

Hvad sker der nu?

En forundersøgelse af indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose

Udarbejdet for Landsforeningen SIND af Socialt Udviklingscenter SUS (2009)

Ivan Christensen & Pauline Hagensen



Forord

Socialt Udviklingscenter SUS har foretaget en undersøgelse af indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose for Landsforeningen SIND.

Undersøgelsen er gennemført med brug af såvel kvantitative som kvalitative metoder. 75 tilbud fra både social- og sundhedssektoren i Region Nordjylland og Region Sjælland har deltaget i en spørgeskemaundersøgelse, mens 3 personer med dobbeltdiagnose og 8 fagpersoner er blevet interviewet. Socialt Udviklingscenter SUS vil gerne takke alle deltagere i undersøgelsen for at give os adgang til jeres erfaringer, overvejelser og refleksioner.

Vi vil også gerne takke den ekspertgruppe, som løbende har reflekteret over og givet konstruktiv kritik af projektet. Medlemmer af ekspertgruppen var:

- Frede Budolfson, Socialrådgiver, SIND,
- Per Nielsen, Fagchef, Ringgården,
- Merethe Nordentoft, Klinisk professor, overlæge, Bispebjerg Hospital,
- Lotte Sønderby, Psykolog, Team for Misbrugspsykiatri,
- Erik Holm, Socialfaglig leder af Vista Balboa og SKP-ordningen i Odense Kommune
- Maja Ebbesen, Støtte-og kontaktperson, Støtte Kontakt Centret, Københavns Kommune.

Herudover takkes undersøgelsens referee overlæge Lars Merinder, Århus Universitetshospital, for at have læst og kommenteret rapporten før udgivelse.

Undersøgelsen er udarbejdet i perioden fra november 2008 til september 2009 af Ivan Christensen, Pauline Hagensen & studentermedhjælp Vibeke Bruun-Toft, som har hjulpet i forbindelse med undersøgelsens dataindsamling.

God læselyst!

1	Baggrund, formål, konklusion og anbefalinger	5
1.1	Baggrund for undersøgelsen.....	5
1.2	Formålet med undersøgelsen	6
1.2.1	Målgruppe.....	7
1.3	Konklusion.....	9
1.3.1	Anbefalinger.....	16
2	Metode, data og informanter	19
2.1	Den indledende del af undersøgelsen	19
2.2	Ekspertgruppe	20
2.3	Kvantitativ undersøgelse.....	20
2.3.1	Udarbejdelse af spørgeskema og pilotundersøgelse	20
2.3.2	Oprettelse af database, kontakt med informanterne og rykkerprocedure	21
2.3.3	Svarprocent, bortfald og repræsentativitet.....	23
2.4	Opfølgende interview.....	26
2.5	Databearbejdning og analyse.....	27
3	Typer af indsatser og faglige baggrunde	28
3.1.	Indsatstyper.....	28
3.2.	Formålet med indsatserne i forhold til dobbeltdiagnose	35
3.3.	Personalets faglige baggrund	37
4	Brugerne	40
4.1	Antal og normering.....	41
4.2	Sindslidelse og misbrug	42
4.3	Kønsfordeling.....	46
4.4	Aldersfordeling.....	47
4.5	Etnisk baggrund	49
5	Udrednings-, diagnose- og interventionsmetoder	52
5.1	Diagnosticering af sindslidelser.....	52
5.1.1	Hvilke diagnosticeringsmetoder anvendes?.....	53
5.1.2	Er der behov for flere diagnosticeringsmetoder?	55
5.2	Udredning af misbrug	56
5.2.1	Anvendte misbrugsudredningsmetoder	58
5.2.2	Er der behov for flere misbrugsudredningsmetoder?.....	61
5.2.3	Fra interviews – misbrugsudrednings- og diagnosticeringsmetoder?.....	61
5.3	Interventionsmetoder.....	62
5.3.1	Effekten af interventionsmetoderne.....	68

5.3.2	Er der behov for flere interventionsmetoder?	71
6	Samarbejde	73
6.1	Hvilke tilbud samarbejder og hvordan?	73
6.2.	Visitation	77
6.3.	Planlægning af den fremtidige indsats.....	80
6.4.	Vurdering og forslag til forbedringer af samarbejdet og indsatsen ..	83
7	Udfordringer	89
7.1	Udfordringer ifølge indsatserne	89
7.2	Udfordringer ifølge brugerne	91
8	Litteratur.....	92
9	Bilag 1: Spørgeskema	96

1 Baggrund, formål, konklusion og anbefalinger

1.1 Baggrund for undersøgelsen

Betegnelsen *dobbeltdiagnose* bruges om personer med et diagnosticeret eller formodet misbrug af rusmidler og samtidig mindst én sindslidelse. Tidligere undersøgelser af indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnoser i Danmark (Styrelsen for Social Service 2006; Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B. 2006) har vist, at personer med dobbeltdiagnose ofte enten kun får behandling for den ene diagnose eller falder mellem to stole i behandlingssystemet, idet der er få indsatser, der har fokus på denne gruppes behov. Dette er til trods for, at dobbeltdiagnose forekommer hos op til 50 % af dem, der indlægges på eller behandles ambulant af de psykiatriske afdelinger (Pallesen, J., Løkke, K., Schriwer, T. & Merinder, L. (red.) 2009).

Det stiller store krav til faglighed og personlige kompetencer at arbejde med mennesker, der både har en sindslidelse og et misbrug af stoffer og/eller alkohol. Foruden de to behandlingskrævende diagnoser har mange personer med dobbeltdiagnose også en hverdag præget af flere sociale problemer i forhold til arbejdsmarked, bolig, familie og sociale relationer, kontakt med retsvæsenet med mere (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B. 2006). Der er blevet peget på, at hvert enkelt tilbud i indsatsen bør samarbejde med en bred vifte af aktører fra både sundheds- og socialektoren for at give brugeren den bedste behandling. Men der er tegn på, at den nuværende indsats på området ikke altid er hensigtsmæssigt organiseret, ligesom koordinationen mellem de forskellige aktører og sektorer ikke nødvendigvis fungerer godt (Pallesen, J., Løkke, K., Schriwer, T. & Merinder, L. (red.) 2009; Ebsen, Henriksen & Rieper, 2003).

I de seneste år er der i Danmark og det øvrige Skandinavien sat mere fokus på dobbeltdiagnoserne blandt andet via undersøgelser (såsom Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B. 2006; Styrelsen for Social Service 2006), konferencer og andre erfaringsopsamlinger via for eksempel antologier (Pallesen, J., Løkke, K., Schriwer, T. & Merinder, L. (red.) 2009; Wedel Andersen, K. & Perlt, D. (red.) 2005; Ebsen, Henriksen & Rieper, 2003). Fælles for disse tiltag er dog, at de især har koncentreret sig om at indhente

data om tilbud, der har skabt særlige rammer for mennesker med dobbeltdiagnose, og som arbejder meget bevidst med denne målgruppe. I den forbindelse er det væsentligt at gøre opmærksom på, at personer med dobbeltdiagnose også er i kontakt med mange andre sociale- og sundhedsrettede tilbud. Her indgår de på lige fod med øvrige brugere. En risiko er, at man i disse tilbud overser at hjælpen til mennesker med dobbeltdiagnose bør indrettes, så den tager højde for, at det er mennesker, som er berørt af *både* misbrugs- og psykiatriske problemer.

For at sikre den mest hensigtsmæssige støtte og udvikle relevante tilbud er der også behov for viden om, hvordan man modtager og behandler personer med dobbeltdiagnose på de indsatser, hvor de indgår sammen med andre brugere. For at kvalificere indsatsen er det nødvendigt at belyse og diskutere, hvilke behandlingsformer og metoder der virker i forhold til personer med dobbeltdiagnose. Endelig er der behov for analyse af, hvordan samarbejdet og koordinationen foregår - og kan udvikles - mellem de forskellige parter og sektorer; herunder samarbejdet mellem de specialiserede tilbud målrettet mennesker med dobbeltdiagnose og tilbuddene, som både er i kontakt med mennesker med dobbeltdiagnoser og andre borgere, der har behov for hjælp af sundhedsmæssig og social karakter.

1.2 Formålet med undersøgelsen

Med udgangspunkt i ovenstående er formålet med denne (for-)undersøgelse at opsamle erfaringer og systematisere viden fra et bredt udvalg af indsatser fra social- og sundhedssektoren, som har kontakt med personer med dobbeltdiagnose.

Undersøgelsen belyser fire overordnede spørgsmål:

- 1) Hvordan er indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug i forhold til kapacitet og tilgængelighed?
- 2) Hvordan foregår samarbejdet og koordinationen mellem de forskellige indsatser?
- 3) Hvilke faglige metoder benyttes i de enkelte indsatser?
- 4) Er der behov for en udvikling af indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose?

Målet med undersøgelsen er dermed at bidrage til den faglige diskussion i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose.

1.2.1 Målgruppe

I henhold til Verdenssundhedsorganisationen WHO (WHO 1995) defineres *comorbiditet* eller *dobeltdiagnose* som ”*samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser*”. Ifølge de Forenede Nationers Kontor for Narkotika- og Kriminalitetsforebyggelse (UNODCCP 2000) er en person med dobbeltdiagnose ”*en person, der er diagnosticeret som havende et alkohol- eller stofmisbrugsproblem ud over en anden diagnose, sædvanligvis psykiatrisk, for eksempel bipolar lidelse eller skizofreni*”. Det er også denne definition af begrebet dobbeltdiagnose, der er taget udgangspunkt i i nærværende undersøgelse. Målgruppen i undersøgelsen er således også personer med for eksempel personlighedsforstyrrelser (ICD 10-diagnosekoderne F60-69). Andre steder defineres denne gruppe som ”dobbeltbelastede” for at adskille dem fra dobbeltdiagnoser med skizofreni og andre typer psykoser (F20-29) (Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Amtsrådsforeningen 2002).

Hvorvidt der i undersøgelsen er tale om en *sindslidelse* afgøres af de professionelle vurderinger af, om brugeren er diagnosticeret med en sindslidelse i forhold til det internationale diagnosesystem ICD 10 eller diagnosesystemet DCM IV, som også benyttes i nogle tilfælde i Danmark¹. Der kan være tilfælde, hvor personen måske ikke er diagnosticeret, men hvor de professionelle informanter har en begrundet formodning om, at personen har en sindslidelse i forhold til kriterierne i ICD 10 eller i DCM IV. I disse tilfælde er de professionelle blevet bedt om at inkludere personen som en del af undersøgelsens population.

Hvorvidt der er tale om, at en person har et *misbrug* afgøres af, i hvilket omfang brugen af stoffer eller alkohol skader personen fysisk og/eller psykisk og/eller socialt. Det vil sige, der er tale om et misbrug, hvis en person bruger stoffer og/eller alkohol - over en kortere eller længerevarende periode (minimum én måned) - på en måde, så det har negative konsekvenser for personens helbred fysisk og/eller psykisk, eller hvis det har negative konsekvenser for personens

¹ Den sociale skade kvalificerer kun i DSM IV for en alkoholdiagnose (et skadeligt brug) og ikke i ICD 10, hvor kun psykologisk skade eller fysisk skadevirkning gælder.

evne til at varetage sine forpligtelser i forhold til børn, arbejde, daglige gøremål med videre.²

Gennemførelsen af dataindsamlingen har vist, at dobbeltdiagnosebegrebet – ikke overraskende - benyttes forskelligt af de professionelle. Nogle er ikke bekendte med begrebet, ligesom man også støder på, at nogle for eksempel bruger det til at beskrive forekomsten af to typer sindslidelser hos én og samme person.

Antallet af mennesker med dobbeltdiagnose i befolkningen generelt og i behandlingspopulationer er tidligere undersøgt. Komorbiditet med angst og depression er for eksempel meget hyppig indenfor misbrugsbehandling, og 30-50 % af patienter indlagt på psykiatriske afdelinger har et rusmiddelproblem (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B. 2006). Udenlandske undersøgelser har vist, at helt op til 80 % af behandlede opiatmisbrugere lider af en personlighedsforstyrrelse, mens tallet er helt oppe på 44 % blandt personer i behandling for alkoholmisbrug (Ball 2004; Verheul, Van den Brink & Hartgers 1995). Ball gør opmærksom på, at der er store udsving i andelen af personer med misbrug og personlighedsforstyrrelse, når man sammenligner de forskellige undersøgelser. Dette skyldes, at der er tale om misbrug af forskellige stoffer og rusmidler i de forskellige undersøgelser, ligesom der benyttes forskellige udredningsmetoder. Generelt er det således væsentligt at være yderst opmærksom - og forsigtig - i tolkningen af prævalensrater.

En registerundersøgelse gennemført af Amtsrådsforeningen i 2005 (s. 5) viser, at antallet af personer registreret både i Sundhedsstyrelsens misbrugsregister og i Det Psykiatriske Centralregister i 2002 var 1556 personer ud af 13.000 registrerede i alt. Kun 38,9 % havde - ifølge Det Psykiatriske Centralregister - en psykiatrisk diagnose, hvilket betyder, at kun ca. 605 af de 1556 havde en registreret dobbeltdiagnose, mens resten ikke var diagnosticerede trods registrering i psykiatriregeret. Skøn over andelen af patienter i misbrugsbehandling, som samtidig har en psykisk lidelse, er langt højere, idet man mener, at de udgør 30-40 % varierende efter psykisk lidelse. Dette tyder på et utilstrækkeligt samarbejde mellem misbrugsbehandlingen og psykiatrien i forhold til dobbeltdiagnoserne (Amtsrådsforeningen 2005). Andre

² Definitionen tager udgangspunkt i WHO's definition af misbrug.

undersøgelser bekræfter tegn på en høj forekomst af underdiagnosticering af dobbeltdiagnoser (Hansen, S.S. m.fl. 2000).

Målgruppen i nærværende projekt er de mennesker med sindslidelse og misbrug, som bor på et kommunalt eller regionalt tilbud eller er i kontakt med for eksempel SKP-teams, væresteder, ambulatorier samt arbejds- og aktivitetsindsatser. Af ressourcemæssige årsager blev det besluttet ikke at inkludere sundhedstilbud med sengepladser i undersøgelsen. Det vil sige, at undersøgelsen ikke inkluderer psykiatriske afdelinger, psykiatriske skadestuer med videre. Undersøgelsen har med andre ord henvendt sig bredt til mange forskellige typer indsatser i sundheds- og sociale sektoren og har ikke som andre undersøgelser haft fokus alene på tilbud, der henvender sig særligt til mennesker med dobbeltdiagnose (for eksempel undersøgelsen ”Tilbud og behandling til patienter med dobbeltdiagnose i Skandinavien 2006” af Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B., som efter grundig analyse fandt 35 specialistilbud til dobbeltdiagnoser i Danmark).

Undersøgelsen belyser med andre ord den sociale indsats, misbrugsbehandlingsindsatsen og den socialpsykiatriske indsats, men ikke direkte den hospitalspsykiatriske indsats.

I undersøgelsesdesignet er det endvidere blevet besluttet at fokusere på 2 regioner med øje for, at indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose kan have udviklet sig indenfor de seneste 2 år som følge af Kommunalreformen. Regionerne Sjælland og Nordjylland er blevet udvalgt som målgruppen for undersøgelsen, fordi de ikke formodes at have specielt mange specifikke tilbud til behandling af dobbeltdiagnoser i modsætning til hovedstadsområdet. Dermed har det været hensigten at bidrage til at tegne et mere repræsentativt billede af den sociale- og sundhedsrettede indsats for mennesker med dobbeltdiagnose i Danmark.

1.3 Konklusion

Undersøgelsen er i sin indgangsvinkel meget bred, idet den har til formål at belyse, hvor der eventuelt kunne være behov for mere analyse og udvikling på området. Af den grund deler konklusionen sig også i flere hovedemner:

Om indsatserne

Mennesker med dobbeltdiagnose er i kontakt med en bred vifte af forskellige indsatser og fagpersoner på social- og sundhedsområdet. Man møder dem i midlertidige og længerevarende botilbud, i aktivitets- og samværstilbud, behandlingstilbud og i misbrugsbehandlingssystemet, ligesom de er i kontakt med støttekontaktpersoner og bostøtte. De bliver således vejledt og behandlet af psykiatere, psykologer, læger, socialrådgivere, social- og sundhedsassistenter/hjælpere og pædagoger med mere, og personalets faglige baggrund har ifølge undersøgelsens resultater en væsentlig betydning for, hvilke metoder der benyttes.

Samtidig er det karakteristisk, at indsatserne hver især med deres formål overfor mennesker med en dobbeltdiagnose sjældent forholder sig til både misbrug og sindslidelser på samme tid. Kun 3 af de 75 deltagende tilbud i den kvantitative undersøgelse har et helhedsorienteret formål med deres indsats.

På indsatserne er man heller ikke særlig bevidst om gruppen af personer med dobbeltdiagnose som en gruppe med særlige problemer og behov i forhold til andre brugere. Nogle steder er man ganske vist bevidst om gruppens tilstedeværelse, men tager ikke særlige hensyn til den ud fra et mål om at opretholde et åbent sted for alle, hvor brugerne ikke skal føle sig sat i bås.

Således har få indsatser kunnet svare nøjagtigt på spørgsmålene om deres normering i forhold til brugere med dobbeltdiagnose. Men gennemsnitligt gælder, at 14 % af dagtilbudspladserne og 41,5 % af døgntilbudspladserne er normeret til brugere med dobbeltdiagnose.

Om brugerne

Den mest typiske sindslidelse for brugerne med dobbeltdiagnose er *psykoser*. Mere end 40 % af dobbeltdiagnosebrugerne er psykotiske – det vil sige, at de for eksempel lider af skizofreni. Lidt mere end 10 % af brugerne lider af personlighedsforstyrrelser. På misbrugssiden er *alkohol* den største synder. Halvdelen af brugerne med dobbeltdiagnose har alene et alkoholmisbrug, mens næsten hver tredje har et blandingsmisbrug bestående af alkohol og hash/narkotika/khat.³ Selv om alkoholmisbruget er den mest udbredte form for misbrug, er det også væsentligt at bemærke, at halvdelen af brugerne med dobbeltdiagnose misbruger andre former for rusmidler.

³ Khat er medtaget som et særligt rusmiddel for at give mulighed for at tegne et nuanceret billede af en eventuel gruppe af personer med dobbeltdiagnose og somalisk baggrund.

2 ud af 3 brugere med dobbeltdiagnose er mænd, og aldersmæssigt domineres gruppen af personer i alderen fra 30 til 59 år. Især er det bemærkelsesværdigt, at der er få helt unge med dobbeltdiagnose på tilbuddene (om end tallet måske er i stigning), ligesom der er få, som er ældre end 60 år. Det kunne tyde på, at indsatserne kommer relativt sent i kontakt med personerne med dobbeltdiagnose, og at mange personer med dobbeltdiagnose dør i en tidlig alder – eller at tilbuddene ikke er så gamle, at brugerne er nået at blive gamle endnu. Gruppen af brugere med dobbeltdiagnose i Region Sjælland og Nordjylland er i øvrigt kun meget lidt præget af etniske minoriteter.

Skal man med baggrund i undersøgelsens resultater tegne et billede af en typisk bruger med dobbeltdiagnose, så drejer det sig altså om en mand på ca. 45 år af etnisk dansk herkomst, som lider af psykoser - såsom skizofreni - og som har et alkoholmisbrug.

Om diagnosticeringsmetoder

4 ud af 5 indsatser diagnosticerer ikke sindslidelser. Indsatser med læger og psykologer tilknyttet diagnosticerer – ikke overraskende – mere end tilbud, som ikke har en læge tilknyttet. De diagnosticerende tilbud benytter især ICD 10, men der benyttes også andre metoder som DSM 4, BDI med mere. Hver femte af de diagnosticerende tilbud benytter særlige diagnosticeringsmetoder til at diagnosticere sindslidelser for brugere med dobbeltdiagnose.

Generelt mener 3 ud af 4 informanter ikke, at der er behov for flere diagnosticeringsmetoder til at udrede sindslidelser på deres eget tilbud. Men særligt misbrugsbehandlingsstederne udtrykker et behov for flere diagnosticeringsmetoder af sindslidelser. Samtidig føler indsatser med psykologer og læger i højere grad behov for at påbegynde eller udvide diagnosticeringen, mens tilbud med social- og sundhedsassistenter i mindre grad føler, at der er behov for flere diagnosticeringsmetoder i forhold til sindslidelserne.

Om misbrugsudredningmetoder

2 ud af 3 af indsatserne udreder ikke misbrug. Alle deltagende alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud udreder dog misbrug, mens det blandt de socialpsykiatriske tilbud især er de midlertidige botilbud, som udreder misbrug. Tilbud med læger og socialrådgivere udreder oftere misbrug end tilbud uden

disse faggrupper. ICD 10 metoden er den mest udbredte metode. Herudover er der ikke et mønster i hvilke metoder, der benyttes. Kun knap 8 % af indsatserne siger, de anvender særlige metoder til at udrede misbrug for brugere med dobbeltdiagnose i sammenligning med andre brugere. Generelt viser undersøgelsen, at der er stor *metodepluralisme* i forbindelse med udredningen af misbrug.

4 ud af 5 informanter mener ikke, der er behov for flere misbrugsudredningsmetoder på deres tilbud. Blandt de indsatser, som ønsker flere udredningsmetoder er en overvægt af tilbud med socialrådgivere ansat.

Om interventionsmetoder

85 % af indsatserne anvender interventionsmetoder i arbejdet med personer med dobbeltdiagnose. De mest anvendte er relationsarbejde, kognitive metoder, omsorg som metode, social færdighedstræning og motivationsteori. Hvor vi tidligere så, at der er stor metodepluralisme i forhold til valg af udredningsmetoder, gælder det i endnu større omfang i forhold til valget af interventionsmetoder. En mindre andel af indsatserne anvender særlige interventionsmetoder i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose sammenlignet med andre brugere.

Tilbuddene er blevet spurgt om, hvordan de selv vurderer effekten af de enkelte interventionsmetoder. Især selvhjælpsgrupper og psykosocial rehabilitering vurderes at have stor effekt. Generelt – hvilket måske ikke er så overraskende – vurderes effekten af de benyttede metoder ret positivt.

Halvdelen af informanterne efterlyser flere interventionsmetoder på deres tilbud. Det er karakteristisk, at tilbud med psykologer, psykiatere eller pædagoger ansat i mindre grad end tilbud uden disse faggrupper ønsker flere interventionsmetoder. Der er ikke et mønster i hvilke interventionsmetoder, man ønsker at udvide indsatsen med på det enkelte tilbud.

Om samarbejdet mellem indsatserne

Ad hoc møder og kontakt af skriftlig eller telefonisk art er de mest anvendte kontaktformer i samarbejdet med andre tilbud omkring dobbeltdiagnoser. Dette kan tolkes som udtryk for begrænset systematik i samarbejdet mellem aktørerne på området. Der er ikke tegn på, at nogle typer af indsatser eller faggrupper har færre eller flere samarbejdspartnere end andre. SKP-ordningen

er den mest almindelige samarbejdspartner for alle typer af indsatser. Stof- og alkoholmisbrugsbehandlingstilbud samt midlertidige botilbud er også almindelige samarbejdspartnere.

Om visitationen

Mere end halvdelen af indsatserne får enten altid eller ofte viden om den sociale og den sundhedsmæssige indsats i brugernes liv, når brugerne visiteres eller kommer til deres tilbud. Det er kun ganske få tilbud, der aldrig får den viden ved visitation. Generelt får indsatserne oftere viden om den sociale indsats end om den sundhedsmæssige indsats i borgerens tilværelse. Næsten halvdelen af indsatserne finder den viden, de får om den sundhedsmæssige indsats, utilstrækkelig, mens 4 ud af 10 tilbud finder den viden, de får om den sociale indsats, utilstrækkelig. Tallene kan tolkes som udtryk for, at der generelt er behov for at få styrket kommunikationen om brugerne mellem indsatserne.

Blandt de tilbud, der oftest viderevisiteres til, hører stof- og alkoholbehandlingstilbud, SKP-ordningen og aktivitets- og samværstilbud. Viderevisitationen ser ud til at handle mere om hver enkelt brugers situation end om, at det enkelte tilbud fast viderevisiterer til bestemte typer af tilbud. Dette kan muligvis ses som et udtryk for, at indsatsen foregår og tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte brugers situation og behov.

Om handleplaner

4 ud af 10 tilbud oplever planerne for den fremtidige sociale indsats i brugerens liv som utilstrækkelige. 3 ud af 10 oplever planerne for den fremtidige sundhedsmæssige indsats i brugerens liv for utilstrækkelige. Samlet kan det konkluderes, at tilbuddene ikke har systematik eller et ens billede af, hvem der er ansvarlig for hverken den fremtidige sociale eller den fremtidige sundhedsmæssige indsats i brugernes liv. Yderligere er der en del tilbud, som heller ikke har udpeget ansvarlige på det område indenfor deres eget tilbud, og der er langt fra enighed om, hvem der bør have ansvaret for handleplanerne.

Opsamlende om de forskellige indsatstyper

For at give et overblik over de mange forskelligartede indsatser faggrupper, arbejde, behov og ønsker, er det forsøgt samlet som en slags ”idealtyper” (idet der selvfølgelig er variationer selv indenfor den samme type af indsats) i nedenstående tabel 1.1:

Tabel 1.1: Samlede oplysninger om de forskellige indsattstypers arbejde

Indsats-typer	Formål	Faggrupper	Metoder	Samarbejde
Misbrugs-behandlingstilbud (14 %)	Behandling/afvænnning af misbrug	Mange læger og socialrådgivere	Stort ønske om flere diagnosticeringsmetoder. Alle udreder misbrug. Af interventionsmetoder bruges især: Medicinsk behandling, kognitive metoder, adfærdsoorienteret metode, psykologfaglig metode, selvhjælpsgrupper, harmreduction og Nada	Er en almindelig samarbejdspartner for andre typer af indsatser
Socialpsykiatriske tilbud (45 %)	Øge brugernes livskvalitet ved støtte og omsorg	Høj tværfaglighed. Mange psykiatere og sosu-assistenter/Hjælpere	Er de indsatser, der diagnosticerer mest, men i mindst grad udreder misbrug. Af interventionsmetoder anvendes især: ADL-træning og psykosocial rehabilitering	Er en almindelig samarbejdspartner for andre typer af indsatser
Sociale tilbud (41 %)	Opsøge, skabe kontakt og øge brugernes livskvalitet ved støtte og omsorg	Lav tværfaglighed. Mange socialrådgivere	Diagnosticerer og udreder ikke. Benytter mange forskellige interventionsmetoder.	SKP-ordning er den mest almindelige samarbejdspartner for alle indsatser. Men de sociale tilbud får mindst viden om den sociale og sundhedsmæssige indsats overfor brugeren ved visitation.

Om informanternes forslag til forbedring af samarbejdet og indsatsen

Det er kun et fåtal af informanterne, der mener, at samarbejdet omkring mennesker med dobbeltdiagnose fungerer dårligt. Hver sjette af indsatserne mener, det fungerer dårligt på det sociale område, mens hver femte mener, det fungerer dårligt på det sundhedsmæssige område.

Der bliver dog peget på en lang række temaer, som kan bidrage til at styrke samarbejdet:

- Øget dialog og vidensudveksling mellem forskellige aktører
- Formalisering af arbejdsproceduren
- Bedre mulighed for udredning og diagnosticering
- Flere ressourcer
- Brugere i fokus

Der peges desuden på, at der mangler følgende tilbud i indsatsen på nuværende tidspunkt:

- Midlertidige rummelige opholdssteder til afgiftning for sidemisbrug
- Botilbud med døgnpersonale
- Boliger med relevant støttende netværk med professionel kontakt
- Mere opsøgende arbejde
- Bedre oplysning om kost og motion
- Behandlingstilbud specifikt til dobbeltdiagnoser
- Dagtilbud med social færdighedsstræning, psykoekation og samvær
- Særlige tilbud til unge med dobbeltdiagnose
- Flere plejehjemspladser særligt til ældre med dobbeltdiagnose
- Flere sengepladser i psykiatrien og indstilling på også at tage sig af dobbeltdiagnoser
- At flere tilbud selv bliver i stand til at udrede misbrug og diagnosticere sindslidelser

Generelt er der således behov for mere *fokus* på målgruppens meget forskelligartede behov.

Om udfordringerne

Tilbuddene beskriver de kommende års væsentligste udfordringer som:

- Stigende antal personer med dobbeltdiagnose
- Stigende antal unge med dobbeltdiagnose
- Balancering af hensynet til den enkelte i forhold til hensynet til fællesskabet på tilbuddene
- Kvalificere udredningen af brugernes problemer
- Optimering af samarbejdet med andre aktører i indsatsen
- Efter- og videreuddannelse af medarbejderne
- Stigende kriminalitet som en del af dobbeltdiagnoseproblematikken
- Begrænsede ressourcer (især på de mindre tilbud).

Generelt er tendensen, at indsatserne ønsker at gøre sig til generalister ved for eksempel mere uddannelse til personalet og en styrkelse af mulighederne for at kunne rumme mange forskellige brugertyper. I nogle tilfælde bliver der også peget på et behov for en kvalificering af udredningen af brugernes problemer og situation.

De interviewede brugere ønsker:

- En gennemgående kontaktperson, der kan fungere som tovholder, advokat og koordinator
- Mere aktivitet i hverdagen
- Hurtigere viderevisitation, når man er klar til det
- Bedre match mellem målgruppe og tilbud.

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

1.3.1 Anbefalinger

Undersøgelsens konklusioner og informanternes egne nuanceringer og forklaringer på, hvorfor det forholder sig således, har afledt en række anbefalinger til udviklingen af indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose. Anbefalingerne deler sig i en analytisk og en praktisk del, idet der som nævnt ovenfor både er ønsker og behov for mere viden om dobbeltdiagnosefeltet og konkrete forslag til udviklingsarbejdet på området:

Anbefalinger om mere analyse af dobbeltdiagnosefeltet:

- Det anbefales at foretage en komparativ undersøgelse af erfaringerne – indhentet i specialisttilbud for mennesker med en dobbeltdiagnose - sammenlignet med erfaringerne - gjort i tilbud for alle grupper af borgere – i forhold til gruppen af personer med dobbeltdiagnose.

Undersøgelsen bør henvende sig til fagpersoner og brugere og have kvalitativ såvel som kvantitativ karakter. Målet med undersøgelsen er at vurdere hvilken type – den normale eller den specielle – der er mest hensigtsmæssig i forhold til mennesker med en dobbeltdiagnose.

- Det anbefales at gennemføre en dybdegående analyse af erfaringerne med samt afprøvning af de diagnosticerings-, udrednings- og interventionsmetoder, der anvendes overfor mennesker med dobbeltdiagnose. Hovedindtrykket er, at fagpersonerne savner evidens for metodernes effekt.
- Der anbefales gennemførelse af en undersøgelse af omfanget af gruppen af mennesker med en dobbeltdiagnose – herunder en beskrivelse af, hvor de opholder sig, deres sociale situation, deres detaljerede misbrugsmønstre mv.
- Der anbefales at gennemføre en undersøgelse af, hvilken rolle sindslidelse og misbrug spiller i forhold til det enkelte tilbuds indsats, tilgange med videre.
- Det anbefales at gennemføre en undersøgelse af samspillet mellem regionale og kommunale indsats i forhold til mennesker med en dobbeltdiagnose.

Anbefalinger til det praktiske arbejde

- Det anbefales, at der oplyses mere om misbrug og sindslidelser samt om sammenhængen mellem misbrug og sindslidelse, samt om metoder til afhjælpning, såvel på grunduddannelserne i social- og sundhedsfagene som på efteruddannelseskurser og i oplysningskampagner, vejledningshæfter med mere.
- Der opfordres til en tydeliggørelse og implementering af, hvem der er ansvarlig for at koordinere samarbejdet omkring mennesker med dobbeltdiagnose kommunalt-regionalt og kommunalt-kommunalt. Dette bør indeholde en tydeliggørelse af, at hvad det indebærer at være ansvarlig for koordinationen for eksempel i forhold til udarbejdelse af

handleplaner, kontaktskabelse, organisering af fælles møder, kurser med mere (jf. Sundhedsaftalerne).⁴

- En udbygning af de differentierede botilbud, som er i stand til at rumme mennesker med en dobbeltdiagnose, er anbefalelsesværdig.
- Det anbefales at oprette særlige opsporings- og behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnose, da undersøgelsen viser, at indsatserne får sent fat på personer med dobbeltdiagnose, selvom antallet af unge opleves at være i stigning.
- En styrkelse af hospitalspsykiatriens rummelighed i forhold til mennesker med en dobbeltdiagnose er opfordringsværdigt.
- Der anbefales en specialisering af dobbeltdiagnoseindsatsen – også kommunalt - så denne gruppe borgere undgår at være katebald mellem de forskellige aktører i social- og sundhedsindsatsen. Det kan for eksempel ske ved oprettelsen af særlige teams med speciale i dobbeltdiagnose-problematikken.

⁴ SUS gennemfører i øjeblikket i samarbejde med henholdsvis Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune to udviklingsprojekter på sindslidende-området med fokus på styrkelse af koordination og vidensdeling i indsatsen.

2 Metode, data og informanter

Undersøgelsen af indsatsen for mennesker med en dobbeltdiagnose blev påbegyndt i vinteren 2008 og har fra begyndelsen koncentreret sig om Region Nordjylland og Region Sjælland.

Med henblik på at opnå et nuanceret billede af indsatser, metoder, sammenhængende forløb og tværsektorielt samarbejde mellem de involverede instanser i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose, er der blevet:

- *Indhentet litteratur* om emnet
- *Gennemført kvalitative interview med personer med dobbeltdiagnose.*
- *Gennemført møder med en ekspertgruppe* med erfaring fra arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnose.
- *Gennemført en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse* rettet mod indsatser overfor mennesker med dobbeltdiagnose.
- *Gennemført opfølgende telefoninterview med 4 fagpersoner* fra indsatser overfor mennesker med dobbeltdiagnose.
- *Gennemført opfølgende telefoninterview med 3 eksperter* fra dobbeltdiagnoseområdet.

I det følgende gennemgås de forskellige faser i undersøgelsen.

2.1 Den indledende del af undersøgelsen

Formålet med den indledende research var at få skabt et overblik over omfang og typer af indsatser og metoder samt at afdække væsentlige emneområder, der burde indgå i den kvantitative undersøgelse.

I den indledende fase gennemførtes en overordnet litteratursøgning af eksisterende - primært danske - undersøgelser og litteratur på området.

Der blev gennemført 2 interview med henholdsvis 1 og 2 personer med sindslidelse og misbrug. Der var aftalt yderligere 1 interview, hvor informanten udeblev. De 3 interviewede er beboere på 2 bosteder efter Lov om Social Service § 107. Interviewene tog udgangspunkt i deres oplevelser og erfaringer omkring blandt andet samarbejde og koordinering mellem sektorerne og den samlede vifte af behandlings- og støttetilbud.

2.2 Ekspertgruppe

I forbindelse med undersøgelsen har der været nedsat en ekspertgruppe bestående af en række ressourcepersoner på feltet. Medlemmerne af ekspertgruppen var, som nævnt:

- Frede Budolfson, Socialrådgiver, SIND,
- Per Nielsen, Fagchef, Ringgården,
- Merethe Nordentoft, Klinisk professor, overlæge, Bispebjerg Hospital,
- Lotte Sønderby, Psykolog, Team for Misbrugspsykiatri,
- Erik Holm, Socialfaglig leder af Vista Balboa og SKP-ordningen i Odense Kommune
- Maja Ebbesen, Støtte-og kontaktperson, Støtte Kontakt Centret, Københavns Kommune.

Ekspertgruppen har kommenteret et første udkast af spørgeskemaet, som blev sendt ud i forbindelse med undersøgelsen. Herudover har ekspertgruppen kommenteret en meget foreløbig analyse af undersøgelsens kvantitative data. Ekspertgruppens kommentarer og forslag har bidraget væsentligt til styrkelsen af undersøgelsens fokus, gennemførelse og resultater.

2.3 Kvantitativ undersøgelse

Med baggrund i den indledende afdækning af indsatser, metoder med mere er der blevet gennemført en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse af indsatser i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose i Region Nordjylland og Region Sjælland.

2.3.1 Udarbejdelse af spørgeskema og pilotundersøgelse

Til undersøgelsen har SUS udarbejdet et struktureret spørgeskema, der også indeholder mere kvalitative spørgsmål, hvor informanterne har haft mulighed for at skrive længere tekster om for eksempel kommende udfordringer (Jvf. spørgeskemaet i bilag 1). Dette giver dels mulighed for at sammenligne gennem svarkategorier, dels at få uddybet forhold, der er særlige for enkelte grupper.

Som udgangspunkt blev der udarbejdet et spørgeskema, som aktører på både det sundhedsfaglige og det sociale område kunne besvare. Det vil sige, tanken

var, at spørgeskemaet skulle besvares af såvel SKP-teams, arbejds- og aktivitetstilbud, misbrugsbehandlingstilbud, opsøgende psykoseteams, som midlertidige og længerevarende botilbud med mere.

Undersøgelsen blev indledt med udarbejdelsen af et spørgeskema indeholdende 43 spørgsmål. En testversion af spørgeskemaet udviklet med inspiration fra nationale og internationale undersøgelser blev sendt til en række tilbud i Roskilde og Helsingør kommuner. Den endelige udarbejdelse af spørgeskemaet er sket med udgangspunkt i tilbagemeldinger herfra samt på baggrund af bidrag fra undersøgelsens ekspertgruppe. Det endelige spørgeskema kom til at indeholde spørgsmål indenfor hovedområderne:

- **Baggrund:** Formålet med tilbuddene, personalets uddannelsesmæssige baggrund, normering.
- **Brugere med dobbeltdiagnose:** Antal, diagnoser, køn, alder, etnisk baggrund.
- **Samarbejde:** Samarbejdspartnere, metoder, erfaringer, handleplaner, visitationer.
- **Udrednings-, diagnose- og interventionsmetoder:** Typer af behandling og støtte, nye behov.

2.3.2 Oprettelse af database, kontakt med informanterne og rykkerprocedure

For at skabe et kvalificeret billede af den sociale- og sundhedsmæssige indsats for mennesker med en dobbeltdiagnose var det afgørende at identificere de væsentligste tilbud i indsatsen. Der blev udarbejdet en database med oversigt over de relevante tilbud ved at kombinere forskellige metoder og datakilder:

- Servicestyrelsens tilbudsportal.
- En liste fra en tidligere undersøgelse indeholdende oplysninger om sociale tilbud til mennesker berørt af hjemløshed.
- Gennemgang af de to regioners hjemmesider med henblik på fremskaffelse af kontaktoplysninger til relevante sociale- og sundhedsrettede tilbud i regionen.

- Gennemgang af 28 kommuners hjemmesider med henblik på fremskaffelse af kontaktoplysninger til relevante sociale- og sundhedsrettede tilbud i kommunen.

Et tilbud eller en indsats blev inkluderet på listen, hvis SUS vurderede, at det var sandsynligt, at pågældende tilbud er i kontakt med mennesker med en dobbeltdiagnose.

Efter udarbejdelsen af databasen tog SUS kontakt til de 28 kommuner for at skabe kontakt til en person i kommunen med kendskab til relevante tilbud i kommunen. Ud af 28 kommuner blev der identificeret en kontaktperson i 26 kommuner. Kontaktpersonerne indvilligede i at gennemgå den foreløbige liste over kommunale og regionale tilbud placeret i den enkelte kommune med henblik på at slette tilbud, der faldt udenfor målgruppen og tilføje tilbud og eventuelle kontaktpersoner, der ikke var påført listen. Kontaktpersonerne returnerede således listen med opdaterede oplysninger på relevante tilbud og kontaktpersonsoplysninger på de enkelte steder. 21 kontaktpersoner returnerede listen. De resterende 5 kontaktpersoner returnerede ikke listen trods flere henvendelser.

Det er med undersøgelsen lykkedes at få oprettet en ganske værdifuld database med 432 navne på tilbud og indsætter i social- og sundhedssektoren i Region Nordjylland og Region Sjælland. Det drejer sig blandt andet om væresteder, midlertidige og længerevarende botilbud, aktivitets- og samværstilbud, SKP-teams, alkoholbehandlingstilbud, stofmisbrugsbehandlingstilbud, opsøgende psykoseteams, tilbud om beskyttet beskæftigelse og øvrige distriktpsykiatriske tilbud. Det er væsentligt at understrege, at der kan være tilbud i de to regioner og tilhørende kommuner, som ikke er med på listen, ligesom der kan være tilbud, som på tidspunktet for dataindsamlingen er ophørt med at eksistere.

SUS sendte efterfølgende spørgeskemaet ud til de 432 enkelte indsætter. På de tilbud, hvor der var registreret en kontaktperson, blev spørgeskemaet sendt direkte til denne. På de tilbud, hvor der ikke var registreret en kontaktperson, blev der taget kontakt til tilbuddet – via e-mail eller telefon – med henblik på indhentning af oplysninger om en kontaktperson til brug for efterfølgende udsendelse af spørgeskemaet.

Spørgeskemaerne er fortrinsvist blevet besvaret via e-mail, men i enkelte tilfælde har korrespondancen foregået via almindelig post. Der er desuden

blevet gennemført en første rykkerprocedure via e-mail og en anden via telefonisk kontakt med informanterne.

I det hele taget har der været god kontakt med informanterne under hele forløbet vedrørende blandt andet opsøgning af de rette kontaktpersoner og adresser, vejledning i udfyldelse af spørgeskemaet og forklaringer på manglende deltagelse eller udsættelse af svar.

I løbet af dataindsamlingen viste det sig, at en række af de fundne kontaktpersoner repræsenterede flere forskellige typer indsatser, ligesom flere af tilbuddene i databasen i realiteten dækkede over det samme tilbud. Da det ikke er lykkedes at få svar fra alle, og flere indsatser (for eksempel en SKP-ordning og et værested) meget vel kan have samme adresse er det ikke muligt præcist at opgøre, hvor mange forskellige indsatser databasen dækker over. En optælling ud fra de informationer, der er blevet givet, viser, at den dækker over 427 forskellige indsatser og 393 forskellige kontaktpersoner (da nogle kontaktpersoner repræsenterer flere indsatser).

75 indsatser har i alt deltaget i spørgeskemaundersøgelsen ved at udfylde spørgeskemaet. Det er ikke alle spørgsmål, som er blevet besvaret af alle deltagende tilbud. Derfor er procentsatserne i analysen udregnet efter det antal tilbud, der har besvaret det enkelte spørgsmål. For at klargøre hvor mange der er tale om, er antallet af besvarelser på det givne spørgsmål tilføjet i parentes ud for hver procentsats.

2.3.3 Svarprocent, bortfald og repræsentativitet

Af de 432 spørgeskemaer, der blev sendt ud (som i virkeligheden viste sig at dække over 427 indsatser), er det således lykkedes at få udfyldte spørgeskemaer fra 75 indsatser. Svarprocenten udgør dermed 17,6 % af de 427 indsatser, databasen repræsenterer.

158 af de adspurgte indsatser har svaret, at de af forskellige årsager ikke ønskede eller ikke kunne deltage i undersøgelsen; det vil med andre ord sige, at undersøgelsen trods alt har modtaget svar fra 54,6 % af indsatserne. Tilbage står 194 indsatser, som desværre ikke har svaret trods talrige henvendelser.

De hyppigste årsager til ikke at deltage er ifølge informanternes egne kommentarer, at de ikke hører til målgruppen for undersøgelsen, fordi de:

- ikke har eller ikke registrerer brugere med dobbeltdiagnose
- måske nok har brugere med dobbeltdiagnose, men principielt ikke burde have det, fordi det for eksempel er et rusmiddelfrit tilbud
- har masser af brugere med dobbeltdiagnose, men ikke har særligt fokus på gruppen og derfor ikke har nuanceret viden eller behandling til dem, hvorfor det forekom umuligt at besvare spørgeskemaet (gælder især væresteder)

Derudover er der 25 indsatser, som afviser deltagelse på grund af manglende tid og personaleresourcer eller på grund af principielle årsager, som for eksempel kan dreje sig om, at det ikke er en ministeriel undersøgelse.

Det store bortfald kan i sig selv ses som et udtryk for, hvordan indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose foregår på ikke-dobeltdiagnose-specialiserede tilbud: Man forholder sig i mange tilfælde ikke specielt til diagnoser og dermed heller ikke til personer med dobbeltdiagnose som en gruppe med særlige behov. Dette skyldes blandt andet et ønske om at arbejde ud fra et mål om at skabe et åbent rum med plads til alle, hvor brugerne for eksempel kan føle sig ”registreringsfrie”. Omvendt gælder også, at mange af de informanter, som har udfyldt spørgeskemaet, har rost initiativet om at sætte fokus på den lidt oversete gruppe af mennesker med dobbeltdiagnose.

Under kontakten med informanterne stod det desuden klart, at der er fagpersoner på området, som enten ikke kender til dobbeltdiagnose-begrebet eller bruger det på anden vis (om for eksempel forekomsten af to typer sindslidelser på samme tid). Selvom denne uklarhed er forsøgt imødekommet i undersøgelsesdesignet ved at definere begrebet grundigt i spørgeskemaet og under samtaler med informanterne samt ved at spørge til *formodninger* og ikke kun til den registrerede forekomst af dobbeltdiagnoser (Jf. bilag 1), så har brugen af begrebet i nogle tilfælde tilsyneladende medført, at indsatser ikke har følt sig som en del af målgruppen for undersøgelsen, selvom de meget vel er i kontakt med mennesker med dobbeltdiagnose.

Set i lyset af, at nærværende undersøgelse kan betragtes som en forundersøgelse af indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose, er erfaringerne med udarbejdelsen af databasen, kontakten med fagpersonerne på området og den endelige svarprocent vigtige i forhold til alt fremtidigt analyse- og udviklingsarbejde på området.

Set i bakspejlet kunne undersøgelsen måske have opnået flere besvarelser, hvis spørgeskemaet havde haft mere åbne og færre nuancerede spørgsmål om registrering og så videre. Nogle af informanterne har kommenteret i spørgeskemaet, at det henvender sig til alt for mange vidt forskellige typer tilbud, hvilket gør det svært for alle at besvare alle spørgsmål.

Tabel 2.1 nedenfor viser, at undersøgelsen - trods den forholdsvis lave svarprocent - alligevel repræsenterer de forskellige typer indsatser, spørgeskemaet er blevet sendt ud til, nogenlunde jævnt omkring de 17,6 %, som er den samlede svarprocent. Der er dog en stor underrepræsentation af ”andre distriktpsykiatriske tilbud”, idet der slet ikke er blevet udfyldt spørgeskemaer af denne type indsatser. Omvendt er der en lille overrepræsentation af opsøgende psykoseteams, bostøttetilbud og botilbud:

Tabel 2.1: Undersøgelsens repræsentativitet i forhold til indsatstyper

Indsatstyper	Deltager i undersøgelsen	Faldet fra	I alt (100 %)
Aktivitets- og samværstilbud (SL § 104), væresteder og varmestuer	16,5 % (19)	83,5 % (96)	115
Misbrugsbehandlingstilbud (både alkohol- og stofmisbrug samt ambulante og døgntilbud. Sundhedsloven § 141 og § 142)	13,2 % (7)	86,8 % (46)	53
Botilbud (midlertidige og længerevarende. SL § 107, § 108 og § 110)	27,9 % (31)	72,1 % (80)	111
Støtte- og kontaktpersoner til sindslidende og mennesker med særlige sociale problemer (SL § 99)	23,5 % (4)	76,5 % (13)	17
Opsøgende psykoseteams	50,0 % (1)	50,0 % (1)	2
Tilbud om beskyttet beskæftigelse (SL § 103)	6,3 % (1)	93,7 % (15)	16
Bostøtte (SL § 85)	33,3 % (4)	66,6 % (8)	12
Andre distriktpsykiatriske tilbud	0,0 % (0)	100,0 % (35)	35
Andre tilbud	12,1 % (8)	87,9 % (58)	66
I alt	17,6 % (75)	82,4 % (317)	427

Hvad angår repræsentativiteten i forhold til de to deltagende regioner, blev der ikke fundet lige mange relevante indsatser i de to regioner i forbindelse med udarbejdelsen af databasen over tilbud. Spørgeskemaet er blevet sendt til 179 tilbud i Region Nordjylland og 248 tilbud i Region Sjælland. Dette kan også

skyldes, at der generelt er flere tilbud i Region Sjælland med 17 kommuner og et befolkningstal på godt 800.000 (2008) personer sammenlignet med Region Nordjylland med 11 kommuner og et befolkningstal på godt 580.000 personer (2008). Svarprocenten for de to regioner er 22,3 % (40) for Region Nordjylland og 14,1 % (35) for Region Sjælland. Dermed er Region Nordjylland overrepræsenteret og Region Sjælland underrepræsenteret i undersøgelsen i forhold til undersøgelsesdesignet. I rapportens analyser er der taget højde for dette ved at undersøge, om der er signifikante forskelle på de to regioners svar. Endelig er det væsentligt at bemærke, at hver region står for ca. halvdelen af besvarelserne i analysen af undersøgelsens resultater, da der er 40 besvarelser fra Region Nordjylland og 35 fra Region Sjælland.

Sammenfattende om undersøgelsens population og resultater må siges, at de bør læses med visse forbehold i forhold til de samlede tal om for eksempel antallet af brugere med dobbeltdiagnose på grund af det store bortfald. Men da der ved de statistiske analyser er blevet taget hensyn til undersøgelsespopulationens skævheder, kan tallene for hvilke faggrupper eller typer af indsatser med mere, der har svaret hvad, læses uden forbehold.

2.4 Opfølgende interview

Efter gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen og med udgangspunkt i en foreløbig analyse af besvarelserne er der foretaget opfølgende interview med den medarbejder, som har udfyldt spørgeskemaet for fire af de deltagende indsatser.

Formålet med de opfølgende interview har været at forklare, nuancere og perspektivere de statistiske resultater samt udarbejde mere dybdegående case-beskrivelser af nogle af de typiske former for indsatser, der har deltaget i undersøgelsen.

Herudover er der gennemført opfølgende interview med 4 eksperter – 2 fra region Nordjylland, 1 fra Region Sjælland samt med én med særlig viden om misbrugsbehandling af mennesker med dobbeltdiagnose. Formålene med de interview har været at perspektivere og uddybe konklusionerne, som undersøgelsens øvrige analyser har givet anledning til.

2.5 Databearbejdning og analyse

Efter færdiggørelse af dataindsamlingen har SUS overført data til statistikprogrammet SPSS med henblik på udarbejdelse af de statistiske analyser og beskrivelser.

I de tilfælde hvor et spørgsmål bliver sammenlignet/krydset med en eller flere forskellige baggrundsfaktorer (de såkaldte multivariate analyser) er der benyttet χ^2 -test til at måle sammenhængenes signifikans for at kontrollere resultaternes ”pålidelighed” i forhold til den samlede population samt gammatest til at måle sammenhængenes styrke. Der er anvendt en signifikansværdi på 0,05.

Statistiske analyser eller ”krydsninger af variable”, der ikke viser signifikans, fordi der er for få informanter, der har svaret på de pågældende spørgsmål, er generelt ikke taget med i analysen, med mindre de er væsentlige for at afdække formålet med undersøgelsen og har en ren deskriptiv værdi.

Data fra de to interview med brugere er blevet transkriberet og indgår flere steder i analysen med direkte citater. I forbindelse med de opfølgende telefoninterview med personer, som har udfyldt spørgeskemaet, og med de regionale eksperter blev der udarbejdet et detaljeret skriftligt referat. Materialet fra disse interview indgår også i rapporten som kursiveret tekst - med angivelse af at tekstuddraget stammer fra henholdsvis et fagpersons eller et ekspertinterview - i forbindelse med vurderinger, casebeskrivelser og så videre.

3 Typer af indsatser og faglige baggrunde

Det første indledende kapitel om undersøgelsesresultaterne har til hensigt at tegne et billede af, hvilke former for støtte personer med dobbeltdiagnose kan modtage – og i den forbindelse, hvilke faggrupper der behandler og rådgiver dem.

3.1. Indsatstyper

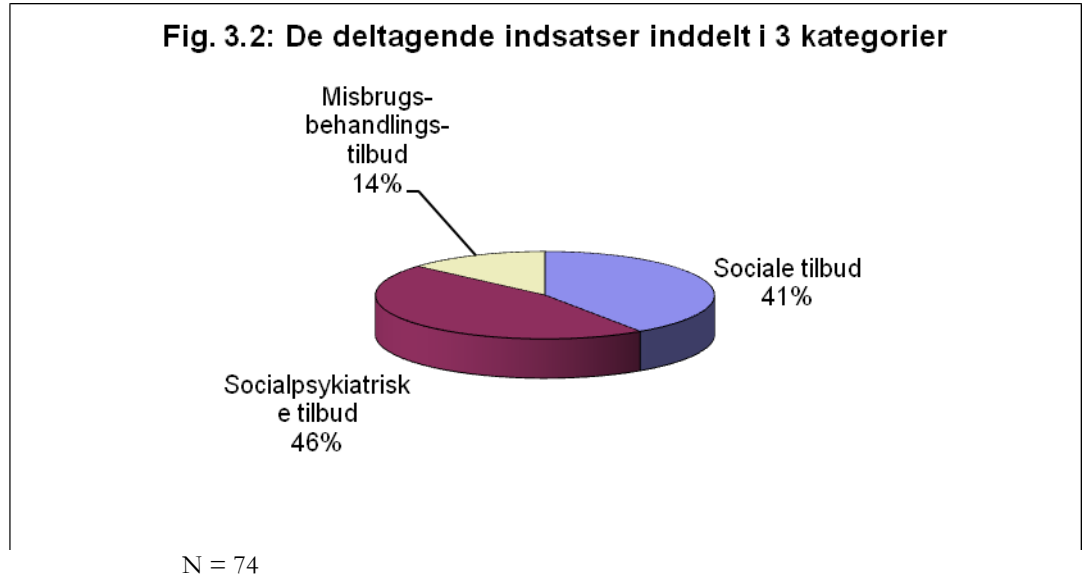
Undersøgelsen har - som nævnt tidligere - bevidst henvendt sig til mange forskellige typer af indsatser i social- og sundhedssektoren, der kunne rumme personer med dobbeltdiagnose, selvom de ikke er specialstilbud i forhold til dobbeltdiagnose.

Nedenstående tabel 3.1 viser, at længerevarende og midlertidige botilbud tilsammen udgør ca. 1/3 af de deltagende 75 tilbud i spørgeskemaundersøgelsen, mens aktivitets- og samværstilbud udgør 1/4. Kategorien ”Andre tilbud” (som udgør 10,6 %) dækker over tilbud efter flere paragraffer på én gang eller for eksempel indsatser, der både dækker ambulans-, dag- og døgnbehandling. Desuden er der et opgangsfællesskab og et aktiveringsprojekt efter LAB § 32. I kolonnen længst til højre er markeret, hvordan indsatserne er blevet kategoriseret til den efterfølgende analyse af undersøgelsens resultater:

Tabel 3.1: Deltagende tilbudstyper i undersøgelsen

Tilbudstype	Procentdel	Tilbudskategori
Aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104) samt varmemestuer	25,4 % (19)	Socialt tilbud
Længerevarende botilbud (SEL § 108)	16,0 % (12)	Socialpsykiatrisk tilbud
Midlertidige botilbud (SEL § 107, stk. 2.1)	13,3 % (10)	Socialpsykiatrisk tilbud
Andre tilbud*	10,6 % (8)	Blandet
Midlertidige ophold i døgnstilbud for mennesker med sindslidelse (SEL § 107, stk. 2.2)	8,0 % (6)	Socialpsykiatrisk tilbud
Støtte- og kontaktpersoner til sindslidende og mennesker med særlige sociale problemer (SEL § 99)	5,3 % (4)	Socialt tilbud
Bostøtte (SEL § 85)	5,3 % (4)	Socialpsykiatrisk tilbud
Alkoholbehandlingstilbud (døgn) (Sundhedsloven § 141)	4,0 % (3)	Misbrugsbehandlingstilbud
Midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer (SEL § 110)	4,0 % (3)	Socialt tilbud
Stofmisbrugsbehandlingstilbud (ambulant) (Sundhedsloven § 142)	2,7 % (2)	Misbrugsbehandlingstilbud
Alkoholbehandlingstilbud (ambulant) (Sundhedsloven § 141)	1,3 % (1)	Misbrugsbehandlingstilbud
Opsøgende psykoseteams	1,3 % (1)	Socialpsykiatrisk tilbud
Stofmisbrugsbehandlingstilbud (døgn) (Sundhedsloven § 142)	1,3 % (1)	Misbrugsbehandlingstilbud
Tilbud om beskyttet beskæftigelse (SEL § 103)	1,3 % (1)	Socialt tilbud

Inddeles indsatserne i de tre hovedkategorier: *sociale*, *socialpsykiatriske* og *misbrugsbehandlings*-tilbud ud fra ovenstående tabels kategorisering, ser fordelingen således ud:



Det ses altså, at der er stort set lige mange sociale og socialpsykiatriske tilbud med i undersøgelsen, mens misbrugsbehandlingstilbuddene udgør en mindre del. Denne fordeling er i øvrigt den samme for begge deltagende regioner.

De kvalitative telefoninterview med fagpersoner og eksperter på området gør det muligt at opstille nogle case-eksempler på indholdet af henholdsvis to sociale, et socialpsykiatrisk og et misbrugsbehandlingstilbud:

Case-eksempel på et socialt tilbud: SKP-ordningen (SEL § 99)

”Jeg arbejder udelukkende som opsøgende støtte- og kontaktperson. Min målgruppe er sindslidende, misbrugere og hjemløse. Jeg arbejder ikke specifikt ud fra diagnose og kan derfor ikke besvare spørgsmål vedrørende borgere med dobbeltdiagnose. Mit formål er at få fat i de borgere i kommunen, som kan være særligt socialt udsatte. Det henvender sig både til sindslidende og hjemløse. Jeg vejleder og er bisidder i forhold til at hjælpe borgeren videre. Formålet er at brobygge til andre tilbud i systemet, så borgeren kan få den hjælp, borgeren har behov for. Hvis borgeren ikke er interesseret i forandring, så skal jeg bare være tilgængelig og motivere. Formålet er ikke anderledes for mennesker med dobbeltdiagnose end for de øvrige borgere. Borgerne kan få hjælp uanset, hvordan deres situation er. Også for ikke at tage udgangspunkt i diagnose, misbrug med mere.

Jeg journaliserer ikke, men har oplysningspligt – for eksempel hvis der er et barn involveret. Borgeren har ret til at være anonym. Det er borgeren, som sætter dagsordenen for vores samarbejde. En ulempe kan være, at jeg får en viden, som jeg ikke kan aflevere nogle steder, og som jeg ikke kan handle på. Hvis folk snakker selvmord, så skal jeg handle. Der fortæller jeg til borgeren, at jeg skal handle, for eksempel ved at fortælle det til borgerens egen læge. Der bryder jeg anonymiteten. Jeg har meldt ud til politi og kolleger, at der er ting, som jeg ikke kan sige noget om”.

Case-eksempel på et socialpsykiatrisk tilbud: Længerevarende botilbud (SEL §108).

“Formålet er at sikre dem rimelige levevilkår. Det vil sige, at de får opfyldt de sociale rettigheder, som de har. At de oplever, de har et godt liv. Vi bruger ikke meget tid på at udrede sindslidelser. De fleste af vores beboere har fået diagnosen andetsteds. Vi koncentrerer os om at afhjælpe de problemer, brugeren har – vi koncentrerer os ikke om diagnosen. Regionen har nogle gange lidt svært ved at forstå, at vi ikke er mere interesserede i diagnosen. Det er fundamentalt for os at fastholde, at formålet med indsatsen skal være det samme som for andre grupper. Forskellen ligger i, at vi skal gøre det med andre metoder. Vi skal se mennesket før misbruget. Det er dog ikke et generelt mønster at se sådan på det. Det er nemmere at skaffe et behandlingstilbud til fysisk syge sammenlignet med psykisk syge misbrugere. Det er især vanskeligt i forhold til misbrugsdelen”.

Cas

Case-eksempel på et misbrugsbehandlingstilbud (§ 141 og 142 i Sundhedsloven og SEL § 101)

”Det er ikke opgjort, hvor mange patienter med dobbeltdiagnose, vi har, da det blandt andet afhænger af definitionen af dobbeltdiagnose. Men det drejer sig formentlig om 50-60 %. Vores tilbud retter sig ikke specifikt til dobbeltdiagnose-patienter. De får de samme tilbud som andre misbrugere.

Den ambulante behandling indeholder: Udredning, opstilling af behandlingsplan, rådgivning og vejledning, samtalebehandling og samarbejde med andre aktører såsom psykiatrien.

Dagbehandlingen indebærer: Udredning, opstilling af behandlingsplan, rådgivning og vejledning, samtalebehandling, samarbejde med andre aktører såsom psykiatrien, miljøterapi herunder gruppesamtaler og sociale og kulturelle aktiviteter.

Ved seneste ansættelse har vi gået efter at få en psykiatrisk sygeplejerske, som har meget erfaring med dobbeltdiagnose-området, men ellers er behandlingen af dobbeltdiagnosepatienter ikke anderledes end behandlingen af de øvrige patienter, fordi vi er et lille center”.

Case-eksempel på et andet socialt tilbud: Midlertidigt botilbud (SEL § 110)

”Cirka halvdelen af vores godt 40 døgnbrugere er mennesker med en dobbeltdiagnose. Vi diagnosticerer ikke, men kan se det blandt på baggrund af den ordinerede medicin, som vi udleverer til beboerne. Vi ser mange med voksen-ADHD og med organiske hjerneskader. Cirka en tredjedel af vores beboere er yngre end 30 år. Der er en tendens til, at vi ser flere og flere med etnisk minoritetsbaggrund. Har mistanke om, at der er noget psykiatri involveret – og beboeren ikke er udredt – hjælper vi beboeren med at få kontakt til hospitalspsykiatrien for at blive udredt.

Vi arbejder kognitivt – hvor vi tager udgangspunkt i beboerens egen opfattelse af sin situation - og herudover udarbejder vi en opholdsplan, ligesom vi har faste skabeloner for opfølgning i beboerens sager. Vi arbejder i øjeblikket på at indføre en vækstmodel – som fokuserer på beboerens ressourcer - for opfølgning. At vi arbejder ud fra et fælles terminologisk grundlag betyder, at vi har et fællessprog på tværs af den brede vifte af faggrupper.

Vi samarbejder med en bred vifte af aktører på social-, beskæftigelses- og sundhedsområdet. Vi oplever, at vi ’modtager’ meget, og at det kan være en udfordring at finde egnede *primære* tilbud til vores beboere. En stor del af samarbejdet drejer sig om, at vi følger op på beboernes aftaler.”

Disse beskrivelser giver et indblik i, hvor mange og hvor vidt forskellige indsatser, mennesker med dobbeltdiagnose kan være i kontakt med på godt og ondt:

“Der er kommet mange flere tilbud. Det er godt og skidt. Det betyder, at der er endnu flere stole, som borgerne kan falde ned i mellem. Det bliver tydeligere, at der er borgere, som ikke passer ind i det enkelte tilbud. Kassetænkningen medfører flere borgere, som ikke passer ind. For 15 år siden tog vi alt i en pose og støttede ud fra den enkeltes behov” (Fra ekspertinterview).

3.2. Formålet med indsatserne i forhold til dobbeltdiagnose

Informanterne er i spørgeskemaet blevet spurgt direkte til, hvad formålet med deres indsats i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose er. Svarene er slående ens og deler sig overordnet set i tre grupper:

- 1) *Opsøgende arbejde* i forhold til at skabe kontakt med mennesker, der har brug for og endnu ikke får støtte og/eller behandling i forhold til deres dobbeltdiagnoser. Det drejer sig her primært om støtte- og kontaktpersonordninger og det opsøgende deltagende psykoseteam.
- 2) *At øge brugernes livskvalitet* ved støtte og omsorg; herunder at arbejde med sygdomserkendelse, kognitiv adfærdskorrigerende, mestringsstrategier, færdighedstræning, skabe struktur og indhold i hverdagen, beskæftigelsesaktiviteter, give mulighed for kontakt til andre og netværksfastholdelse. Det er primært de sociale og socialpsykiatriske indsatser i form af botilbud, aktivitets- og samværstilbud med mere, der har dette formål.
- 3) *Behandling/afvænnning af misbrug* med en stabil medicinering og udslusning til egen bolig som nogle af hovedmålene. Her gælder det logisk nok misbrugsbehandlingstilbuddene.

Selvom spørgsmålet omhandler brugere med dobbeltdiagnose, og samtlige 75 tilbud har besvaret spørgsmålet fyldestgørende, er det faktisk kun 3 indsatser, der beskriver et helhedsorienteret formål, som både tager sig af brugernes misbrug og sindslidelser. Den integrerede tænkning om dobbeltdiagnoser ser med andre ord ikke ud til at være slået igennem på tilbuddene, som interviewcitaterne nedenfor også påpeger:

”Fastholdelse i faggrænser. Misbrugscentret og distriktscentret er usikre i forhold til gruppen af dobbeltdiagnoser, da gruppens særlige problemer gør deres faglige og ideologiske fundament usikker. Det er en del af

baggrunden for, at man holder fast i gamle og forskellige metoder. Når man er indlagt, så er der kun fokus på sindslidelsen, og når man er i misbrugsbehandlingen, så er der kun fokus på misbruget. Der er ikke fordele ved det. Det er en ulempe, fordi det betyder, at man ikke får taget hånd om både misbrug og sindslidelse. Der er behov for en holistisk tilgang” (Fra ekspertinterview).

Dette er til trods for, at man med flere tiltag i Danmark efter psykiatriaftalen for 2003-2006 med overskriften ”Fra mursten til indhold” har forsøgt at kvalitetsudvikle og udbygge tilbuddene til sindslidende med en særlig indsats overfor mennesker med dobbeltdiagnose (Merinder 2009).

Fra de kvalitative interview vides det også, at nogle indsatser hurtigt henviser mennesker med dobbeltdiagnose til andre særlige indsatser for personer med samme type diagnoser, da de ikke selv føler sig i stand til at tage sig af denne gruppe.

3.3. Personalets faglige baggrund

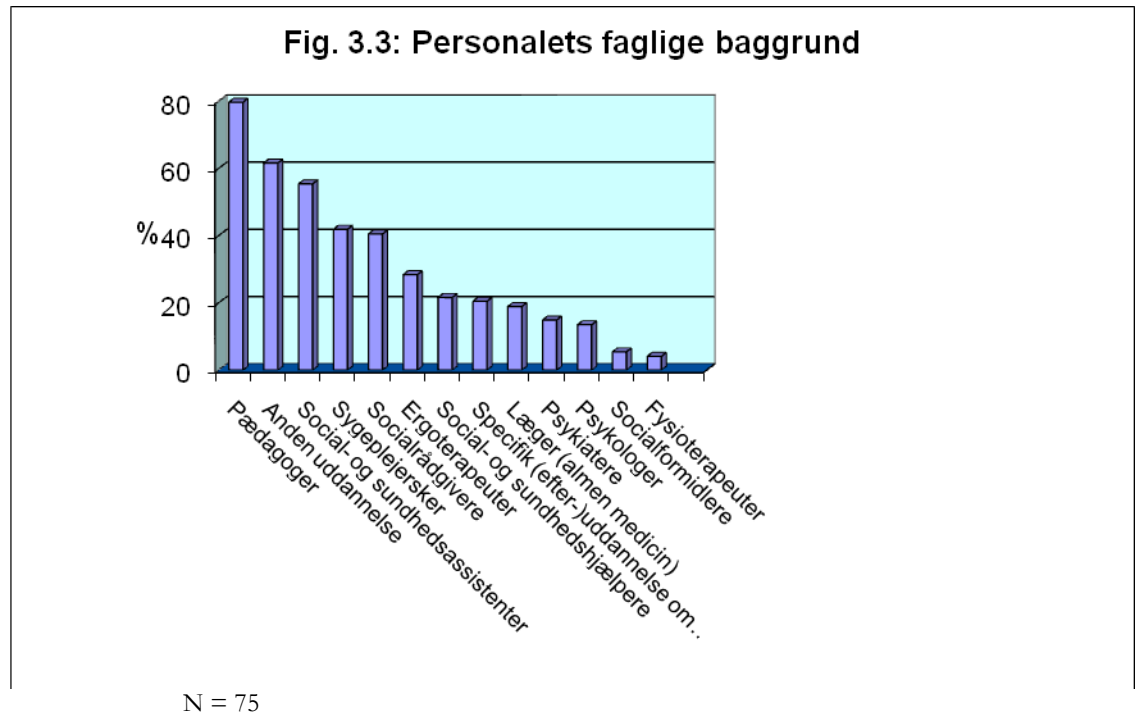
Nedenstående søjlediagram 3.3 viser personalets faglige baggrund på de deltagende indsatser i spørgeskemaundersøgelsen. Tallene afspejler, at der i høj grad er tale om socialfaglige tilbud, idet 79,7 % af tilbuddene har pædagoger ansat, og 55,4 % af tilbuddene har social- og sundhedsassistenter i medarbejdergruppen. Det er vigtigt at bemærke, at 61,6 % af tilbuddene har medarbejdere med en "anden uddannelse" såsom håndværkere, akademiske uddannelsesbaggrunde, lærere, køkkenassistenter, falckreddere, politi, plejere og forskellige former for terapeuter, hvilket kunne være et tegn på, at man også prioriterer personlige kompetencer højt – og ikke bare de social- og sundhedsfaglige. Det er desuden interessant, at 20 % af tilbuddene har personale med en specifik (efter-) uddannelse om dobbeltdiagnoser:

En del af forklaringen på, at der er så mange ansat med 'anden uddannelse' berøres i vores interview. En medarbejder fra et tilbud fortæller:

"Det afgørende er personlighed, erfaring og interesse frem for nødvendigvis faglig uddannelse." (Fra interview med SKP-ordning SEL § 99)

Dette står i modsætning til et andet tilbud, hvor fagligheden vægtes højt:

"Vi lægger vægt på, at man har en socialfaglig eller sundhedsfaglig uddannelse. At være ex' er ikke en kvalifikation i sig selv uden en faglig uddannelse." (Fra interview med misbrugsbehandlingstilbud Sundhedsloven § 141 & 142 samt SEL 101).



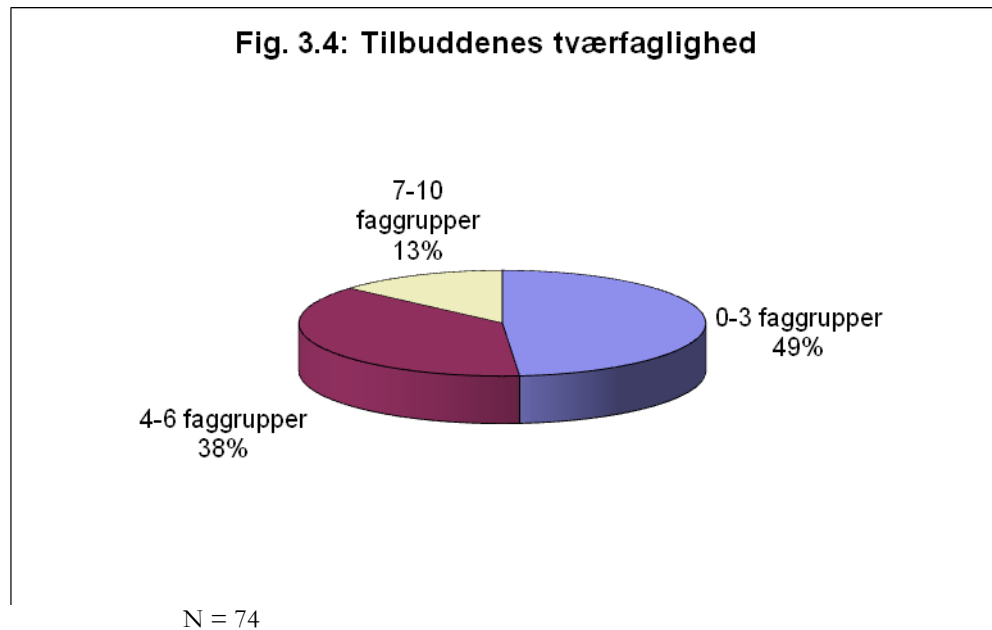
Generelt viser ovenstående søjlediagram 3.3, at personalet primært har en blanding af social- og sundhedsfaglige baggrunde, hvorimod en decideret medicinsk baggrund, som læger og psykiatere har, er at finde på forholdsvis få tilbud (under 20 %).

Men der er også nogle vigtige og signifikante sammenhænge mellem typen af indsatser og personalets faglige baggrund. For eksempel er det udelukkende socialpsykiatriske tilbud, der har psykiatere ansat, og der er især forholdsvis mange læger ansat på misbrugsbehandlingstilbuddene i sammenligning med de andre tilbud. Socialrådgiverne befinder sig primært på misbrugsbehandlingstilbuddene og de sociale tilbud, mens social- og sundhedsassistenterne og social- og sundhedshjælperne især arbejder på de socialpsykiatriske tilbud.

Hvad angår den specifikke (efter-)uddannelse om dobbeltdiagnose, så er det især misbrugsbehandlingstilbud (44,4 % (4)), der har personale med denne uddannelse, mens det gælder for 24,2 % (8) af de socialpsykiatriske tilbud og 10,0 % (3) af de sociale tilbud.

Indsatserne har i gennemsnit 4 forskellige faggrupper blandt personalet. Nedenfor ses, at næsten halvdelen af indsatserne (36) kun har 0-3 forskellige

faggrupper i personalet, mens mere end 38,0 % (28) har 4-6 faggrupper og 14,0 % (10) har 7-10 faggrupper:



Denne fordeling varierer dog afhængigt af typen af indsatser, som det fremgår af nedenstående tabel 3.5. Her ses det, at de mest tværfaglige former for tilbud er de socialpsykiatriske tilbud, og de mindst tværfaglige de sociale tilbud:

Tabel 3.5: Indsatsernes tværfaglighed fordelt på tilbudskategorier

Tilbudstyper/Tværfaglighed	0-3 faggrupper	4-6 faggrupper	7-10 faggrupper	I alt
Socialt tilbud	73,3 % (22)	20,0 % (6)	6,7 % (2)	30
Socialpsykiatrisk tilbud	27,3 % (9)	51,5 % (17)	21,2 % (7)	33
Misbrugsbehandlingstilbud	40,0 % (4)	50,0 % (5)	10,0 % (1)	10

Chi² = 0,007. Gamma = 0,002.

Derimod er der slet ingen forskel på de to regioners tværfaglighed.

Opsamlende om kapitlet kan siges, at indsatserne altså ikke bare er forskellige i formål og indhold, men også er præget af stor variation fagligt og tværfagligt.

4 Brugerne

Karakteristikken af brugerne med dobbeltdiagnose er tydeligvis det emne, der har været sværest for informanterne ved besvarelsen af spørgeskemaet.

Mange indsatser registrerer ikke brugere med dobbeltdiagnose fra andre brugere, og det er ikke alle tilbud, der i det hele taget registrerer for eksempel brugernes køn, alder og etniske baggrund. Dertil kommer, at ikke alle indsatser diagnosticerer sindslidelser og/eller udreder misbrug (og heller ikke alle bør gøre det).

I interviewene med fagpersoner peges der på:

”Hvis der er tale om borgere, som ikke har det så dårligt, som ikke er så langt ude, kan det skyldes, at de professionelle ikke nødvendigvis ser det. I hospitalsystemet er man meget gode til at spørge ind til det. Samtidig foregår der også en underrapportering fra brugernes side. Man praler ikke af sit misbrug” (Fra ekspertinterview).

Endelig er det ved beskrivelsen af de konkrete normeringstal og baggrundsfaktorer om brugerne, at spørgeskemaundersøgelsens bortfald (Jf. afsnit 2.3.3) udgør den største barriere.

Da mange tilbud ikke registrerer diagnoser og misbrug indeholdt spørgeskemaet også mulighed for at besvare spørgsmålene vedrørende brugerne med udgangspunkt i informantens *formodning* om, at der er tale om en bruger med dobbeltdiagnose. Dette giver selvsagt en vis usikkerhed i forhold til, om brugerne faktisk er mennesker med dobbeltdiagnose.

Omvendt hører vi også fra en af de interviewede deltagere, at formodninger om eventuel diagnose kan være velbegrundede:

”Selvfølgelig glipper vi nogle vigtige oplysninger, men vores generelle erfaring med en fagligt bredt sammensat personalegruppe og teamstruktur, hvor vi diskuterer beboere en gang om ugen, gør, at vi spotter nogle væsentlige ting, som kommunen og andre så kan undersøge. Det fungerer udmærket.” (Fra interview med midlertidigt botilbud SEL § 110.)

På baggrund af ovenstående er det derfor helt afgørende at læse og tolke de følgende opgørelser over antal personer med dobbeltdiagnoser, andel personer med den og den diagnose og så videre med allerstørste forsigtighed. SUS' vurdering er, at rapportens data – frem for at beskrive det præcise antal personer med en dobbeltdiagnose i de deltagende tilbud – primært må tolkes som udtryk for størrelsesforholdene mellem de store og små grupper af diagnosetyper, køn, alder og etnisk baggrund. Denne problemstilling og fortolkning af resultaterne sås i øvrigt også i den skandinaviske undersøgelse af specialisttilbud til brugere med dobbeltdiagnose fra 2006 (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B.).

4.1 Antal og normering

I spørgeskemaundersøgelsen er informanterne altså – som nævnt - blevet bedt om at angive det samlede antal af brugere med en diagnosticeret dobbeltdiagnose og en formodet dobbeltdiagnose ud fra følgende definition:

"Hvorvidt der er tale om en sindslidelse afgøres af, om personen er diagnosticeret med en sindslidelse i forhold til det internationale diagnosesystem ICD 10. Der kan være tilfælde, hvor personen måske ikke er diagnosticeret, men hvor du som professionel har en begrundet formodning på baggrund af forskellige symptomer om, at personen har en sindslidelse i forhold til klassifikationerne i ICD 10. I de tilfælde bedes du inkludere personen i dine besvarelser. Det vil sige, at du i forbindelse med udfyldelse af spørgeskemaet skal oplyse dels om personer, der har en diagnosticeret sindslidelse og dels personer, som - du formoder - har en sindslidelse. (Hvis I benytter diagnosesystemet DCM IV og ikke bruger ICD 10, bedes du beskrive brugerne så godt som muligt i forhold til ICD 10 i de relevante spørgsmål). Hvorvidt der er tale om, at en person har et misbrug afgøres af, i hvilket omfang brugen af stoffer eller alkohol skader personen fysisk, psykisk og/ eller socialt. Det vil sige, der er tale om et misbrug, hvis en person bruger stoffer og/ eller alkohol over en kortere eller længerevarende periode (minimum én måned) på en måde, så det har negative konsekvenser for personens fysiske og/ eller psykiske helbred, eller hvis det har negative konsekvenser for personens evne til at varetage sine forpligtelser i forhold til for eksempel børn, arbejde og daglige gøremål".

De deltagende indsætter havde i gennemsnit normeret 68,9 dagpladser og 21,7 døgnpladser til alle typer brugere i 2008 (spørgsmålene er kun besvaret af henholdsvis 36 og 44 informanter af de 75 deltagende).

Af disse havde indsatserne i gennemsnit normeret 9,6 dagpladser og 9,0 døgnpladser til brugere med dobbeltdiagnose i 2008 (disse spørgsmål er besvaret af henholdsvis 23 og 31 informanter af de 75 deltagende). Med andre ord udgør normeringen til brugere med dobbeltdiagnose gennemsnitligt 14,0 % af dagtilbudspladserne og 41,5 % af døgntilbudspladserne med det forbehold, at dem, der har besvaret spørgsmålene, sandsynligvis er de indsatser, der har mest fokus på dobbeltdiagnoserne og er de mest aktive og initiativrige.

At personer med dobbeltdiagnose i høj grad er at finde på botilbud i Danmark er dog ikke en nyhed, idet en skandinavisk undersøgelse fra 2006 (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B.) viste, at 35 % af personerne med dobbeltdiagnose, som indgik i undersøgelsen i Danmark, blev behandlet på et botilbud mod kun 21 % i behandlingspsykiatrien. Ifølge en undersøgelse fra Amtsrådsforeningen i 2005 (s. 3) udgør dobbeltdiagnosegruppens andel af ambulante ydelser 13,1 %. Tallene fra Amtsrådsforeningens undersøgelse tegner dermed et billede, der ligner dagtilbudstallene fra nærværende undersøgelse. Undersøgelsen bidrager til billedet af, at personer med dobbeltdiagnose udgør en stor gruppe af personerne, som opholder sig i døgntilbud.

De tilbud, der har normeret mange dagpladser (20, 25, 30 og 50) til personer med dobbeltdiagnose, er aktivitetstilbud, væresteder og midlertidige ophold i døgntilbud for mennesker med sindslidelse; det vil sige sociale og socialpsykiatriske tilbud. De tilbud, der har normeret mange døgnpladser (22 og 28) til mennesker med dobbeltdiagnose, er både midlertidige og længerevarende botilbud samt et enkelt misbrugsbehandlingstilbud – med andre ord socialpsykiatriske og misbrugsbehandlingstilbud. Der er i øvrigt ingen signifikante forskelle på de to regioners normeringstal.

Interviewene med fagpersoner viser, at normeringen logisk hænger sammen med indsatsernes fysiske og personalemæssige begrænsning, men også med behovet for støtte til brugerne.

4.2 Sindslidelse og misbrug

Tabel 4.1 nedenfor viser, hvor mange brugere med hver type (formodet og diagnosticeret) dobbeltdiagnose indsatserne har haft i 2008. Markeringerne

med fed fremhæver, at det blandt sindslidelserne især drejer sig om *psykosser* såsom skizofreni (F20-29), mens det blandt misbrugstyperne især drejer sig om misbrug af *alkohol*. Faktisk er det næsten halvdelen af dobbeltdiagnosebrugerne, der har et alkoholmisbrug, og 41 % der lider af psykosser. Der er ingen af de andre diagnoser, der nærmer sig de tal overhovedet, men den næsttypiske sindslidelse er personlighedsforstyrrelse (F60-69) med 19,2 %, som også ofte forekommer samtidig med et alkoholmisbrug. Det næsttypiske misbrug for personer med dobbeltdiagnose er et blandingsmisbrug af alkohol, narkotika og hash/khat, der forekommer hos 16,8 % af dobbeltdiagnosebrugerne:

Tabel 4.1: Dobbeldiagnosetyper for brugerne i 2008

Diagnoser	Psyko- tisk (fx skizo- freni, (F20-29)	Affektive lidelser (F30-39)	Nervøse- og stress- relatere- de tilstande (F40-49)	Person- ligheds- forstyr- relser (F60-69)	Psykiske udvik- lings- forstyr- relser (F80-89)	Adfærds- og følel- sesmæs- sige for- styrrelser (F90-98)	I alt for hver rusmid- deltype
Alkohol	16,9 % (125)	4,9 % (36)	7,4 % (55)	11,1 % (82)	1,8 % (13)	5,8 % (43)	47,9 % (354)
Narkotika*	1,9% (14)	0,4 % (3)	1,6 % (12)	0,9 % (7)	0,1 % (1)	0,3 % (2)	5,2 % (39)
Hash/khat	3,1 % (23)	0,7 % (5)	-	0,5 % (4)	0,4 % (3)	0,3 % (2)	5,0 % (37)
Alkohol & narkotika	7,4 % (55)	0,5 % (4)	2,2 % (16)	2,0 % (15)	0,7 % (5)	1,9 % (14)	14,7 % (109)
Alkohol & hash/khat	2,4 % (18)	0,1 % (1)	0,4 % (3)	0,5 % (4)	-	0,5 % (4)	3,9 % (30)
Alkohol, narkotika & hash/ Khat	6,3 % (47)	1,5 % (11)	1,6 % (12)	3,1 % (23)	0,5 % (4)	3,8 % (28)	16,8 % (125)
Narkotika & hash/ Khat	3,0 % (22)	0,5 % (4)	0,1 % (1)	1,1 % (8)	0,5 % (4)	1,1 % (8)	6,3 % (47)
I alt for hver type sindslidelse	41,0 % (304)	8,6 % (64)	13,3 % (99)	19,2 % (143)	4,0 % (30)	13,7 % (101)	100,0 % (741)

*For eksempel Heroin, kokain, amfetamin eller ecstasy.

Det er i den forbindelse vigtigt at påpege, at der her er tale om hoveddiagnoser af sindslidelser. Det betyder ikke, at den samme bruger ikke kan lide af flere forskellige typer sindslidelser på samme tid.

Selvom ikke alle informanterne har kunnet besvare spørgsmålet om diagnosetyper, stemmer ovenstående fordelinger godt overens med andre undersøgelser af dobbeltdiagnoseområdet. Ifølge den skandinaviske undersøgelse af specialisttilbud til personer med dobbeltdiagnose fra 2006 (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B.) lider 47 % af dobbeltdiagnosebrugerne af en psykoselidelse, mens 24 % har en personlighedsforstyrrelse og 18 % en stemningslidelse. Og ifølge en undersøgelse fra Amtsrådsforeningen i 2005 er der en større forekomst af diagnosegrupperne F20-29 (skizofreni og beslægtede lidelser), F30-39 (affektive lidelser), angstlidelser og belastningsrelaterede lidelser samt F60-69 (personlighedsforstyrrelser) blandt personer med dobbeltdiagnose end blandt samtlige personer i kontakt med det psykiatriske system (Amtsrådsforeningen 2005:4). Sagt på en anden måde er et registreret misbrug mere almindeligt for diagnosegrupperne F20-29, F30-39 og F60-69 end for andre diagnosegrupper.

I et interview bliver det påpeget, at udviklingen har været, at der er kommet flere forskellige typer diagnoser i takt med, at diagnosticeringen er blevet bedre:

”Der er sket en præcisering, da der er flere, som har fået diagnoser, hvor det samtidig er kædet sammen med misbrug. Det vil sige, vi er blevet opmærksomme på, at der er nogle typer af sindslidelser, som fører til nogle former for misbrug. På en måde er gruppen vokset og ændret fra at være en del af udsatte-gruppen, så nu er der også fokus på, at de nu også er sindslidende. Fra misbrugere til misbrugere med sindslidelse. De maniodepressive er primært alkoholbrugere. Folk som er angste, bruger i højere grad hash. De tungere stofmisbrugere var tidligere også skizofrene, men der er et fald af de hårde misbrugere med sindslidelser” (Fra ekspertinterview).

I flere interviews bliver der peget på, at man i dag ser flere med ADHD (jf. nedenfor). Samtidig bliver det også nævnt, at det kan være udtryk for et ’modefænomen’:

’Vi ser mange med voksen-ADHD – jeg er lidt skeptisk, fordi der er en tendens til, at der gået inflation i at diagnosticere dem.’ (Fra interview med botilbud efter SEL § 110)

Hvad angår misbrugsdiagnoserne, så udgør alkohol også den mest almindelige misbrugstype blandt dobbeltdiagnoserne i Amtsrådsforeningens undersøgelse. I over 50 % af tilfældene her kan misbruget henføres til alkohol. Næst efter kommer blandingsmisbrug, som udgør 30 % af tilfældene (Amtsrådsforeningen 2005). At alkoholmisbruget fylder så meget hos personer med dobbeltdiagnose kan hænge sammen med mange faktorer. For det første er alkoholbrug en integreret del af den danske kultur og tradition og dermed også lettere tilgængeligt og accepteret end stofmisbrug, som er ulovligt. Desuden påpeges det i undersøgelsen, at der er noget socialt forbundet med indtagelsen af alkohol. De interviewede personer med dobbeltdiagnose i undersøgelsen gør opmærksom på, at det kan være svært at komme af med sit misbrug, hvis man befinder sig på tilbud, hvor andre misbruger alkohol og/eller stoffer, og der derfor er let adgang til rusmidlerne:

”Jeg savner et andet sted at bo – det er ikke lige min målgruppe, efter jeg ikke drikker mere”(Fra interview med en tidligere alkoholmisbruger på et bofællesskab).

”Her bor kun 4 i øjeblikket. 2 er indlagt. Det er ikke et godt sted at bo, for man bliver fristet af stoffer. Men det er en fin måde at bo på. Vi har et godt og tæt forhold til hinanden. De tager hensyn til, hvem jeg er”(Fra interview med en tidligere alkoholmisbruger på et bofællesskab).

Ikke desto mindre påpeger flere af de interviewede informanter, at alkoholmisbruget ikke fylder så meget i modsætning til visse former for stofmisbrug; altså at alkoholmisbruget ikke er så hårdt for brugerne og personalet som stofmisbruget:

”Udviklingen er, at især hash, kokain, amfetamin og medicin fylder meget. Alkohol fylder ikke helt så meget. Typen af misbrug har ikke forandret sig i de sidste 10 år” (Fra interview med bostøtte SEL § 85).

”Amfetaminmisbruget fylder meget mere i dag end tidligere [...] på grund af tilgængeligheden og, at det er et billigt alternativ til kokain, hvor forbruget

generelt har været i stigning. Speed har lidt den der: Det her er smart!” (Fra ekspertinterview).

De statistiske analyser viser i øvrigt ingen signifikante forskelle på diagnosetyperne afhængigt af hvilken form for indsats, der er tale om.⁵ Ligeledes har hverken brugernes køn, alder eller etnisk baggrund nogen signifikant indflydelse på fordelingen på type af diagnoser. Men dette kan være på grund af den lave svarprocent.

4.3 Kønsfordeling

Af de brugere, der er beskrevet i spørgeskemaundersøgelsen, er 2/3 mænd (557) og 1/3 (283) kvinder. Dette svarer fuldstændig til tallene fra den skandinaviske undersøgelse fra 2006 (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B.), hvor 68 % af dobbeltdiagnosebrugere var mænd, og 32 % var kvinder. Kønsforskellen blandt dobbeltdiagnosebrugere er altså ikke lige så stor som for eksempel blandt hjemløse (hvoriblandt en del har dobbeltdiagnose), hvor det kun er hver fjerde, der er kvinde (Benjaminsen og Christensen 2007:65-67).

Et enkelt tilbud skriver, at de kun har kvindelige brugere, fordi de henvender sig til prostituerede med misbrug, hvoraf mange menes at have dobbeltdiagnoser. Men ellers har typen af indsats ingen signifikant betydning for kønsfordelingen af brugerne med dobbeltdiagnose.

I de kvalitative interview har vi spurgt til kønsfordelingen, og om der kan konstateres en udvikling i forhold til andelen af mænd og kvinder.

En ekspert fortæller, at de i deres tilbud – som er et misbrugsbehandlingstilbud særligt for mennesker med en personlighedsforstyrrelse – fortæller:

⁵ Vi har tidligere peget på, at internationale undersøgelser har dokumenteret en stor andel af mennesker med personlighedsforstyrrelser i forbindelse med misbrugsbehandling. Vi genfinder ikke dette mønster i denne undersøgelse. Vi har i metodeafsnittet og ovenfor peget på en række forbehold, som kan forklare forskelle, ligesom vi – i afsnittet om anbefalinger – peger på, at der er behov for en grundig udredning af omfang af personer med dobbeltdiagnoser - herunder en afdækning af diagnosetyper mv.

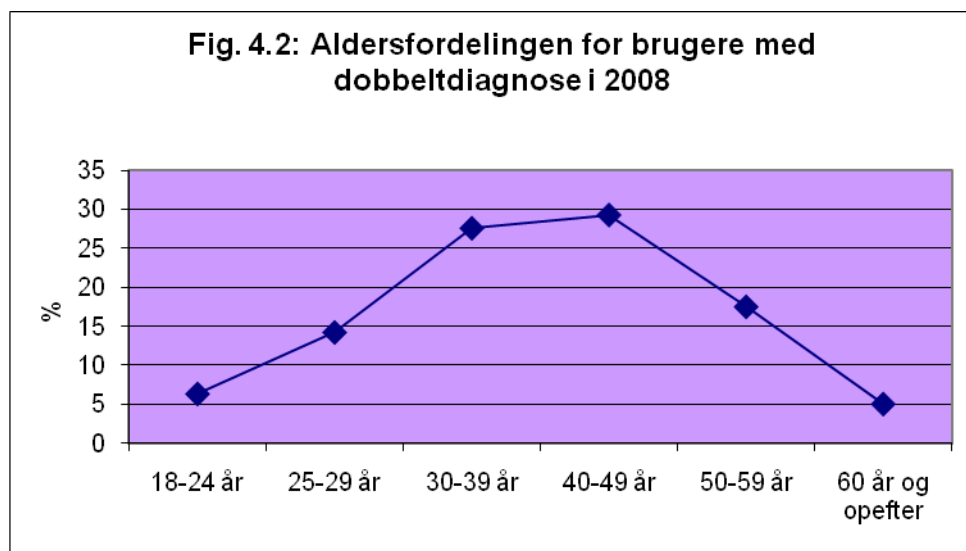
”Vi ser mange kvinder hos os – vi har i øjeblikket flere kvinder end mænd – 55 procent kvinder og 45 procent mænd.” (Fra ekspertinterview)

En anden ekspert siger om udviklingen:

”Der er ikke sket en udvikling i forhold til andelen af henholdsvis kvinder og mænd med dobbeltdiagnose. Jeg er dog blevet lidt chokeret over, at der er så mange unge kvinder i miljøet.” (Fra ekspertinterview)

4.4 Aldersfordeling

Nedenstående graf over aldersfordelingen for brugere med dobbeltdiagnose viser, at den største aldersgruppe er de 40-49-årige med 29,3 % efterfulgt af de 30-39-årige med 27,6 %. At tallene falder efter de 49 år til 17,5 % for de 50-59-årige og kun 5 % for de 60-årige og opefter tyder på en tidlig dødelighed omkring 50 års alderen (sandsynligvis på grund af misbrugsskader), eller at tilbuddene er så nye, at brugerne ikke er blevet så gamle endnu. Derimod tyder det lave antal af helt unge brugere med dobbeltdiagnose på, at indsatserne kommer sent i kontakt med personerne med dobbeltdiagnose (6,3 % er mellem 18 og 24 år):



N = 793

Ikke desto mindre peger senere data fra spørgeskemaundersøgelsen og interviewene med fagpersoner på, at der kommer stadig flere unge mennesker med dobbeltdiagnose og, at der mangler særlig støtte til dem, da de kan have nogle andre behov:

”Vi ser langt flere med ADHD i dag. Vi har et særligt tilbud til denne gruppe via en psykiater, som er til stede hver 6. uge. Vi ser flere unge, som har eksperimenteret med fæststoffer. Vi ser unge med hashpsykoser. Vi ser flere kaotiske unge mennesker. De er blandt andet en del af ADHD-gruppen, som vi fokuserer meget på i dagbehandlingen. Udviklingen har baggrund i, at flere (ressourcefyldte) unge føler pres fra omgivelserne – præstationskrav fra omgivelserne – og har stor tilgængelighed til stoffer. Vi har stor opmærksomhed på ADHD-gruppen i dag. Det gør, at vi får samlet nogle op, som normalt først ville være kommet i behandling senere” (Fra interview med misbrugsbehandlingstilbud efter Sundhedsloven § 141 & 142 og SEL § 101).

I et andet interview peges der på, at oplevelsen af det stigende antal unge med dobbeltdiagnose kan hænge sammen med en ændring i måden at henvise på:

”Jeg ved ikke, om vi ser flere yngre i dag. Generelt har man måske ikke tidligere henvist den gruppe til socialpsykiatriske tilbud som i dag. Det er måske det nye. Det vil sige, det nye er ikke målgruppen.” (Fra interview med længerevarende botilbud SEL 108.)

En ekspert bekræfter ovenstående og hæfter sig ved, at kan være grund til at være forsigtig med at konkludere, at brugerne nødvendigvis er blevet yngre:

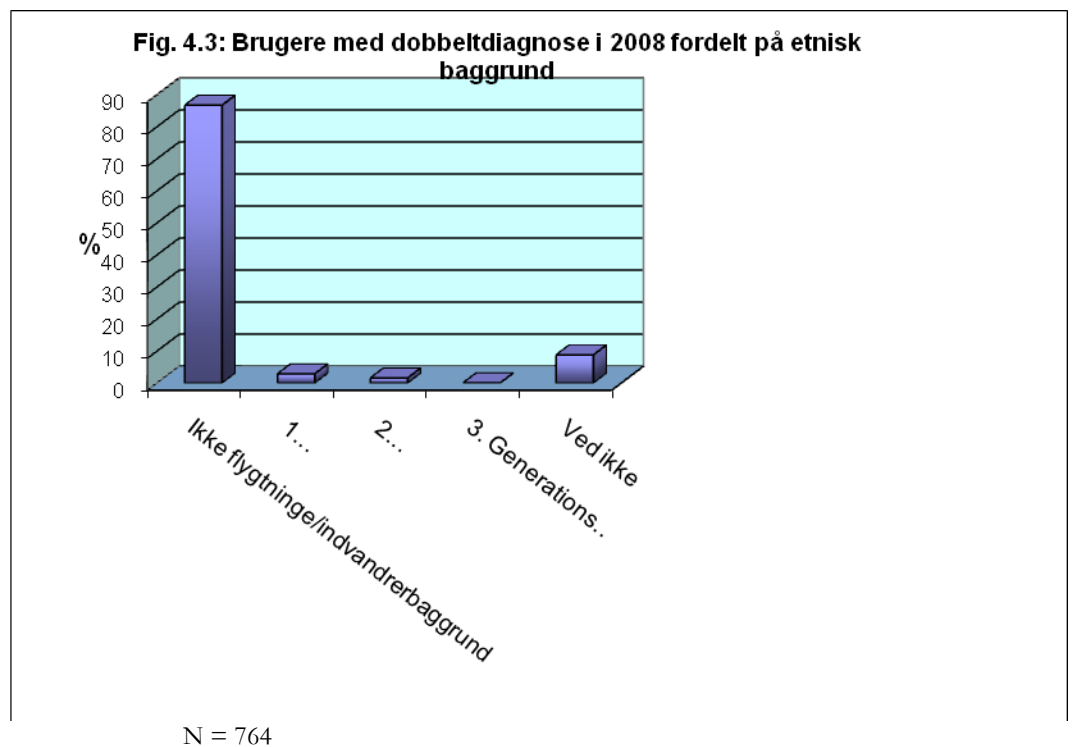
”Muligvis er der en tendens til, at man overdriver det stigende omfang af unge – generelt er der mange, som er ældre end 30 og ældre end 40. En tendens er, at der er færre tilbud til de lidt ældre – nogle opgives fordi de ikke responderer på de tilbud, som er.” (Fra ekspertinterview)

Brugernes aldersfordeling i nærværende undersøgelse stemmer i øvrigt godt overens med den aldersfordeling for brugere med dobbeltdiagnose, som den skandinaviske undersøgelse af specialisttilbuddene fra 2006 (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B.) fandt, hvor den største gruppe udgjordes af de 36-49-årige. Denne undersøgelse fandt dog yderligere en

aldersforskel ved sammenligningen af forskellige tilbudstyper, idet brugerne på botilbud generelt var ældre end brugerne i behandlingstilbuddene. I nærværende undersøgelse har indsatstypen dog ingen signifikant betydning for aldersfordelingen.

4.5 Etnisk baggrund

Nedenstående søjlediagram 4.3 viser, at brugerne med dobbeltdiagnose ikke kan siges at være karakteriseret ved at have en etnisk minoritetsbaggrund, da langt størstedelen (86,7 %) er etniske danskere. Kun 2,9 % er 1. generationsflygtninge eller indvandrere, 1,6 % 2. generationsflygtninge eller indvandrere og 0,1 % er 3. generationsflygtninge eller indvandrere. I 8,8 % af tilfældene ved informanterne ikke, om brugerne har flygtninge/indvandrerbaggrund eller er etniske danskere, hvilket i sig selv er tankevækkende, da brugernes kulturelle og sproglige baggrund må formodes at have vigtig betydning for deres situation:



Tallene for brugere med dobbeltdiagnose og etnisk minoritetsbaggrund er mindre end de samlede tal for andelen af indvandrere og efterkommere i Danmark 2008 ifølge Danmarks Statistik. På landsbasis udgør indvandrerne nemlig 7,6 % og efterkommere af indvandrere 2,4 % af den samlede befolkning. En del af forklaringen kan være, at hovedstadsområdet ikke

deltager i undersøgelsen⁶, men det kan også være, at indsatserne har sværere ved at få fat i de etniske minoriteter med dobbeltdiagnose på grund af sprog- og kulturbarrierer. I de kvalitative interview har en informant en fornemmelse af, at antallet af etniske minoriteter med dobbeltdiagnose er stigende:

’Andelen af mennesker med udenlandsk baggrund – fra Mellemøsten og Afrika – er stigende. En del af dem er også traumatiserede. Muligvis fordi man først nu er blevet bedre til at få øje på det. Det er dog primært borgere fra Københavns Kommune’ (Fra ekspertinterview).

I et interview med et botilbud i Roskilde beskrives tendensen blandt andet som udtryk for det at være placeret relativt tæt på København:

’Vi ser i dag flere indvandrere end tidligere. Lidt et storbyfænomen. Vi er så tæt på byen, at de nu også dukker op hos os. Mange af dem er psykotiske eller traumatiserede. Vi har svært ved at afdække om der er noget PTSD i dem. Vi har det på ønskesedlen i forhold til efteruddannelse. Tendensen er, at indvandrerne mener, at det er bedre at være misbruger end psykisk syg. Det skyldes måske, at psykiatri er lavstatus. Det stigende antal psykisk syge indvandrere kan skyldes, at man i hjemlandet har samlet sammen til en billet til Europa for at slippe for skammen forbundet med at have en psykisk syg slægtning. (Fra interview med midlertidige botilbud SEL 110.)

Spurgt direkte til brugernes nationalitetsbaggrund svarer indsatserne, at de 90,5 % (731) af brugerne med dobbeltdiagnose kommer fra Danmark, mens 1,5 % (12) kommer fra øvrige nordiske lande og 1,6 % (13) fra det øvrige Europa. Desuden er der 8 brugere med dobbeltdiagnose fra Mellemøsten og 3 fra henholdsvis Afrika og Asien. 4 brugere med dobbeltdiagnose kommer fra et ”andet sted”, som udelukkende er Grønland. Ved 4,2 % af brugerne med dobbeltdiagnose kender tilbuddene ikke deres nationalitetsbaggrund, og der er slet ikke nogen dobbeltdiagnosebrugere fra Latinamerika eller Nordamerika.

Typen af indsats har i øvrigt ingen signifikant indflydelse på fordelingen i forhold til etnisk baggrund blandt brugerne med dobbeltdiagnose.

⁶ For eksempel har undersøgelser på hjemløshedsområdet dokumenteret, at det særligt er i hovedstaden, at man ser mange med etnisk minoritetsbaggrund blandt personer på herberger med videre. (Se for eksempel Christensen & Koch-Nielsen 2007; Järvinen 2004; Tillia & Vincenti 2004; Vincenti 2001.)

Skal man med baggrund i undersøgelsens resultater tegne et billede af en typisk bruger med dobbeltdiagnose, så drejer det sig altså om en mand på ca. 45 år af etnisk dansk herkomst, som lider af psykoser såsom skizofreni og har et alkoholmisbrug.

5 Udrednings-, diagnose- og interventionsmetoder

Dette kapitel sætter fokus på indholdet af indsatserne overfor mennesker med dobbeltdiagnose ved både at belyse udredningen af misbrugsproblemer, diagnosticeringen af sindslidelser og forskellige interventionsmetoder: Hvilke metoder anvendes på tilbuddene, og hvad er erfaringen dermed? Anvendes særlige metoder til mennesker med dobbeltdiagnose i forhold til andre? Og har man øje for både misbrug og sindslidelser?

I spørgeskemaet er informanterne blevet spurgt, om de anvender en lang række konkrete metoder, som er blevet udvalgt med baggrund i møderne med ekspertgruppen og det litteraturstudie, der lå forud for udarbejdelsen af spørgeskemaet. For uddybende beskrivelser af hver enkelt metode henvises til anden litteratur på området (såsom Kunnskapssenteret 2007 og 2008; Psykiatrien Region Nordjylland 2008).

5.1 Diagnosticering af sindslidelser

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 79,7 % (55) af tilbuddene slet ikke diagnosticerer sindslidelser for personer med et misbrug, og her har indsatsstypen ingen signifikant betydning.

Derimod har personalets faglige baggrund en signifikant betydning for, hvorvidt der diagnosticeres på tilbuddet. Blandt tilbud med læger diagnosticerer 50,0 % (6) mod 12,5 % (7) af tilbuddene uden læger. Og er der psykologer i personalegruppen, diagnosticerer 44,4 % (4) af tilbuddene, mens det kun gælder 15,3 % (9) af tilbuddene uden psykologer. Disse sammenhænge viser, at det kræver en vis medicinsk faglighed at diagnosticere sindslidelser, som ikke alle indsatser har og heller ikke forventes at have. Spørgsmålet er måske snarere, om alle indsatser kender brugernes diagnoser og, om de er i stand til at henvise til diagnosticering, hvis den mangler, for at give den rette støtte.

Der er ifølge informanterne selv flere forskellige baggrunde for, at så mange indsatser ikke selv diagnosticerer sindslidelser:

- At brugerne allerede er blevet diagnosticeret ved ankomsten til det pågældende tilbud, og hvis ikke bruges i nogle tilfælde eksterne konsulenter, eller der henvises til samarbejdspartnere såsom praktiserende læger, psykiatere og psykologer samt psykiatrien for diagnosticering.
- At indsatsen arbejder ud fra en idé om, at hver enkelt skal kunne komme på tilbuddet uden at blive sat i bås.
- Det er ikke opsøgende støtte- og kontaktpersoners opgave at diagnosticere.
- Indsatsen anser ikke sindslidelser som kroniske.
- Der er ikke tale om et behandlingstilbud.
- Personalet er ikke uddannet til det, og der mangler den fornødne kapacitet, ressourcer og værktøjer.

Argumenterne viser, at en række indsatser har til opgave at ”se mennesket før diagnosen” og derfor meget bevidst ikke beskæftiger sig indgående med brugernes diagnoser. Men selv indsatser, der ikke selv diagnosticerer, kan have gavn af at kende til brugernes diagnoser, som nedenstående citat påpeger:

“Diagnoser kan fortælle noget om, hvordan vi som fagpersoner skal agere over for den her gruppe. Misbruget dominerer nogle gange, og i de tilfælde skal vi være mere fokuserede på, hvad der er misbrug” (Fra interview med bostøtte-tilbud efter SEL § 85).

Opsporing af en diagnose foretaget andetsteds kan desuden være indledningen til et vigtigt samarbejde med andre instanser omkring den enkelte bruger.

5.1.1 Hvilke diagnosticeringsmetoder anvendes?

Kun 12 af de 75 adspurgte indsatser (16,0 %) diagnosticerer selv sindslidelser, og 10 af de 12 er socialpsykiatriske tilbud. Til gengæld er der ingen regionale forskelle på denne fordeling. Alle 12 indsatser anvender diagnosticeringsmetoden ICD 10. Men derudover er det meget forskelligt,

hvilke metoder indsætterne ellers bruger til at diagnosticere sindslidelser, som det fremgår af tabel 5.1:

Tabel 5.1: Anvendte diagnosticeringsmetoder

Anvendte metoder til diagnosticering af sindslidelse	Procentdel
ICD 10 (International Classification of Diseases 10)	100,0 % (12)
Andre metoder*	41,7 % (5)
BDI (Beck's Depression Inventory)	25,0 % (3)
Hamilton Rating Scale for Depression	25,0 % (3)
ASI (Addiction Severity Index)	16,7 % (2)
NEO PI-R (NEO Personality Inventory-Revised)	16,7 % (2)
MCMI III – (Millon Clinical Multiaxial Inventory)	16,7 % (2)
DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4)	8,3 % (1)
MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)	8,3 % (1)

*Under kategorien ”andre metoder” hører: Miljøobservationer, kliniske interview, neuropsykologiske udredninger, scan-interview, TAT, Rorschach, D2-testen, uddybende/afklarende samtaler og observationer og beskrivelser af adfærd med henblik på at viderebringe det. En indvending kan være, at iagttagelse af adfærd kan betragtes som en egentlig metode til for eksempel diagnosticering af sindslidelser.

7 af de 12 diagnosticeringsindsatser benytter kun 1 metode til at diagnosticere sindslidelser, mens 2 indsatser anvender 2 forskellige metoder. Enkelte indsatser anvender henholdsvis 3, 4 og 6 forskellige diagnosticeringsmetoder. Det er et alkoholbehandlingstilbud, der anvender 6 forskellige metoder til at diagnosticere sindslidelser.

Det er også især misbrugsbehandlingsstederne, der anvender BDI, Hamilton Rating Scale for Depression, NEO PI-R og MCMI III. Personalets faglige baggrund har ligeledes en afgørende betydning for, hvilke diagnosticeringsmetoder der anvendes på stedet. Således er det især de meget tværfaglige tilbud med 7-10 forskellige faggrupper, der anvender ICD 10, DSM 4, BDI, MMPI og Hamilton Rating Scale for Depression. Der er yderligere signifikant flere indsatser med psykologer og/eller læger i medarbejdergruppen, der anvender alle ovennævnte diagnosticeringsmetoder end indsatser uden psykologer og læger.

Som baggrund for valget af diagnosticeringsmetode har informanterne skrevet:

- ICD 10 er den vedtagne diagnoseklassifikation i Danmark, og scan-instrumentet er meget detaljeret i diagnostisk øjemed.
- Det er anerkendte tests, som er lette og hurtige at håndtere.
- Det er metoder, der benyttes af nærmeste samarbejdspartnere.
- Psykologisk testning kombineret med uddybende kliniske interview samt miljøobservationer giver et bredt billede af klientens kliniske profil.
- Arbejder med afklaring og motivation til behandling og sætter forløb i gang, hvor tilbuddet er tovholder på en kombination af behandling, beskæftigelsesafklaring/opkvalificering og social træning.

4 (6,8 %) af de indsatsere, der har besvaret spørgsmålet, anvender særlige diagnosticeringsmetoder til brugere med dobbeltdiagnose i forhold til andre brugere med enkelte diagnoser. Disse metoder er: Kliniske interview hos psykologer og lægekonsulenter, en metode som regionens Misbrugscenter står for og psykologiske test som for eksempel: BRIEF, WAIS, MSMI-III, TAT, BDI, BAI.

5.1.2 Er der behov for flere diagnosticeringsmetoder?

73,9 % (34) af informanterne synes ikke, der er behov for (flere) diagnosticeringsmetoder af sindslidelser på deres tilbud uanset, om de benytter diagnosticeringsmetoder eller ej i forvejen.

Til gengæld har indsatsstypen en signifikant betydning i den forbindelse. Mens 83,3 % (15) af de sociale tilbud ikke synes, der er behov for flere diagnosticeringsmetoder af sindslidelser på deres tilbud, gælder det for 84,2 % (16) af de socialpsykiatriske tilbud og kun for 33,3 % (3) af misbrugsbehandlingsstederne. Med andre ord er det misbrugsbehandlingstilbuddene, der har det største ønske om at benytte flere diagnosticeringsmetoder af sindslidelser.

Også personalets faglige baggrund har en signifikant betydning for behovet for flere diagnosticeringsmetoder. På de tilbud, der har psykologer ansat, mener 57,1 % (4), at der er behov for flere diagnosticeringsmetoder, mens det gælder 20,5 % (8) af de tilbud, der ikke har psykologer i personalegruppen. På tilbud med læger i almen medicin ansat mener 60,0 % (6), at der er behov for flere diagnosticeringsmetoder, mens det gælder 16,7 % (6) af tilbuddene uden læger. Omvendt gælder på tilbud med social- og sundhedsassistenter, at 19,2 % (5) mener, der er behov for flere diagnosticeringsmetoder, mens det samme gælder for 35,0 % (7) af tilbuddene uden social- og sundhedsassistenter. Det tyder på, at tilbuddene med psykologer og læger i højere grad føler behov for at påbegynde eller udvide diagnosticeringen, mens tilbud med social- og sundhedsassistenter i mindre grad føler, at der er behov for flere diagnosticeringsmetoder. Det kvalitative materiale giver ikke nogen forklaring på disse sammenhænge. En mulig forklaring kunne være, at ønsket om diagnosticeringen øges i takt med personalets akademiske og teoretiske uddannelsesniveau, mens personale af mere praktisk uddannelsesbaggrund i højere grad tænker på den praktiske løsning af ”her-og-nu-situationen”.

Blandt de 12 indsatser, der ønsker nye diagnosticeringsmetoder af sindslidelser, siger 2, at de kunne tænke sig henholdsvis ASI, SCL-90-R og M.I.N.I.. Enkelte indsatser ønsker ICD 10, DSM 4, C-DIS, MMPI, PRISM, Hamilton Rating Scale for Depression og MCMI III. Endelig påpeger en enkelt indsats at kunne have behov for ”bedre udrednings- og samarbejdsmetoder og aftaler på tværs”.

5.2 Udredning af misbrug

Efter at have set på nogle af metoderne til diagnosticeringen af sindslidelser vil fokus blive vendt mod anvendelsen af metoder til at udrede misbrug for mennesker med dobbeltdiagnose.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 64,7 % (44) af indsatserne ikke selv udreder misbrug for brugere med sindslidelse – uanset hvilken region der er tale om. Det vil sige, at der er flere af de deltagende indsatser, der udreder misbrug end der diagnosticerer sindslidelser. Men der er store signifikante forskelle afhængigt af, hvilken type indsats der er tale om, som det fremgår af nedenstående tabel 5.2:

Tabel 5.2: Udredning af misbrug i forhold til indsatsstyper

Tilbudstyper	Udreder misbrug
Aktivitets- og samværstilbud (SL § 104)	7,1 % (1)
Alkoholbehandlingstilbud (døgn, Sundhedsloven § 141)	100,0 % (3)
Alkoholbehandlingstilbud (ambulant, Sundhedsloven § 141)	100,0 % (1)
Længerevarende botilbud (SL § 108)	18,2 % (2)
Midlertidige botilbud (SL § 107, stk. 2.1)	37,5 % (3)
Midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer (SL § 110)	66,7 % (2)
Midlertidige ophold i døgnstilbud for mennesker med sindslidelse (SL §107, stk. 2.2)	50,0 % (3)
Opsøgende psykoseteams	100,0 % (1)
Stofmisbrugsbehandlingstilbud (ambulant, Sundhedsloven § 142)	100,0 % (2)
Stofmisbrugsbehandlingstilbud (døgn, Sundhedsloven § 142)	100,0 % (1)
Støtte- og kontaktpersoner til sindslidende og mennesker med særlige sociale problemer (SL § 99)	0,0 % (0)
Tilbud om beskyttet beskæftigelse (SL § 103)	0,0 % (0)
Andre tilbud	40,0 % (4)

Chi² = 0,012. Gamma = 0,111

- Logisk nok udreder alle alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud misbrug for personer med sindslidelse, mens de mere sociale og psykosociale indsatser såsom botilbud og SKP-ordninger sjældent gør det. Alligevel er der sociale indsatser som de midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer, der ofte selv udreder misbrug.

Men også personalets faglige baggrund har en signifikant betydning for, om der udredes misbrug på tilbuddet eller ej, idet tilbud med læger (91,7 %, 11) og socialrådgivere (50 %,14) i højere grad udreder misbrug end tilbud uden læger (23,6 %, 13) og tilbud uden socialrådgivere (25,6 %, 10).

Af årsager til ikke at udrede misbrug på tilbuddene nævner informanterne:

- Beboerne bliver visiteret på baggrund af deres psykiske sygdomme og ikke på grund af deres misbrug.
- Nogle patienter er inden visitation blevet diagnosticeret i forbindelse med deres kendelse af dom eller fra tidligere kontakt til behandlerpsykiatrien. Der er derfor tilbud, som blot vurderer misbrug ud fra faktisk information fra patienterne og/eller det misbrugscenter, de er tilknyttet.
- Tilbuddet er et mødested, hvor folk skal kunne komme og være sig selv.
- Der er ikke tale om et behandlingstilbud.

Argumenterne ligner meget argumenterne for ikke at diagnosticere sindslidelser. På den ene side regner man med, at brugerne er blevet udredt andetsteds, hvor spørgsmålet igen må være, om udredningen gennemført andetsteds så kendes og bruges. På den anden side forsøger man i nogle tilfælde at tilbyde et åbent sted, hvor brugerne ikke straks bliver ”sat i bås”, hvilket må være ensbetydende med, at man faktisk ikke er klar over, hvilke problemer hver enkelt bruger har og, om de får hjælp til at løse dem.

5.2.1 Anvendte misbrugsudredningsmetoder

Blandt de 23 indsatser, der udreder misbrug, er de mest anvendte metoder ”andre metoder” (se under tabel 5.3), ICD 10 og ASI:

Tabel 5.3: Misbrugsudredningsmetoder

Anvendte metoder til udredning af misbrug	Procentdel
Andre metoder*	65,2 % (15)
ICD 10 (International Classification of Diseases 10)	56,5 % (13)
ASI (Addiction Severity Index)	17,4 % (4)
DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4)	8,7 % (2)
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	4,3 % (1)
DAST (Drug Abuse Screening Test)	4,3 % (1)

*En meget stor andel af informanterne har skrevet ”andre metoder”, og der er ikke meget systematik i disse, hvilket kunne hænge sammen med, at der i

spørgeskemaet er blevet lagt op til, at informanterne i høj grad selv kunne definere metodebegrebet: ASRS (ADHD Self Rating Scale), CENAPS modellen: Screening i forbindelse med vurdering og behandlingsplanlægning, COPM og funktionsbeskrivelser, eget interviewskema og metode, miljøobservationer og kliniske interview, misbrugscentrets udrednings model, Alcohol Use Inventory(AUI), observationer og samtaler, relationspædagogik og miljøterapi, samtaler, observationer og samarbejde med brugerne byggende på kognitiv eller systemisk metode, relationsarbejde og tankegang, der indgår i øvrig udredning, undersøgelse af hvad, årsag, hvornår og hvor ofte, afklaring af borgernes situation i forhold til misbrugsbehandling - også selvom de eventuelt måtte have en dobbeltdiagnose, observation og beskrivelse af adfærd, personlige samtaler og kursus med træning og motivation.

Noget tyder på en stor *metodepluralisme*, hvad angår udredning af misbrug, idet der overordnet set anvendes mange forskellige metoder. De faktiske tal siger, at 16 af de 23 indsatser kun anvender 1 udredningsmetode, mens 4 anvender 2 forskellige udredningsmetoder, og 3 indsatser benytter sig af 3 forskellige metoder. Generelt – og ikke overraskende – er det i øvrigt mest misbrugsbehandlingsindsatser, der anvender alle formerne for misbrugsudredningsmetoder.

Som baggrund for at anvende de i tabellen viste udredningsmetoder skriver informanterne:

- *”CENAPS modellen udgør en væsentlig del af metodegrundlaget i vor behandling af sygdommen afhængighed. I screeningen indgår dels en selvevaluering og dels en række spørgsmål om eventuelle forudgående behandlingsforløb ved psykolog eller psykiatri”.*
- De afklaringsværktøjer, der anvendes, er primært rettet mod afklaring af misbrug og IKKE sindslidelser.
- Det benyttes af de nærmeste samarbejdspartnere.
- Det er en metode, tilbuddet har brugt i mange år.
- Det er de muligheder, tilbuddet har.

- Hvis brugeren ønsker at tale om sit misbrug, stiller tilbuddet gerne op til det. Men der er ikke en forventning om, at brugerne skal stoppe deres misbrug.
- Erfaring viser, at misbrugstrangen minimeres, når beboerne finder indre ro og får skabt øget tilgang til livet. Derfor har tilbuddet fokus på at tilbyde et positivt miljø, hvor de menneskelige relationer er alfa og omega. Det er afgørende, at beboerne mærker, at personalet holder af og respekterer dem hele tiden.
- Hvis behov for afdækning/udredning skønnes nødvendigt, så bruger og benytter tilbuddet eksterne psykiatere til diagnosticering.
- ICD-10 til definition af misbrugstyper, AUDIT til hurtig screening. AUI anvendes til alkoholsager, som skønnes specielt problematiske, det vil sige kun på et fåtal. Misbrugscentrets udredningsmodel beskriver 12 forskellige aspekter af misbrug.
- ICD 10 systemet er den vedtagne diagnoseklassifikation i Danmark.
- Tilbuddet bygger bro mellem eksisterende behandlingstilbud for sindslidelse og misbrug.

Generelt er der altså mange kvalitative argumenter for brugen af visse metoder og instrumenter.

7,9 % (5) af indsatserne siger, de anvender særlige metoder til at udrede misbrug for brugere med dobbeltdiagnose i sammenligning med brugere, som udelukkende har et misbrug eller en sindslidelse. Disse særlige metoder er: Kliniske interview hos psykologen og samtaler med lægekonsulenter eller en kombination af kognitive metoder - omsorg - værestedspædagogik - motivation - åben dialog. Et tilbud skriver også:

"Ved mistanke om DD på baggrund af adfærden i miljøet eller ved det kliniske interview, udfærdiges flere psykologiske test som for eksempel: BRIEF, WAIS, MSMI-III, TAT, BDI, BAI".

5.2.2 Er der behov for flere misbrugsudredningsmetoder?

82,4 % (42) af informanterne synes ikke, der er behov for (flere) misbrugsudredningsmetoder på deres tilbud, og i den sammenhæng har typen af tilbud ingen signifikant betydning.

Heller ikke hvor mange forskellige faggrupper, der findes blandt personalet, har betydning for behovet for flere misbrugsudredningsmetoder. Derimod har personalets faglige sammensætning signifikant indflydelse på behovet for (flere) misbrugsudredningsmetoder. Blandt de indsatser, der har socialrådgivere ansat, mener 29,2 % (7), at der er behov for flere misbrugsudredningsmetoder, mens det samme gælder for 7,4 % (2) af tilbuddene uden socialrådgivere.

Blandt de indsatser, der godt kunne tænke sig at arbejde med (flere) misbrugsudredningsmetoder, ville 3 tilbud gerne arbejde med ICD 10, og 3 tilbud med ASI. Enkelte tilbud kunne godt tænke sig at arbejde med henholdsvis DSM 4, CUAD og CAAP. Et tilbud kunne godt tænke sig at arbejde med empowerment og et andet med ”udredningsaftaler på tværs af forvaltninger og systemer, der sikrer den helhedsorienterede tænkning og indsats på tværs af det sociale, sundheds- og familiemæssige”.

5.2.3 Fra interviews – misbrugsudrednings- og diagnosticeringsmetoder?

I de kvalitative interviews er der spurgt ind til, hvordan fagfolk og eksperter oplever brugen af metoder i forhold til at udrede misbrug og sindslidelser.

En ekspert siger i forhold til brugen af de relativt mange forskellige metoder til at udrede misbrug og sindslidelser:

”Jeg kan godt genkende, at der anvendes en del forskellige metoder. På misbrugsområdet har man især brugt ASI, men generelt er det meget ujævnt, hvad der bruges, og generelt er det kendetegnende, at der mangler metoder. Visse steder begynder at bruge psykologiske tests – bl.a. DCMI. Der er tilbud, som har for meget fokus på at udrede folk som ADHD. Et mønster er, at folk sjældent er udredt i forhold til deres misbrug, når de kommer fra hospitalspsykiatrien.

Generelt er der ingen fordele ved, at det er så ujævnt, hvad der bruges af metoder, og om der i det hele taget bruges metodiske redskaber til at udrede folk. Jeg har stor sympati for at man gerne vil møde folk uden fordomme og give dem en chance, men vi skal gå videre: 'Du som hjælper skal vide mere, end den du hjælper': Det vil sige, vi skal have vores faglige viden i spil. Det vil sige, det altid er en ulempe, hvis man ikke har udredt mennesker psykiatrisk og psykologisk, når man skal arbejde med misbrug.' (Fra ekspertinterview)

Fra et misbrugsbehandlingstilbud – som ikke selv udreder og diagnosticerer – hører vi om diagnosernes rolle i hverdagen i forhold til mennesker med en dobbeltdiagnose:

"Vi tager borgerne dybt seriøst. Jeg synes, at vi er gode til at tage højde for, at den her gruppe ikke bare er misbrugende. Det vil sige, at de mødes af andre krav i forhold til den enkeltes sygdom og situation." (Fra interview med misbrugsbehandlingstilbud Sundhedsloven § 141 & 142 samt SEL § 101)

En medarbejder giver sit kritiske bud på, hvorfor billedet er som det er:

"Udbredelsen af forskellige metoder til at udrede og diagnosticere misbrug og sindslidelser skyldes fastholdelse i traditionelle faggrænser. Misbrugscentret og distriktscentret er usikre i forhold til gruppen af mennesker med en dobbeltdiagnose. Gruppens særlige problemer gør deres faglige og ideologiske fundament usikker. Det er en del af baggrunden for, at man holder fast i gamle og forskellige metoder. Når man er indlagt så kun fokus på sindslidelsen, og når man er i misbrugsbehandlingen så kun fokus på misbruget. Der er ikke fordele ved det. Det er en ulempe fordi det betyder, at man ikke får taget hånd om både misbrug og sindslidelse. Der er behov for en holistisk tilgang." (fra interview med SKP efter SEL 99)

5.3 Interventionsmetoder

Endelig vil kapitlet kaste lys på de psykosociale interventionsmetoder til behandling af mennesker med dobbeltdiagnose.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 15,7 % (11) af indsatterne ikke anvender interventionsmetoder i arbejdet med personer med dobbeltdiagnose, og det har hverken indsattypen eller regionen nogen signifikant indflydelse på. Langt de

fleste indsatser benytter sig altså af interventionsmetoder i sammenligning med brugen af diagnosticerings- og udredningsmetoder.

Nedenfor fremgår det, hvilke interventionsmetoder der anvendes af de 59 tilbud, der har angivet at benytte interventionsmetoder. Blandt de mest anvendte ligger relationsarbejde, kognitive metoder, omsorg som metode og social færdighedstræning. Det er metoder anvendt af mere end 2/3 af indsatserne. Men i det hele taget ser indsatserne ud til at benytte sig af mange forskellige interventionsmetoder. Det er også bemærkelsesværdigt, at lidt over halvdelen af indsatserne anvender medicinsk behandling, idet den skandinaviske undersøgelse fra 2006 (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B.) viste, at der i Danmark var meget lidt vægt på den medicinske behandling blandt medarbejderne:

Tabel 5.4: Anvendte interventionsmetoder

Anvendte interventionsmetoder	Procentdel
Relationsarbejde	79,7 % (47)
Kognitive metoder	71,2 % (42)
Omsorg som metode	71,2 % (42)
Social færdighedstræning	66,1 % (39)
Motivationsteori	59,3 % (35)
Medicinsk behandling	54,2 % (32)
Netværksinddragelse (inddragelse af pårørende mv.)	50,9 % (30)
Adfærdsorienteret metode	49,2 % (29)
ADL-træning	44,1 % (26)
Recovery	40,7 % (24)
Psykoedukation	35,6 % (21)
Nada	33,9 % (20)
Værestedspædagogik	32,2 % (19)
Harmreduction	28,8 % (17)
Åben dialog (rettet mod pårørende)	25,4 % (15)
Systemisk teori og metode	18,6 % (11)
Psykologfaglig metode	15,3 % (9)
Selvhjælpsgrupper	15,3 % (9)
Psykosocial rehabilitering	15,3 % (9)
Aktivt opsøgende behandling	13,6 % (8)
Familieterapi	11,9 % (7)
Andre metoder*	10,2 % (6)
Integreret behandling	8,5 % (5)
Casemanagement	6,8 % (4)
Karboga	5,1 % (3)

*Blandt "andre metoder" nævnes: "På vej til et bedre liv!", narrativ terapi, reminiscence, fysisk træning, samtale/adfærds terapi, validering, kommunikativt og kinæstisk forandringsarbejde.

Af de 59 indsatser, der benytter interventionsmetoder, anvender hver enkelt indsats i gennemsnit 9 forskellige af de i alt 25 ovenstående interventionsmetoder. 2 indsatser anvender helt op til 18 forskellige interventionsmetoder, og der er kun 2 af de 59, som kun anvender en enkelt interventionsmetode. Der er derfor tydeligvis tale om en høj grad af *metodepluralisme*, hvad intervention i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose angår - hvilket bekræftes af interviewene med fagpersonerne:

”Fordelene er, at vi dækker bredere. Vi kan lave bedre match mellem bruger og indsats. Ulemperne er, at det er meget, vi skal følge med i, vi skal dygtiggøre os i mange ting. Det tager tid [...] Brugere mærker det ikke. De bliver grebet i forhold til det, de kommer med.” (Fra interview med misbrugsbehandlingstilbud Sundhedsloven § 141 & § samt SEL § 101).

En ekspert peger på, at det kan skabe forvirring og en følelse af uoverskuelighed hos brugerne:

De kan blive lige så forvirrede som os. De tager det hos de enkelte, som de kan bruge til noget – resten smider de væk. Det er ikke nødvendigvis det, som er bedst for dem, men måske er det den nemmeste løsning. (Fra ekspertinterview)

Der er i øvrigt flere interessante signifikante sammenhænge mellem brugen af interventionsmetoder og typen af indsatser. Således benytter misbrugsbehandlingstilbuddene sig mere af medicinsk behandling, kognitive metoder, adfærdsoverret metode, psykologfaglig metode, selvhjælpsgrupper, harmreduction og Nada end de sociale og socialpsykiatriske indsatser. Derimod anvender de socialpsykiatriske indsatser i signifikant højere grad ADL-træning og psykosocial rehabilitering i sammenligning med de sociale indsatser og misbrugsbehandlingstilbuddene.

Det har derimod ingen statistisk betydning for brugen af interventionsmetoder, hvor mange forskellige faggrupper hvert enkelt tilbud har ansat. Men social- og sundhedsassistenterne ser ud til at anvende interventionsmetoder oftere end andre faggrupper. Mens 94,9 % (37) af tilbuddene med social- og sundhedsassistenter ansat benytter interventionsmetoder, gælder det kun for 73,3 % (22) af tilbuddene uden social- og sundhedsassistenter. Det kvalitative materiale giver ingen forklaring på denne sammenhæng, men en mulig årsag kunne være, at social- og sundhedsassistenterne i høj grad er uddannet til at tage sig af omsorgsdelen, mens eksempelvis læger, psykologer og psykiatere i højere grad er uddannet til at tage sig af behandlingsdelen. Med andre ord kan uddannelsesbaggrunden have betydning for, om personalet har fokus på at lindre eller at kurere brugernes problemer.

Der er ifølge informanterne mange forskellige baggrunde for valget af interventionsmetoder:

- At disse matcher bedst de særlige problemstillinger, målgruppen har og giver brugbare resultater, hvilket betyder, at tilbuddet også benytter andre metoder, når problemstillingen kræver det. Brugere er forskellige. Det er ikke nødvendigvis den samme metode, der virker overfor en skizofren misbruger som overfor en personlighedsforstyrret misbruger.
- Baggrunden er, at personalet har forskellige fagligheder og kompetencer med sig.
- Det er evidensbaserede metoder.
- Det er, hvad indsatsen synes, har en god effekt – ofte i forhold til de ressourcer, der nu er.
- Det er tilbuddets oplevelse, at der opnås bedre resultater ved at inddrage de pårørende.
- Brugeren har brug for struktur, forudsigelighed og kontinuitet.
- Nogle metoder er lovbestemte, andre er valgt som indsatsens behandlingsfilosofi, andre metoder bruges hvis det skønnes relevant i de enkelte sager.
- Hvis brugerne ikke har en relation til personalet, ville de muligvis blive væk. Omsorg fordi alle har brug for at mærke, at de er vigtige som mennesker. At de bliver hørt, set og taget alvorligt.
- Tilbuddet forsøger at få bredde i interventionen og på den måde større chance for at hjælpe den enkelte og kunne tilbyde alternativer til biomedicinsk behandling.

I interviewene har vi spurgt til den brede vifte af metoder, som benyttes i indsatsen. En interviewet informant tegner et billede af udviklingen vedrørende

idéer om, hvilke metoder der er bedst at bruge i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose de sidste 5 år:

”De sidste 5 år: Det er blevet acceptabelt at arbejde med harmreduction som metode. Tidligere vakte det forargelse, hvis man lod brugeren have sit misbrug. Nu er det OK – men vi skal hjælpe med, at brugeren får et andet indhold. Det var utænkeligt tidligere. Man skal passe på, at misbrugs-indsatsen ikke bliver domineret af busmodermoral frem for en faglig moral. Husmodermoralen har fyldt meget på området – der er lidt skred i det. Der er stor forskel på den faglige diskussion af det her og så den offentlige diskussion. Der er også social stigma forbundet med misbrug for den her gruppe. Københavns Kommunes embedsmænd accepterer i dag harmreduction som metode. Mit indtryk er, at det måske endnu ikke er slået så meget igennem ‘længere ude på landet’. Tendensen er, at man skal tage det alvorligt, at gruppen er her, og vi skal gøre noget. Det betyder blandt andet også, at vi er blevet bedre til at se, at der er mange undergrupper af dobbeltdiagnosticerede, og de har brug for noget forskelligt” (Fra ekspertinterview).

En ekspert siger om de mange metoder, som benyttes på misbrugsområdet:

”Vi befinder os i en præparadigmatisk fase: ‘Intet står fast, der er ingen konsensus’. Meget af det, som vi har behov for er faktisk udviklet i psykiatrien, og de skal inviteres indenfor. De mange metoder er et udtryk for en ujævn faglighed. Måske udtrykker de også en generel mangel på respekt for misbrugsbehandling som et fag. Området er mytologiseret. Mange steder er det accepteret, at man ikke skal have særlig faglig baggrund for at kunne nedsætte sig som misbrugsbehandler. De sidste 10 år er der sket en betydelig fagliggørelse af området. Stadig er der dog ingen kontrol med de private leverandører. Det kunne være rigtig godt, hvis der blev indført en form for akkreditering på området.” (Fra ekspertinterview)

I et andet interview peges der på eventuelle faldgruber, når der arbejdes meget forskelligt metodisk:

Man ikke har fundet de vise sten. For mig at se er det sådan lidt famlen i blinde. I mange af de kommunale tilbud tager man udgangspunkt i omsorgsdelen, mere end man tænker i forhold til behandling eller terapi. Når

det er de helt unge, forsøger man måske at gøre det ved at sende dem i noget døgn/ambulant behandling, som er mere metodisk i sin tilgang.

Når man tager udgangspunkt i omsorgsdelen, tager man udgangspunkt, i hvor borgeren er nu og her. Det er fint at tage udgangspunkt i borgerens behov. Problemet er, at vi hver især gør det, som vi finder bedst. Her er koordination og samarbejde meget vigtigt – ellers går det ud over borgeren. (Fra ekspertinterview)

12,7 % (8) af indsatserne skriver, at de anvender særlige interventionsmetoder i forhold til brugere med dobbeltdiagnose sammenlignet med brugere, der enten udelukkende har en sindslidelse eller et misbrug. Det drejer sig om 3 SKP-ordninger, 2 midlertidige botilbud, 1 længerevarende botilbud, 1 alkoholbehandlingstilbud og 1 andet tilbud. Disse særlige metoder er: Individuelle forløb, kognitiv behandling af angst og depression, motivationsteori, netværk, relationsarbejde sammen med miljøterapi, ADL-træning, harmreduction, kognitiv baseret behandling af personlighedsforstyrrelser og ”På vej til et bedre liv”. Samtlige metoder har ifølge informanterne selv enten stor eller nogen effekt.

5.3.1 Effekten af interventionsmetoderne

Da interventionsmetoder netop er psykosociale metoder, er det svært at måle deres evidens efter konkrete mål, hvilket heller ikke er ønsket her. Derimod har det i spørgeskemaet været hensigten at spørge til informanternes egne erfaringer med de forskellige interventionsmetoder i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose. Interviewene med fagpersonerne har vist, at nogle indsats selv dokumenterer metodernes effekt via for eksempel brugernes journaler, fordi det vækker psykisk opmuntring blandt personalet at kunne se fremskridt. Andre informanter efterlyser dokumenterbar evidens af metoderne:

”Vi har kigget efter, om der er mere evidens for nogle metoder end andre. Der er ikke meget at finde. Der er måske lidt evidens for, at de kognitive metoder virker i behandlingsindsatsen. Vi savner et stort undersøgelsesarbejde i forhold til at undersøge evidensen af de forskellige tilgange. (Fra ekspertinterview).

Blandt de indsats, der anvender interventionsmetoder, er det ifølge informanterne selv især selvhjælpsgrupper og psykosocial rehabilitering, der har

en stor effekt, som det fremgår af tabel 5.5. Blandt de metoder, der ifølge informanterne har mindst effekt, ligger familierapi, Karboga, Nada og Harmreduction. Men der er generelt ikke så stor forskel på vurderingerne:

Tabel 5.5: Effekten af interventionsmetoderne ifølge informanterne

Anvendte interventionsmetoder	Stor effekt	Nogen effekt	Ingen effekt
Selvhjælpsgrupper	83,3 % (5)	16,7 % (1)	
Psykosocial rehabilitering	80,0 % (4)	20 % (1)	
Andre metoder*	75,0 % (3)	25,0 % (1)	
Omsorg som metode	71,9 % (23)	25,0 % (8)	3,1 % (1)
Aktivt opsøgende behandling	66,7 % (4)	33,3 % (2)	
Relationsarbejde	60,0 % (24)	40,0 % (16)	
Integreret behandling	60,0 % (3)	40,0 % (2)	
ADL-træning	52,4 % (11)	42,9 % (9)	4,8 % (1)
Kognitive metoder	51,4 % (19)	48,6 % (18)	
Medicinsk behandling	50,0 % (16)	50,0 % (16)	
Recovery	50,0 % (10)	50,0 % (10)	
Casemanagement	50,0 % (2)	50,0 % (2)	
Systemisk teori og metode	50,0 % (4)	50,0 % (4)	
Værestedspædagogik	46,2 % (6)	53,8 % (7)	
Social færdighedstræning	46,2 % (12)	53,8 % (14)	
Adfærdsorienteret metode	43,5 % (10)	56,5 % (13)	
Psykologfaglig metode	42,9 % (3)	57,1 % (4)	
Motivationsteori	38,7 % (12)	58,1 % (18)	
Psykoedukation	38,5 % (5)	61,5 % (8)	
Åben dialog (rettet mod pårørende)	33,3 % (3)	66,7 % (6)	
Netværksinddragelse (inddragelse af pårørende mv.)	29,2 % (7)	62,5 % (15)	8,3 % (2)
Harmreduction	27,3 % (3)	72,7 % (8)	
Nada	23,5 % (4)	76,5 % (13)	
Karboga	20,0 % (1)	80,0 % (4)	
Familieterapi		100,0 % (4)	

*"Andre metoder" dækker over: Validering samt kommunikativ kinæstetisk forandringsarbejde og narrativ terapi.

I interviewene er der spurgt ind til, hvordan man dokumenterer effekten af de metoder, man benytter. Fra tilbuddenes side hører vi, at det primært foregår via journaliseringen i borgernes sager eller – i de tilfælde, hvor der ikke journaliseres - i form af, at man husker og fortæller de gode historier – for eksempel om vellykket brobygning mellem forskellige aktører og tilbud.

Samtidig peges der på, at journaliseringen og den dokumentation, der er forbundet hermed, ikke må tage overhånd:

”Indenfor SKP dokumenteres der ingenting. Det er et problem. SKP har også de gode historier. Man skal ud i de visiterede tilbud – i kommunale og regionale del – hvor man fører journaler, før der dokumenteres mere systematisk. Hvis man kigger ud over feltet, så er der mange tilbud, som brugere mere og mere tid på at dokumentere, frem for at bruge dem på relationsarbejdet og de mennesker, som de er sat i verden for at hjælpe.” (Fra ekspertinterview)

En anden ekspert peger på, at der er metoder, hvis resultater er veldokumenteret internationalt:

”Der skal være det antal metoder, som der er behov for. Målet er ikke at monopolisere. I den internationale forskning er der metoder, som har dokumenterede resultater.” (Fra ekspertinterview)

Vi hører en del gange i vores interview – som vi også så ovenfor – at den kognitive metode er ved at konsolidere sig i indsatsen. En ekspert kommenterer dette og giver udtryk for, at der generelt savnes evidensbaserede metoder i indsatsen samt undersøgelser af, hvad der virker:

”Vi har kigget efter, om der er evidens for nogle metoder end andre. Der er ikke meget at finde. Der er måske lidt evidens for, at de kognitive metoder virker i behandlingsindsatsen. Vi savner et stort undersøgelsesarbejde i forhold til at undersøge evidensen af de forskellige tilgange.” (Fra ekspertinterview)

5.3.2 Er der behov for flere interventionsmetoder?

52,6 % (30) af informanterne synes ikke, der er behov for (flere) interventionsmetoder på deres tilbud, og i den forbindelse har typen af indsats eller antallet af faggrupper blandt personalet ingen signifikant betydning.

Personalets faglige baggrund har dog igen en signifikant indflydelse på, hvorvidt indsatserne ønsker flere interventionsmetoder eller ej. Også i denne sammenhæng skiller tilbud med psykologer i personalegruppen sig ud, idet ingen af indsatserne med psykologer ønsker flere interventionsmetoder, mens det gælder 55,1 % (27) af indsatserne uden psykologer i personalegruppen. Der

er en lignende sammenhæng, hvad angår psykiatere blandt personalet. Mens 11,1 % (1) af indsatserne med psykiatere ønsker flere interventionsmetoder, gælder det for 54,2 % (26) af indsatserne uden psykiatere. Men også indsatser med pædagoger synes at ønske interventionsmetoder i mindre grad end tilbud uden pædagoger. Hvor 25,0 % (7) af indsatserne med pædagoger blandt personalet ønsker flere interventionsmetoder, ønsker 69,0 % (20) af indsatserne uden pædagoger det samme.

Også ønskerne om brug af flere interventionsmetoder er præget af en metodepluralisme. 5 tilbud efterlyser henholdsvis kognitive metoder, selvhjælpsgrupper og netværksinddragelse som nye metoder. 4 tilbud kunne godt tænke sig at arbejde med henholdsvis psykoedukation, Nada og åben dialog, mens 3 tilbud ønsker sig at arbejde med recovery. 2 tilbud kunne godt tænke sig at arbejde med henholdsvis relationsarbejde, psykologfaglig metode, motivationsteori, harmreduction og psykosocial rehabilitering. Endelig ønsker enkelte tilbud sig at arbejde med medicinsk behandling, familierapi, adfærdsorienteret metode, omsorg som metode, Karboga, ADL-træning, integreret behandling, aktivt opsøgende behandling, social færdighedstræning, systemisk teori og metode samt ”psykiatrisk udredning og bistand gennem bedre tværsektorielt samarbejde med både socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien”.

At der både bliver brugt og ønsket så mange forskellige interventionsmetoder kunne hænge sammen med, at der mangler viden – og formidling af viden - om de forskellige metoders effekter. Det skal også ses i sammenhæng med, at det er forskellige faglige tilgange, der er involveret i indsatsen, ligesom det formentligt er udtryk for et ønske om at skabe det bedste match mellem borgerens behov, situation og ønsker samt hjælpeindsatsen. I den forbindelse er der blandt eksperterne blevet peget på, at en motivationspræget tilgang måske er særlig relevant, da den tager udgangspunkt i et match mellem borgerens motivation samt karakteren af intervention på et givent tidspunkt i et hjælpeforløb.

6 Samarbejde

Personer med dobbeltdiagnose har selvsagt behov for flere forskellige typer indsatser; da de har en sindslidelse og et samtidigt misbrugsproblem, men også fordi de kan have mange vidt forskellige typer af sindslidelser og misbrug. Dertil kommer de sociale problemer, der kan følge i kølvandet på de psykiske problemer med bolig, arbejdsmarkedet, økonomi, retsvæsenet og sociale relationer. Det betyder, at hver enkelt indsats bør være opmærksom på brugerens forskellige problemer (og ikke kun det umiddelbart største), behov og sørge for at viderevisitere til eller samarbejde med andre indsatser, der kan behandle brugeren for de problemer, det pågældende tilbud ikke selv kan klare (Merinder 2009). Det er hensigten med dette kapitel at tegne et billede af, hvordan der samarbejdes mellem de forskellige socialpsykiatriske, sociale og misbrugsbehandlingsindsatser i Region Nordjylland og Region Sjælland på nuværende tidspunkt, men også hvilke behov og ønsker der kunne være i forhold til at udvikle samarbejdet.

6.1 Hvilke tilbud samarbejder og hvordan?

I spørgeskemaet er informanterne blevet spurgt til, hvilke tilbud de samarbejder med omkring personer med dobbeltdiagnose, og hvordan samarbejdet foregår. I nedenstående skema blev de bedt om at skrive:

- 0 for ”intet samarbejde”,
- 1 for ”Sjælden samarbejdsform”,
- 2 for ”Hyppig samarbejdsform” og
- 3 for ”Meget anvendt samarbejdsform”.

Tabel 6.1 viser gennemsnittet af informanternes svar. Det betyder, at jo højere tallet er, jo mere anvendt er den pågældende samarbejdsform i den pågældende sammenhæng. Tallene i parentes viser, hvor mange informanter der har besvaret hvert enkelt underspørgsmål. Alt i alt har 56 informanter forholdt sig til det overordnede spørgsmål:

Tabel 6.1: Samarbejdsform og samarbejdspartnere

Samarbejdspartnere	Faste møder (fx om procedurer, problemstillinger eller orientering om aktuelle sager)	Faste møder (fx om støtte og behandling ved akut opståede problemer)	Ad hoc møder (fx om støtte og behandling til konkrete brugere, akut opståede problemer)	Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art (fx råd, vejledning, underretning om brugere, konkrete forespørgsler)	Sparring, supervision eller undervisning	Gennemsnit Samarbejdspartnere
Aktivitets- og samværstilbud (SL § 104)	0,5 (26)	0,4 (24)	1,3 (30)	1,2 (29)	0,4 (23)	0,8
Alkoholbehandlingstilbud	0,4 (23)	0,8 (26)	1,3 (29)	1,4 (27)	0,4 (23)	0,9
Efterværn, socialpædagogisk støtte mv. (SL § 86)	0,3 (22)	0,1 (21)	0,8 (25)	0,7 (23)	0,4 (19)	0,5
Længerevarende botilbud (SL § 108)	0,3 (21)	0,2 (21)	0,7 (24)	0,6 (23)	0,4 (20)	0,4
Midlertidige botilbud (SL § 107, stk. 2.1)	0,8 (23)	0,7 (23)	1,1 (26)	1,1 (26)	0,9 (24)	0,9
Midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer (SL § 110)	0,6 (23)	0,5 (22)	1,0 (24)	1,1 (24)	0,7 (21)	0,8
Døgntilbud for mennesker med sindslidelse (SL § 107, stk. 2.2)	0,5 (22)	0,5 (22)	0,9 (24)	0,9 (24)	0,7 (20)	0,7
Opsøgende psykoseteams	0,2 (21)	0,1 (21)	0,6 (22)	0,6 (23)	0,2 (19)	0,3
Stofmisbrugsbehandlingstilbud	0,8 (24)	0,6 (21)	0,9 (27)	1,5 (28)	0,5 (20)	0,9
SKP (SL § 99)	0,7 (21)	0,7 (21)	1,4 (22)	1,3 (24)	0,7 (21)	1,0
Andet distriktpsykiatrisk tilbud*	0,6 (21)	0,7 (22)	1,2 (25)	1,1 (27)	0,5 (17)	0,8
Andet tilbud*	0,4 (17)	0,3 (16)	0,7 (21)	0,7 (21)	0,1 (15)	0,4

Gennemsnit samarbejdsform	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	0,7
---------------------------	-----	-----	------------	------------	-----	-----

*Ved ”andet distriktpsykiatrisk tilbud” nævnes: Distriktpsykiatrisk Team, Distriktpsykiatrisk Center, Distriktpsykiatrisk sygeplejerske, Hospitalspsykiatrien og faste månedlige besøg af psykiater fra Distriktpsykiatrien. *Ved ”andet tilbud” har informanterne skrevet: Kriminalforsorgen og sagsbehandlerne på forskellige områder - jobcentre, socialektoren i øvrigt, familieafdelingen m.fl.

Som det er markeret med fed, er *ad hoc møder* og *kontakt af skriftlig eller telefonisk art* de mest anvendte kontaktformer i samarbejdet med andre tilbud om dobbeltdiagnoser, hvilket man også så i den skandinaviske undersøgelse af specifikke tilbud til personer med dobbeltdiagnose (Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B. 2006).

Som nedenstående citat fra en bruger og citatet fra et interview med en fagperson peger på, kan ad hoc møder og kontakt af skriftlig eller telefonisk art være tegn på, at man først samarbejder, når brugeren selv beder om det og i forbindelse med enkelte og helt konkrete opgaver:

”De arbejder – de snakker med hinanden for eksempel med bofællesskabet, hvis de skal afmelde en tid. Der er også kontakt den anden vej. Fra sagsbehandler til mig og fra mig til sagsbehandler. Men ikke den anden vej – har ikke en fornemmelse af, at sagsbehandler og bofællesskab snakker sammen. Bofællesskabet får antabus fra Lænken. Jeg går ned på Lænken og får medicin (stesolid)” (Fra interview med en tidligere alkoholmisbruger i et bofællesskab).

”Som det er nu, så drejer det sig om at få personen videre i et andet system, fordi man ikke selv magter opgaven. Man spørger brugeren: Hvad fylder mest? Brugeren siger: misbruget. Så videre til misbrugscentret. Her ser de, at personen har det ok, og så sendes han retur til psykiatrien og så videre” (Fra ekspertinterview).

Men interviewene med fagpersoner har også vist, at igangsættelsen af samarbejdet afhænger meget af visitationen:

”Hvis en bruger henvender sig fra gaden, så tager vi kontakt til relevante samarbejdspartnere. Er det en bruger, som kommer fra psykiatrien, så sætter vi os sammen med dem. Er det en bruger, som kommer fra jobcenter, så kan de også tage initiativ til samarbejdet. Generelt er samarbejdsvilligheden stor. Vi har et tæt, tæt samarbejde med socialpsykiatrien og Karlsvognen, som er vores tætteste samarbejdspartnere. Jo mere samarbejde, jo mere tid sparer vi [...] Efterhånden er det lykkedes at finde et fælles fagsprog. Omstruktureringen – Kommunalreformen - hvor vi blev kommunale, har gjort det nemmere. Alle former for samarbejde har interesse” (Fra interview med et misbrugsbehandlingstilbud efter Sundhedsloven § 141 & § 142 samt SEL §101).

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen har hver enkelt indsats i gennemsnit 4 samarbejdspartnere i forbindelse med behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose, men enkelte tilbud har helt op til 11 samarbejdspartnere. 28,6 % (16) har kun et andet tilbud, de samarbejder med, mens 16,1 % (9) samarbejder med 7 andre tilbud. Den statistiske analyse viser ingen tegn på, at nogle typer af tilbud/sektorer, faggrupper eller regioner har færre eller flere samarbejdspartnere end andre.

Tabel 6.1 viser, at den mest almindelige samarbejdspartner for alle typer af tilbud er SKP-ordningen, hvilket er et godt tegn, da SKP-ordningen blandt andet er opsøgende og støttende i forhold til de personer med sindslidelse, som har mindst kontakt med det omgivende samfund og behandlingssystemet. Men også stof- og alkoholmisbrugsbehandlingstilbud samt midlertidige botilbud er almindelige samarbejdspartnere for alle typer af tilbud. De kvalitative interview nuancerer, hvad det er for en samarbejdsrolle, SKP-ordningen har:

”Vi visiterer videre i form af brobygningen. Det foregår ved, at jeg tager kontakt til læge, jobcenter, støtte-behandlerteam med mere. Jeg laver en aftale med dem, og så går borgeren og jeg til møde med dem. Jeg er som udgangspunkt altid på borgerens side. Jeg er ikke borgerens advokat, men er med til at bremse de situationer, hvor tingene går galt og ender med fremmødeforbud med mere. Borgeren og jeg samler op efter mødet og taler om, hvad der blev sagt. Det er en hensigtsmæssig måde. Jeg oplever for eksempel også, at borgerens egen læge ringer til mig, hvis borgeren udebliver i forhold til for eksempel antabusbehandling med mere. Jeg fortæller borgeren, at jeg slipper dem på et

tidspunkt. Men jeg bliver hos dem, indtil indsatsen er på plads – borgeren er kommet videre – eller kan visiteres videre til for eksempel hjemmevejledning (§ 85)” (Fra interview med SKP-ordning efter SEL § 99).

Det er blevet nærstuderet, om der skulle være markante sammenhænge mellem hvilke typer af tilbud, der samarbejder, og om faglighed og tværfaglighed i medarbejdergruppen har betydning for samarbejdet. Overordnet set har disse faktorer ikke den store betydning, men der er dog fundet følgende sammenhænge:

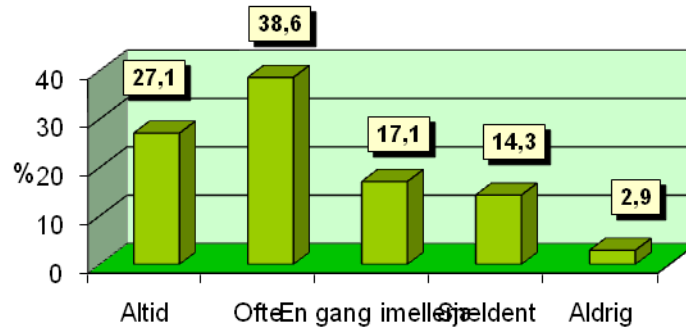
- Indsatser med psykiatere i medarbejdergruppen samarbejder signifikant mindre med aktivitets- og samværstilbud end tilbud uden psykiatere.
- Indsatser med socialrådgivere ansat samarbejder signifikant oftere med midlertidige botilbud end indsatser uden socialrådgivere.
- Indsatser med personale, der har en specifik (efter-)uddannelse om dobbeltdiagnoser samarbejder signifikant mindre med opsøgende psykoseteams end andre tilbud.
- De meget tværfaglige indsatser (Det vil sige dem med 7-10 forskellige faggrupper) og tilbud med psykologer og/eller psykiatere ansat har signifikant mindre samarbejde med stofmisbrugsbehandlingstilbud end andre tilbud.

I de følgende afsnit vil der blive kigget nærmere på indholdet af samarbejdet.

6.2. Visitation

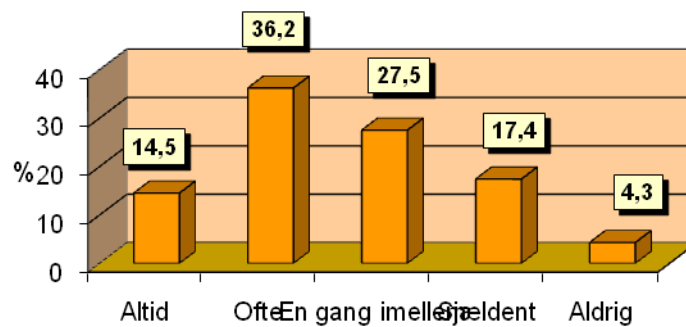
Nedenstående søjlediagrammer 6.2 og 6.3 viser, at det er mere end halvdelen af indsatserne, der enten altid eller ofte får viden om den sociale og den sundhedsmæssige indsats i brugernes liv, når brugerne visiteres eller kommer til deres tilbud. Det er kun ganske få indsatser, der aldrig får den viden ved visitation. Men der ser alligevel ud til at være en forskel på videregivningen af viden om den sociale og den sundhedsmæssige indsats, idet indsatserne oftere får viden om den sociale indsats end om den sundhedsmæssige:

Fig. 6.2: Hvor ofte får tilbuddene viden om den sociale indsats i brugernes liv, når brugere med dobbeltdiagnose visiteres eller kommer til deres tilbud?



N = 70

Fig. 6.3: Hvor ofte får tilbuddene viden om den sundhedsmæssige indsats i brugernes liv, når brugere med dobbeltdiagnose visiteres eller kommer til deres tilbud?



N = 69

Der er ingen forskel på de to regioners videregivning af viden ved visitation. Der er dog signifikante forskelle mellem misbrugsbehandlingsindsatserne, de sociale og de socialpsykiatriske indsatser, hvad angår den viden, de modtager om både den sociale og den sundhedsmæssige indsats i brugernes liv, når de visiteres til deres tilbud. De socialpsykiatriske indsatser er dem, der oftest får denne viden, mens de sociale indsatser er dem, der sjældnest får den. Dette kan skyldes, at de sociale indsatser indeholder opsøgende tilbud samt aktivitets- og væresteder, som ikke diagnosticerer og udreder, og hvor fokus måske oftere er mennesket før diagnosen, misbruget eller det sociale problem.

Tilbud med læger i medarbejdergruppen får signifikant sjældnere viden om den sociale indsats i brugernes liv ved visitation end tilbud uden læger. Måske hænger det sammen med lægernes store fokus på brugernes sundhedstilstand. Men ellers har det ikke betydning for den viden, man får ved visitationen om brugernes sociale og sundhedsmæssige tilstand, hvilke eller hvor mange faglige baggrunde indsatserne repræsenterer eller typen af tilbud.

Der er lidt flere tilbud, der finder den viden, de typisk får om den sundhedsmæssige indsats i brugernes liv, når brugere med dobbeltdiagnose visiteres til eller kommer til deres tilbud, utilstrækkelig i forhold til den viden, de får om den sociale indsats. 48,5 % (32) af tilbuddene finder den viden, de får om den sundhedsmæssige indsats, utilstrækkelig, mens 40,3 % (27) af tilbuddene finder den viden, de får om den sociale indsats, utilstrækkelig.

Nedenstående tabel 6.4 viser, at det generelt er meget få faste indsatser, der altid viderevisiteres brugere med dobbeltdiagnose til. Viderevisitationen ser ud til at handle mere om hver enkelt brugers situation, idet informanterne oftest svarer, at de "af og til" viderevisiterer til de pågældende indsatser. Blandt de indsatser, der oftest viderevisiteres til, hører stof- og alkoholbehandlingstilbud, SKP-ordningen og aktivitets- og samværstilbud. Derimod er der en stor andel af indsatser, der aldrig visiterer til opsøgende psykoseteams, efterværn og socialpædagogisk støtte samt midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer:

Tabel 6.4: Hvilke indsatser visiteres der videre til?

Tilbud, der visiteres til	Altid	Oft	Af og til	Sjældent	Aldrig
Aktivitets- og samværstilbud (SL § 104)	2,5 % (1)	12,5 % (5)	45,0 % (18)	27,5 % (11)	12,5 % (5)
Alkoholbehandlingstilbud	4,4 % (2)	13,3 % (6)	44,4 % (20)	22,2 % (10)	15,6 % (7)
Efterværn, socialpædagogisk støtte mv.(SL § 86)	2,6 % (1)	10,5 % (4)	28,9 % (11)	21,1 % (8)	36,8 % (14)
Længerevarende botilbud (SL § 108)	2,1 % (1)	8,3 % (4)	29,2 % (14)	37,5 % (18)	22,9 % (11)
Midlertidige botilbud (SL § 107, stk 2.1)	4,5 % (2)	11,4 % (5)	31,8 % (14)	31,8 % (14)	20,5 % (9)
Midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer (SL § 110)	2,6 % (1)	2,6 % (1)	17,9 % (7)	41,0 % (16)	35,9 % (14)
Døgntilbud for mennesker med sindslidelser (SL § 107, stk. 2.2)	2,4 % (1)	9,8 % (4)	34,1 % (14)	22,0 % (9)	31,7 % (13)
Opsøgende psykoseteams	2,8 % (1)	2,8 % (1)	16,7 % (6)	30,6 % (11)	47,2 % (17)
Stofmisbrugsbehandlingstilbud	10,0 % (4)	2,5 % (1)	37,5 % (15)	25,0 % (10)	25,0 % (10)
SKP (SL § 99)	7,9 % (3)	15,8 % (6)	28,9 % (11)	18,4 % (7)	28,9 % (11)
Andet distriktpsychiatrisk tilbud – angiv hvilket:	7,5 % (3)	15,0 % (6)	27,5 % (11)	15,0 % (6)	35,0 % (14)
Andet/andre tilbud (Angiv paragraf og type af tilbud)	5,6 % (1)	16,7 % (3)	5,6 % (1)	5,6 % (1)	66,7 % (12)

* Til ”andet distriktpsychiatrisk tilbud” hører: Distriktpsychiatrien, hospitalspsychiatrien, lokalpsychiatrien og dobbeltdiagnoseteam. * Til ”andet tilbud” hører: Kriminalforsorgen, privatpraktiserende psykologer, psykiatere og læger og bostøtte § 85.

6.3. Planlægning af den fremtidige indsats

Et andet aspekt af samarbejdet omkring behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose er planlægningen af det støtte-/behandlingsforløb, de har behov for, hvori det bør medtænkes, at brugeren sandsynligvis udvikler sig

undervejs i forløbet. Ifølgende Loven om Social Service af 1. oktober 2008 kapitel 25 § 141 gælder, at:

”Når der ydes hjælp til personer under 65 år, efter afsnit V, skal kommunalbestyrelsen som led i indsatsen skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde en handleplan for indsatsen, jf. dog stk. 2. Ved denne vurdering skal der tages hensyn til borgerens ønske om en handleplan samt karakteren og omfanget af indsatsen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde at udarbejde en handleplan, når hjælpen ydes til

- 1) personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller*
- 2) personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.*

Stk. 3. Handleplanen skal angive

- 1) formålet med indsatsen,*
- 2) hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet,*
- 3) den forventede varighed af indsatsen og*
- 4) andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v.*

Stk. 4. Handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

Som nedenstående citat fra et interview med en bruger påpeger, kan det være rart for brugerne at have en fornemmelse af det samlede forløb, de er ved at gennemgå:

”Vi har ingen handleplaner. Det er jeg meget forurologet over. Hvis man bor her, så kan der ikke gøres mere, så har man prøvet alle muligheder. Derfor kan jeg ikke give flere stjerner til stedet. De lader folk sygne hen for meget”
(Fra interview med en tidligere alkoholmisbruger på et bofællesskab).

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 39,2 % (20) af indsatterne typisk oplever planerne for den fremtidige sociale indsats i brugernes tilværelse som utilstrækkelige, mens 34,7 % (17) oplever planerne for den fremtidige sundhedsmæssige indsats som utilstrækkelige. Det er med andre ord mere end 1/3 af fagfolkene, der er utilfredse med planerne for den fremtidige indsats i brugernes liv. Dette siger også noget om brugen af udredningen og

diagnosticeringen som udgangspunkt for en langsigtet planlægning (assessment planlægning).

Indsatser med social- og sundhedsassistenter er i øvrigt signifikant mere tilfredse med planerne for den fremtidige sociale indsats i brugernes liv end tilbud uden social- og sundhedsassistenter. Men ellers er der ingen signifikante sammenhænge mellem faggrupper, indsatstyper og tilfredsheden med planerne.

Adspurgt åbent om, hvilken faggruppe der har ansvaret for at udarbejde planerne for den fremtidige *sociale indsats* i brugernes tilværelse, svarer informanterne vidt forskelligt:

- Nogle informanter svarer "*alle*", hvilket kan sammenlignes med dem, der svarer "*ingen*", idet ansvaret ikke knytter sig til nogen bestemt gruppe.
- Nogle informanter skriver, at ansvaret *varierer fra gang til gang* afhængigt af brugerens situation.
- En del informanter peger på de *pædagogiske medarbejdere* som ansvarlige for planerne for den fremtidige sociale indsats.
- En del informanter mener, at det er eller burde være de *kommunale sagsbehandlere*, der har ansvaret.
- Flere informanter beskriver forskellige former for *samarbejder* omkring planerne for den fremtidige sociale indsats. Det kan for eksempel være mellem SKP, brugeren selv, den kommunale sagsbehandler, pårørende og en læge.

Hvad angår ansvaret for planerne for den fremtidige *sundhedsmæssige indsats* i brugernes tilværelse, så er svarene således:

- Også her skriver flere tilbud, at *alle* medarbejdere har ansvaret.

- Der bliver generelt og meget logisk peget mere på det sundhedsfaglige personale i denne forbindelse; det vil sige *egen læge, ergoterapeuter og sygeplejersker*.
- Også vedrørende den sundhedsmæssige indsats bliver der i høj grad peget på et *tværfagligt ansvar*, hvori også det pædagogiske personale, de kommunale sagsbehandlere med flere indgår.

Blandt de interviewede fagpersoner er der enighed om, at handleplanerne ikke fylder meget i deres hverdag, men uenighed om, hvem der bør have ansvaret for planerne for den fremtidige indsats – og om der overhovedet behøver at være en fast koordinator, da nogle mener, det fungerer godt med varierende ansvarspersoner fra sag til sag. Men en informant påpeger, at bostøttefunktionen er et godt bud på en ansvarsperson, da de er meget tæt på brugeren, ligesom flere peger på støtte- og kontaktpersonernes brobyggerfunktion. En anden informant mener, at der bør etableres tværfaglige team med ansvar:

”Vi er måske nok de mest koordinerende, da vi har den daglige kontakt. Det fungerer godt” (Fra interview med bostøtte-tilbud efter SEL § 85).

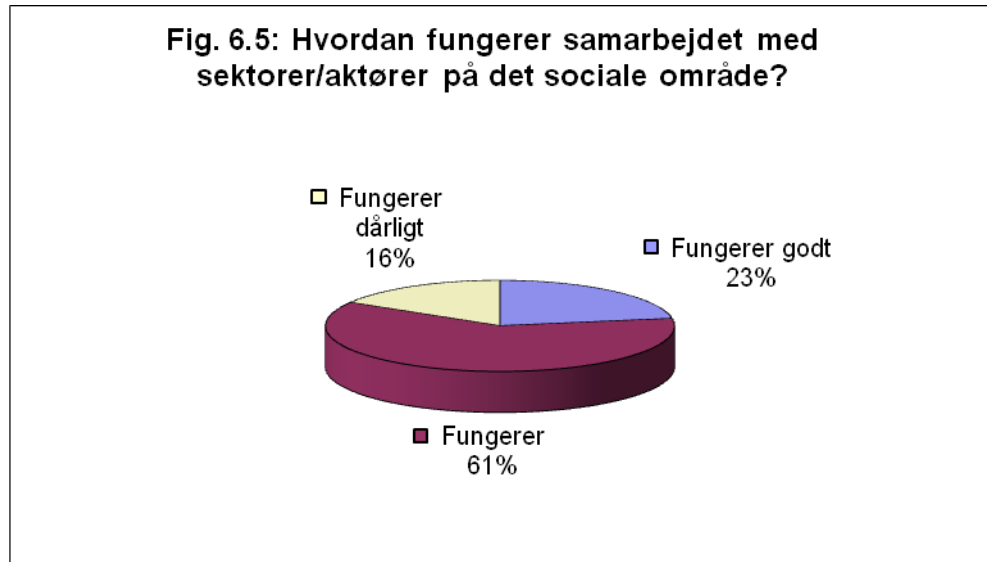
”Der er mange partnere i det (jf. Skanderborg: hvor man samler interessenterne, og alle har et ansvar). Jeg er mere tilhænger af misbrugspsykiatri-modellen (Århus), med specialansatte læger, sagsbehandlere med videre. Det vil sige, borgerne bliver tilknyttet et specialiseret team, som har forstand på tingene” (Fra ekspertinterview).

Samlet kan det konkluderes, at indsatserne ikke har et systematisk eller ens billede af, hvem der er ansvarlig for hverken den fremtidige sociale eller den fremtidige sundhedsmæssige indsats i brugernes liv. Det varierer fra indsats til indsats, og spørgsmålet er, om det er hensigtsmæssigt. Handleplanerne ser heller ikke ud til at være blevet ordentligt implementeret i indsatserne.

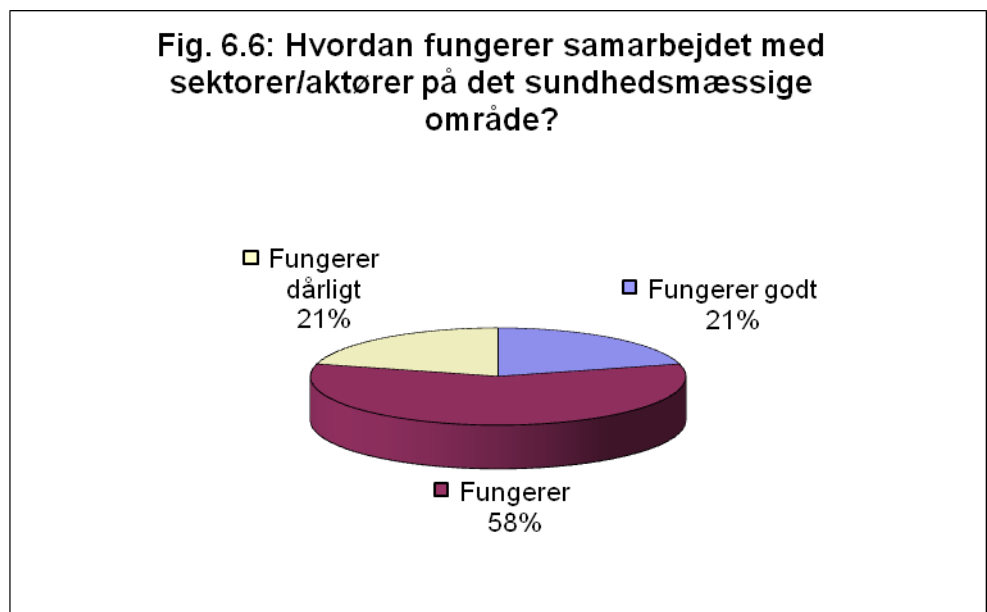
6.4. Vurdering og forslag til forbedringer af samarbejdet og indsatsen

Nedenstående to lagkagediagrammer 6.5 og 6.6 viser, at mere end halvdelen af informanterne mener, at samarbejdet omkring mennesker med dobbeltdiagnose fungerer, mens lidt under 1/4 synes, det fungerer godt. 16,0

% (11) af indsatserne mener, det fungerer dårligt på det sociale område, mens 21,0 % (14) af indsatserne mener, det fungerer dårligt på det sundhedsmæssige område. Overordnet set er der altså lidt mere tilfredshed med samarbejdet på det sociale område end på det sundhedsmæssige område:



N = 67



N = 67

Det skal bemærkes, at det naturligvis ikke er ensbetydende med, at samarbejdet mellem de forskellige indsatser omkring mennesker med dobbeltdiagnose også synes at fungere lige så godt for dem, der vurderer det ”udefra”; det vil sige brugerne selv, pårørende, tilbud og myndigheder der ikke indgår i samarbejdet.

Hverken indsatsstypen eller personalets faglige baggrund har signifikant betydning for tilfredsheden med samarbejdet på såvel det sociale som det sundhedsmæssige område. Der er heller ikke nogen signifikant forskel på de to regioners tilfredshed med samarbejdet.

Informanterne har mange idéer til, hvordan samarbejdet kunne forbedres:

- Øget kommunikation
Bedre dialog og vidensudveksling mellem for eksempel de offentlige og de private indsatser, hvilket kræver, at hver indsats bliver bedre til at ”præsentere” sig selv for andre. En god måde at ”mødes” på menes at være under efteruddannelseskurser, oplysningskampagner og lignende (og altså ikke blot under ad hoc møder og skriftlig kontakt – jf. ovenstående).
- Formalisering af arbejdsproceduren
En klargøring af, hvem der har ansvaret for at udarbejde en plan for den enkelte bruger og udarbejdelse af samtykkeerklæringer, der muliggør udveksling af oplysninger mellem tilbud. En hel del informanter efterlyser også en fast møderamme, oprettelse af konkrete netværk og mere skriftlighed i samarbejdet med andre indsatser.
- Bedre mulighed for udredning og diagnosticering
At de enkelte indsatser i højere grad selv bliver i stand til at udrede misbrug og diagnosticere sindslidelser eller, at vurderingen af brugerne ved visitationen til et tilbud forbedres med henblik på hurtigere at kunne give den rette behandling. Der er desuden kritik af den store udskiftning blandt de kommunale sagsbehandlere, som ofte trækker sagerne i langdrag.
- Flere ressourcer
I form af mere tid, økonomi og faglig kapacitet til at tage sig af dobbeltdiagnoserne, som betragtes som ekstra ressourcekrævende.
- Brugerne i fokus
Nogle informanter mener, at indsatserne og samarbejderne i højere grad burde lytte til brugernes egne ønsker og meninger. Der bliver også

efterlyst større forståelse fra den traditionelle behandlingspsykiatris side overfor patienter med misbrug.

En interviewet informant beskriver i få ord, hvad der kan være hæmmende for samarbejdet:

“Når vi ikke tror på hinanden. For eksempel ved alt for hurtige indskrivninger, når borgeren ikke er færdigbehandlet. Det er vigtigt, at vi også tør sige til hinanden, når vi opfatter det forskelligt. Og det er vigtigt, at vi tager brugeren med i beslutninger og drøftelser [...] Vi skal have forståelse for hinandens vilkår og rammer som professionelle. Politiet kan ikke forstå, at vi ikke bare låser dem inde. Hospitalet kan ikke forstå, at vi ikke bare smider dem ud, når de misbruger. Det kan være svært for vores medarbejdere at forstå, at man bliver udskrevet fra hospitalet efter 5 dages indlæggelse. Psykiatrien er utrolig overophedet. Det er ikke svært at få brugerne til at deltage. Når de traditionelle måder – konference med mere – ikke er interessante for borgeren, må vi finde andre måder at gøre det på” (Fra ekspertinterview).

Adspurgt om, hvilken type sociale og/eller sundhedstilbud, der eventuelt mangler på nuværende tidspunkt i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose, svarer informanterne fra spørgeskemaundersøgelsen:

- Akut boliger, asylter eller *midlertidige rummelige opholdssteder* til afgang for sidemisbrug, men med plads til sindslidelse.
- *Flere botilbud* med døgnpersonale, boliger med relevant støttende netværk med professionel kontakt, selvstændige lejligheder, opgangsfællesskaber og bofællesskaber.
- Mere *opsøgende arbejde*.
- Bedre *oplysning om kost og motion* for eksempel via et opsøgende sundhedsteam og standardiserede sundhedsundersøgelser.
- *Behandlingstilbud specifikt til dobbeltdiagnoser.*

- *Dagtilbud* med for eksempel social færdighedstræning, psykoedukation og samvær. Men der er også forslag om et tilbud, der opsøger brugerne i eget hjem og tager dem med til nogle aktiviteter.
- *Særlige tilbud til unge* med dobbeltdiagnose såsom væresteder.
- Flere *plejehjemspladser særligt til ældre* med dobbeltdiagnose.
- Flere *sengepladser i psykiatrien* og indstilling på også at tage sig af dobbeltdiagnoser.
- At flere tilbud selv bliver i stand til at *udrede misbrug og diagnosticere sindslidelser*.

Der er med andre ord ønsker om forøgelse eller oprettelse af alle typer indsatser til mennesker med dobbeltdiagnose, hvorfor den samlede konklusion må blive, at der er behov for mere *fokus* på denne målgruppes meget forskelligartede behov. Tilbuddene ser ud til at være klar over, at personer med dobbeltdiagnose har brug for mange forskellige former for støtte, og der er tegn på, at hvert enkelt tilbud ville ønske at kunne klare det hele selv. Samtidig er der dog også tegn på, at der mangler en koordination af samarbejdet. Om dette siger en interviewet informant:

”Kommunalreformen med udskillelse af jobcentre, misbrugscentre med mere har skabt mere bureaukrati og gjort det sværere for de ressourcetsvage. Det kunne være interessant at lave helhedsindsats – for eksempel psykiatريفorvaltning. Indsatsen er blevet meget splittet op. Samtidig skal vi ikke tilbage til forsorgstankegangen. Mange af vores beboere kunne godt klare sig, hvis resten af samarbejdet ikke var så splittet op. De vil gerne job, klub med mere, men tingene er splittet op. Der er behov for en helhed, som ikke er alt for dominerende” (Fra ekspertinterview).

Det ser ud til, at der stadig skal arbejdes på at skabe mere helhedsorienterede tilbud for eksempel i form af tætte samarbejder i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose. Selvom mange indsatser forsøger at blive selvforsynende med metoder og tværfaglighed, kan de alligevel ikke tilbyde alt på samme sted (Jf. den lille andel der selv diagnosticerer sindslidelser og udreder misbrug), hvorfor de må vise brugerne videre til andre tilbud. Og hvis ikke der er klarhed

om, hvem der gør hvad, kan det manglende samarbejde meget vel betyde dobbeltarbejde, som ikke gavner brugeren.

7 Udfordringer

For at pejle sig nærmere ind på, hvor der er mest behov for udviklings- og analysetiltag i forhold til indsatsen overfor mennesker med dobbeltdiagnose, er det væsentlig at spørge både fagfolk og brugere, hvad der udgør de største udfordringer på området i dag.

7.1 Udfordringer ifølge indsatserne

Indsatserne er i spørgeskemaet blevet bedt om meget åbent at beskrive de kommende års væsentligste udfordringer i deres arbejde med at indfri formålet med tilbuddene i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose. Svarene deler sig i nogle hovedtemaer:

- Flere tilbud oplever, at *antallet af brugere med dobbeltdiagnose er stigende* og, at der især kommer *flere unge* med dobbeltdiagnose. Et enkelt tilbud oplever også stadig flere dobbeltdiagnoser, hvori ADHD indgår.
- Det forekommer at være en stor udfordring for flere forskellige typer af tilbud *både at kunne give individuel og specifik støtte til brugerne og samtidig kunne tage hensyn til fællesskabet og helheden på stedet*. Det handler for manges vedkommende om at skulle kunne rumme en bred brugergruppe med vidt forskellige behov eller at være i stand til hurtigt at kunne viderevisitere til et mere relevant tilbud.
- Nogle tilbud mener, at den væsentligste udfordring ligger i at blive *bedre til at udrede brugernes problemer*.
- Andre, men få, mener, at udfordringen ligger i at *optimere samarbejdet omkring mennesker med dobbeltdiagnose – blandt andet i kraft af en overordnet politik på området*.
- En udfordring mere menes at være at sørge for *bedre uddannelse* i blandt andet kognitiv terapi til medarbejderne.

- Et enkelt tilbud nævner problematikken i, at en *stigende kriminalitet* følger i kølvandet på dobbeltdiagnoserne.
- Endelig er det en udfordring for flere tilbud at yde den støtte, de gerne vil give, med de *ressourcer* de har. Der er ønsker om at udvide åbningstider, ansætte flere fagfolk, forbedre de fysiske rammer og opnå mere viden om dobbeltdiagnoser i især de små kommuner eller på tilbud med ganske få ansatte.

Igen ses, at tilbuddene på mange måder ønsker at gøre sig til selvforsynende generalister ved for eksempel mere uddannelse til personalet, rum til mange forskellige brugertyper og mulighed for selv at kunne udrede og diagnosticere på stedet fremfor at benytte sig af de ressourcer, der allerede findes på andre tilbud. Samtidig viser undersøgelsens interview med personer med dobbeltdiagnose og eksempelvis en undersøgelse af tilbuddene i København (Niras Konsulenterne 2008), at det kan være hæmmende for brugernes udvikling og især afrusning af misbrug at være i behandling eller leve sammen med andre brugere med andre problemstillinger og behov (jf. ovenfor). Det er let forståeligt, at det for eksempel er svært at komme af med et misbrugsproblem, hvis man kommer på tilbud, hvor adgangen til alkohol og stoffer er let.

De kvalitative interview med fagpersoner viste uenighed om, hvorvidt der mangler viden om dobbeltdiagnoser blandt fagfolk. Men blandt tilhængerne af mere viden drejer det sig generelt om 2 emner: 1) Sammenhængen mellem misbrug og sygdom, og 2) At få dokumenteret erfaringerne for blandt andet at teste metodernes evidens (jf. ovenfor). Herudover bliver der blandt andet peget på, at der foreligger en formidlings- og uddannelsesopgave:

”Mange steder mangler der viden om, hvordan man arbejder dobbeltfokuseret. I misbrugsbehandlingsindsatsen er der mange steder, som kun har fokus på misbrugsbehandlingen. Der er væsentligt at man faktisk læser den dokumentation der findes om, hvad der virker. Der er ingen grund til at genopfinde krudtet. Der er behov for formidling og uddannelse på omfærdet. Herudover er det væsentligt at være opmærksom på, at misbrugsbehandlings- og det sociale område deler en række fælles grundproblemer, som gør, at man kan lære af hinanden.” (Fra ekspertinterview).

7.2 Udfordringer ifølge brugerne

De interviewede personer med dobbeltdiagnose påpeger selv vigtigheden i at have en slags ”kontaktperson” med autoritet, der kan tale deres sag og koordinere i forhold til de mange forskellige tilbud, de er i kontakt med:

”Så derfor er det godt nok, at der er personale om dagen til at ringe videre og give beskeden videre. Fordi når der er en myndighed bag ved, så kan vi nemt blive kørt med igennem [...] Ja, det kan være advokat og incassofirma og hvad ved jeg” (Fra interview med to beboere på et botilbud).

Brugerne efterlyser ligeledes mere aktivitet i hverdagen samt en hurtigere viderevisitation, når de er i bedring:

”De hjælper ikke én til at komme videre i systemet. Der mangler beskæftigelse her – hvis der kom noget mere beskæftigelse, ville de få flere stjerner. De gør for lidt for at beskæftige os i hverdagen. Kan dog tage en tur til Louisiana, kan komme i biografen. De hjælper for eksempel ikke med at finde musikere, så jeg kan spille. Jeg spiller ikke meget med personalet. Men jeg taler med personalet om alt” (Fra interview med en tidligere alkoholmisbruger på et bofællesskab).

Og som tidligere nævnt påpeger brugerne selv vigtigheden i at matche tilbuddenes målgruppe bedre, så de ikke risikerer at blive påvirket af de øvrige brugere til en udvikling i en mere negativ retning.

8 Litteratur

- Amtsrådsforeningen 2005: *Rapport om amternes indsats for sindslidende misbrugere.*
- Verheul R, Van den Brink, W & Hartgers, C (1995) *Prevalence of Personality Disorders among Alcoholics and Drug Addicts: An Overview.* I *European Addict Research 1: 166-177.*
- Ball, Samuel A. 2004 *Treatment of Personality Disorders with Co-occurring Substance Dependence: Dual Focus Schema Therapy* i Magnavita, J. J. (red.) *Handbook of Personality Disorders – Theory and Practice.* New Jersey. John Wiley & Sons, Inc.
- Benjaminsen, L. & Christensen, I. 2007: *Hjemløshed i Danmark 2007. National kortlægning.* SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Christensen, I & Koch-Nielsen, I. 2007: *Profiles and trends in Danish homelessness - Definitions, measurement and interpretations.* Arbejdsrapport – Socialforskningsinstituttet: 11.
- Danmarks Statistik 2009: *Folketal 1. januar efter kommune/region, alder, køn, herkomst, statsborgerskab og oprindelsesland for 2008.* www.statistikbanken.dk.
- Ebsen, F., Henriksen, J. & Rieper, O. 2003 *Hænger det sammen? Sammenhængen i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse som problem.* AKF Forlaget.
- Fensbo, M. 2009: *Psykisk syge alkoholikere lades i stikken.* Fokus nr. 1 2009.

- Frederiksen, K., Laugesen, H., Thorn Clausen, N. m.fl. (red.) 2009: *Projekt Bedre Udredning – kvalitet i den psykiatriske udredning af sindslidende misbrugere.*
- Hansen, S. S. m. fl. 2000: *Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients.* Acta Psychiatrica Scandinavica.
- Indenrigs- og Sundheds- Ministeriet & Amtsrådsfor- eningen 2002: *Den offentlige indsats på alkoholområdet.*
- Järvinen, M. 2004 *Hjemløse flygtninge og indvandrere.* Hans Reitzels Forlag. København.
- Kunnskapssenteret 2007: *Dobbeltdiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnose-instrumenter.* Kunnskapssenteret rapport nr. 21-2007.
- Kunnskapssenteret 2008: *Dobbeltdiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekten av psykosocial behandling.* Kunnskapssenteret rapport nr. 25-2008.
- Merinder, Lars 2009: *Dobbeltdiagnose i Danmark i: Pallesen, J., Løkke, K., Schriwer, T. & Merinder, L. (red.) 2009 Dobbeltdiagnose – håb – afklaring – handling. En antologi.* Århus Universitetshospital Risskov. Team for Misbrugspsykiatri.
- Niras Konsulenterne 2008: *Undersøgelse af bosteder og bofællesskaber i Københavns Kommune.*
- ODCCP 2000: *Demand reduction: a glossary of terms,* De Forenede Nationer.
- Pallesen, J., Løkke, K., Schriwer, T. & Merinder, L.

- (red.) 2009: *Dobbeltdiagnose – håb – afklaring – handling. En antologi.* Århus Universitetshospital Risskov. Team for Misbrugspsykiatri
- Psykiatrien Region Nord-Jylland 2008: *Rapport fra underarbejdsgruppen vedr. indsatsen i forhold til dobbeltdiagnosepatienter.*
- Schepelern Johansen, K. 2008/2009: *Pårørende til brugere i dobbeltdiagnosebehandling.* STOF 12.
- Socialministeriet 2007: *Bekendtgørelse af lov om social service nr. 58 af 18. januar 2007.*
- Styrelsen for Social Service 2006: *Udvikling af døgntilbud til sindslidende med misbrug.* Socialministeriet.
- Sønderby, L., Aakerholt, A., Merinder, L. & Ravens, B. 2006: *Tilbud og behandling til patienter med dobbeltdiagnose i Skandinavien 2006.* NOPUS.
- Tillia, G & Vincenti, G 2004: *Boligløs eller hjemløs? Om etniske minoriteter på § 94-boformer for hjemløse i København.* VFC Socialt Udsatte. København.
- Vendsborg, P. 2005: ”Indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnoser” i *Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug.* Red. Wedel Andersen, K. & Perlt, D. Socialt Udviklingscenter SUS.
- Vincenti, G 2001: *Statusnotat om: Kortlægning af personer med etnisk minoritetsbaggrund på §94 boformer.* Formidlingscentret for Socialt arbejde. Esbjerg.

- Wedel Andersen, K. &
Perlt, D. (Red.) 2005: *Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug.* Socialt Udviklingscenter SUS.
- WHO (1995) *Lexicon of alcohol and drug terms,* WHO: Genève.

9 Bilag 1: Spørgeskema



Undersøgelse af tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose

Socialt Udviklingscenter SUS gennemfører for Landsforeningen SIND en undersøgelse af tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose. Formålet med undersøgelsen er at tilvejebringe

- Viden om aktuelle bo- og behandlingstilbud for mennesker med dobbeltdiagnose
- Viden om sammenhænge og samarbejdsflader i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose
- Fokusområder til en fremtidig indsats.

Undersøgelsen omfatter Region Nordjylland og Region Sjælland samt kommunerne i de to regioner. I undersøgelsen udfylder myndigheder, organisationer og tilbud, der benyttes af personer med dobbeltdiagnose, et spørgeskema, som omhandler det enkelte tilbuds:

- Kapacitet
- Brugere
- Samarbejde med andre aktører i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose
- Faglige udrednings- og interventionsmetoder
- Syn på fremtidige udfordringer i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose.

For at sikre et retvisende billede af indsatsen og fremtidige udfordringer på området er det afgørende, at spørgeskemaet udfyldes og returneres af alle relevante tilbud, som er i kontakt med mennesker med dobbeltdiagnose. Spørgeskemaet bedes udfyldt **senest d. 21. maj**. Socialt Udviklingscenter SUS trækker lod om **3 x 3 flasker vin** blandt indsenderne af de første 25 besvarelser. Undersøgelsens resultater beskrives i en rapport, som forventes at blive publiceret inden sommerferien.

Mennesker med dobbeltdiagnose forstås i undersøgelsen som personer, der lider af en sindslidelse, og som samtidig misbruger alkohol og/eller stoffer.

Hvorvidt der er tale om en *sindslidelse* afgøres af, om personen er diagnosticeret med en sindslidelse i forhold til det internationale diagnosesystem ICD 10. Der kan være tilfælde, hvor personen måske ikke er diagnosticeret, men hvor du som

professionel har en begrundet formodning på baggrund af forskellige symptomer om, at personen har en sindslidelse i forhold til klassifikationerne i ICD 10. I de tilfælde bedes du inkludere personen i dine besvarelser. Det vil sige, at du i forbindelse med udfyldelse af spørgeskemaet skal oplyse dels om personer, der har en diagnosticeret sindslidelse og dels personer, som – du formoder - har en sindslidelse. (Hvis I benytter diagnosesystemet DCM IV og ikke bruger ICD 10, bedes du beskrive brugerne så godt som muligt i forhold til ICD 10 i de relevante spørgsmål).

Hvorvidt der er tale om, at en person har et *misbrug* afgøres af, i hvilket omfang brugen af stoffer eller alkohol skader personen fysisk, psykisk og/eller socialt. Det vil sige, der er tale om et misbrug, hvis en person bruger stoffer og/eller alkohol over en kortere eller længerevarende periode (minimum én måned) på en måde, så det har negative konsekvenser for personens fysiske og/eller psykiske helbred, eller hvis det har negative konsekvenser for personens evne til at varetage sine forpligtelser i forhold til fx børn, arbejde og daglige gøremål.

I nogle af spørgsmålene benyttes forkortelsen 'SL § XX'. Forkortelsen henviser til 'Servicelovens § XX'.

Vi foretrækker, at du udfylder spørgeskemaet elektronisk. Ønsker du at udfylde det i papirversion, er du velkommen til at printe det ud og efterfølgende sende det til Socialt Udviklingscenter SUS, Nørre Farimagsgade 13, 1364 København K. Att. Ivan Christensen. Udfylder du spørgeskemaet elektronisk, bedes du skrive 'Dobbeltdiagnose-undersøgelse' i emnefeltet og e-maile det udfyldte spørgeskema til SUS' sekretariat, e-mail: sus@sus.dk.

Har du spørgsmål i forbindelse med udfyldelsen af spørgeskemaet eller undersøgelsen i det hele taget, kan du kontakte Konsulent Ivan Christensen på e-mail ich@sus.dk eller telefon 3317 9150.

På forhånd mange tak for hjælpen!

Baggrund

1. Hvad er tilbuddets navn? _____

2. Hvilken type tilbud er der tale om?

Du bedes kun sætte ét kryds for den type af tilbud, besvarelsen mest omhandler. Hvis besvarelsen omhandler flere af disse tilbud lige meget, kan det anføres under "andet".

Aktivitets- og samværstilbud (SL § 104)	
Alkoholbehandlingstilbud (døgn) (jf. sundhedsloven § 141)	
Alkoholbehandlingstilbud (dag) (jf. sundhedsloven § 141)	
Alkoholbehandlingstilbud (ambulant) (jf. sundhedsloven § 141)	
Behandling af personer med særlige problemer (SL § 102. Tilbud til personer, som ikke får hjælp efter SL § 85 - fx psykologisk, psykoterapeutisk, sygeplejemæssig eller anden behandling)	
Efterværn, socialpædagogisk støtte mv.(SL § 86)	
Længerevarende botilbud (SL § 108)	
Midlertidige botilbud (SL § 107, stk 2.1)	
Midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer (SL § 110)	
Midlertidige ophold i døgnstilbud for mennesker med sindslidelser (SL § 107, stk. 2.2)	
Opsøgende psykoseteams	
Stofmisbrugsbehandlingstilbud (ambulant) (§ 142 i sundhedsloven og § 101 i Serviceloven)	
Stofmisbrugsbehandlingstilbud (dagtilbud) (§ 142 i sundhedsloven og § 101 i Serviceloven)	
Stofmisbrugsbehandlingstilbud (døgnstilbud) (§ 142 i sundhedsloven og § 101 i Serviceloven)	
Støtte- og kontaktpersoner til sindslidende og mennesker med særlige sociale problemer (SL § 99)	
Tilbud om beskyttet beskæftigelse (SL § 103)	
Andet distriktpsychiatrisk tilbud – angiv hvilket:	

Andet/andre tilbud (Angiv paragraf og type af tilbud)	
---	--

3. Sæt kryds ved de faglige baggrunde, jeres nuværende personale har:

Sygeplejersker	
Sundhedsplejersker	
Psykologer	
Psykiatere	
Læger (almen medicin)	
Socialrådgivere	
Socialpædagoger	
Social- og sundhedsassistenter	
Socialformidlere	
Pædagoger	
Social- og sundhedshjælpere	
Ergoterapeuter	
Fysioterapeuter	
Specifik (efter-)uddannelse om dobbeltdiagnose	
Andet – hvilket?	

Brugere

4. Beskriv formålet med jeres tilbud i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose:

5. Angiv antal brugere, som tilbuddet var *normeret* til i alt i 2008:

Antal dagbrugere	Antal døgnbrugere

6. Angiv antal brugere med *dobbeltdiagnose*, som tilbuddet var *normeret* til i 2008:

Antal dagbrugere med dobbeltdiagnose	Antal døgnbrugere med dobbeltdiagnose

7. Angiv det *faktiske antal* brugere med dobbeltdiagnose i 2008 fordelt på type af hoveddiagnose (ICD10-diagnoser) og rusmiddeltype (oplys her og i resten af spørgeskemaet både vedrørende brugere, som har en diagnosticeret sindslidelse og brugere, hvor du har en formodning om, at pågældende har en sindslidelse):

	Psykotisk (fx skizofreni) (F20-29)	Nervøse- og stressrelaterede tilstande (F40-F49)	Personlighedsforstyrrelser (F60-F69)	Psykiske udviklingsforstyrrelser (F80-89)	Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (F90-98)	Affektive lidelser (F30-F39)
Alkohol						
Narkotika*						
Hash/khat						
Alkohol & narkotika						
Alkohol & hash/khat						
Alkohol, narkotika & hash/khat						

Narkotika & hash/khat						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

*Fx Heroin, kokain, amfetamin eller ecstasy.

8. Angiv *det faktiske antal* brugere med *dobbeltdiagnose* i 2008 fordelt på køn:

Antal mandlige brugere med dobbeltdiagnose	Antal kvindelige brugere med dobbeltdiagnose

9. Angiv *det faktiske antal* brugere i 2008 med *dobbeltdiagnose* fordelt på alder:

18-24 år	
25-29 år	
30-39 år	
40-49 år	
50-59 år	
60 år og opefter	
Kender ikke alderen	

10. Angiv *det faktiske antal* brugere med *dobbeltdiagnose* i 2008 fordelt på etnisk baggrund:

Ikke flygtninge/indvandrerbaggrund	
1. generationsflygtninge/indvandrerbaggrund	
2. generationsflygtninge/indvandrerbaggrund	
3. generationsflygtninge/indvandrerbaggrund	
Ved ikke	

11. Angiv *det faktiske antal* brugere med *dobbeltdiagnose* fordelt på nationalitet:

Danmark	
Øvrige nordiske lande	
Øvrige Europa (inkl. Rusland)	
Mellemøsten	

Afrika	
Asien	
Latinamerika	
Nordamerika	
Andet, angiv hvorfra:	
Ved ikke	

Samarbejde

12. Hvilke samarbejdsformer er der mellem jeres tilbud og andre sektorer/aktører i forhold til den enkelte bruger med dobbeltdiagnose?

Prioriter mellem:

0 = Intet samarbejde

1 = Sjælden samarbejdsform

2 = Hyppig samarbejdsform

3 = Meget anvendt samarbejdsform

	Faste møder (fx om procedurer, problemstillinger, eller orientering om aktuelle sager)	Faste møder (fx om støtte og behandling ved akut opståede problemer)	Ad hoc møder (fx om støtte og behandling til konkrete brugere, akut opståede problemer)	Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art (fx råd, vejledning, underretning om givne brugere, konkrete forespørgsler)	Sparring, supervision eller undervisning
Aktivitets- og samværstilbud (SL § 104)					
Alkoholbehandlingstilbud					
Efterværn, socialpædagog					

o-gisk støtte mv.(SL § 86)					
Længerevarende botilbud (SL § 108)					
Midlertidige botilbud (SL § 107, stk 2.1)					
Midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer (SL § 110)					
Døgntilbud for mennesker med sindslidelser (SL § 107, stk. 2.2)					
Opsøgende psykoseteams					
Stofmisbrugsbehandlingstilbud					
SKP (SL § 99)					
Andet distriktpsychiatrisk tilbud – angiv hvilket:					
Andet/andre					

tilbud (Angiv paragraf og type af tilbud)					
---	--	--	--	--	--

13. Angiv, hvor ofte I får viden om den *sociale indsats* i brugerens liv, når brugere med dobbeltdiagnose visiteres eller kommer til jeres tilbud:

Altid	
Ofte	
En gang i mellem	
Sjældent	
Aldrig	

14. Angiv, hvor ofte I får viden om den *sundhedsmæssige indsats* i brugerens liv, når brugere med dobbeltdiagnose visiteres eller kommer til jeres tilbud:

Altid	
Ofte	
En gang i mellem	
Sjældent	
Aldrig	

	Altid	Ofte	Af og til	Sjældent	Aldrig
Aktivitets- og samværstilbud (SL § 104)					
Alkoholbehandlingstilbud					
Efterværn, socialpædagogisk støtte mv.(SL § 86)					
Længerevarende botilbud (SL § 108)					
Midlertidige botilbud (SL § 107, stk 2.1)					
Midlertidige botilbud for personer med særlige sociale problemer (SL § 110)					

Døgntilbud for mennesker med sindslidelser (SL § 107, stk. 2.2)					
Opsøgende psykoseteams					
Stofmisbrugsbehandlingstilbud					
SKP (SL § 99)					
Andet distriktspsykiatrisk tilbud – angiv hvilket:					
Andet/andre tilbud (Angiv paragraf og type af tilbud)					

15. Angiv tilstrækkeligheden af den viden, I typisk får om den sociale indsats i brugerens liv, når brugere med dobbeltdiagnose visiteres eller kommer til jeres tilbud:

Tilstrækkelig	
Utilstrækkelig	

16. Angiv tilstrækkeligheden af den viden, I typisk får om den sundhedsmæssige indsats i brugerens liv, når brugere med dobbeltdiagnose visiteres eller kommer til jeres tilbud:

Tilstrækkelig	
Utilstrækkelig	

17. Angiv, hvor ofte I visiterer brugere med dobbeltdiagnose videre til følgende tilbud:

18. Når/hvis I visiterer brugere videre til andre sociale tilbud, hvordan oplever du så typisk planerne for den *fremtidige sociale indsats* i brugerens tilværelse?

Som tilstrækkelige	
Som utilstrækkelige	

19. Når/hvis I visiterer brugere videre til andre sundhedstilbud, hvordan oplever du så planerne for den *fremtidige sundhedsmæssige indsats* i brugerens tilværelse?

Som tilstrækkelige	
Som utilstrækkelige	

20. Hvilken faggruppe har ansvaret for at udarbejde planerne for den fremtidige sociale indsats i brugerens tilværelse?

21. Hvilken faggruppe har ansvaret for at udarbejde planerne for den fremtidige sundhedsmæssige indsats i brugerens tilværelse?

22. Hvordan vil du generelt beskrive jeres samarbejde med andre sektorer/aktører på det sociale område i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose?

Det fungerer godt	
Det fungerer	
Det fungerer dårligt	

23. Hvordan vil du generelt beskrive jeres samarbejde med andre sektorer/aktører på det sundhedsmæssige område i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose?

Det fungerer godt	
Det fungerer	
Det fungerer dårligt	

24. Hvordan kan jeres samarbejde med andre sektorer/aktører i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose forbedres?

25. Hvilken type sociale- og/eller sundhedstilbud, synes du, der mangler på nuværende tidspunkt i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose?

26. I det følgende bedes du angive, hvilke metoder I benytter i arbejdet med at *diagnosticere* sindslidelser for personer med et misbrug:

Metode til diagnosticering af sindslidelse	Sæt kryds
Vi diagnosticerer <u>ikke</u> sindslidelser på vores tilbud	
ICD 10 (International Classification of Diseases 10)	

DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4)	
ASI (Addiction Severity Index)	
BDI (Beck's Depression Inventory)	
PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire)	
SCL-90-R (Revised Symptom Checklist 90)	
C-DIS (Computerized Diagnostic Interview Schedule)	
MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)	
PRISM (Psychiatric research Interview for Substance and Mental Disorders)	
M.I.N.I. (Mini international Neuropsychiatric Interview)	
The Hamiltons Rating Scale for Depression	
NEO PI-R (NEO Personality Inventory-Revised)	
MCMII III – (Millon Clinical Multiaxial Inventory)	
Andre metoder (angiv hvilke)	

27. Hvad er baggrunden for, at det er netop de metoder, I benytter til at diagnosticere sindslidelser?

28. I det følgende bedes du angive, hvilke metoder I benytter i arbejdet med at udrede misbrug for personer med sindslidelse:

Metode til udredning af misbrug	Sæt kryds
Vi udreder <u>ikke</u> misbrug for personer med sindslidelse på vores tilbud	
ICD 10 (International Classification of Diseases)	

10)	
DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4)	
ASI (Addiction Severity Index)	
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	
CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye Opener)	
DALI (Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument)	
CUAD (Chemical Use, Abuse and Dependence Scale)	
DAST (Drug Abuse Screening Test)	
SED (Severity of Dependence Scale)	
CAAP (Comprehensive Addictions and Psychological Evaluation)	
RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble)	
Andre metoder (angiv hvilke):	

29. Hvad er baggrunden for, at det er netop de metoder, I benytter til at udrede misbrug?

30. I det følgende bedes du angive, hvilke *interventionsmetoder* I benytter i arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnose:

Interventionsmetode	Sæt kryds
Vi benytter <u>ikke</u> interventionsmetoder i arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnose i vores tilbud	
Medicinsk behandling	
Relationsarbejde	

Recovery	
Kognitive metoder	
Casemanagement	
Familieterapi	
Adfærdsorienteret metode	
Psykologfaglig metode	
Motivationsteori	
Omsorg som metode	
Værestedpædagogik	
Selvhjælpsgrupper	
Karboga	
ADL-træning	
Motivationsteori	
Psykoedukation	
Netværksinddragelse (inddragelse af pårørende mv.)	
Medicinsk behandling	
Integreret behandling	
Aktivt opsøgende behandling	
Social færdighedstræning	
Harmreduction	
Nada	
Åben dialog (rettet mod pårørende)	
Psykosocial rehabilitering	
Systemisk teori og metode	
Andre metoder (angiv hvilke):	

31. Hvad er baggrunden for, at det er netop de interventionsmetoder, I benytter?

32. I det følgende bedes du angive, hvilke metoder blandt dem, I ikke anvender på nuværende tidspunkt, du godt kunne tænke dig, at I kunne tilbyde i jeres indsats med at *udrede* misbrug for mennesker med dobbeltdiagnose:

Metode til udredning af misbrug	Sæt kryds
Jeg synes ikke, der er behov for (flere) misbrugsudredningsmetoder på vores tilbud	
ICD 10 (International Classification of Diseases 10)	
DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4)	
ASI (Addiction Severity Index)	
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	
CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye Opener)	
DALI (Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument)	
CUAD (Chemical Use, Abuse and Dependence Scale)	
DAST (Drug Abuse Screening Test)	
SED (Severity of Dependence Scale)	
CAAP (Comprehensive Addictions and Psychological Evaluation)	
RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble)	
Andre metoder (angiv hvilke)	

33. I det følgende bedes du angive, hvilke metoder blandt dem, I ikke anvender på nuværende tidspunkt, du godt kunne tænke dig, at I kunne tilbyde i jeres indsats med at *diagnosticere* sindslidelser for mennesker med dobbeltdiagnose:

Metode til diagnosticering af sindslidelse	Sæt kryds
Jeg synes ikke, der er behov for (flere) diagnosticeringsmetoder af sindslidelser på vores tilbud	

ICD 10 (International Classification of Diseases 10)	
DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4)	
ASI (Addiction Severity Index)	
BDI (Beck's Depression Inventory)	
PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire)	
SCL-90-R (Revised Symptom Checklist 90)	
C-DIS (Computerized Diagnostic Interview Schedule)	
MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)	
PRISM (Psychiatric research Interview for Substance and Mental Disorders)	
M.I.N.I. (Mini international Neuropsychiatric Interview)	
The Hamiltons Rating Scale for Depression	
NEO PI-R (NEO Personality Inventory-Revised)	
MCMII III – (Millon Clinical Multiaxial Inventory)	
Andre metoder (angiv hvilke):	

34. I det følgende bedes du angive, hvilke interventionsmetoder blandt dem, I ikke anvender på nuværende tidspunkt, du godt kunne tænke dig, at I kunne tilbyde i jeres indsats for mennesker med dobbeltdiagnose:

Interventionsmetode	Sæt kryds
Jeg synes ikke, der er behov for (flere) interventionsmetoder på vores tilbud	
Medicinsk behandling	
Relationsarbejde	
Recovery	
Kognitive metoder	
Casemanagement	
Familieterapi	

Adfærdsorienteret metode	
Psykologfaglig metode	
Motivationsteori	
Omsorg som metode	
Værestedpædagogik	
Selvhjælpsgrupper	
Karboga	
ADL-træning	
Motivationsteori	
Psykoedukation	
Netværksinddragelse (inddragelse af pårørende mv.)	
Medicinsk behandling	
Integreret behandling	
Aktivt opsøgende behandling	
Social færdighedstræning	
Harmreduction	
Nada	
Åben dialog (rettet mod pårørende)	
Psykosocial rehabilitering	
Systemisk teori og metode	
Andre metoder (angiv hvilke)	

35. Angiv effekten af de interventionsmetoder, I benytter, i forhold til opfyldelsen af formålet med jeres tilbud i forhold til brugere med dobbeltdiagnose:

Interventionsmetode	Stor effekt	Nogen effekt	Ingen effekt
Medicinsk behandling			
Relationsarbejde			
Recovery			
Kognitive metoder			
Casemanagement			
Familieterapi			
Adfærdsorienteret metode			
Psykologfaglig metode			

Motivationsteori			
Omsorg som metode			
Værestedpædagogik			
Selvhjælpsgrupper			
Karboga			
ADL-træning			
Motivationsteori			
Psykoedukation			
Netværksinddragelse (inddragelse af pårørende mv.)			
Medicinsk behandling			
Integreret behandling			
Aktivt opsøgende behandling			
Social færdighedstræning			
Harmreduction			
Nada			
Åben dialog (rettet mod pårørende)			
Psykosocial rehabilitering			
Systemisk teori og metode			
Andre metoder (angiv hvilke):			

36. Anvender I særlige metoder til at udrede misbrug for brugere med dobbeltdiagnose (sammenlignet med brugere, som udelukkende har et misbrug eller, som udelukkende har en sindslidelse)?

Ja	Nej

Hvis du har svaret 'Nej' i spørgsmål 36, så gå videre til spørgsmål 38.

37. Hvis du har svaret 'Ja' i spørgsmål 36, så skriv navnet på de metoder/den metode, I benytter til at udrede misbrug for brugere

med dobbeltdiagnose (sammenlignet med brugere, som udelukkende har et misbrug eller, som udelukkende har en sindslidelse):

38. Anvender I særlige metoder til at diagnosticere sindslidelser for brugere med dobbeltdiagnose (sammenlignet med brugere, som udelukkende har et misbrug eller, som udelukkende har en sindslidelse)?

Ja	Nej

Hvis du har svaret 'Nej' i spørgsmål 38, så gå videre til spørgsmål 40.

39. Hvis du har svaret 'Ja' i spørgsmål 38, så skriv navnet på de metoder/den metode, I benytter til at diagnosticere sindslidelser for brugere med dobbeltdiagnose (sammenlignet med brugere, som udelukkende har et misbrug eller, som udelukkende har en sindslidelse)?

40. Anvender I særlige interventionsmetoder i arbejdet med brugere med dobbeltdiagnose (sammenlignet med brugere, som udelukkende har en sindslidelse eller, som udelukkende har et misbrug)?

Ja	Nej

Hvis du har svaret 'Nej' i spørgsmål 40, så gå videre til spørgsmål 42.

41. Hvis I benytter særlige interventionsmetoder i arbejdet med brugere med dobbeltdiagnose (sammenlignet med brugere, som udelukkende har en sindslidelse eller, som udelukkende har et misbrug), så skriv navnet på metoden/metoderne og angiv effekten af dem i forhold til opfyldelsen af formålet med jeres tilbud i forhold til brugere med dobbeltdiagnose:

Interventionsmetode	Stor effekt	Nogen effekt	Ingen effekt
Angiv hvilken:			
Angiv hvilken:			
Angiv hvilken:			
Angiv hvilken:			
Angiv hvilken:			

42. Beskriv de kommende års væsentligste udfordringer i jeres arbejde for at indfri formålet med jeres tilbud i forhold til mennesker med dobbeltdiagnose:

43. Har du i øvrigt nogle kommentarer til temaet eller spørgeskemaet?

Tak for hjælpen!