelse af kommunernes hjælp til voksne med ADHD (CLH, 2006).

De to følgende citater bidrager yderligere til billedet: ”Jeg har haft for mange ressourcer til at få støtte og til at blive vurderet som en med ADHD.” Og: ”Man kan ikke forvente at få støtte, når man har fået sin diagnose.” De beskrivelser og ovenstående sondring skal desuden relateres til, at det i Serviceloven er funktionsnedsættelsen og ikke diagnosen, der er afgørende for, om man er berettiget til tilbud om støtte

eller ej. Udtalelserne kan altså på den ene side tolkes som problematisk for de pågældende, og at de ikke oplever at blive taget alvorligt. På den anden side skal det også ses som et udtryk for førnævnte forventningsniveau i forhold til, hvorvidt man skal have sociale støttetilbud gennem kommunen.

På trods af, at lovgivningen knytter støttetilbuddet op på funktionsnedsættelsen, er der delte meninger blandt dialogmødedeltagerne om, hvorvidt det har åbnet døre i den kommunale forvaltning at blive diagnosticeret. Mens de voksne med ADHD gennemgående fortæller, at de ikke oplever, at diagnosen har gjort en forskel i forhold til, om de har fået tildelt støtte i deres kommuner, så er der blandt forældrene til børn med ADHD flere, som har oplevet, at turen forbi behandlingspsykiatrien har været med til at åbne døre i den kommunale forvaltning: ”Papirer fra behandlingspsykiatrien kan hjælpe på vej i forhold til kommunen og kan fremme en indsats.”

Andre af forældrene til børn med ADHD fremhæver derimod, at det ikke har gjort nogen umiddelbar forskel, og at det var op til dem selv at undersøge, hvilke muligheder der fandtes for at få støtte: ”Der kom ikke nogen hjælp efter diagnosen. Vi fandt selv ud af, at der kunne komme aflastning.” Selv om en diagnose ikke automatisk udløser støttetilbud eller råd og vejledning, fremstår denne oplevelse af selv at skulle finde mulige tilbud problematisk. Hvis borgeren efterspørger det, er det i henhold til Retssikkerhedsloven (Lov nr. 1054 af 07.09.2010) en kommunal forpligtelse at yde råd og vejledning blandt andet om, hvilke hjælpe- eller støttemuligheder kommunen kan tilbyde. Dette gælder også i forhold til pårørende, som i dette tilfælde forældrene.

Interviewpersonernes forståelse af diagnosens betydning er desuden interessant at relatere til pointerne i kapitel 6, figur 6.14, hvor det fremgår, i hvilket omfang de kommunale afdelinger vurderer, at ADHD-diagnosen er afgørende for støtte eller bevillinger. Ifølge figuren er børne-/ungeafdelingerne i højere grad end voksenafdelingerne meget enige i, at diagnosen har en betydning. Derimod er voksenafdelingerne i højere grad end børne-/ungeafdelingerne uenige i, at diagnosen har en betydning. Tendenserne i den fremstilling er således i et vist omfang i overensstemmelse med fortællingerne fra dialogmøderne.

ARBEJDSMARKEDET OG STØTTEBEHOV

I dialogmøderne med voksne med ADHD er der flere, der fremhæver, hvordan de oplever, at deres funktionsnedsættelse har haft betydning for deres tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder mulighederne for at fastholde deres job. Nogle gange har det betydet hyppige jobskift:

Jeg bliver mæt af at være steder, mangler stimuli, jeg er flyttet 20 gange.

Jeg har haft svære perioder ved alle mine jobskift. I starten går det godt, men efter ca. 3 mdr. kan jeg ikke længere overskue det.

Jeg er nok en af dem, der har det bredeste jobspektrum. Jeg kunne ikke holde på et job. Det blev kedeligt, eller jeg blev fyret, fordi jeg sagde eller gjorde et eller andet forkert, da jeg stadig ikke havde fået min diagnose. Mit CV blev længere og længere, og det blev stadig sværere at finde et job.

Denne problemstilling med fastholdelse på arbejdsmarkedet bliver desuden fremhævet af Dalsgaard, der påpeger, at voksne med ADHD har meget sværere ved at fastholde deres beskæftigelse og derved oplever hyppigere jobskift. Dette underbygges ud fra såvel videnskabelige undersøgelser (Christoffersen & Hammen, 2011) som kliniske erfaringer inden for psykiatrien (Thomsen & Damm, 2007).

I dialogmødet med de voksne med ADHD fremføres det desuden, at forventningerne og rammerne i uddannelsessystemet og det moderne arbejdsmarked, herunder krav om selvstændighed, selvledelse og gode organisatoriske evner, ligeledes indvirker på interviewpersonernes trivsel og jobmæssige tilknytning. Flere nævner, at udfordringer, der knytter sig til mere abstrakt tænkning, er særligt vanskelige: ”Arbejdsmarkedet er meget funderet på selvstudium, jeg skal klare det hele – det er ikke muligt for mig.” Og: ”Da jeg var i mesterlære, var det ’learning by doing’ – der var jeg god. Nu, hvor det er med computer, og jeg skal bruge min forestillingsevne, kan jeg ikke selv regne det ud.” Kernesymptomerne som hyperaktivitet, koncentrationsbesvær og opmærksomhedsforstyrrelser medfører, at det er vanskeligt for mange med ADHD at passe et arbejde: ”Jeg vidste på et tidligt tidspunkt, at jeg ikke kunne lave selvstudier.” Flere af interviewpersonerne fremhæver, at de har erfaring

med, at det er en fordel, hvis arbejdsopgaverne er konkrete og håndgribelige.

Mange interviewpersoner i enkeltpersonsinterviewene fortæller, at de gerne vil bidrage og være en del af arbejdsmarkedet med de forudsætninger, som de nu engang har. Flere af dem giver udtryk for en forhåbning om, at en tilknytning til arbejdsmarkedet kan give dem en meningsfuld hverdag og mulighed for at udvikle en identitet, som ikke kun handler om ADHD. Fra dialogmødet med de voksne med ADHD kommer der samtidig nogle perspektiver i forhold til, at det kræver en del overskud og energi at passe et arbejde:

Det, der er problemet for mig, er, at når jeg så kommer i job, så vælter korthuset derhjemme. Så jeg føler hele tiden, jeg skal vælge enten jobbet eller det derhjemme. Jeg har ikke kunnet begge dele. Det bliver for meget for mig. Så får jeg sygedage, også selv om det er et fleksjob.

Tilknytning til arbejdsmarkedet er således forbundet med en række forskellige udfordringer, både i forhold til fastholdelse og de konkrete arbejdsopgaver, men også i forhold til at få resten af tilværelsen til at hænge sammen. Der er altså mange, der oplever et behov for støtte, både i forhold til at få og efterfølgende at fastholde et arbejde (Petersen, 2010).

Ud fra dialogmøderne er det overordnet opfattelsen, at deltagerne udfordres i mødet med det kommunale system, og det er den generelle oplevelse blandt deltagerne, at det i en vis grad er både tilfældigt og kommune- og sagsbehandlerefølgende, hvorvidt de bliver tildelt kommunale støttetilbud. Denne opfattelse af tilfældighed deles af Dalsgaard, der betragter det som en særlig udfordring i forhold til voksne med ADHD. Dette skyldes, at det stadig er nyt for mange, at voksne kan have ADHD, og der derfor kan være begrænset viden om støttebehov hos denne målgruppe. (Thomsen & Damm, 2007).

DET GODE STØTTETILBUD

Selv om flere af interviewpersonerne oplever, at det kan være vanskeligt at få den støtte, de mener at have brug for, fortælles der også om tilbud, der har gjort en positiv forskel for deres trivsel. Det gør sig både gældende blandt forældrene til børn med ADHD og for de voksne med ADHD.

BOKS 9.1

MST-Aarhus.

Multi Systemisk Terapi (MST) har siden 2003 været anvendt som behandlingsmetode over for unge i alderen 12-17 år med sociale problemer såsom skoleforsømmelse, misbrug, kriminalitet, vold og hærværk. MST kan nu også i tilpasset form anvendes til børn og unge med ADHD. MST er en familie- og netværksbaseret behandlingsindsats, som har fokus på at styrke og skabe adfærdændringer i systemerne omkring den unge med henblik på, at den unge kan blive boende i hjemmet. Forældresamarbejde er således centralt for indsatsen. Det handler om at gøre familien medansvarlig i den konkrete indsats.. En meget vigtig del af MST-behandlingen er desuden at skabe en forudsigelig struktur i hverdagen, hvor der både er fokus på skolen, fritiden og fritidsjobbet. Familierne har tilknyttet én fast terapeut og har adgang til hjælp hele døgnet, ugens 7 dage. Behandlingen foregår i familiernes egne hjem eller nære omgivelser.

MST Aarhus er en del af Ungdomscenteret i Aarhus Kommunes Socialforvaltning og tilbydes efter Serviceloven § 52, stk. 3 og består af 13 medarbejdere, fordelt på to team.

Kilde: Servicestyrelsen.

Af dialogmøderne med forældre til børn med ADHD fremgår det, at det især er tilbud, som er forankret i specialskoler, SFO, særlige ADHD-klasser og botilbud, som fremhæves. Dette er i overensstemmelse med billedet af tilbudstyper, som præsenteres i kapitel 5. Ud over de konkrete støttetilbud målrettet børnene har familierne og forældrene fået tilbud om aflastning, tabt arbejdsfortjeneste og økonomisk støtte til at deltage i ADHD-kurser. Gennemgående lægges der i forældregruppen vægt på at møde fagpersoner med særlig viden om ADHD og om, hvordan denne særlige situation skal håndteres. Dette smitter af på deres fortællinger om deres støttetilbud, hvor det at blive taget alvorligt og anerkendt fremhæves som særligt vigtigt. Det er fx både på skoleleder-, sagsbehandler- og skolelærerniveau, at dette fremhæves – ligesom det modsatte bliver forbundet med frustrationer. Et tilbud, der fremhæves af flere af forældrene til børn med ADHD som særligt professionelt, er et tilbud om Multisystemisk terapi MST, som er eksemplificeret i boks 9.1.

Både blandt de voksne med ADHD og forældrene til børn med ADHD fremhæves det, at de har behov for støtte til at få deres dagligdag til at hænge sammen, strukturere hverdagen og få familielivet til at fungere.

De sociale støttetilbud, som blev fremhævet som særligt meningsfulde og hjælpsomme i dialogmødet med de voksne med ADHD,

er handicapvejledere, specialvejledere, bostøtte, hjemmevejledere og støtte-kontaktpersoner. Det er tilbud, som gives efter Serviceloven §§ 85 og 99. De følgende citater illustrerer betydningen af den personlige støtte, som bliver fremhævet til dialogmødet med de voksne med ADHD:

Min specialvejleder har hjulpet mig med at udvikle nogle systemer til at styre hverdagen.

Hjemmevejleder hjælper med at notere ugeprogram på tavlen, lave madplan og lignende. Sådanne dagligdagsting kan være en stor hjælp.

[Jeg] har fået hjælp via støtte-kontaktperson. Hun kan give mig nogle ord på, hvad det er, der sker.

Jeg har nu også fået bostøtte, og det er godt med en, der hjælper med opgaverne og sætter mig i gang med det, jeg ikke selv får gjort.

Det var rigtig fedt, da jeg fik en bostøtte, det har hjulpet rigtig meget med en, der kunne hjælpe med kontakten til kommunen.

Jeg har haft en handicapvejleder i kommunen. Hun har virkelig hjulpet mig. Om mandagen, når hun kom, der lykkedes mit liv.

I rapportens kapitel 4 om tilbud er det døgninstitutioner og botilbud, der udgør 40,6 pct. af de tilbud, der har besvaret et spørgeskema, og dermed er det langt den største andel af de medvirkende tilbud. I dette kapitel fremgår det af dialogmøderne, at det særligt er bostøtte og støtte-kontaktpersonsordninger, der gør en positiv forskel for voksne med ADHD. Det fraværende fokus på botilbud i dialogmøderne kan skyldes, at det er relativt ressourcestærke personer med ADHD, der har deltaget.

Foruden den praktiske hjælp og støtte i hverdagen fremgår det af ovenstående, at støttepersoner kan have forskellige funktioner blandt andet i forhold til kontakten til kommunen og som en samtalepartner, der kan sætte ord på og forstå de særlige vanskeligheder, der kan være forbundet med at have ADHD. I boks 9.2 præsenteres et bostøtteprojekt

i Aalborg, hvor netop denne målgruppespecifikke viden blandt medarbejderne er central.

BOKS 9.2

Bostøtte Team-A.

Bostøtte Team-A er et specialiseret tilbud i Aalborg Kommune til borgere mellem 18-65 år, som har eller er under psykiatrisk udredning for ADHD og/eller autisme spektrum forstyrrelser, og som bor i egen bolig. Målgruppen er præget af en høj grad af komorbiditet, fx depression, angst og OCD⁷⁴. Flere har desuden sociale problemer som økonomiske vanskeligheder, kaos i hjemmet, afbrudte uddannelses- og jobforløb samt misbrug og kriminalitet. Visitationen foregår via to forskellige enheder i Aalborg Kommune afhængigt af, om vedkommende har fået tilkendt førtidspension. 1/3 af Team-A's brugere modtager førtidspension. Tilbuddet er præget af en høj grad af specialisering i forhold til målgruppen, og borgere med problemstillinger af mere generel karakter henvises til andre bostøttetilbud i kommunen. Formålet med indsatsen er at yde en målrettet støtte og træning til vedligeholdelse og udvikling af personlige og sociale færdigheder, så den enkelte bliver i stand til at leve et selvstændigt liv på egne præmisser. Støtten ydes i form af hjælp til at strukturere de daglige opgaver og er baseret på hjælp til selvhjælp. Den pædagogiske indsats tager udgangspunkt i forskellige metodiske tilgange som psykoekation, neuropædagogik, medicinpædagogik, kognitive metoder, støttende samtaler samt diverse strukturskabende redskaber.

Team-A er forankret i Center for Autisme under Ældre og Handicapforvaltningen i Aalborg Kommune og tilbydes efter Serviceloven § 85.

Kilde: Servicestyrelsen.

Ud over personafhængige støttetilbud fremhæver de voksne med ADHD en række andre tilbud og ydelser, som de hver især har glæde af. Et eksempel, som bliver nævnt et par gange, er en elektronisk kalender, som hjælper med at organisere aftaler og ikke mindst huske medicintidspunkterne i løbet af dagen. Desuden er der flere, der har haft glæde af råd og vejledning gennem ADHD-foreningen og Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet (DUKH). Flere af interviewpersonerne udtrykker ligeledes, at det er af stor betydning at have mulighed for at tale med en fagperson (psykolog eller psykiater) om deres problemer.

74. OCD står for Obsessive Compulsive Disorder og er en psykiatrisk lidelse, som kan vise sig som tvangstanker og/eller tvangshandlinger.

Ligeledes er det vigtigt at kende og tale med andre voksne med ADHD, fx på en arbejdsplads eller via selvhjælpsgrupper/samtalegrupper.

BOKS 9.3

Selvhjælp i Horsens Sund By – Selvhjælpsgrupper for mennesker med ADHD.

Selvhjælp i Horsens Sund By, en del af Horsens Kommune, opretter selvhjælpsgrupper blandt andet til borgere med diagnosen ADHD. Deltagerne er typisk relativt nydiagnosticerede (ofte inden for 2 år), og de har ofte vanskeligt ved at strukturere hverdagen. Mange får i forvejen hjælp fra kommunen, og tilbuddet om selvhjælpsgrupper skal således ses som et supplement til de øvrige kommunale tilbud. Horsens Sund By har ansat en koordinator for selvhjælpsgrupperne, men grupperne hjælpes i gang og støttes af frivillige igangsættere. Indsatsen er således organiseret kommunalt, men udføres i høj grad af frivillige. Selvhjælpsgrupperne består typisk af 5-8 deltagere, hvortil der knyttes to frivillige igangsættere. De temaer, der tales om i gruppen, defineres ud fra deltagerens behov og ønsker. Ofte handler det for deltagerne om at opnå selvindsigt og blive bevidste og accepterende i forhold til egen diagnose. Grundtanken bag selvhjælpsgrupperne er *empowerment*; at det enkelte menneske har de ressourcer, der kan skabe forandring og udvikling frem mod indsigt i og kontrol over eget liv. I gruppen er der fokus på social træning. Man lærer at give hinanden plads, lytte og aflæse hinandens signaler. Møderne er bygget op omkring en klar struktur med igangsætterne som facilitatorer. Møderne afholdes typisk hver 14. dag. Det er gratis at deltage, og der er tavshedspligt i gruppen, hvilket gælder for både deltagere og igangsættere. De frivillige igangsættere udvælges nøje af koordinator, og der afholdes introduktionskursus for nye frivillige samt tilbydes løbende supervision.

Kilde: Servicestyrelsen.

PRIVATE NETVÆRK SOM STØTTE

I forhold til at modtage hjælp og støtte i hverdagen fremhæves det i dialogmødet med voksne med ADHD, at deres nærmeste har været en stor og uvurderlig hjælp og støtte i forhold til at få skabt struktur og rammer i hverdagen. De funktioner, som familie og venner ifølge nedenstående citater udfører, er tæt relateret til nogle af de opgaver, vi så i ovenstående afsnit om bostøttetilbud og støtte-kontaktpersoner:

Tusinde løse ender er det største problem. [Jeg] glemmer at tømme postkassen – uden min kone havde jeg ingen styr på

økonomien. Får ikke taget opvasken. Personerne omkring mig får det hele til at fungere, ellers ville det være kaos.

Hvis min kone ikke havde støttet mig i kontakt med kommunen, så havde jeg ikke været der, hvor jeg er i dag.

Sådanne beskrivelser giver et billede af, at en del af målgruppen kun klarer sig igennem dagligdagen i kraft af den hjælp og støtte, de får fra deres nærmeste. Flere af interviewpersonerne i denne undersøgelse giver udtryk for, at deres personlige netværk er altafgørende for deres livsførelse.

Samtidig med, at familien og ægtefællen ofte har stor betydning for at få hverdagen til at fungere, er relationerne til omgivelserne også forbundet med personlige vanskeligheder og til tider konflikter. Den afhængighed, som let bliver resultatet af den tætte støtte, kan have betydning for relationernes karakter. Eksempelvis bliver det fremhævet, hvordan de sociale relationer ændrer sig til at blive en støttfunktion frem for venskaber.

En sådan relationsændring kan også have betydning på det følelsesmæssige plan: ”[Jeg] oplever stor afhængighed af netværk, venner og bekendte. Det er hårdt, man bliver irriteret og føler sig magtesløs, når man ikke kan klare sig selv.” Andre af interviewpersonerne fortæller, at de ofte føler sig meget sårbare og derfor har vanskeligt ved at knytte sig til andre mennesker, herunder især ægtefælle/samlever. Disse vanskeligheder hænger for flere af dem sammen med alvorlige svigt i barndommen, lavt selvværd og klassiske ADHD-symptomer såsom humørsvingninger og koncentrationsbesvær/manglende nærvær. Der er således flere af interviewpersonerne, der oplever, at der er omkostninger forbundet med, at det er de nære relationer, der udgør den stabiliserende faktor i deres tilværelse.

En voksen kvinde med ADHD beskriver i et af enkeltpersonsinterviewene sin bekymring for sin mand:

En af grundene til, at jeg gik til lægen i sin tid, var, fordi det var utroligt opslidende for vores forhold. Han er der altid for mig og kunne aldrig nogensinde drømme om at bebrejde mig noget som helst, men det må have været hårdt for ham også. Jeg synes, det er så uholdbart, at min mand er så overbebyrdet.

Fra dialogmødet med forældrene til børn med ADHD fremkommer der også nogle perspektiver i, hvordan det er at være nærmeste pårørende og de særlige funktioner og støtteopgaver, der er i forhold til et barn med ADHD:

Jeg har skullet være mor, veninde, når de ikke havde andre, sygeplejerske og advokat i forhold til de sociale myndigheder. Være både forældre, pædagog og advokat. Det ses som en normal forældreopgave at guide sit barn, men *det* er ikke en normal forældreopgave.

Denne særligt vanskelige pårønderrolle kan genfindes i forhold til andre handicapgrupper. Særligt inden for demensområdet er der lavet undersøgelser af de følelsesmæssige og personlige konsekvenser af at være pårørende (Andersen-Ranberg et al., 2007). Også hjerneskadeforeningen har lavet undersøgelser, der retter fokus mod trivsel blandt pårørende og familier. Heraf fremgår det, at 73 pct. af de pårørende i undersøgelsen har dårligere trivsel end normalen ud fra WHO's trivselsindeks. Desuden fremhæves det som vanskeligt at omstille sig til nye roller og vaner i forhold til støtte til hjælp og træning (Lerche, 2000).

Flere af dialogmødedeltagerne fra forældregrupperne beskriver, hvordan det at have et barn med ADHD har omkostninger for familielivet – både i forhold til ægtefællen og ikke mindst i forhold til andre børn i familien. ”Som forældre og ægtepar skal man give hinanden meget plads, for hverdagen kan være præget af mange konflikter.” Den udfordring der er forbundet med at have et barn, der har ADHD, kommer til udtryk i særligt tilspidsede situationer, hvor det er vigtigt: ”at kunne forstå barnet og ikke blive vred. Man skal kunne rumme barnet på godt og ondt.” Fra dialogmøderne med forældrene beskrives det desuden, hvordan søskende i familien bliver påvirket af, at familien har et barn med ADHD. Familiens trivsel fremstår som en af de udslagsgivende faktorer i forhold til at få eller udtrykke ønske om at få aflastning.

Når vi har aflastning, er det lige så meget for lillesøsters skyld.

Søsteren har haft det meget vanskeligt ved, at vores søn har optaget så meget plads i familien.

ADHD-børn kan ikke forstå grænser, og søskendes grænser bliver konstant overskredet ...

OVERGANGE OG KOORDINATION

Problemstillinger forbundet med overgange er ikke et problem, der kun knytter sig til ADHD-området, men kan genkendes i forhold handicapområdet generelt og i en vis udstrækning også i forhold til normalområdet. I 2007 gennemførte Servicestyrelsen en kortlægning med fokus på overgange for personer med handicap, som samler eksisterende viden på området i Danmark. Det arbejde skitserer fem overgangssituationer, som skiller sig ud som særligt problematiske for familier med et barn med handicap og/eller for unge med handicap. Disse er 1) mødet med systemet, 2) overgangen fra daginstitutioner til grundskole, 3) fra grundskole til ungdomsuddannelse, 4) overgangen fra det 18. år til voksenlivet, og 5) overgange mellem forskellige offentlige sektorer. (Holmskov & Knigge, 2007).

DUKH (den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet) modtager en del rådgivningsopgaver vedrørende overgangen fra ung til voksen, hvor problemstillingerne blandt andet er, at der ikke udarbejdes helhedsvurderinger og koordineres tilstrækkeligt mellem sagsbehandlere fra forskellige forvaltninger. Dette gør sig gældende både generelt og specifikt i forhold til de henvendelser, der omhandler ADHD, hvor problemet er særligt udfordrende, da de ofte har behov for struktur og forudsigelighed. (Pedersen, 2010).

På baggrund af dialogmøderne – både i forældregrupper og voksengrupper – kommer udfordringerne til udtryk i forhold til såvel samspillet mellem de forskellige forvaltninger, den manglende gennemskuelighed og i mødet med skiftende sagsbehandlere. Hyppige skift af sagsbehandlere er en velkendt problemstilling, som blandt andet behandles i SFI's rapport "Indsatsen over for børn med handicap og træningsbehov", hvoraf det fremgår, at 41 pct. af de familier, der deltager i undersøgelsen, kun har haft deres sagsbehandlere i op til 6 måneder (Bengtsson et al., 2008).

Overgangen fra børne- og ungeafdelingen til kommunens voksenafdeling bliver nævnt som en udfordring, hvor nogle af forældrene har oplevet, at deres børn/unge med ADHD ikke kunne blive i et vel-

fungerende tilbud. En af forældrene betoner problemstillingen i sin kommune: ”Der er udfordringer ved skiftet fra Børn og Unge til Voksenhandicap i kommunen. De [personerne med støttebehov] får lov til at sejle.” Mange af interviewpersonerne fremhæver desuden selve den kommunale organisering som en udfordring og frustration, idet de skal have kontakt til flere forskellige forvaltningsniveauer, afdelinger og sagsbehandlere:

Jeg oplever at blive kastet rundt mellem forskellige afdelinger og sagsbehandlere.

Det er så frustrerende at skulle til 10 forskellige samtaler på kommunen om det samme. Man skifter hele tiden sagsbehandlere.

Hvis man er ude en dag (til møde med kommunen/en sagsbehandler), så bliver man måske henvist til et andet sted, så kan man ikke overskue det og tager hjem og kommer ikke derud dagen efter.

Det er en stor udfordring at holde styr på de mange kontakter, man får rundt omkring i systemet, læger, sagsbehandlere ...

Det opleves som en udfordring igen og igen at skulle involvere en ny sagsbehandler i sin situation og de daglige udfordringer. Der er nogle af interviewpersonerne, der beskriver det som krænkende vedvarende at skulle genfortælle deres historie. For mange sagsbehandlerskift – hvad enten det er på baggrund af at skulle være i kontakt med forskellige forvaltningsafdelinger eller medarbejderudskiftning – kan gøre det vanskeligere at få opbygget en struktur og sikre et sammenhængende forløb, der er af særlig betydning for mange personer med ADHD.

Ud over at dialogmødedeltagerne oplever det som en udfordring at navigere imellem de forskellige forvaltningsniveauer, fremhæver de det tilsvarende som vanskeligt at gennemskue, hvor i systemet man skal henvende sig for at få den fornødne støtte: ”Uigennemsigtigheden om, hvor man kan få hjælp til hvad, og hvad vi har krav på, er en stor udfordring. Det er meget usynligt, hvor man kan få hjælp til hvad.” Dertil kommer, at flere af interviewpersonerne fortæller, hvordan de oplever, at

systemet og reglerne er rigide og vanskelige at navigere i: ”Det er vanskeligt at kommunikere med systemet. De trækker mig i penge, hvis jeg ikke afleverer skemaer.” I sådanne sammenhænge kan det være en væsentlig hjælp og støtte at få tilknyttet en kommunal støtte-kontaktperson eller have personer i sit netværk, som kan træde til og hjælpe. Nedenstående eksempel er et projekt i regi af ADHD-foreningen, som blandt andet har til formål at hjælpe brugerne i mødet med det kommunale system.

BOKS 9.4

ADHD-foreningens navigatørkorps.

ADHD-foreningens navigatørkorps er et tilbud til voksne med ADHD, som er medlem af ADHD-foreningen. Den voksne med ADHD skal selv henvende sig til navigatøren via mail. De ledige navigatører er synlige på en opslagstavle på ADHD-foreningens hjemmeside. Navigatørkorpsset blev etableret på baggrund af et delprojekt under Projekt Voksen ADHD, der blev gennemført i perioden 2007-2010. Navigatørkorpsset er forankret i ADHD-foreningen og har under projektperioden modtaget økonomisk støtte fra Socialministeriet. Navigatørkorpsset finansieres i dag af ADHD-foreningen og er organiseret således, at ledige navigatører slås op på opslagstavlen. Desuden er der en tovholder på sekretariatet. Hensigten med navigatørkorpsset er at støtte voksne med ADHD i at kunne navigere i det offentlige system og i situationer og forløb, som kan være vanskelige for den enkelte at håndtere. En vigtig del af opgaven for navigatøren er at støtte den voksne med ADHD i at planlægge og deltage i møder med offentlige forvaltninger og institutioner. Desuden arbejdes der med at skabe struktur i tilværelsen gennem støtte til planlægning. Ved samarbejdets start udarbejdes en kontrakt mellem den voksne med ADHD og navigatøren, som indeholder retningslinjer for varighed og indhold af støtten. Kontrakten kan revideres løbende. Navigatøren og den voksne med ADHD har typisk kontakt en gang om ugen, og kontakten kan både være i form af møder, telefonsamtaler og mails.

Kilde: Servicestyrelsen.

Søren Møller Petersen, som er socialfaglig konsulent i DUKH, fremhæver, at det i mange jobcentre er nogle særlige procedurer, der kan være vanskelige at leve op til for personer med ADHD. Det kan fx være i forhold til mødetider, som kan få økonomiske konsekvenser, hvis de ikke overholdes. En sådan konstruktion kan være en udfordring for personer, der har problemer med at huske aftaler. Set fra det kommunale sagsbehandlerperspektiv kan personer med ADHD også være en udfor-

drengene gruppe at arbejde med, da de ofte netop kan have vanskeligt ved at overholde aftaler, komme til møderne og lignende (Petersen, 2010).

En interviewperson⁷⁵ fremhæver, at han: ”finder det uoverskueligt og meget besværligt selv at søge hjælp/tilbud fra kommunen.” Den vanskelige kontakt og gennemskuelighed i mødet med kommunen opleves som barrierer, der kan kræve mange ressourcer at nedbryde – fx i forhold til viden om, hvilke støttemuligheder der findes. Denne viden om systemet og om støttemuligheder er en del af den fælles fortælling fra dialogmødet med forældre til børn med ADHD. Desuden opleves det som en fordel at være vedholdende:

Det er en fordel, hvis man har viden om systemet og lovgivningen.

Der er en oplevelse af, at for at få støtte i kommunen skal man selv være meget opsøgende og vedholdende.

Man skal alt for meget være bannerfører selv, have teten.

Det sidste citat relaterer sig til en af de særlige udfordringer for personer med ADHD, at de ofte er sårbare i forhold til manglende koordinering, idet de ikke selv magter at være tovholdere – i hvert fald ikke i længden.

VIDEN OM ADHD

Som det fremgår af den kvantitative del af kortlægningen, præsenteret i kapitel 6, er der en vis forskel på, hvilket vidensniveau om ADHD der er i de forskellige myndighedsafdelinger, og hvordan de vurderer den indbyrdes faglige viden om ADHD. Der kan også spores en vis forskel, når man relaterer den selvvaluerede viden til kommunestørrelse. Overordnet tegner den kvantitative undersøgelse dog det billede, at de fleste af de kommunale afdelinger vurderer, at deres faglige viden om ADHD er tilfredsstillende.

Der er imidlertid en stor del af dialogmødedeltagerne, både blandt de voksne og forældrene, der oplever, at den faglige viden i de

75. Interviewperson fra enkeltpersoninterviewene.

kommunale afdelinger er om ikke utilstrækkelig så i hvert fald meget personafhængig. De fremhæver, at det er meget forskelligt, om den fagperson, man har kontakt til, har viden om og interesserer sig for ADHD. Dette gør sig gældende både i forhold til sagsbehandlere, støttekontaktpersoner for de voksnes vedkommende og lærere og pædagoger for børnenes vedkommende. Denne forskelligartede oplevelse af videns- og informationsniveauer, set fra hhv. borger- og sagsbehandlerperspektiv, har været genstand for undersøgelser i tidligere sammenhænge, hvor det viser sig, at sagsbehandlerne typisk er mere tilfredse med samarbejdsrelationen, end forældrene er (Bengtsson et al., 2008).

En af dialogmødedeltagerne har oplevet det således: ”En [sagsbehandler] slår det hen og siger visse vasse, mens en anden ved, hvad det drejer sig om.” Denne personafhængighed opleves som frustrerende og beskrives både som et udtryk for (manglende) personlig interesse hos sagsbehandlerne og som et billede på vedholdende myter om ADHD. Dialogmøderne viser, at der er ret forskellige oplevelser af sagsbehandlere. Der fremføres fx synspunkter om, at det stadig er muligt at møde sagsbehandlere, der er af den holdning, at ADHD ikke eksisterer blandt voksne. Omvendt fremhæver en af dialogmødedeltagerne en sagsbehandler, som netop formår at imødekomme hans særlige behov. Dette kommer fx til udtryk ved, at sagsbehandleren er meget konkret til møderne og konsekvent fremsender mødereferater efterfølgende.

Denne personafhængighed og mangel på viden om ADHD er ud fra dialogmøderne ikke kun et problem hos sagsbehandlere, men opleves også i forhold til fx støttekontaktpersoner, bostøtte (ifølge de voksne med ADHD) og fx skolelærere, skoleledere og pædagoger (ifølge forældrene til børn med ADHD). Interviewpersonerne fortæller om meget forskellige erfaringer og oplevelser med de fagpersoner, som de har været tilknyttet. Af dialogmøderne fremgår det altså, at der er stor forskel på den viden, som de faglige medarbejdere har om ADHD, hvilket opleves som særligt problematisk blandt deltagerne. Desuden problematiseres det af flere interviewdeltagere, at der findes kommuner, der ikke anerkender ADHD som et handicap. En af interviewpersonerne har netop fået denne begrundelse, da han anmodede om støtte efter Serviceloven § 100 om nødvendige merudgifter.

Ud fra surveyrespondenternes besvarelser af spørgeskemaerne fremgår det, at mange medarbejdere har fået kurser om ADHD, og at de gennemgående selv vurderer at have et tilstrækkeligt vidensniveau om

ADHD. Vidensniveauet fremføres som gennemgående over middel, hvilket må være en relativ vurdering i forhold til den faglige viden om andre diagnoser.

Problemstillingen om manglende viden blandt de kommunale fagpersoner kan således være et udtryk for en disharmoni mellem forventningsniveauet hos borgerne og de muligheder og forudsætninger, de kommunale fagpersoner har for at specialisere sig i forskellige diagnoser.

Mens interviewpersonerne fortæller, at de oplever den faglige viden om ADHD i den kommunale forvaltning som utilstrækkelig, beskriver de gennemgående oplevelserne i mødet med behandlingspsykiatrien som forbundet med oplysning, professionalisme og anerkendelse. Selve diagnosticeringen har også for flere af deltagerne haft betydning for, at de har fundet en vished om deres egen situation og derfra har haft bedre mulighed for at kunne opsøge viden. Dette kan have betydning for, at der gennemgående er en positiv holdning over for behandlingspsykiatrien. I dialogmødet med forældre til børn med ADHD bliver mødet med behandlingspsykiatrien beskrevet således:

Udredningen på psyk. var god. Det var en lettelse at kunne sige: 'Nå, det er det, det handler om,' og at han [sønnen] fik medicin, og vi fik nogle redskaber til at håndtere det.

Udsøgt behandling i Børne- og ungepsykiatrien (...) Fik en oplevelse af, at det var grundigt, det, der blev udredt/foretaget i behandlingspsykiatrien. Følte mig inddraget som forælder og taget seriøst.

Blandt de voksne med ADHD er de fleste kommentarer vedrørende behandlingspsykiatrien knyttet til selve diagnosen, hvor de har oplevet, at den har givet dem en ny forståelse af deres egen situation og nogle redskaber til, hvordan dagligdagsproblemer med fx manglende struktur og koncentrationsvanskeligheder kan håndteres:

Det at have fået diagnosen har været en lettelse. Det at have en kasse, hvor jeg kan putte tingene i. Det er ikke, fordi du er dum eller doven, at man ikke kan ting, det er ADHD'en.

Jeg har fået mere ro på og føler mig ikke så alene i verden med de problemstillinger, jeg har – og det betyder meget.

En stor del af interviewpersonerne fremhæver, at de har søgt en diagnose, fordi de oplevede særlige udfordringer i dagligdagen, og at deres liv var kaotisk. Mødet med behandlingspsykiatrien og diagnosen har for flere givet en vished, og de oplever at kunne anvende den nye viden i forhold til egen selvopfattelse/forståelse af børnenes situation og i forhold til omgivelserne. Både de voksne med ADHD og forældrene til børn med ADHD efterspørger en bedre koordination mellem det kommunale støttesystem og behandlingspsykiatrien. Et citat fra dialogmødet med voksne med ADHD: ”Psykiatere giver medicin og recept, der er ingen glidende overgang til det kommunale støttesystem.” For eksempel bliver det efterspurgt, om det kommunale system kunne tilbyde nydiagnosticerede et par samtaler. Desuden er der flere fra dialogmøderne, der mener, at en forbedret koordination mellem behandlingspsykiatrien og det kommunale støttesystem vil højne den faglige viden og være en hjælp til at blive forstået og imødekommet med færre nederlag til følge.

OPSUMMERING

I ovenstående kapitel har vi præsenteret tre overordnede temaer, 1) tilbud og støtte, 2) overgange og koordination og 3) viden om ADHD, som har været særlige omdrejningspunkter ved dialogmøderne. Der bliver tegnet et billede af, at børn og voksne med ADHD møder mange af de samme udfordringer som andre mennesker, der har kontakt til det sociale støttesystem. Et par af de centrale forskelle er imidlertid, at personer med ADHD ofte har særlige udfordringer i forhold til at skabe struktur i hverdagen og håndtere skift og overgange.

Vi har set, at der er mange af deltagerne i dialogmøderne, der oplever, at det kan være vanskeligt at få den fornødne støtte i mødet med den kommunale sagsbehandler. Det bliver både opfattet som et udtryk for, at ADHD ikke er et synligt handicap, og at de kommunale sagsbehandlere mangler viden om ADHD.

Borgerne oplever, at kommunens sagsbehandlere undertiden kan have svært ved at forstå, at en person, som er i arbejde eller har gennemført en uddannelse og samtidig fremstår velfungerende, ikke magter at få

hverdagen til at hænge sammen. Dette opleves af flere som en barriere i forhold til at få den fornødne støtte. En støttekontaktperson i dagligdagen bliver i den forbindelse fremhævet som en væsentlig faktor i forhold til at kunne fastholde et job.

Diagnosens betydning for at få hjælp og støtte i det kommunale støttesystem opleves lidt forskelligt blandt hhv. forældrene til børn med ADHD og voksne med ADHD. Forældre til børn med ADHD har i visse sammenhænge oplevet, at diagnosen har åbnet døre, mens voksne med ADHD gennemgående ikke oplever diagnosticering som udslagsgivende i mødet med den kommunale sagsbehandler.

I kapitlet præsenterer vi desuden, at de kommunale tilbud opleves af de voksne med ADHD som udgørende en positiv forskel. Det drejer sig primært om støtte- og kontaktpersoner og bostøtte. Forældrene til børn med ADHD fremhæver muligheder for aflastning og tabt arbejdsfortjeneste og fortæller derudover om positive oplevelser i skoler og specialklasser. Det fremgår desuden i flere sammenhænge, at der er stor personafhængighed i forhold til, om det konkrete støttetilbud er positivt eller ej.

Flere af de voksne dialogmødedeltagere oplever, at de er meget afhængige af deres netværk, og deres samlever, venner og bekendte må gøre meget for at støtte dem. Det kan dels få personen til at føle sig magtesløs, dels kan der være tale om en belastning, der er så stor, at netværket på sigt giver op.

Yderligere præsenterer vi i kapitlet en række udfordringer forbundet med overgange mellem forvaltningsniveauer og hyppige sagsbehandlerskift. Der efterspørges højere grad af koordination både på tværs mellem de forskellige forvaltninger, som fx voksenhandicap og jobcentre, og i forbindelse med den vanskelige overgang fra børne- og ungdomsafdelingen til voksenafdelingen.

Manglende koordination bliver også beskrevet som et problem i forhold til samarbejdsrelationen mellem behandlingspsykiatrien og de kommunale sagsbehandlere. Denne manglende koordination og videns- og erfaringsudveksling på tværs af afdelinger og sektorer bliver af dialogmødedeltagerne beskrevet som frustrerende, da de ofte oplever at skulle genfortælle deres historier og situationer og selv være tovholdere i deres møde med systemet.

LITTERATUR

- Andersen-Ranberg, K., M. Birk-Olsen, A. Strid, C.K. Andersen & T. Christiansen (2007): *Pårørende til demente. – En spørgeskemaundersøgelse om deres helbred og behov*. Servicestyrelsen.
- Arbejdsgruppen (2008): *Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD*. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark.
- Bengtsson, S., J. Heidemann, T.G. Jensen, J. Tange & E.S. Wolff (2009): *Særlige dagtilbud til børn efter § 32. En status to år efter kommunalreformen*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bukstein, O.G. (2006): "Therapeutic Challenges of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder with Substance Use Disorders." I: *Expert. Rev. Neurother.* (6, 4).
- Center for Ligebehandling af Handicappede (2005): *Voksne med udviklingsforstyrrelser. En undersøgelse af kommunale afdelingers viden om voksne med udviklingsforstyrrelser*.
- Center for Ligebehandling af Handicappede (2006): *Kommunernes hjælp til voksne med ADHD*.
- Christoffersen, M. & I. Hammen (2011): *ADHD indsatser – en forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Cunningham, C.E. (2006): "COPE: Large-Group, Community-Based, Family-Centered Parent Training." I: Barkley, R.A.: *Attention-*

- Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment.*
New York: Guilford Press, s. 480-498.
- Dalsgaard, S. (2002): *Long-Term Psychiatric and Criminality Outcome of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.* Aarhus Universitet.
- Dalsgaard, S. (2007): ”Sociale problemer blandt voksne med ADHD.” I: Gerlach, J. (red.): *ADHD: Opmærksomheds sygdommen hos børn og voksne*, 1. udg. Psykiatrifonden, s. 151-161.
- Damm, D. & P.H. Thomsen (2006): *Om børn og unge med ADHD.* Hans Reitzels Forlag.
- De Vaus, D. (2002): *Surveys in Social Research.* Routledge.
- Ebsen, F. & J. Gregersen (2007): *Tilbud til unge med psykosociale problemer.* Center for Forskning i Socialt Arbejde v. Den Sociale Højskole i København.
- Hansen, G.M. & M.M. Sneum (2008): *ADHD – fra barndom til voksenalder.* Frydenlund.
- Harrits, G.S., C.S. Pedersen, & B. Halkier (2010): Indsamling af interviewdata. I: Andersen, L.B., R. Klemmensen & K.M. Hansen: *Samfundsvidenskabelig metode.* København: Hans Reitzels Forlag.
- Holmskov, H. & M.L. Knigge (2007): *De svære overgange – Kortlægning af problemstillinger i forbindelse med overgange for børn og unge med handicap.* Handicapenheden, Servicestyrelsen.
- Jensen, S.G. (2010): *Handicap og sociale problemer.* Handicapenheden, Servicestyrelsen.
- Jørgensen, C.R. (2009): ”Forståelse og behandling af ADHD.” *Psykolog Nyt* 17.
- Kvale, S. (1997): *InterView.* Hans Reitzels Forlag.
- Langgaard-Lauridsen, P. & H.E. Hansen (2010): *Forbruget af lægemidler i 2009.* Danmarks Apotekerforening.
- Lemche, A. (2000): *Undersøgelse af yngre senhjerneskedede og deres pårørendes hverdagsliv.* Ergoterapisektoren, Ballerup Kommune.
- Lindqvist, R., D. Rosenberg, S. Bengtsson, L. Fredén, F. Larssen, T. Ruud & K. Wahlbeck (2011): *Från reformintention till lokal praxis – hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden.* Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan.
- Pelham et al. (2005): ”Transdermal Methylphenidate, Behavioral, and Combined Treatment for Children with ADHD.” *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, vol. 13, no. 2.

- Petersen, S.M. (2010): "Unge med ADHD/Autisme og jobcentret: Vi har et godt "tilbud" til dig." I: *Unge med ADHD/Autisme*. DUKH.
- Rasmussen, J.G. & M. Sandø (2008): *Ledsageordningen. For unge mellem 12 og 18 år*. Handicapenheden i Servicestyrelsen.
- Sode-Madsen, H. (2003): *Farlig ungdom: samfundet, ungdommen og Ungdomskommissionen 1945-1970*. Magtudredningen: Aarhus Universitetsforlag.
- Thomsen, P.H. & D. Damm (red.) (2007): *Et liv i kaos. Om voksne med ADHD*. Hans Reitzels Forlag.
- Videnscenter for Socialpsykiatri (2010): *Notat 2010. Mange psykiske syge kan få fodfæste på arbejdsmarkedet igen*.
- Wiederholt, M. (2005): *Danske handicappolitiks grundprincipper*. Det Centrale Handicapråd.
- Wilens, T.E. (2006): "Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders." *The American Journal of Psychiatry* (163:12).
- Wüst, M., L. Thorsager & S. Bengtsson (2008): *Indsatsen over for børn med handicap og træningsbehov*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Hjemmesider:

Danmarks Statistik – www.statistikbanken.dk

Sundhedsstyrelsen – www.venteinfor.dk

SFI-RAPPORTER SIDEN 2010

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

- 10:01 Henriksen, A.C.: *Coaching af sygedagpengemodtagere. En pilotundersøgelse med eksperimentelt design.* 69 sider. ISBN: 978-87-7487-961-9. Kr. 70,00.
- 10:02 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H. & Jensen, V.M.: *Introduktion til dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 1.* 97 sider. ISBN: 978-87-7487-962-6. Kr. 100,00.
- 10:03 Christensen, E.: *Grønlandske børn i Danmark.* 87 sider. ISBN: 978-87-7487-963-3. Kr. 90,00.
- 10:04 Henriksen, A.C.: *Vejle til beskæftigelse. En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere.* 132 sider. ISBN: 978-87-7487-964-0. Kr. 130,00.
- 10:05 Gensby, U. & Thuesen, F.: *På vej mod job efter en arbejdsskade. En evaluering af arbejdsskadestyrelsens Fastholdelsescenter.* 128 sider. ISBN: 978-87-7487-965-7. Kr. 120,00.
- 10:06 Egelund, T., Jakobsen, T.B., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag.* 376 sider. ISBN: 978-87-7487-966-4. Kr. 375,00.

- 10:07 Bach H.B. & Henriksen A.C.: *Gravides sygefravær*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-967-1. Kr. 130,00.
- 10:08 Bach H.B.: *Gravid og Fængselsbetjent*. 36 sider. ISBN: 978-87-7487-968-8. Netpublikation.
- 10:09 Madsen, M.B, Holt, H., Jonassen, A.B. & Schademán, H.K.: *Kvinder og mænd i den offentlige sektor. Karrieremonstre, lederønsker og ledermuligheder*. 274 sider. ISBN: 978-87-7487-969-5. Kr. 270,00.
- 10:10 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem kvinder og mænd i 2007. Analyser for lønkommissionen*. 86 sider. ISBN: 978-87-7487-970-1. Kr. 90,00.
- 10:11 Thuesen, F.: *Ledelsen og motivation i den offentlige sektor. Et litteraturstudium*. 100 sider. ISBN: 978-87-7487-971-8. Kr. 100,00.
- 10:12 Deding, M. & Holt, H. (red.): *Hvorfor har vi lønforskelle mellem kvinder og mænd? En antologi om ligeløn i Danmark*. 246 sider. ISBN: 978-87-7487-972-5. Kr. 250,00.
- 10:13 Knudsen, L. & Nielsen, V.L.: *Effekten af kommunernes forebyggende foranstaltninger for unge. Forebyggende foranstaltninger i eget miljø sammenlignet med anbringelse uden for hjemmet*. 152 sider. ISBN: 978-87-7487-973-2. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 10:14 Lausten, M., Hansen, H. & Albæk Nielsen, A.: *Udsatte børnefamilier i Danmark*. 212 sider. ISBN: 978-87-7487-976-3. Netpublikation.
- 10:15 Christensen, G., Mikkelsen, M.F., Pedersen, K.B. & Amilon, A.: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. Kortlægning og programevaluering af Landsbyggefondens 2006-10-pulje*. 164 sider. ISBN: 978-87-7487-977-0. Vejledende pris 160,00 kr.
- 10:16 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde børn – integration eller isolation? Blinde børns trivsel og vilkår i hjemmet, fritiden og skolen*. 136 sider. ISBN: 978-87-7487-978-7. Vejledende pris 140,00 kr.
- 10:17 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde og stærkt svagsynede. Barrierer for samfundsdeltagelse*. 122 sider. ISBN: 978-87-7487-979-4. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 10:18 Ellerbæk, L.S. & Thuesen, F.: *Projekt arbejdsplads for højtuddannede. Følgforskning for Region Midtjylland*. 99 sider. ISBN: 978-87-7487-980-0. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:19 Jakobsen, V. & Ellerbæk, L.S.: *Løn- og arbejdsforhold for kvinder og mænd i køkkefaget*. 71 sider. ISBN: 978-87-7487-981-7. Netpublikation.

- 10:20 Ottosen, M.H., Andersen, D., Nielsen, L.P., Lausten, M. & Stage, S.: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og Trivsel 2010*. 155 sider. ISBN: 978-87-7487-982-4. Vejledende pris: 260,00 kr.
- 10:21 Kofod, J.E., Benwell, A.F., Kjær, A.A.: *Hjemvendte soldater. En interviewundersøgelse*. 76 sider. ISBN: 978-87-7487-983-1. Netpublikation.
- 10:22 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 0-4 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. De rapport 2*. 184 sider. ISBN: 978-87-7487-984-8. Vejledende pris: 195,00 kr.
- 10:23 Christensen, E., Lindstrøm, M. & Mølholt, A.-K.: *Efterværn for voldsudsatte kvinder. Krisecentrenes støtte og hjælp til kvinder, som flytter fra centrene*. 95 sider. ISBN: 978-87-7487-985-5. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:24 Jensen, V.M. & Nielsen, L.P.: *Vejle til ungdomsuddannelse 1. Statistiske analyser af folkeskolens betydning for unges påbegyndelse og gennemførelse af en ungdomsuddannelse*. 211 sider. ISBN: 978-87-7487-986-2. Netpublikation.
- 10:25 Espersen, L.D.: *Bekymrende identiteter. Ph.d.-afhandling*. 260 sider. ISBN: 978-87-7487-987-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:26 Høgelund, J., Tørslev, M.K. & Weibel, K.: *Sygemeldte og fortidspensionister med handicap. Jobcentermedarbejderes perspektiver på jobcentrenes indsats*. 101 sider. ISBN: 978-87-7487-986-6. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:27 Lyk-Jensen, S.V., Jacobsen, J. & Heidemann, J.: *Soldater – før, under og efter udsendelse. Et litteraturstudie*. 92 sider. ISBN: 978-87-7487-989-3. Netpublikation.
- 10:28 Thuesen, F., Holt, H., Jensen, S. & Brink Thomsen, L.: *Virksomheders sociale engagement*. 172 sider. ISBN: 978-87-7487-990-9. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 10:29 Jakobsen, V. & Liversage, A.: *Køn og etnicitet i uddannelsessystemet. Litteraturstudier og registerdata*. 175 sider. ISBN: 978-87-7487-991-6. Vejledende pris: 176,00 kr.
- 10:30 Christoffersen, M.N.: *Børnemishandling i hjemmet*. 120 sider. ISBN: 978-87-7487-992-3. Netpublikation.
- 10:31 Jakobsen, T.B., Hammen, I. & Steen, L.: *Efterværn – støtte til tidligere anbragte unge*. 94 sider. ISBN: 978-87-7487-993-0. Vejledende pris: 90,00 kr.

- 10:32 Korzen, S., Fisker, L. & Oldrup, H.: *Vold mod børn og unge i Danmark. En spørgeskemaundersøgelse blandt 8.-klasses-elever*. 127 sider. ISBN: 978-87-7487-994-7. Netpublikation.
- 10:33 Mateu, N.C.: *Hjælpeplanen for spilleafhængige. Kortlægning af telefonsamtaler i Danmark og Norge i perioden 2008-2009*. 50 sider. ISBN: 978-87-7487-995-4. Netpublikation.
- 10:34 Egelund, T., Jakobsen, T.B. & Steen, L.: *"Det er jo min familie!" Beretninger fra børn og unge i slægtspleje*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-996-1. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 10:35 Christensen, E.: *Alkoholproblemer og partnervold*. 48 sider. ISBN: 978-87-7487-997-8. Vejledende pris: 50,00 kr.
- 11:01 Liversage, A., Jakobsen, V. & Rode Hansen, I.: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse*. 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & Holt, H.: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. De rapport 3*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & Lindstrøm, M.: *Lokal integration af førtidspensionister*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.
- 11:06 Oldrup, H., Lindstrøm, M. & Korzen, S.: *Vold mod førskolebørn. Praksis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.
- 11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlandere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:08 Thomsen, L.B. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.

- 11:09 Bengtsson, S., Hansen, H. & Røgeskov, M.: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:10 Vitus, K. & Kjær, A.A.: *PSP-samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*. 201 sider. ISBN: 978-87-7119-009-0. Netpublikation.
- 11:12 Andersen, D., Thomsen, R., Langhede, A.P., Albæk Nielsen, A. & Toft Hansen, A.: *Skolernes samarbejde. Kortlægning af skolernes kontakt med kommunale forvaltninger og andre institutioner*. 249 sider. ISBN: 978-87-7119-011-3. Netpublikation.
- 11:14 Christoffersen, M.N. & Hammen, I.: *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. 129 sider. ISBN: 978-87-7119-013-7. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:15 Oldrup, H., Korzen, S., Lindstrøm, M. & Christoffersen, M.N.: *Vold mod børn og unge. Hovedrapport*. 95 sider. ISBN: 978-87-7119-014-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:16 Rostgaard, T., Bjerre, L., Sørensen, K. & Rasmussen, N.: *Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i aldreplejen*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-015-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:17 Bengtsson, S., Alim, W., Holmskov, H. & Lund, A.: *Sociale inD-satser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. 166 sider. ISBN: 978-87-7119-017-5. e-ISBN: 978-87-7119-040-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:18 Böcker Jakobsen, T., Posselt Langhede, A. & Sørensen, K.: *Lige muligheder – støtte til udsatte børn og unge. Evalueringsrapport 1: Beskrivelse af igangsatte forsøgsprojekter*. 87 sider. ISBN: 978-87-7119-016-8. Netpublikation.
- 11:19 Albæk, K. & Brink Thomsen, L.: *Er kvindefag lavtlønsfag? En analyse af sammenhængen mellem løn og andelen af kvinder i enkelte arbejdsfunktioner*. 97 sider. ISBN: 978-87-7119-018-2. Vejledende pris: 97,00 kr.
- 11:20 Knudsen, L. & Egelund, T.: *Effekter af slægtspleje. Slægtsanbragte børn og unges udvikling sammenlignet med plejebørn fra traditionelle plejefamilier*. 161 sider. ISBN: 978-87-7119-019-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:21 Kofod, J., Dyrvig, T.F., Markwardt, K., Lagoni, N., Bille, R., Termansen, T., Christiansen, L., Toldam, E.J. & Vilshammer, M.: *Pro-*

- stitution i Danmark*. 395 sider. ISBN: 978-87-7119-020-5. Vejledende pris: 390,00 kr.
- 11:23 Amilon, A.: *Supplerende arbejdsmarkedspension. Hvorfor vælger eller fravælger fortidspensionister ordningen?* 92 sider. ISBN: 978-87-7119-023-6. e-ISBN: 978-87-7119-024-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:26 Ottosen, M.H. & Stage, S.: *Dom til fælles forældremyndighed. En evaluering af forældreansvarsloven*. 257 sider. ISBN: 978-87-7119-029-8. e-ISBN: 978-87-7119-030-4. Vejledende pris: 250,00 kr.

SOCIALE INDSATSER TIL MENNESKER MED ADHD

EN KORTLÆGNING

Igennem de seneste år har flere og flere fået stillet diagnosen ADHD, som er en adfærdsmæssig forstyrrelse. Mennesker med ADHD har meget forskelligt støttebehov, og rapportens formål er at skabe overblik over de eksisterende sociale indsatser og tilbud til børn, unge og voksne med ADHD.

Langt de fleste tilbud i kortlægningen oplever, at de opfylder deres formål og har den relevante viden til at varetage området. Men det fremgår også, at tilbuddene i de fleste tilfælde rummer andre brugere med andre psykiatriske problematikker. Den manglende specialisering hænger sammen med, at kommunen mere har ansvar for sociale end for terapeutiske tilbud i forhold til gruppen med ADHD.

Mange voksne med ADHD beskriver, at det kræver mange ressourcer at få den fornødne støtte fra kommunen, mens forældre til børn med ADHD oplever det som nemmere at få adgang til de rette støttetilbud. Men begge grupper møder mange udfordringer som fx manglende koordinering og hyppige sagsbehandlerskift. Rapporten er udarbejdet i tilknytning til Servicestyrelsens projekt 'Ny og forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD' og er finansieret af Socialministeriet.