



Socialstyrelsen

Udviklingshæmning og problematisk forbrug af rusmidler

Screening og prototype på en
behandlingsindsats til personer
med udviklingshæmning eller
lignende kognitive
vanskeligheder

Marts 2022

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af

Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk

www.socialstyrelsen.dk

Forfattere: Helle Høgh, Emma Sandberg Bilstoft
og Bjarke Nielsen

Kontakt: Helle Høgh

Helle@metodecentret.dk

Indhold udarbejdet af Metodecentret, *Center for
innovation og metodeudvikling* for Social-
styrelsen.

Udgivet marts 2022

Download eller se rapporten på:

www.socialstyrelsen.dk. og

www.metodecentret.dk

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

ISBN: 978-87-94059-85-5

Indhold

Indledning	4
Delrapport I:	
Voksne med udviklingshæmning samt et problematisk forbrug af rusmidler – en litteraturgennemgang	8
Delrapport II:	
National kortlægning af voksne med udviklingshæmning o.l. samt et problematisk forbrug af rusmidler – omfang og problembillede	32
Delrapport III:	
Prototype på en helhedsorienteret behandlings- og støtteindsats til voksne med udviklingshæmning o.l. samt et problematisk forbrug af rusmidler	70

Indledning

Metodecentret har gennemført et screeningsprojekt om voksne borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler for Socialstyrelsen i 2021. Screeningen er en del af Socialstyrelsens Udviklings- og Investeringsprogram.

Baggrund

Der mangler generelt viden omkring voksne borgere med udviklingshæmning, der har et problematisk forbrug af rusmidler. Der mangler viden om, hvor stor gruppen af borgere er, hvorvidt de modtager rusmiddelbehandling i det eksisterende ambulante tilbud, om de profiterer af behandlingen, og hvad der er virksomt.

I en kortlægning af centrale udfordringer på voksensocialområdet, foretaget i 2018¹, svarer knap 2/3 af kommunerne, ud af 75 adspurgte, at de oplever meget eller ret store udfordringer i arbejdet med unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt rusmiddelproblem. Borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og samtidigt problematisk forbrug af rusmidler karakteriseres som faglige svære problemstillinger på tværs af rusmiddelbehandlings- og socialområdet, fordi der mangler viden om omfanget, tilpassede behandlingstilbud og samarbejde på tværs af områderne. Det betyder, at der er et videnshul på området, især hvad angår kvaliteten af de behandlings- og støtteindsatser borgere i målgruppen modtager.

I praksis betyder det, at borgere med udviklingshæmning med et problematisk forbrug af rusmidler risikerer ikke at få den hjælp, de har behov for, fordi det bliver uklart, hvem der fagligt set skal tage ejerskab og ansvar for at arbejde med deres problemstilling.² Denne risiko for manglende behandling eksisterer på trods af, at der siden 2005 har været indført en behandlingsgaranti. Mennesker med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder har, som alle andre borgere, ret til at modtage behandling for deres rusmiddelproblem, og skal senest 14 dage efter henvendelse til et rusmiddelcenter tilbydes et behandlingstilbud. De kan ikke afvises af behandlingssystemet med henvisning til deres funktionsnedsættelse, da det ville være i strid med FN's Handicapkonvention og de gældende principper i den danske handicappolitik om ligestilling og sektoransvar.

¹VIVE, 2018. Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksen-socialområdet. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) udarbejdet til Socialstyrelsen.

²Høgh, H. 2017. Misbrugsadfærd blandt borgere med udviklingshæmning - en litteraturgennemgang. Metodecentret. Madsen og Frellsen, 2020. Erfaringer med misbrugsbehandling til mennesker med udviklingshæmning. I Sørensen (red.) Udviklingshæmning – en grundbog, forlaget Oligo.

Screeningens formål

Screeningsprojektet har til formål at frembringe relevant og virksom viden, både fra forskningslitteraturen og fra en national kortlægning. Litteraturgennemgangen omhandler borgere, der er diagnosticeret med udviklingshæmning, der har et rusmiddelproblem, mens kortlægningen er udvidet til også at omhandle borgere med lignende kognitive vanskeligheder som ved udviklingshæmning. Denne viden skal anvendes til at udvikle et forslag til en prototype på en særligt tilpasset indsats til voksne borgere i målgruppen. Litteraturgennemgangen skal bidrage med viden om virksomme og dokumenterede interventioner, i det omfang de findes, som kan indgå i prototypeudviklingen. Hvor den nationale kortlægning i højere grad indgår som afdækning af baggrundsviden omkring problemets omfang og karakter for borgergruppen, og en vurdering af det eksisterende rusmiddelbehandlingstilbud til målgruppen.

I selve udviklingen af prototypen har Socialstyrelsens systematik været anvendt til udformning af syv handleprincipper. En ekspertgruppe har bidraget til at kvalificere principperne og prioritere de områder, der må styrkes i forhold til det borgernære og tværfaglige samarbejde i indsatsen. Efterfølgende har udkastet til prototypen været udsendt til fem referencekommuner, der har vurderet behovet for en særlig tilpasset indsats til målgruppen og prototypens anvendelighed i kommunal praksis og drift. Formålet med dette har været at undersøge, hvorvidt der er kommunal interesse for, at indsatsen fremadrettet skal modnes og videreudvikles til afprøvning. Samtidig har kommunerne foretaget et forsigtigt økonomisk skøn af, hvor store omkostninger der vil være forbundet med implementering og drift af indsatsen.

Målgruppeafklaring og terminologi i rapporten

Udviklingshæmning

Udviklingshæmning er en bred betegnelse, der omfatter forskellige typer af funktionsnedsættelser. I WHO's internationale klassifikationssystem defineres udviklingshæmning som: *"En tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, det vil sige de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder"*.³ Der defineres fire forskellige niveauer af funktionsnedsættelse, hvor de fleste, der er identificeret med problematisk forbrug af rusmidler, befinder sig intelligensmæssigt med en lettere udviklingshæmning (IQ 70-50) (se litteraturgennemgangen i delrapport I). Denne bio-psykosociale forståelse af udviklingshæmning anvendes ofte sammen med en mere social eller relationel tilgang til at forstå mennesker med udviklingshæmning, hvor fokus er på borgerens samspil med omgivelserne, herunder udfordringer af evnen til at afkode forventede sociale normer og overskue konsekvenserne af egne handlinger.⁴ I screeningsprojektet har begge tilgange fundet anvendelse, blandt andet fordi en del borgere i målgruppen ikke er tilstrækkeligt udredt eller diagnosticeret.

I screeningen af faglitteraturen i delrapport I har fokus været på voksne, der er diagnosticeret med en udviklingshæmning. Da en del studier medtager personer i en intelligensmæssig gråzone (IQ mellem 71 - 85), er disse også medtaget. Målgruppedefinitionen i den nationale kortlægning i delrapport II er udvidet til også at inkludere borgere med kognitive vanskeligheder, der svarer til

³ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/udviklingshaemning/om-udviklingshaemning/definitioner-og-kriterier>

⁴ Se VIVE, 2018. Voksne med udviklingshæmning og udadreagerende adfærd. En kortlægning af virksomme metoder og lovende praksis.

udviklingshæmning, men som endnu ikke er udredt og diagnosticeret. Her medtages voksne personer, som på baggrund af deres kognitionsniveau har et støttebehov på niveau med voksne med diagnosticeret udviklingshæmning. Det vil sige voksne, som har lignende kognitive vanskeligheder (med kognitive, sproglige, motoriske og sociale kompetencer) som diagnosticerede voksne borgere. At undlade denne gruppe ville medføre en risiko for et betydeligt mørketal i kortlægningen.

Selve prototypen på en tilpasset indsats til målgruppen er også udarbejdet til at kunne adressere både diagnosticerede voksne med udviklingshæmning og voksne borgere med lignende kognitive vanskeligheder. Dette er for at imødekomme de personer, der endnu ikke er diagnosticeret, men vil have særlige støttebehov og forudsætninger for at kunne deltage i rusmiddelbehandling.

Problematiske forbrug

Det er vigtigt at skelne mellem forbrug og problematisk forbrug. I litteraturgennemgangen anvendes WHO's ICD-10 kriterier i de fleste studier i forhold til at vurdere skadeligt forbrug og afhængighed af rusmidler (se delrapport I for yderligere definitioner). I den nationale kortlægning i delrapport II er socialfaglige personaler blevet spurgt til voksne borgere med problematisk forbrug. Problematiske forbrug har her været forstået som et brugsmønster af alkohol eller euforiserende stoffer, der er problemskabende for personen selv eller andre. Det er en definition, der er bredere end ICD-10 kriterierne. Den har i højere grad fokus på den sociale og relationelle dimension og giver rum til individuelle fortolkninger af, hvornår et forbrug er problematisk. Dette er relevant, når en indsats skal tilrettelægges individuelt til en borgers behov og forudsætninger for at kunne deltage i rusmiddelbehandling og understøttelse heraf.

Screeningens samlede resultat

Samlet set vurderes det, at der er grundlag for at udvikle en særlig indsats til borgere i målgruppen, da den gængse rusmiddelbehandling ikke vurderes velegnet til at adressere målgruppens behov i en behandlingskontekst jf. delrapport I. Yderligere har den nationale kortlægning jf. delrapport II vist, at ca. 6 pct. af borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder i Danmark skønnes at have et problematisk forbrug af rusmidler og dermed potentielt et behov for professionel rusmiddelbehandling. Der er sparsom evidens fra forskningslitteraturen, i forhold til hvad der er virksom rusmiddelbehandling til målgruppen. Der peges på, at borgere med udviklingshæmning kan profitere af den eksisterende ambulante rusmiddelbehandling, hvis den tilpasses til borgernes behov og forudsætninger for at deltage samt bygger på tværfagligt samarbejde med borgernes fagprofessionelle støttepersoner. Dette er udgangspunktet for udviklingen af prototypen i delrapport III.

Her beskrives prototypens fælles mål om at fremme borgernes trivsel ud fra syv handleprincipper, der relaterer sig dels til det borgernære samarbejde og dels til det fagprofessionelle samarbejde på tværs af områderne. Fem kommuner har været inviteret til at foretage en vurdering af behovet for indsatsen og prototypens anvendelighed i en kommunal praksis og drift. Blandt kommunerne var der bred enighed om, at der er behov for en særlig tilpasset indsats til målgruppen, og at prototypen kan være retningsgivende for et mere struktureret samarbejde på tværs af fagområder med et fælles mål om at fremme borgerens trivsel.

Læsevejledning

Screeningen består af en samlet afrapportering af tre delrapporters resultater. Rapporten kan med fordel læses fortløbende, fordi der er en logisk sammenhæng mellem delrapporterne. Hver delrapport kan dog også læses som en selvstændig rapport.⁵

- Delrapport I består af en gennemgang af den internationale forskningslitteratur samt "gra" nordisk litteratur, der omhandler voksne med udviklingshæmning med et rusmiddelproblem.
- Delrapport II præsenterer resultaterne af en national kortlægning af voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler.
- Delrapport III præsenterer et forslag til en prototype på en tilpasset behandlings- og støtteindsats målrettet voksne borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et rusmiddelproblem. Samtidig indeholder delrapporten en kommunal tilbagemelding på behovet for en særlig tilpasset indsats og en vurdering af prototypens anvendelighed i en kommunal praksis. Herunder et forsigtigt skøn for økonomiske implikationer for implementering og drift.

⁵ Hver delrapport har sit eget nummereringssystem for tabeller, figurer og bilag. Fodnoter er fortløbende.



Delrapport I

Voksne med
udviklingshæmning samt et
problematisk forbrug af
rusmidler

– en litteraturgennemgang

Indhold

Introduktion	10
Andel af voksne med problematisk forbrug af rusmidler	16
Risiko for problematisk rusmiddelbrug og behandlingsbarrierer	18
Hvad er virksomt?	21
Tværfagligt samarbejde og organisatorisk forankring	24
Afrunding	26
Bilag 1 Systematisk litteratursøgning	28
Referencer	29

Introduktion

Som en del af den større screening om indsats til voksne med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler har der været fokus på at få afdækket den aktuelt bedste viden, lovende praksis og virksomme indsatser i dansk og international forskningslitteratur samt i den nordiske "grå" litteratur. Der er blevet foretaget en systematisk litteraturgennemgang, der dækker perioden 2017- 2021.

Baggrund

Litteraturgennemgangen udgør et supplement til en gennemgang foretaget af Metodecenteret i 2016 (Høgh 2017). Her blev den danske og internationale forskningslitteratur samt øvrige danske publikationer ("grå" litteratur), der omhandlede misbrugsadfærd blandt voksne med udviklingshæmning, gennemgået. Herværende litteraturgennemgang bygger oven på denne tidligere udgivelse og er udvidet med en søgning i nordisk "grå" litteratur.

Delrapportens formål er at give en opdateret seneste viden fra både forskning og praksis for perioden 2017-2021 omkring voksne med udviklingshæmning med et problematisk forbrug af rusmidler. Men der vil også blive inddraget relevante erfaringer fra den tidligere litteraturgennemgang, der omhandler perioden 1999 - 2016.

Der indgår litteratur, som omhandler viden om selve målgruppen, herunder andel af voksne borgere med udviklingshæmning, hvor der forekommer et problematisk forbrug (prævalensstudier), og de problemstillinger, et problematisk forbrug af rusmidler medfører. Herudover har der været et fokus på interventionsstudier, og hvilke virksomme indsatser der kan afhjælpe borgerens problematiske forbrug samt styrke det professionelle samarbejde med og omkring borgeren. Viden, der er vigtig at inddrage, hvis det skal lykkes at skabe nye og bedre tilpassede behandlingstilbud og støtteforanstaltninger til voksne med udviklingshæmning, der har et problematisk forbrug af rusmidler.

Næste afsnit giver et resumé af de anbefalinger, der kan medtages fra litteraturgennemgangen i det videre arbejde med at udvikle en prototype på en indsats til målgruppen. Det skal dog påpeges, at især interventionsstudierne er baseret på lave deltagerantal og generelt ikke sammenligner en indsats- og kontrolgruppe. Langt størstedelen af studierne er foretaget i socialpædagogisk regi og ikke i en specialiseret rusmiddelbehandlingskontekst. Det betyder, at studierne oftest ikke skelner præcist nok mellem, hvorvidt rusmiddelbruget kan forstås som henholdsvis brug af rusmidler, skadeligt brug eller afhængighed af rusmidler jf. IDC-10 kriterier.

Resumé

Det står klart, at der fortsat mangler dokumenteret viden om voksne med udviklingshæmning, deres rusmiddelproblemer, og hvordan de håndteres bedst professionelt. Overordnet set viser denne litteraturgennemgang, ligesom den tidligere, at vi mangler viden om målgruppens omfang, karakter og virksomme behandlings- og støttemuligheder. Dog peger begge gennemgange samlet set på en række anbefalinger, som vil være væsentlige at have for øje:

1. Socialfaglig kompetenceopbygning:

I begge litteraturgennemgange påpeges det, at socialfagligt personale mangler viden om rusmidler, og hvordan de professionelt bedst kan arbejde pædagogisk med borgere, der har et problematisk forbrug. De mangler også viden om, hvor de kan henvende sig med bekymringer omkring borgeres forbrug af rusmidler, og hvilke muligheder der er for behandling til borgerne. Fra den senest gennemgåede litteratur fra 2017-2021 kan der fremhæves følgende anbefalinger til det socialfaglige område:

- At borgernes forbrug af rusmidler bliver et fokuspunkt i den forstand, at socialfagligt personale har procedurer for, hvordan rusmiddelbrug registreres, og hvordan det italesættes.
- At socialfagligt personale arbejder på at få et fælles sprog for og forståelse af, hvornår noget er brug af rusmidler, og hvornår det er et overforbrug.

Formålet hermed er ikke, at socialfagligt personale skal igangsætte rusmiddelbehandling eller kontrollere borgeren, men at de skal kunne vurdere, hvornår der skal bygges bro til rusmiddelbehandling, eller hvornår de har brug for tværfaglig sparring via fx professionel henvendelse til et rusmiddelcenter.

2. Tilpasninger af eksisterende ambulant rusmiddelbehandling:

Det anbefales i litteraturen at tilpasse ambulant rusmiddelbehandling, både i forhold til udredning af rusmiddelbrug og af forandringsinterventioner, i forhold til målgruppen. Et centralt element er, at den professionelle tilpasser sin kommunikation og anvender generiske værktøjer, der flugter med borgerens forståelsesevne. Dette kan på baggrund af den seneste litteraturgennemgang fra 2017-2021 styrkes ved at:

- Bruge visuelle virkemidler, som kan være med til at gøre dialogen med borgeren mere begribelig, konkret og praksisnær. Borgeren kan behøve visuelle hjælpemidler til at genkende følelser eller sætte ord på egne erfaringer, som kan hjælpe med at få indsigt i, hvor stort problemet er for borgeren. Der er gode erfaringer med at anvende piktogrammer, billeder eller korte videoer. De visuelle virkemidler kan også anvendes som et psykoedukativt element, der kan bidrage til at højne borgerens forståelse for rusmidler og deres skadevirkning.
- Etablere et fælles sprog sammen med borgeren. Dvs. som fagprofessionel rusmiddelbehandler er det en god idé at få en forståelse af, hvilke begreber og ord borgeren forstår og selv anvender om sit forbrug.
- Anvende gentagelser og gøre brug af opsummeringer for at afstemme, hvorvidt borger og professionelle forstår det samme i den givne kommunikation. Endvidere anbefales brug af pauser, og at der ikke er mange opgaver/informationer i hver session, fordi det mindsker risikoen for kognitiv udtrætning.
- Få viden fra andre kilder end borgeren selv, hvis der er samtykke. Da en del borgere i målgruppen kan have vanskeligt ved at huske og organisere, hvad der er sket på en

struktureret måde, kan borgerens professionelle- og/eller familienetværk inddrages. Her kan man få supplerende viden om borgerens brug af rusmidler, omfanget og ikke mindst virkningen på borgeren.

- Inkludere pædagogiske støttepersoner i behandlingen – specielt med henblik på støtte og fagprofessionel vidensdeling.

3. Tværfaglig brobygning:

I litteraturgennemgangen fra 2017 fremhæves det tværfaglige samarbejde som et af kardinalpunkterne for at kunne hjælpe borgere i målgruppen. Samtidig påpeges det, at der mangler forskningsmæssig dokumentation på gode eksempler fra praksis. I den nye litteratur fra 2017-2021 anbefales nogle forskellige delelementer, der må arbejdes med for at skabe tværfaglig brobygning fx:

- At etablere procedurer for brobygning, således at professionelle bliver på egen fagfaglige banahalvdel, hvor de har fagprofessionelle kompetencer at byde ind med.
- At afklare rollefordeling mellem de fagprofessionelle, således at de kan støtte op i relation til tværfaglige kompetenceområder og kendskab til borgeren.
- At etablere konkret vidensdeling om borgerens funktionsniveau, sproglige formåen og kommunikationsform mellem socialpædagog og rusmiddelbehandler, hvis der forelægger samtykke fra borger. Behandlingen skal tilrettelægges, så borgeren føler sig mødt i forhold til egne ressourcer og støttebehov.
- At afklare, hvad der vil være den rette inddragelse af socialfagligt personale i forhold til at deltage i behandlingssessioner. Hvad støtter borgeren bedst?
- At afklare, hvordan socialpædagogen kan støtte borgeren mellem sessionerne.

4. Tværsektorielt og organisatorisk forpligtigende samarbejde:

Litteraturgennemgangen fra 2017 påpeger vigtigheden af et formaliseret samarbejde på tværs af områderne. Der peges på flere organisatoriske indsatser:

- At ledelsen fra begge områder prioriterer at etablere formaliserede samarbejdsaftaler på tværs af områderne, således at der er organisatorisk forpligtigelse og etablerede sagsgange for tværfagligt samarbejde for at hjælpe borgeren.
- At der udvikles koordinerende systemer, der kan understøtte samarbejdet fx med inddragelse af myndighedsområdet.

Afgrænsning af målgruppen og problematisk forbrug af rusmidler

Fokus for litteratursøgningen i perioden 2017-2021 er voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer. Det vil sige, at personerne er diagnosticeret med en lav intelligens ud fra anerkendte diagnosekriterier (ICD-10 og DSM-V), og at de har det, der vurderes som et samtidigt problematisk rusmiddelbrug. Afgrænsningen er nødvendig for at foretage en tilstrækkelig præcis litteratursøgning i forhold til den målgruppe, der mangler viden omkring. Fx eksisterer der allerede på nuværende tidspunkt forholdsvis megen viden og litteratur omkring personer med dobbeltdiagnoser (psykiatriske diagnoser og rusmiddelproblemer) og ADHD i forhold til rusmiddelproblemer. Mange i disse målgrupper er karakteriseret ved en såkaldt normal begavelse, og de møder derfor ikke samme udfordringer i rusmiddelbehandlingen som voksne borgere med udviklingshæmning. Af den årsag ekskluderes disse fra litteratursøgningen (se fx Berger et al. 2019, Fynbo et al. 2021). Ligeledes medtages personer, der har nedsat funktionsniveau og/eller kognitive vanskeligheder på grund af en senhjerneskrade eller som konsekvens af et mangeårigt misbrug af rusmidler ikke i litteratursøgningen, fordi deres problemstillinger vil være forskellige fra den målgruppe, denne litteraturgennemgang fokuserer på.

Litteratursøgningen er foretaget i juni 2021 og dækker således kun publiceret materialer fra første halvdel af 2021. I bilag 1 fremgår en nærmere specifikation af søgekriterierne for henholdsvis den internationale og den nordiske "grå" litteratur i relation til voksne med udviklingshæmning med problematisk forbrug af rusmidler.

Afgrænsning af voksne med udviklingshæmning

I denne litteraturgennemgang afgrænses søgningen til voksne borgere, der kategoriseres som personer med udviklingshæmning.⁶ Det vil, jf. ICD-10 kriterier, sige, at udviklingshæmning i forhold til intelligensmål kan defineres som:

- Lettere grad: IQ-område 50-70
- Middelsvær grad: IQ-område 35-49
- Sværere grad: IQ-område 20-34
- Sværeste grad: IQ-område under 20

Derudover inkluderer den internationale litteratur personer, som er i en intelligensmæssig gråzone, hvorfor disse også medtages i denne gennemgang. Det vil sige:

- Personer i gråzonen: IQ-område 71-85

I den gennemgåede litteratur er det primært ICD-10 kriterier, der arbejdes ud fra. Dog optræder DSM-V, den amerikanske diagnoseliste, også i få relevante studier, hvorfor følgende tre

⁶ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/udviklingshaemning/om-udviklingshaemning/udviklingshaemning-i-tal>

overordnede kriterier også inkluderes i forhold til kategoriseringen af udviklingshæmning i gennemgangen:

- Mangelfuld udvikling af intellektuelle funktioner som at kunne se årsagssammenhænge, problemløsning, planlægning, abstrakt tænkning, dømmekraft samt teoretisk og erfaringsbaseret indlæring.
- Mangelfuld udvikling af adaptive funktioner; nedsat evne til at opfylde udviklingsmæssige og sociokulturelle standarder for personlig uafhængighed og socialt ansvar.
- De intellektuelle og adaptive vanskeligheder viser sig i løbet af barndommen.

Problematiske forbrug af rusmidler

I litteratursøgningen afgrænses et problematisk forbrug af rusmidler ved brug af ICD-10 og DSM-V. Forståelsen af, hvad et problematisk forbrug af rusmidler er, ifølge de to diagnoselister, udfoldes herunder.

ICD-10

I Danmark, og i store dele af EU, anvendes ICD-10 kriterierne til at diagnosticere henholdsvis skadeligt brug af rusmidler og afhængighed af rusmidler (Pedersen 2005: s 38-45). Et skadeligt brug af rusmidler forstås som:

- Fysisk og psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd).
- Skaden er klart påviselig
- Varigheden af brugen er mindst én måned eller gentagne gange inden for et år.
- Afhængighedssyndrom udelukkes.

Afhængighed af rusmidler forstås i forlængelse af ICD-10 som en syndromdiagnose. Det vil sige at tre eller flere af følgende symptomer skal være til stede i mindst en måned eller gentagne gange inden for et år:

- Man har en stærk trang til at indtage det pågældende rusmiddel.
- Man har en svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen af rusmidlet.
- Man har abstinenssymptomer pga. indtagelsen, eller man indtager rusmidlet for at ophæve eller undgå disse abstinenssymptomer.
- Toleransudvikling (man indtager mere og mere).
- Rusmidlet har en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug.
- Man fortsætter med at indtage rusmidlet på trods af erkendt skadevirkning.

DSM-V

I litteraturen anvendes kriterierne fra den amerikanske diagnosemanual (DSM-V) ligeledes i kategoriseringen af problematisk forbrug af rusmidler. DSM-V opstiller 11 symptomkriterier for brug af rusmidler:

- Man tager rusmidlet i større mængde eller over en længere periode, end man først havde tænkt sig
- Man har et vedvarende ønske om eller flere mislykkede forsøg på at skære ned på eller kontrollere forbruget
- Man bruger en stor del af sin tid på aktiviteter, som er nødvendige for at skaffe rusmidlet eller komme sig over dets virkninger
- Man har trang til eller et stærkt ønske om at indtage rusmidlet
- Man har et tilbagevendende forbrug, som resulterer i manglende evner til at opfylde vigtige forpligtigelser på arbejde, i skolen eller i hjemmet
- Man fortsætter forbruget på trods af vedvarende eller gentagne sociale eller interpersonelle problemer forårsaget af eller forværret af effekten af rusmidlet
- Man opgiver eller reducerer betydningsfulde sociale, arbejdsmæssige eller fritidsrelaterede aktiviteter på grund af forbruget
- Man bliver ved med at anvende rusmidlet i situationer, hvor det udgør en risiko for fysisk skade
- Man fortsætter forbruget på trods af viden om et vedvarende eller tilbagevendende fysisk eller psykologisk problem, som sandsynligvis er forårsaget af eller forværret af rusmidlet
- Toleransudvikling. Forstås ved, at man har behov for betydelig forøgede mængder af rusmidlet for at opnå den ønskede effekt eller betydelig nedsat effekt ved fortsat brug af samme mængde
- Abstinens enten ved ophør eller reduktion af et langvarigt forbrug. Både de symptomer, der kan udvikle sig efter ophør eller reduktion og ved at indtage rusmidlet for at lindre eller undgå abstinenssymptomer

Ovenstående symptomkriterier anvendes til at kategorisere, hvor alvorligt brugen af rusmidler er. Hvis en borger opfylder to-tre kriterier indikerer det en mildere form for problematisk forbrug, fire til fem symptomer indikerer en moderat form for brug/misbrug, mens seks eller flere symptomer indikerer et alvorligt misbrug af rusmidler.

Andel af voksne med problematisk forbrug af rusmidler

Inden for litteraturgennemgangens tidsafgrænsning 2017-2021 eksisterer der, ligesom det var tilfældet i publikationen fra 2017 (Høgh 2017), begrænset viden i forhold til prævalens dvs. den andel af borgere med udviklingshæmning, der har et problematisk forbrug af rusmidler. Ingen studier foretager en systematisk screening på befolkningsniveau, der bidrager med viden om den samlede gruppe af voksne med udviklingshæmning og samtidigt problematisk brug af rusmidler. Der eksisterer få internationale studier, der dokumenterer en samtidighed af rusmiddelbrug og udviklingshæmning.

De studier, der lever op til kriterierne, har typisk anvendt forskellige metodiske tilgange og/eller kastet lys på en afgrænset kontekst, fx udvalgte socialpædagogiske indsatser over for målgruppen eller voksne indskrevet i psykiatrien eller med domsfældelse. Desuden omhandler de afgrænsede studier et så begrænset deltagerantal, at prævalens hverken kan estimeres i forhold til befolkningen generelt eller i forhold til den samlede gruppe af voksne med udviklingshæmning (VanDerNagel et al. 2020, Huxley et al. 2019, Didden 2017, Juberg et al. 2017). Derfor er status på nuværende tidspunkt, at der hverken i en dansk, nordisk eller international sammenhæng er foretaget systematiske prævalensstudier med dertilhørende valide estimater i forhold til:

- antal voksne med udviklingshæmning og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler.
- omfanget, frekvensen, typen og alvorligheden af rusmiddelbrug på et tilstrækkeligt antal deltagere.

I litteraturgennemgangen finder vi dog et engelsk studie med et tilfredsstillende antal deltagere (Robertson et al. 2020). Studiet er baseret på selvrapportering og ser på prævalens af cigaretter, alkohol og cannabis for under- og over 18årige med milde til moderate intellektuelle vanskeligheder.⁷ Et problem for dette studie er dog, at det ikke er baseret på ICD-10 eller DSM-V kriterier i forhold til at identificere voksne med udviklingshæmning. Udvælgelsen af deltagere er sket via scoring af vanskeligheder under deltagerens tidligere skolegang. Gruppen forstås som "elever der som minimum har betydeligt ringere færdigheder end forventet inden for de fleste fagområder på trods af passende støtte, og at de har væsentligt dårligere læsefærdigheder, talforståelse og begrebsforståelse" (ibid. 37). For deltagere over 18 år er sammenligningsgrundlaget 269 deltagere med milde til moderate intellektuelle vanskeligheder overfor 8206 deltagere uden intellektuelle vanskeligheder.

Studiet finder, at både mænd og kvinder med intellektuelle vanskeligheder har mindre risiko for alkoholbrug, målt på jævnlig indtagelse og fuldsksabsorienteret indtagelse (ibid. s 39-40). I gruppen med milde til moderate intellektuelle vanskeligheder har henholdsvis 10 pct. mænd og 6 pct. kvinder anført jævnlig indtagelse og henholdsvis 3 pct. mænd og 27 pct. kvinder har prøvet fuldsksabsorienteret indtagelse. I forhold til cannabis er der færre, der har prøvet cannabis i forhold til sammenligningsgrundlaget (36 pct. mænd og 31 pct. kvinder), men af dem der har prøvet, har

⁷ På engelsk intellectual disability.

mænd med milde til moderate intellektuelle vanskeligheder en større risiko for at bruge cannabis jævnligt (ibid.). Studiet ser i den forstand på erfaringer med rusmidler, men forholder sig ikke til, hvorvidt omfanget af rusmiddelbrug er problematisk ud fra mål af konsekvenser ved indtag, som man typisk ville have opmærksomhed på i rusmiddelforskning og i rusmiddelbehandling jf. ovenstående definitioner af brug, skadeligt brug og afhængighed i forlængelse af ICD-10 og DSM-V.

På baggrund af gennemgangen af litteraturen fra 2017-2021 er det overordnet vanskeligt at konkludere, hvorvidt prævalensen af rusmiddelbrug er højere, ens eller lavere for voksne med udviklingshæmning i forhold til befolkningen generelt. De studier, som gennemgår forskningslitteraturen, altså den hidtidige viden på området, konkluderer at grundlaget generelt er for usikkert på grund af usammenlignelige måleredskaber i forhold til definition af rusmiddelbrug, og hvornår det vurderes som problematisk (se også Newton & McGillivray 2020, Didden 2017). Men de anfører dog, at det lader til, at målgruppen i befolkningsundersøgelser generelt har et lavere rusmiddelbrug. I forskningsgennemgange af litteraturen svinger prævalensestimerne for brug af rusmidler blandt borgere med udviklingshæmning på mellem 0,5 til 6pct. af målgruppen.

I studier, der fokuserer på voksne med udviklingshæmning i afgrænsede kontekster, fx patienter i psykiatrien (Salavert et al 2018), indsatte i sikrede institutioner/fængsler (Lindsay & Taylor 2018), i rusmiddelbehandlingsinstitutioner eller igennem støttekontaktpersoner på bosteder og selvstændige boliger (VanDerNagel et al. 2017, Hulsmans et al. 2020), konkluderes det, at antallet af voksne med udviklingshæmning med et problematisk forbrug af rusmidler er overrepræsenteret i forhold til befolkningen generelt – altså i den studerede afgrænsede kontekst (Didden et al. 2020, Huxley et al. 2019: 381).

Med andre ord eksisterer der et markant videnshul i både dansk og international sammenhæng i forhold til en afdækning af både rusmiddelproblemets omfang, alvor, type og frekvens blandt voksne med udviklingshæmning. Studierne indikerer dog, at rusmiddelbrug blandt voksne med udviklingshæmning i målgruppen typisk er koncentreret omkring alkohol og/eller cannabis, og at denne gruppe er i større risiko end befolkningen generelt for at få mere alvorlige følgevirkninger heraf (VanDerNagel et al. 2020). Desuden beskæftiger de fleste studier sig med voksne med moderat eller lettere udviklingshæmning og voksne i IQ-gråzonen, hvorfor de er i fokus også i forhold til interventionsstudierne.

Risiko for problematisk rusmiddelbrug og behandlingsbarrierer

Hvorfor bruger mennesker rusmidler? Det spørgsmål kan man næppe svare entydigt på, hverken i befolkningen generelt eller i forhold til personer i IQ-gråzonen eller dem med lettere eller moderat grad af udviklingshæmning. Det er disse grupper af personer, der befinder sig i den lettere skala af udviklingshæmning, som anses for at være i størst risiko for at udvikle et problematisk forbrug af rusmidler (Braatveit 2018b). Dette kobles fra praksisniveauet⁸ med en vurdering af, at disse personer oplever sig selv som anderledes og med et udviklingshandicap i forhold til, at de er klar over, at de ikke har de samme ressourcer og kompetencer, som andre mennesker har (Madsen og Frellesen, 2020).

Overordnet set er det dog værd at have in mente, at mennesker med udviklingshæmning er lige så forskellige som alle andre, både når det gælder grunde til at ruse sig, og i forhold til hvad de eksempelvis vil anskue som god støtte.

Et hollandsk studie har undersøgt motiverne for at anvende alkohol som rusmiddel. Det trækker på inspiration fra motivforskning i den almene befolkning, hvor to af antagelserne er, at mennesker fx opnår positive følelser af rusmiddelindtag, og at mange mennesker generelt har lettere ved at skabe social kontakt, når de er påvirkede (Schijven et al. 2018: 872). I forlængelse heraf har studiet målt på forskellige motiver for indtagelse af alkohol blandt beboere med en lettere grad af udviklingshæmning eller som befinder sig i IQ-gråzoneområdet på otte bosteder i Holland. Personerne i begge grupper har desuden det, der betegnes som adfærdsproblemer. Undersøgelsen er foretaget ved at score svar efter, om man primært drikker på grund af:

- *sociale motiver* hvor alkohol typisk indtages i sociale sammenhænge, hvor indtagelsen bekræfter de sociale relationer og altså giver noget positivt tilbage
- *konformitetsgrunde* hvor rusmidler indtages for at undgå eksklusion fra gruppen, altså frykten for at afholdenhed skaber negativ feedback
- *copingstrategier* hvor brugen af rusmidler er med til at regulere negative tilstande (følelser)
- *forbedringsstrategier* hvor rusmidler indtages for at fremme positivt humør og gøre én sjovere, altså indre positiv belønning (ibid.).

Der findes ingen forskel i forbrugsmønstre blandt de to grupper eller i motiver for brug. Studiet finder, at rusmiddelbrug korrelerer med alle fire typer af motiver. Deltagere, der scorer højt på

⁸ Beskrevet af VAMIS indsatsen i Aalborg Kommune, som er et behandlingstilbud til målgruppen, der trækker på inspiration fra tilgange i Holland.

sociale motiver, havde en højere frekvens (uden problematisk omfang/konsekvens) af rusmiddelbrug, mens deltagere, der scorede højest på *konformitet*, *coping* og *forbedring*, havde et mere alvorligt alkoholbrug (Schijven et al. 2018: 875). I den forstand ligner studiegruppens forbrug fordelingen i den almene befolkning, hvor sociale grunde peger på gode gruppetilhørsforhold med mere. I forhold til cannabis ses også en relation mellem *sociale motiver*, og hvor ofte rusmidlet indtages. Specielt ved brug af cannabis ud fra *copingstrategier* finder studiet en sammenhæng til mere alvorligt brug. I denne sammenhæng er det vigtigt at påpege, at personer med lettere grad af udviklingshæmning, og dem som er i gråzone-området, er udfordrede på deres sociale kompetencer og kan derfor have en oplevelse af at være socialt isolerede. De kan derfor både anvende rusmidler til at skabe sociale bånd og som en regulering af følelsen af ensomhed eller social eksklusion (Juberg et al. 2018: 179, Madsen og Frellsen 2020).

Risikoen for at rusmiddelbrug bliver et alvorligt problem, specielt blandt personer med lettere udviklingshæmning og dem i gråzone IQ-scoren, hænger blandt andet sammen med, at der mangler tilpassede behandlingsmuligheder, og at adgangen til behandling er begrænset for gruppen (Juberg et al. 2018, Huxley et al. 2019). Desuden er risikofaktorerne for alvorligt rusmiddelproblem højere i denne gruppe hvis:

- man er ung
- bor alene
- er mand
- har psykiatriske diagnoser
- mangler stabile sociale relationer
- mangler meningsfulde aktiviteter i dagligdagen
- er vokset op i marginaliserede omgivelser
- deltager i kriminelle aktiviteter

Samme risikofaktorer ses i øvrigt i befolkningen generelt (Juberg et al. 2018: 179, Huxley et al. 2019: 381).

Om end rusmidler generelt begrænser de selvsamme funktioner for alle mennesker, der indtager dem, er der her tale om en målgruppe der, jf. ICD-10's definition af udviklingshæmning, i udgangspunktet har begrænsede kognitive ressourcer og begrænsede rationelle kapaciteter. Det betyder blandt andet vanskeligheder med at træffe beslutninger og gøre overvejelser herom samt adaptive vanskeligheder (Juberg et al. 2018: 79). Yderligere nedsættelse af disse funktioner via rusmidler kan have alvorlige konsekvenser; fx i forhold til regulering af eget humør/tilstand og i forhold til impuls kontrol. Det kan fx komme til udtryk som verbal aggression, humørsvingninger, udadreagerende adfærd og konflikter med omsorgspersoner og venner (se også Didden et al. 2020: 126, Braatveit 2018, VIVE 2018b).

Desuden mangler voksne med udviklingshæmning, inklusive dem i gråzone IQ-området, ofte (forebyggende) viden om alkohols og øvrige rusmidlers effekter og skadelige virkninger.

Barrierer for målgruppen i gængs rusmiddelbehandling

Generelt peger litteraturen på, at professionelle, både i rusmiddelbehandlingsfeltet og i det socialpædagogiske støtteområde, har vanskeligt ved at kommunikere med og behandle målgruppen på nuværende tidspunkt (Didden et al 2020). Litteraturgennemgangen fra 2017 viste, at socialfagligt personale har fokus på at motivere og vejlede voksne borgerne i hverdagsfunktioner, men de har hverken pligt eller ret til at kontrollere eller bestemme over deres forbrug af rusmidler (Høgh 2017). Generelt mangler de viden om rusmidler og behandlingstilbud. Rusmiddelbehandlere mangler viden om borgere med udviklingshæmnings kognitive kompetencer, og der kan nemt opstå kommunikationsbarrierer mellem borger og rusmiddelbehandler, hvilket giver svære betingelser for virksom rusmiddelbehandling til disse borgere (Madsen og Frelsen 2020, Høgh 2017, Salavert et al. 2018, Lindsay og Taylor 2018).

Tabel 1: Faglige udfordringer på tværs af det rusmiddelfaglige- og socialfaglige område

Faglige udfordringer for rusmiddelbehandler	Faglige udfordringer for socialpædagoger
Mangler viden om målgruppens behov for særlig tilrettelagt kommunikation, og at de kan have et begrænset vokabularium.	Mangler viden om rusmidler, deres virkning og skadevirkning
Mangler viden om problemer med svækkede kognitive kompetencer fx hukommelse, problemer med tidsperspektiv, planlægning og opmærksomhed	Mangler viden til at kunne vurdere, hvorvidt der er tale om et forbrug, et skadeligt forbrug eller afhængigt brug af rusmidler.
Mangler viden om målgruppens reducerede selvindsigt, refleksionsevne og indre motivationsfaktorer	Mangler viden om relevante behandlingsmuligheder og den skadereducerende tilgang

Personer med udviklingshæmning er karakteriseret ved at have kognitive vanskeligheder, der begrænser deres indlæring og evne til at generalisere indlæringen. Desuden kan de have problemer med at sætte ord på, hvordan de har det følelsesmæssigt. De har også vanskeligt ved at forstå abstrakte begreber og har begrænsninger i forhold til impressivt og ekspressivt sprog (Kouimtisis et al. 2017: 43, Kiewik et al. 2017). Disse kognitive vanskeligheder peger på, at der må skabes en særlig tilrettelagt rusmiddelbehandling til målgruppen, fordi den gængse rusmiddelbehandling ikke tager højde for disse udfordringer.

I gængs rusmiddelbehandling er udredning og behandling ofte baseret på selvrapportering i forhold til tanker, følelser og oplevelser set i et tidsperspektiv. Denne fremgangsmåde tager ikke nødvendigvis højde for, at gruppen med lettere udviklingshæmning og dem i gråzone-IQ-området kan have vanskeligheder med at organisere tid, følelser og tanker. At de kan have vanskeligt ved at fortælle om indre oplevelser og skelne i forhold til, hvad der er relevant at fortælle om (Braatveit 2018, Juberg et al. 2017). Med andre ord kan et manglende udbytte af behandling hænge sammen med, at der ikke sker tilpasninger i forhold til, at denne målgruppe ofte har et begrænset vokabularium, at de kan huske dårligere, at de kan have problemer med planlægning og

opmærksomhed samt reduceret selvindsigt. I den forstand stilles de opgaver, de har svært ved at honorere og forstå (VIVE 2018b), hvilket øger risikoen for, at de dropper ud af behandlingen.

Hvad er virksomt?

Ovenstående risikofaktorer og barrierer peger samlet set på behovet for at se efter, hvad litteraturen peger på som anbefalinger i forhold til rusmiddelbehandling for målgruppen. Meget af litteraturen peger på, at målgruppen kan have gavn af rusmiddelbehandling, hvis tilgangene tilpasses (se fx Kouimtsidis et al. 2017: 43). I nedenstående tages der derfor udgangspunkt i, at rusmiddelbehandling kan tilpasses, så voksne med udviklingshæmning kan modtage et tilbud i specialiseret rusmiddelbehandling. Det er dog vigtigt at påpege, at interventionsstudierne er baseret på små deltagerantal, hvorfor der er tale om lovende praksis og anbefalinger snarere end evidensbaserede programmer i de fremhævede virksomme elementer.

Tilpasning af ambulant rusmiddelbehandling

For at lave en rusmiddelintervention er det nødvendigt, at borgerens brug af rusmidler udredes i forhold til forbrugets karakter og problemets omfang. En forudsætning for udredning og intervention for denne målgruppe er, at der tages hensyn til borgernes kognitive funktionsniveau. Ideelt set bør rusmiddelbehandler, fx via samarbejde med borgers pædagog/støttekontaktperson, opnå kendskab til borgerens kognitive funktionsevne, kommunikationsniveau og udviklingsniveau, som en del af opstart og udredning.

I Holland har nogle studier tilpasset spørgsmål fra gængs rusmiddeludredning i udviklingen af værktøjet SumID-Q, *the Substance use and misuse in Intellectual Disability Questionnaire*⁹ (se fx Schijven et al. 2021, VanDerNagel et al. 2017, Didden et al. 2020). Dvs. at man har taget udgangspunkt i spørgsmål fra de værktøjer, der anvendes i rusmiddeludredning generelt, fx fra *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) og *Drug Use Disorders Identification Test* (DUDIT) for at få en bedre dialog med borgere med udviklingshæmning og samtidigt problematisk brug af rusmidler.

I gængs udredning i ambulant rusmiddelbehandling i Danmark, fx via UngMap, VoksenMap, AUDIT mv., opnår fagprofessionelle indsigter i borgerens ressourcer, brug af rusmidler, sociale situation, risikoprofil i forhold til personlighedstræk, forsørgelse, trivsel i hverdagen med mere. På den baggrund laves en behandlingsplan, hvor den fagprofessionelle i et inddragende samarbejde med borgeren sætter realistiske mål, der er afstemte med borgerens ønsker og drømme. Det er vigtigt at have opmærksomhed på, at mange voksne borgere i målgruppen, på grund af deres kognitive udfordringer, vil have særlig brug for ydre motivation og støtte til at skabe forandring og nå sine mål.

Litteraturen anbefaler, at rusmiddelbehandlere er opmærksomme på følgende, når de skal begynde et samarbejde med en borger i målgruppen (se blandt andet Goplen 2020, Braatveit 2018, Braatveit 2018b):

⁹ SumID-Q er et licensbeskyttet værktøj, hvorfor det ikke er offentligt tilgængeligt, og kan indgå som en del af litteraturgennemgangen.

- At etablere et fælles sprog sammen med borgeren. Dvs. som fagprofessionel rusmiddelbehandler er det en god idé at få en forståelse af, hvilke begreber og ord borgeren forstår og selv anvender. Et fælles sprog sikrer både, at der kan skabes gensidig forståelse mellem borger og professionel, og det kan styrke tilliden til indsatsen fra borgerens side.
- At bruge visuelle virkemidler. Visuelle virkemidler kan både være konkretiserende for borgeren i forhold til forståelse og i forhold til at placere sin egen erfaring ind i behandlingen samt hjælpe med at få indsigt i, hvor stort problemet er for borgeren.
- At få viden fra andre kilder end borgeren selv, hvis der er samtykke. Da en del borgere i målgruppen kan have vanskeligt ved at huske og organisere, hvad der er sket på en struktureret måde, kan borgerens professionelle- og/eller familienetværk inddrages. Her kan man få supplerende viden ang. borgerens brug af rusmidler, omfanget og ikke mindst virkningen på borgeren.
- At inddrage borgeren og lade borgeren formulere sig. Fx i forhold til hvad borgeren ved om foretrukne rusmidler? Kan borgeren lide det og hvorfor? Her er det vigtigt at give borgeren plads, da målgruppen kan tage længere tid om at formulere sig.
- At spørge konkret i forhold til brug af rusmidler. Hvornår bruger borgeren rusmidler? Sammen med andre eller alene? Er det på hverdage eller i weekenden?

Hvor de første tre punkter ovenfor er særlige tilpasninger til målgruppen, kan man sige, at de sidstnævnte er gængs praksis i professionelt rusmiddelbehandlings- og udredningsarbejde. Men det er vigtigt at kommunikere på et meget konkret niveau og undgå for abstrakte begreber med denne borgergruppe. Det skal også nævnes, at i Danmark arbejder rusmiddelbehandlere som udgangspunkt borgerinddragende, ikke-fordømmende, motiverende, helhedsorienteret og skadesreducerende (Socialstyrelsen 2020).

Når vi bevæger os over til interventionsdelen, anbefaler litteraturen, at nogle af de redskaber, der allerede eksisterer i behandlingsværktøjskassen tilpasses i forhold til ambulant rusmiddelbehandling for voksne med udviklingshæmning – mere specifikt voksne med lettere udviklingshæmning og voksne i gråzoneområdet. De anbefalinger, der går igen i flere studier, er, at følgende metoder lader til at være gode i en tilpasset form til målgruppen:

- **Den motiverende samtale.** Den motiverende samtale er en samarbejdende, ikke-dømmende og ikke-konfronterende kommunikationsform, der har som mål at reducere ambivalens i arbejdet med at nå borgerens egne mål, hvor målet hele tiden er at inddrage borgerens egen motivation og ståsted (Schijven et al. 2020, Didden et al. 2020, Lindsay og Taylor 2018). Den fagprofessionelle er spørgende og undersøgende i forhold til borgerens egen motivation for forandring, og borgerens tro på egen mulighed for forandring og evner til at lykkes med det. I en tilpasning af den motiverende samtale anbefales det (se også Høgh 2017):
 - at sprogbrugen er konkret, og at der bruges korte sætninger.
 - at der kun stilles et spørgsmål ad gangen.

- at rusmiddelbehandler opsummerer løbende, og at borger ligeledes opsummerer.
- **Kognitiv adfærdsterapi** i en forenklet udgave, hvor der stadig er fokus på at opnå indsigt i hver enkelt borgers problemstilling, og at analysere hvor problemerne særligt opstår og i hvilke situationer samt finde en vej sammen med borgeren til at ændre dette. Kognitiv adfærdsterapi skal til denne gruppe særligt konkretiseres, fx i forhold til at lære at sige nej til rusmidler og at mestre risikosituationer (Schijven et al. 2021). Her peger litteraturen på vigtigheden af, at borgere kan spejle sig selv i deres handlinger. At borgeren herigennem kan se, hvordan hun eller han kan handle, hvis rusmiddelforbruget primært sker socialt eller individuelt.
 - Her er visuelle virkemidler gode til at illustrere og undersøge følelser og stemninger eller illustrere forskellige rusmidler for at undersøge omfang, og hvornår de bruges.
 - Rollespil kan også være gode i forhold til helt konkret at øve situationer, hvor man skal håndtere rusmidler på en anden måde eller en social situation omkring rusmidler. Borgeren får her lejlighed til at øve sig i alternative handlemuligheder i et trykt miljø.
 - Kræv ikke mere, end borgeren kan honorere. Altså at tilpasse forandring til borgerens kognitive niveau for, at man kan hjælpe borger fra et stadie til det næste.
 - Vær opmærksom på, at hvis og når borgeren bliver klar til at stoppe sit forbrug, kan det være impulsstyret, og beslutningen kan ske ret hurtigt (se også Høgh 2017, Høgh 2021).
 - Anvisende tilgang frem for en korrigerende tilgang (Baatveit 2018). Altså at anvise en retning for borgeren ved at sige "prøv at gøre x næste gang" fremfor at sige, "du må ikke gøre y."
 - Anvend telefoniske eller sms-påmindelser om behandlingssamtaler for at fremme god mødestabilitet (Pedersen og Frellsen, 2020).
- **Inkludering af støttepersoner.** Se næste afsnit om tværfagligt samarbejde.
- **Psykoedukation** omkring rusmidler i et visuelt og forenklet sprog. Tilvejebringe viden om rusmidler samtidig med, at der arbejdes på at eventuelle positive associationer til rusmidler kan korrigeres (se også Newton & McGillivray 2020).

Ovenstående punkter har som præmis, at eksisterende tilgange i behandlingssystemet kan tilpasses til voksne med udviklingshæmning. Men det er langt fra altid, at voksne med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler er tilstrækkeligt udredt og diagnosticerede, når rusmiddelbehandlere møder disse. Og det kan have betydning for at kunne tilpasse rusmiddelbehandling.

Det kan også have betydning, hvordan voksne borgere med udviklingshæmning kommer ind i behandlingssystemet. Hvis borgeren henvises fra det sociale område, vil der ofte være viden om borgerens kognitive funktionsniveau og problemstillinger. Her kan der etableres et brobygningsforløb, hvor en støttekontaktperson/socialpædagog etablerer et godt udgangspunkt og samarbejde for interventionen mellem rusmiddelbehandler og borger. Hvis henvisningen sker

den vej, vil borgeren med overvejende sandsynlighed allerede være udredt kognitivt, og/eller socialpædagogen vil have kendskab til ressourcer og barrierer for kommunikation. Socialpædagogens viden kan også komme i spil i forhold til varighed af sessioner og fx brug af visuelle hjælpemidler, hvorfor denne viden skal overdrages professionelle i mellem. Men hvis borgeren allerede er indskrevet i rusmiddelbehandling, hvor der er mistanke om væsentlige kognitive vanskeligheder, men disse ikke er diagnosticeret eller beskrevet, er spørgsmålet, hvordan fagprofessionelle går videre.¹⁰ De kognitive tests, der anvendes diagnostisk til udredning for udviklingshæmning, kræver psykologisk ekspertise og certificering og vil ofte være uden for rusmiddelbehandlingsområdets kompetencer.

I blandt andet Holland og Norge har man anvendt screeningsværktøjet *The Hayes Ability Screening Index* (HASI) (se fx Didden et al. 2020, Braatveit et al. 2018) for en initial identifikation af rusmiddelbrugere, hvor der er mistanke om, at de befinder sig enten i gråzone-IQ-området eller området for lettere udviklingshæmning. Værktøjet kan ifølge forfatterne anvendes af mange faggrupper, dog med et kort træningsforløb som introduktion, og det tager 5-10 minutter at vurdere borgere med dette. I vurderingen indgår borgers baggrund og eventuelt tidlige vanskeligheder i skoleregi, ressourcer for stavning og forskellige visuelle opgaver. Hvis borgeren scorer under 85 point, anbefales det, at borgeren visiteres til yderligere specialistudredning. I tilfælde af at yderligere udredning skal sættes i værk, vil det evt. være givtigt at overveje at tilpasse tilgangen til borgeren i rusmiddelbehandlingsregi, mens udredningen pågår. En præmis for valideringen af screeningsværktøjet HASI er dog, at borgeren har været afholdende fra rusmidler i de foregående 14 dage, hvilket kan vanskeliggøre anvendelsen i ambulant rusmiddelbehandling.

Litteratur fra 2017-2021 anbefaler brobygningsinitiativer mellem det sociale- og rusmiddelbehandlingsområde samt fokus på tværprofessionelt samarbejde.

Tværfagligt samarbejde og organisatorisk forankring

De gennemgåede studier peger på, at der eksisterer manglende solid viden i forhold til både prævalens og tilpasset behandlingsintervention for voksne med udviklingshæmning og samtidig problematisk brug af rusmidler. Dels mangler socialpædagogisk personale viden om rusmidler og behandling heraf, og rusmiddelbehandlere mangler viden om udviklingshæmning, og specielt hvordan behandlingstilgange kan tilpasses til målgruppen. Flere studier anbefaler på den baggrund, at socialpædagogisk personale opkvalificeres i viden om rusmidler og identifikation af rusmiddelbrug uden, at disse skal have en kontrolfunktion. Samtidig er det vigtigt at tilvejebringe viden om, hvor man henvender sig med en voksen borger til mere specialiseret hjælp, og at der etableres tværfaglig brobygning til rusmiddelbehandling (Høgh, 2021, Didden et al. 2020, Huxley et al. 2019, Salavert et al. 2018, VanDerNagel et al. 2018).

¹⁰ Nogle studier anslår, at omkring 6 pct. af indskrevne i rusmiddelbehandling er borgere med udviklingshæmning eller borgere, der er i gråzone-området (Braatveit 2018b, Huxley et al. 2019).

Socialfaglig kompetenceopbygning

I arbejdet med voksne med udviklingshæmning i socialpædagogiske kontekster, altså via bostøtte i eget hjem eller på bosteder og ikke i rusmiddelbehandlingsregi, anbefaler Socialstyrelsen (2021), at de personaler, der arbejder med den samme gruppe borgere:

- Afsætter tid til at skabe en fælles holdning til rusmiddelbrug, således at de professionelle kommunikerer det samme og dermed undgår at forvirre borgeren.
- Udarbejder fælles sprog for og forståelse af, hvornår noget er et brug af rusmidler, og hvornår det er overforbrug. Det kan fx være i forhold til, hvor ofte og hvor meget fx alkohol eller cannabis der indtages.
- Bygger bro til rusmiddelbehandling, når specialiseret udredning og intervention skal igangsættes.

Med andre ord at brugen af rusmidler bliver et fokuspunkt i den forstand, at socialfagligt personale har procedurer for, hvordan rusmiddelbrug registreres, med hvad, og hvordan det italesættes. Udgangspunktet er ikke, at personaler skal igangsætte rusmiddelbehandling eller kontrol af borgeren, men at de skal kunne vurdere, hvornår der skal bygges bro til rusmiddelbehandling, eller hvornår de har brug for tværfaglig sparring via fx professionel henvendelse til et rusmiddelcenter. Et fælles sprog, fokus og ikke mindst procedurer for brobygning har ligeledes til formål, at personaler bliver på egen fagfaglige banehalvdel, der hvor de har fagprofessionelle kompetencer. Hvis der ikke etableres et fælles sprog risikeres, at personaler har vidt forskellige tolerancer og tilgange til brugen af rusmidler, fx i form af negativt sprog både over for hinanden og over for borgeren, eller at kommunikationen bliver præget af personlige præferencer og kan virke dømmende, så borgeren bliver forvirret eller føler nederlag (se også Høgh, 2017, Kouimtsidis et al. 2017).

En forudsætning for disse anbefalinger vedrørende både socialpædagogisk personale og videre brobygning til rusmiddelbehandlingspersonale er, at ledelsen prioriterer at etablere formaliserede samarbejdsaftaler på tværs af forvaltninger og siloer, således at der er organisatorisk forpligtigelse og etablerede sagsgange for tværfagligt samarbejde for at hjælpe borgeren.

Brobygning til rusmiddelbehandlingen

Når der etableres brobygning, fx via at socialpædagogen skaber kontakt til rusmiddelbehandling, er det vigtigt, at der er samtykke fra borgeren. Faglige opmærksomhedspunkter er her:

- At etablere vidensdeling om borgerens funktionsniveau, sproglige formåen og kommunikationsform mellem socialpædagog og rusmiddelbehandler (Salavert et al. 2018).
- At afklare rollefordeling mellem de fagprofessionelle, således at de kan støtte op i relation til tværfaglige kompetenceområder og kendskab til borgeren.
- At afklare – det kan også ske undervejs – om socialpædagogen skal deltage i alle sessioner eller i noget eller nogle af sessionerne. Hvad støtter borgeren bedst?

- At afklare, hvordan socialpædagogen kan støtte borgeren mellem sessionerne – er der fx brug for hjælp til registrering af brug af rusmidler eller til andre måder at falde i søvn på, hvis rusmidler er anvendt til at falde ned før sovetid.

I forlængelse af dette kan rusmiddelbehandler tilpasse den faglige behandlingsindsats til den konkrete borger. Samtidig kan socialpædagogen lære om borgerens foretrukne rusmidlers virkning og konsekvenser, og hvorledes borgeren støttes og motiveres (VanDerNagel et al. 2018). Med deltagelse i de sessioner, hvor det giver mening for borger og rent fagfagligt, vil socialpædagogen i samarbejde med borger og rusmiddelbehandler fx opnå viden om rusmidler, dynamikker i reduktion og ophør fx i forhold til tilbagefald eller sporadisk brug af rusmidler. Formålet er, at det socialpædagogiske personale kan understøtte ønsket forandring på en støttende måde i borgerens dagligdag. Det kan fx være vigtigt at have viden om rusmidlers funktion eller betydning for borgeren (Schijven et al., 2018). I forhold til en fastholdelse af motivation for at stoppe med rusmidler eller få et mere hensigtsmæssigt forbrug af rusmidler vil det være vigtigt at arbejde med, hvad der giver mening for borgeren at lave i hverdagen. Her kan den socialfagliges støtte have afgørende betydning for borgerens ændring af forbrugsadfærd (Socialstyrelsen 2021, se også Region Midtjylland 2021, Huxley et al. 2019, Salavert et al. 2018).

Afrunding

Litteraturgennemgangen peger overordnet på, at der mangler solid viden, hvad angår prævalens, problemets omfang og målgruppens inklusion eller eksklusion i rusmiddelbehandling, både i en dansk og international kontekst. Der er med andre ord brug for en empirisk kortlægning i forhold til disse områder. Endvidere sammenfatter litteraturgennemgangen lovende praksis og tendenser i arbejdet med voksne med udviklingshæmning og problematisk brug af rusmidler. Virksomme tiltag, der kan udtrækkes fra litteraturen og med fordel indgå i en faglig indsats, som understøtter både målgruppens behov samt det mono- og tværfaglige arbejde med og omkring voksne borgere i målgruppen, er gengivet i punktform herunder:

- Socialpædagogisk personale opkvalificeres i forhold til viden om rusmidler og identifikation af rusmiddelbrug, uden at disse skal have en kontrol- eller behandlingsfunktion. Samtidig er det vigtigt at tilvejebringe viden om, hvor og hvordan de kan få hjælp og faglig sparring, hvis en borger har et problematisk rusmiddelforbrug.
- Tilpasning af både udredning af rusmiddelbrug og forandringsinterventioner i ambulant rusmiddelbehandling. Fx udvikling og tilpasning af generiske værktøjer, som støtter kommunikation, samt anvendelse af visuelt materiale til afdækning af og forståelse for rusmiddelbrug eller materialer til verbalisering af følelser og ønsker, fx i øvelser eller rollespil.
- Tværfaglig brobygning der i særlig grad sigter mod:
 - at borgeren støttes ind i behandling, således denne kan planlægges i relation til borgerens ressourcer og begrænsninger.
 - at en socialpædagogisk støtteperson inddrages, forudsat der er samtykke, i et passende omfang i forhold til vidensoverlevering til rusmiddelfaglig professionel,

- deltagelse i sessioner og støtte i borgerens hverdag uden for ambulant behandling.
- at rusmiddelbehandler i et inddragende samarbejde kan planlægge en tilpasset intervention til borgeren og kan overdrage relevant viden til socialpædagogisk personale, som ofte har kontakt med borgeren.
- Fokus på at sikre tværsektoriel og tværfaglige samarbejdsaftaler, der prioriterer, at målgruppen tilbydes relevant behandling, hvilket kræver ledelsesmæssig opmærksomhed.

På trods af manglende viden og begrænset forskning er der altså en række indsigter fra litteraturen, der kan anvendes til at informere et fremtidigt udviklingsarbejde af en indsats målrettet voksne med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler.

Hvis der sættes tiltag i gang, der har til sigte at arbejde med at forbedre målgruppens adgang til og udbytte af rusmiddelbehandling, vil det være et stort bidrag til en generel dansk og international viden på området, hvis det sker via en systematisk implementering af udvalgte værktøjer og anbefalinger med tilhørende monitorering af effekt og erfaringer. I så fald kan der skabes solid viden, som både kan udbredes og danne grundlag for justeringer.

Bilag 1: Systematisk litteratursøgning

Litteratursøgningen, der er foretaget, har to forgreninger. Den første forgrening udgør en systematisk litteratursøgning i international forskningslitteratur, mens den anden forgrening fokuserer på nordisk "grå" litteratur i form af ikke-peer-reviewede publikationer.

Forskningslitteraturen er søgt i databaserne PsykInfo og Pubmed ud fra søgeordene: Intellectual disability, mental retardation, substance abuse, drug abuse, alcohol abuse, illicit drugs, treatment, intervention og prevalence. Søgeordene indgik i titel, abstract eller tekst. Søgestrengen bestod af: "drug abuse" OR "alcohol abuse" OR "substance abuse" OR "illicit drugs" AND "intellectual disability" OR "mental retardation" AND "prevalence" OR "treatment" OR "interventions". Søgningen er tidsafgrænset til perioden 2017 til medio 2021 som supplement til undersøgelsen publiceret af Metodecentret i 2017. Som illustreret i figur 1 resulterede den indledende søgning i 236 artikler. Heraf blev 40 artikler udvalgt til gennemlæsning, hvilket resulterede i 23 artikler, der opfyldte inklusionskriterierne. Der findes generelt ikke meget forskning på området, når både rusmiddelbrug og udviklingshæmning skal indgå i de samme studier. På baggrund af gennemlæsningen blev der søgt på specifikke nordiske forfattere i videnskabelige tidsskrifter, hvilket resulterede i to ekstra studier fra Norge, som falder inden for tidsafgrænsningen.

Hollandske studier er stærkest repræsenteret i de videnskabelige tidsskrifter, suppleret af studier fra USA, Storbritannien, Norge og Australien.

Figur 1: Udvalgelse af relevante studier i de tre faser

Fase 1 Søgning efter potentielt relevante studier i elektroniske databaser	Potentielt relevante studier (n=236)	Dubletter (n=46)
Fase 2 Vurdering af studiernes relevans i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier	Relevante (n=25) Måske relevante (n=15)	Ikke-relevante studier (n=150)
Fase 3 Systematisk vurdering af studiernes indhold	Relevante og tilfredsstillende studier (n=23)	Ikke-relevante studier (n=17)

Ud over søgningen i ovenstående forskningsdatabaser har der været søgt på nordisk "grå" litteratur i form af ikke-peer-reviewede evalueringsrapporter, konsulentrapporter og lignende, som ligeledes forholder sig til målgruppen. Søgningen er foretaget på Google og Google Scholar.

Søgeordene var: udviklingshæmmede¹¹, misbrug, rusmidler, alkohol, stofmisbrug, behandling, indsatser, samt rusmiddelproblemer og forbrug. Tabel 2 herunder opsummerer det samlede resultat af litteratursøgningen:

Tabel 2: Litteraturoversigt

International Forskningslitteratur	Grå litteratur	I alt
23 + 2	11	36

Referencer

International forskningslitteratur:

- Didden et al. (2020) Substance use disorders in people with intellectual disability, *Current Opinion in Psychiatry* Vol. 33, Iss. 2, (Mar 2020): 124-129.
- Didden (2017) Substance use and abuse in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: An introduction to the special section, *Research in Developmental Disabilities* Vol. 63, (Apr 2017): 95-98.
- Hulsmanns et al. (2020) Exploring the role of emotional and behavioral problems in a personality-targeted prevention program for substance use in adolescents and young adults with intellectual disability, *Research in Developmental Disabilities*, Volume 109.
- Huxley et al. (2019) Prevalence of alcohol, smoking, and illicit drug use amongst people with intellectual disabilities: Review, *Drugs: Education, Prevention & Policy* Vol. 26, Iss. 5, (Oct 2019): 365-384.
- Juberg et al. (2017) Substance use problems among people with mild/borderline intellectual disability: Challenges to mainstream multidisciplinary specialist substance treatment in Norway, *NAT Nordisk alkohol & narkotika tidskrift* Vol. 34, Iss. 2 (Apr 2017): 173-185.
- Kiewik et al. (2017) Intellectually disabled and addicted: A call for evidence based tailor-made interventions, *Addiction* Vol. 112, Iss. 11, (Nov 2017): 2067-2068.
- Kouimtsidis et al. (2017) Development and evaluation of a manual for extended brief intervention for alcohol misuse for adults with mild to moderate intellectual disabilities living in the community: The EBI-LD study manual, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* Vol. 30, Iss. Suppl 1, (Dec 2017): 42-48.
- Lindsay & Taylor (2018) Assessment and treatment of alcohol-related violence in offenders with intellectual and developmental disabilities, In *The Wiley handbook on offenders with intellectual and developmental disabilities: Research, training, and practice*, by Lindsay, William R (ed.); Taylor, John L (ed.). 289-307. Wiley-Blackwell, 2018.
- Neijmeijer et al. (2020) Flexible assertive community treatment for individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: Client variables associated with treatment

¹¹ Intellektuel funktionsnedsættelse er fravalgt som søgekriterium, da litteratursøgningen viste, at det primært omhandlede borgere, der havde pådraget sig en lavere kognition som led i et mangeårigt misbrug, og ikke som en medfødt funktionsnedsættelse.

- outcome, *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* Vol. 14, Iss. 6, (2020): 199-212.
- Newton, Danielle & McGillivray, Jane (2020) Treating substance misuses amongst offenders with intellectual and developmental disabilities, In *The Wiley handbook on what works for offenders with intellectual and developmental disabilities: An evidence-based approach to theory, assessment, and treatment*, by Lindsay, William R (ed.); Craig, Leam A (ed.); Griffiths, Dorothy (ed.) . Wiley Blackwell, 2020.
- Poelen et al. (2017) Personality dimensions and substance use in individuals with mild to borderline intellectual disabilities, *Research in Developmental Disabilities* Vol. 63, (Apr 2017): 142-150.
- Robertson et al. (2020) Self-reported smoking, alcohol and drug use among adolescents and young adults with and without mild to moderate intellectual disability, *Journal of Intellectual and Developmental Disability* Vol. 45, Iss. 1, (Mar 2020): 35-45.
- Salavert et al. (2018) Substance use disorders in patients with intellectual disability admitted to psychiatric hospitalization, *Journal of Intellectual Disability Research* Vol. 62, Iss. 11, (Nov 2018): 923-930.
- Schijven et al. 2021) Take it personal! Development and modelling study of an indicated prevention programme for substance use in adolescents and young adults with mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol 34: 307-315.
- Schijven et al. (2020) The effectiveness of an indicated prevention programme for substance use in individuals with mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning: Results of a quasi-experimental study, *Addiction* Vol. 116, Iss. 2, (Feb 2021): 373-381.
- Schijven et al. (2019) Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* Vol. 32, Iss. 4, (Jul 2019): 871-878.
- Sharma & Lakhan (2017) Substance abuse among people with intellectual disabilities: Areas of future research, *Journal of Alcohol and Drug Education* Vol. 61, Iss. 2, (Aug 2017): 3-6.
- Swerts et al. (2017) Substance use among individuals with intellectual disabilities living independently in Flanders, *Research in Developmental Disabilities* Vol. 63, (Apr 2017): 107-117.
- VanDerNagel et al. (2020) Assessment of alcohol use disorder and alcohol-related offending behavior, In *The Wiley handbook on what works for offenders with intellectual and developmental disabilities: An evidence-based approach to theory, assessment, and treatment*, by Lindsay, William R (ed.); Craig, Leam A (ed.); Griffiths, Dorothy (ed.) 181-191. Wiley Blackwell, 2020.
- VanDerNagel et al. (2018) The perception of substance use disorder among clinicians, caregivers and family members of individuals with intellectual and developmental disabilities, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* Vol. 11, Iss. 1 (Jan 2018): 54-68.
- VanDerNagel et al. (2017) Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: A comparison between self-report, collateral-report and biomarker analysis, *Research in Developmental Disabilities* Vol. 63, (Apr 2017): 151-159.
- van Duijvenbode & VanDerNagel (2019) A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability, *European Addiction Research* Vol. 25, Iss. 6 (2019): 263-282.

van Duijvenbode et al. (2018) The relationship between drinking motives and interpretation bias in problematic drinkers with mild to borderline intellectual disability, *Journal of Intellectual and Developmental Disability* Vol. 43, Iss. 2 (Jun 2018): 125-136.

Ekstra international litteratur:

Braatveit et al. (2018): Screening for intellectual disabilities: a validation of the Hayes Ability Screening Index for in-patients with substance use disorder, *Nordic Journal of Psychiatry*, 72:5, 387-392.

Braatveit (2018b): Intellectual Disability among in-patients with Substance Use Disorders. Ph.d.-afhandling. Bergen Universitet.

Nordisk Grå Litteratur:

Braatveit (2018) Psykisk udviklingshemming og rus. Præsentation baseret på PhD afhandling ved Universitet i Bergen.

Goplen (2020) Hvordan utrede rusavhengighet hos personer med utviklingshemming? Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP).

Høgh (2021) Der mangler kvalificerede tilbud og hjælp til mennesker med udviklingshæmning, som har rusmiddelproblemer. Stof nr. 38, forår 2021.

Høgh (2017) Misbrugsadfærd blandt borgere med udviklingshæmning - en litteraturgennemgang, Metodecentret.

Region Midtjylland (2020) Domfældte udviklingshæmmede - Tidsubestemte foranstaltninger. Psykiatri og social-specialområde Udviklingshæmning og ADHD.

Region Midtjylland (2018) Domfældte Udviklingshæmmede - Data og fortællinger.) Psykiatri og social-specialområde Udviklingshæmning og ADHD (2018)

Socialstyrelsen (2021) Indsatser til mennesker med udviklingshæmning, der har et misbrug, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2020) Håndbog om sigtede og domfældte borgere med udviklingshæmning - Lovregler og kriminalpræventive sociale indsatser, Socialstyrelsen.

Madsen og Frelsen (2020). Erfaringer med misbrugsbehandling til mennesker med udviklingshæmning. I Sørensen (red.) Udviklingshæmning – en grundbog, forlaget Oligo.

VIVE (2018) Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksenalderområdet, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) udarbejdet til Socialstyrelsen.

VIVE (2018b) Voksne med udviklingshæmning og udadreagerende adfærd - En kortlægning af virksomme metoder og lovende praksis, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE).

Øvrig Litteratur – inkluderet som baggrundsviden:

Berger, N.P., Bom, L.H., Fynbo, L. & Abildtoft, M.K. (2019) Effektive metoder til misbrugsbehandling af borgere med ADHD. København: VIVE.

Fynbo, L., Kohl, K.S., Hansen, N.N. & Jensen, K.H. (2021): Screening af rusmiddelbehandling til de mest udsatte unge. København: VIVE.

Pedersen et al. (2017) Behandling af unge der misbruger stoffer – en undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt. Rapport, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, Mads Uffe (2005) Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler. Aarhus Universitetsforlag.

Socialstyrelsen (2020) Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling.

Socialstyrelsen (2019) MOVE – struktureret, forstærkende rusmiddelbehandling.



Delrapport II

National kortlægning af
voksne med
udviklingshæmning o.l.
samt et problematisk
forbrug af rusmidler.

– omfang og problembillede

Indhold

Introduktion	34
Målgruppens omfang og karakter i kortlægningen	36
Data og metode	37
Resultater af kortlægningen	42
Opsamling af kortlægningens resultater	62
Bilag 1 Metodebilag	64
Bilag 2 Survey	67

Introduktion

I denne delrapport præsenteres resultaterne af den nationale kortlægning af voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler. Formålet med kortlægningen er at skabe overblik over målgruppens størrelse og problembillede.

Kortlægningen afdækker voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder på kommunale, regionale og private botilbud samt borgere i målgruppen, der modtager kommunal socialpædagogisk støtte i eget hjem. Disse borgere kortlægges gennem to spørgeskemaundersøgelser. Én målrettet botilbud og én målrettet udvalgte kommunale bostøttetilbud. Resultaterne baserer sig på skøn fra socialfagligt personale omkring den enkelte borger. Målgruppens størrelse og problembillede afdækkes dermed udelukkende fra et socialfagligt perspektiv.

Resumé af kortlægningens resultater

Målgruppens størrelse

På baggrund af spørgeskemaundersøgelser blandt botilbud og udvalgte kommunale bostøttetilbud har vi beregnet nationale estimater for antallet af voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder på landsplan. I alt estimeres det, at der er ca. 31.900 voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder i Danmark. Ca. 16.300 borgere bor på botilbud, hvoraf det estimeres, at ca. 500 borgere har et problematisk forbrug af rusmidler. Ud af de 15.600 voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, som modtager socialpædagogisk støtte, estimeres det, at mere end 1.200 har rusmiddelproblemer. I alt estimerer vi, at der er tæt på 1.800 voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler i Danmark. Det svarer til 5,6 pct. af den samlede målgruppe.

Rusmidler forekommer oftest blandt borgere i eget hjem

Der er forskel på andelen af voksne med udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder og rusmiddelproblemer blandt gruppen af borgere i målgruppen på tværs af boformer. I kortlægningen finder vi, at andelen af borgere i målgruppen på botilbud, der har et problematisk forbrug af rusmidler, er 3,3 pct. I bostøtteregei er denne andel 8,0 pct. Der er således en betydeligt større andel af borgere med rusmiddelproblemer blandt voksne med udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder, der modtager socialpædagogiske støtte i eget hjem sammenlignet med borgere i målgruppen, der opholder sig på botilbud.

Det er ikke alle botilbud og kommuner, som kender til borgere med denne dobbelte problematik. Ud af kortlægningens 635 botilbud har ca. 30 pct. angivet, at der bor en eller flere borgere med udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder og rusmiddelproblemer på det pågældende botilbud. Blandt de ti udvalgte kommuner i bostøtteundersøgelsen angiver otte af dem, at de yder socialpædagogisk støtte til minimum én voksen med udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder, der har et problematisk forbrug af rusmidler. To kommuner kender ikke til borgere i denne målgruppe.

Alkohol er det mest dominerende rusmiddel

I 2001 var alkohol det mest dominerende rusmiddel for borgere i målgruppen. For mere end 80 pct. af målgruppen var alkohol deres primære rusmiddel.¹² I 2021 er alkohol fortsat det mest dominerende rusmiddel blandt målgruppen, og ca. 60 pct. af borgere med udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder og rusmiddelproblemer forbruger primært alkohol. Andelen af borgere i målgruppen, der primært ryger hash, er ca. 23 pct., den andel var i 2001 ca. 5 pct. Der er ligeledes en stigende andel, der kombinerer flere rusmidler, hvilket formentligt består af alkohol og hash. Andelen af borgere med udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder og rusmiddelproblemer, som tager hårdere stoffer, er lille, vurderer det socialpædagogiske personale.

Sammenlignet med den generelle befolkning ser vi, at andelen med et problematisk alkohol-forbrug er større i den generelle befolkning end hos borgere i målgruppen.¹³ Omfanget af borgere med et problematisk forbrug af euforiserende stoffer er nogenlunde på samme niveau i den generelle befolkning og blandt gruppen af borgere med udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder.

Mænd i alle aldre er de typiske forbrugere

Kortlægningens resultater bekræfter kønsmønstre identificeret i national og international forskning. Der er flere mænd end kvinder, der har rusmiddelproblemer. Dette mønster findes også blandt borgere i målgruppen. Mænd udgør 75,4 pct. af de borgere, der er i målgruppen, mens kvinder udgør 23,7 pct. 0,9 pct. betegner sig som ikke-binære. I kortlægningen finder vi intet aldersbetinget mønster i borgernes rusmiddelproblematikker, hvor unge, midaldrende og ældre er repræsenteret i lige stort omfang.

En målgruppe med flere udfordringer

Rusmiddelproblemer er sjældent det eneste problem for voksne med udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder. Kortlægningen peger på, at en stor del af denne målgruppe er belastet med psykiatriske diagnoser. Omkring 36,6 pct. af borgere i målgruppen, der har et problematisk forbrug af rusmidler, har også en eller flere psykiatriske diagnoser. Det er særligt diagnoser som angst, depression og ADHD. Forskning dokumenterer, at psykiske problematikker er en risikofaktor for at udvikle rusmiddelproblemer. Det er dog vigtigt at pointere, at vi i kortlægningen ikke drager konklusioner om årsager til rusmiddelproblemer.

På botilbud er der ydermere en stor andel (21,7 pct.) af målgruppen, som har en foranstaltningsdom. Det svarer til 102 borgere. Der er kun få tilfælde af borgere i målgruppen, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, som har en dom.

En tredjedel har modtaget behandling

Ud af kortlægningens i alt 579 borgere med både udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler har 197 modtaget en eller flere former for rusmiddelbehandling indenfor de seneste tre år. På botilbud svarer det til, at andelen af borgere

¹² Gruber, T. & Andersen, J. 2001. Misbrug uden behandling. Udviklingshæmmede og misbrug. Formidlingscenter Øst, Ringsted.

¹³ Sammenligningen af problematisk rusmiddelforbrug i hhv. gruppen af borgere med udviklingshæmning og den generelle befolkning beror på forskellige definitioner og mål for problematisk forbrug, hvorfor sammenligningen må læses med en række forbehold, som gengives i afsnittet Problematiske rusmiddelforbrug i et komparativt sigte.

i målgruppen, der har modtaget rusmiddelbehandling inden for de seneste tre år, er 35,1 pct. for borgere, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, er andelen 29,4 pct. De fleste af disse borgere har modtaget ambulant rusmiddelbehandling (evt. i kombination med antabus), mens der imidlertid også er en betydelig andel, der har modtaget antabus uden øvrig behandling.

Vi har spurgt det socialfaglige personale omkring borgeren, hvorvidt de mener, at den eksisterende rusmiddelbehandling matcher borgernes behov. Til det svarer mere end 60 pct., at de oplever, at rusmiddelbehandlingen ikke imødekommer målgruppens behov i tilstrækkelig grad. De påpeger særligt, at behandlingen ikke tager højde for borgernes kognitionsniveau, ligesom de efterspørger viden og tværfagligt samarbejde.

Målgruppens omfang og karakter i kortlægningen

Som litteraturgennemgangen i delrapport I viste, mangler der generelt viden om borgere med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, i både en dansk og international sammenhæng. Denne delrapport har til formål at give et aktuelt nationalt billede af, hvor mange borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitiv funktionsnedsættelse der skønnes at have et problematisk forbrug af rusmidler. Det er den første nationale kortlægning i Danmark, der forsøger at give et samlet overblik over målgruppens omfang og karakter samt målgruppens deltagelse i behandlingstilbud for rusmiddelproblemer. Kortlægningen vedrører borgere fra 18 år og baserer sig på data, der er indhentet fra det sociale område.

Internationale studier peger på, at omfanget af rusmiddelproblemer for borgere med udviklingshæmning flugter med den generelle befolkning eller ligger lidt under.¹⁴ Andre studier peger på, at andelen kan forventes at være højere.¹⁵ Den eneste tidligere danske undersøgelse blev foretaget i 2001 og tilslutter sig sidstnævnte konklusion.¹⁶ Undersøgelsen fra 2001 bygger på besvarelser fra 32 kommuner¹⁷, som tilsammen repræsenterer en brugergruppe på godt 3.400 borgere med udviklingshæmning med kontakt til kommunernes bo- og støttetilbud. Målgruppen defineres med udgangspunkt i borgerens tildelte støtte og inkluderer borgere registreret som modtagere af kommunal socialpædagogisk støtte. Borgere i målgruppen som ikke modtager støtte fra kommunen, indgår således ikke i undersøgelsen. Gruber og Andersen identificerer 201 borgere, som angives at have et misbrug¹⁸ af rusmidler. Det svarer til ca. 6 pct. af undersøgelsens 3.401 borgere.

¹⁴ McGillicuddy, N. B. 2006. A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1). Vandernagel, J. E., Kiewik, M., Postel, M. G., Dijk, M., Didden, R., Buitelaar, J. K., & Jong, C. A. J. 2014. Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35.

¹⁵ Høgh, H. 2017. Misbrugsadfærd blandt borgere med udviklingshæmning – en litteraturgennemgang. Metodecentret.

¹⁶ Se note 12, Gruber & Andersen, 2001.

¹⁷ De 32 deltagende kommuner havde alle et indbyggertal på minimum 30.000 borgere.

¹⁸ Gruber og Andersen (2001) jf. note 12, definerer misbrug i overensstemmelse med WHO.

Denne delrapport vil foretage en lignende kortlægning og undersøge, hvordan omfanget af rusmiddelproblemer er blandt målgruppen i 2021. Vores kortlægning baserer sig på nogle metodiske valg og fravalg (herunder definition af målgruppen og problematisk forbrug af rusmidler), som adskiller sig fra Gruber og Andersens undersøgelse. Derfor er det ikke meningsfuldt at foretage en direkte sammenligning af resultaterne fra henholdsvis 2001 og 2021. Vi vil dog kommentere på udviklingen, hvor det giver mening.

Denne nationale kortlægning af borgere med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler baserer sig på to spørgeskemaundersøgelser blandt botilbud og den kommunale bostøtte. Designet for kortlægningen udfoldes i det følgende afsnit.

Data og metode

I dette afsnit præsenteres det metodiske fundament, som danner grundlag for kortlægningen. I afsnittet introduceres undersøgelsesdesignet og undersøgelsens datagrundlag, ligesom datagrundlagets kvalitet vurderes.

Målgruppedefinition

Indledningsvist er det nødvendigt at afgrænse, hvilken målgruppe der kortlægges. Her er det vigtigt at definere, hvordan både udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler forstås.

Voksne med udviklingshæmning

Rapporten tager afsæt i WHO-ICD10's diagnoseliste, hvor udviklingshæmning beskrives som *"En tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, det vil sige de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder."*¹⁹ En uddybende målgruppebeskrivelse fremgår af rapportens litteraturgennemgang i delrapport I.

I denne delrapport udvides målgruppedefinitionen til også at inkludere voksne med kognitive vanskeligheder, der svarer til udviklingshæmning, men som endnu ikke er udredt. Vi medtager således personer, som på baggrund af deres kognitionsniveau har et støttebehov på niveau med borgere med diagnosticeret udviklingshæmning. Det vil sige personer, som har lignende udfordringer med kognitive, sproglige, motoriske og sociale kompetencer som diagnosticerede borgere. Denne tilføjelse udspringer af erfaringer fra praksis, der viser, at en del voksne borgere har mangler i deres udredning og diagnosticering. I forlængelse heraf beretter flere ledere og fagprofessionelle omkring borgerne, at de ikke har kendskab til, hvorvidt borgerne har diagnosticeret udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder. At undlade denne borgergruppe ville medføre en risiko for et betydeligt mørketal i kortlægningen.

¹⁹ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/udviklingshaemning/om-udviklingshaemning/definitioner-og-kriterier>

Når der i delrapporten refereres til målgruppen af voksne med udviklingshæmning, henvises der således til den samlede gruppe af borgere med både diagnosticeret udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder.

Problematiske forbrug af rusmidler

Et væsentligt spørgsmål, der ønskes belyst med denne kortlægning er, hvor stor en andel af voksne med udviklingshæmning, der har et problematisk forbrug af rusmidler. Det er vigtigt at skelne mellem forbrug og problematisk forbrug. Kortlægningens fokus favner ikke borgere med et forbrug af rusmidler, som ikke afstedkommer fysisk, psykisk eller social skade. Kortlægningen fokuserer derimod på problematisk forbrug af rusmidler, som forstås ved et brugsmonster af alkohol eller euforiserende stoffer, der er problemskabende for personen selv eller andre. Vi anvender således en bred definition af problematisk forbrug af rusmidler, der overlader rum til individuelle fortolkninger af, hvornår et forbrug er problematisk. Den brede definition betyder, at der kan være stor variation i forbrugets omfang for borgere, som vurderes at have et problematisk forbrug af rusmidler. Et forbrug der vurderes problematisk for én borger, er ikke nødvendigvis problematisk for en anden borger. Det betyder, at der i undersøgelsen ikke indgår vurderinger af forbrugets omfang og frekvens.

Undersøgellesdesign

I dette afsnit præsenterer vi, hvordan kortlægningen er gennemført, og hvilke styrker og svagheder designet rummer.

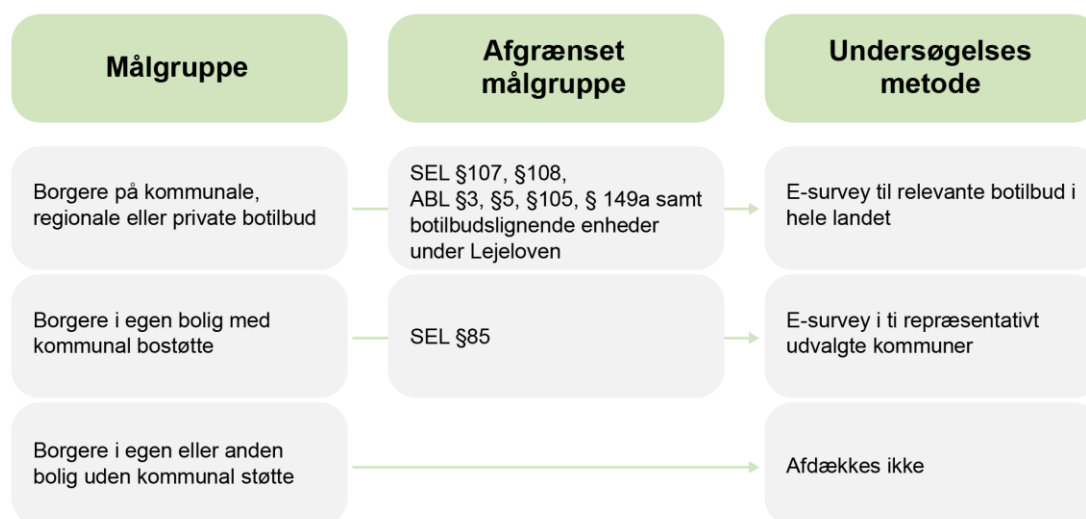
En kvantitativ spørgeskemaundersøgelse

Kortlægningen bygger på en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse i to dele. Den ene del kortlægger målgruppen på relevante botilbud i hele landet. Den anden del kortlægger borgere med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, der bor i egen bolig og samtidig modtager socialpædagogisk bostøtte²⁰, i ti udvalgte kommuner.²¹

²⁰ Socialpædagogisk støtte betegnes forskelligt på tværs af kommuner, herunder mestringsstøtte, specialvejledning, bostøtte m.fl. Alle betegnelser dækker over socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85. I denne delrapport benytter vi betegnelsen bostøtte.

²¹ Kortlægningen er afgrænset til det sociale område, og repræsenterer således ikke andre fagperspektiver (fx rusmiddelområdet), som også kunne have bidraget med væsentlig viden.

Figur 1: Oversigt over kortlægningens målgrupper og undersøgelsesmetoder



Survey til botilbud

For at kortlægge antallet af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, som bor på kommunale, regionale eller private botilbud, er der sendt en e-survey til botilbud i hele landet.

Udvælgelse af botilbud

De relevante botilbud dækker over botilbud efter både serviceloven og almenboligloven, der tilkendegiver at være målrettet borgere med udviklingshæmning²². Dertil kommer botilbudslignende tilbud under lejeloven. Via et udtræk fra Tilbudsportalen gav denne søgning en bruttoliste på 741 tilbud. Heraf er 15 tilbud fraserteret, da de enten falder uden for målgruppen²³ eller ikke længere eksisterer. Det giver en nettorespondentliste på 726 botilbud.

Dataindsamling

Vores kontaktpersoner var tilbuddenes ledere, som fremgik af Tilbudsportalen. Surveyen samt introduktion og vejledning til surveyen blev distribueret til tilbudslederne via e-mail. Det stod tilbudslederne frit for, om de selv besvarede surveyen eller fik hjælp fra relevante medarbejdere, afdelingsledere eller lignende.

Survey i bostøtterege

Det er en udfordring at gennemføre en landsdækkende kortlægning på bostøtteområdet. Det er der flere årsager til. For det første er bostøtten i mange kommuner ofte decentralt organiseret, hvorfor der ikke findes én samlet indgang. For det andet vil en leder af en kommunes samlede bostøtteindsats sjældent have tilstrækkelig viden om hver enkelt borger til at kende de oplysninger, som kortlægningen interesserer sig for. En generisk gennemførelse af en landsdækkende survey i bostøtterege vil med stor sandsynlighed medføre et stort ressourceforbrug eller tilvejebringelse af upålidelige og mangelfulde data. På bostøtteområdet gennemfører vi derfor en kortlægning i ti repræsentativt udvalgte kommuner, hvor

²² Relevante tilbud er omfattet af servicelovens §§ 107-108 og almenboliglovens §§ 3, 5, 105 og 149 samt botilbudslignende enheder under Lejeloven, såsom særlige bofællesskaber.

²³ Tilbud, som er registreret med forkert målgruppe på Tilbudsportalen og derfor fejlagtigt fremgik af vores bruttoliste. Det er eksempelvis tilbud, som afgrænses til børn.

dataindsamlingen tilrettelægges i samarbejde med de enkelte kommuner. Disse data vil efterfølgende kunne bruges til at beregne et kvalificeret estimat over antallet af voksne borgere i målgruppen, der modtager bostøtte på landsplan.

Udvælgelse af kommuner

For at beregne et kvalificeret landsdækkende estimat for antallet af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer i bostøtteregi er udvælgelsen af de ti kommuner i stikprøveundersøgelsen afgørende. De ti kommuner er udvalgt repræsentativt ved stratificeret udvælgelse. Udvælgelsen er foretaget med sigte på at tilvejebringe repræsentativitet i kommunernes størrelse, region, uddannelsesniveau og brugen af § 85 støtte efter serviceloven. Se mere om udvælgelsesparametre i bilag 1.

Dataindsamling

Som indgang til bostøtteområdet i de ti kommuner, henvendte vi os til fagchefen i den forvaltning, hvor voksensocialområdet er tilknyttet. Her bad vi om at få udpeget en kontaktperson, som kunne agere tovholder for kommunens bidrag til kortlægningen. Kontaktpersonerne var blandt andre centerledere, område- og afdelingsledere for bostøtten. Gennem telefonisk dialog med kontaktpersonerne planlagde vi en dataindsamlingsproces tilpasset hver enkelt kommune. Spørgeskemaet blev dernæst sendt til kommunernes kontaktpersoner, som bistod dataindsamlingen lokalt. På grund af variation i kommunernes størrelse og organisering er der forskel på, hvem der har indsamlet oplysningerne. I nogle kommuner har kontaktpersonen udfyldt spørgeskemaet, mens spørgeskemaet i andre kommuner er udfyldt af en række støttekontaktpersoner, som er tilknyttet borgere i målgruppen²⁴.

Spørgeskemaundersøgelser

Vi har udsendt to spørgeskemaundersøgelser blandt sociale instanser, som beskæftiger sig med voksne med udviklingshæmning. Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt relevante botilbud og en tilsvarende undersøgelse i bostøtteregi i ti kommuner.

Svarprocenter

Det har haft høj prioritet at sikre en høj svarprocent i spørgeskemaundersøgelserne. Det har vi blandt andet gjort ved at begrænse antallet af spørgsmål i spørgeskemaet til et minimum og designe en solid opfølgningsprocedure, der indeholdt en skriftlig rykker samt to telefoniske opfølgningsrunder.²⁵

Svarprocenterne fra de to målinger fremgår af tabel 2. Svarprocenterne i begge spørgeskemaundersøgelser er mere end 80 pct. (henholdsvis 87,0 pct. og 100 pct.), hvilket er tilfredsstillende.²⁶ En høj svarprocent er væsentlig for at reducere risikoen for systematiske fejl i resultaterne, som kan betyde, at undersøgelserne ikke er repræsentative. Svarprocenten alene

²⁴ I kommuner, hvor flere personer har udfyldt spørgeskemaet, har kontaktpersonerne været ansvarlige for, at der ikke blev foretaget dobbeltregistreringer.

²⁵ Da dataindsamlingen foregik i ferieperiode (juli-august), var det en fordel at gennemføre telefonisk rykkerprocedure over flere uger. Det øgede sandsynligheden for at få kontakt til respondenter uden for deres ferieperiode.

²⁶ I en lignende kortlægning blandt kommuner med minimum 30.000 indbyggere, opnåede Gruber og Andersen en svarprocent på 71 pct. (Gruber og Andersen, 2001), se note 12.

er dog ikke en garanti for repræsentativitet. I kombination med svarprocenten er det væsentligt at have øje for, om der er en systematik i, hvilke respondenter der falder fra. I undersøgelsen blandt botilbud synes der ikke at være et mønster i frafaldet. De hyppigste årsager til frafald er manglende tid og ressourcer, uheldig timing i forhold til afholdelse af ferie, glemsomhed, og at botilbuddet ikke har borgere i målgruppen.

I undersøgelsen på bostøtteområdet har samtlige ti kommuner besvaret spørgeskemaet, hvilket er meget positivt, da resultaterne fra bostøtten i de ti repræsentativt udvalgte kommuner skal danne grundlag for beregningen af et estimat. Denne beregning skal estimere antallet af voksne borgere med udviklingshæmning og rusmiddelproblematikker på landsplan for den del af målgruppen, der bor selvstændigt og modtager bostøtte. Derfor er det særligt vigtigt, at disse resultater er repræsentative.²⁷ Vi vurderer således, at begge spørgeskemaundersøgelser sikrer kortlægningen et repræsentativt og troværdigt grundlag.

²⁷ Repræsentativiteten skal naturligvis vurderes i forbindelse med udvælgelseskriterierne for de ti kommuner. Se afsnittet Udvalgelse af kommuner og bilag 1 for yderligere information.

Tabel 1: Svarprocenter

	Botilbud		Bostøtte	
	<i>Antal</i>	<i>Svarprocent</i>	<i>Antal</i>	<i>Svarprocent</i>
Enheder i alt	726		10	
Hele besvarelser	632	87 pct.	10	100 pct.
Delvise besvarelser	3	0 pct.	0	0 pct.

Spørgeskemaets indhold

Indholdet i spørgeskemaerne til botilbud og den kommunale bostøtte er identisk bortset fra få sproglige variationer, som sikrer, at spørgeskemaet passer ind i konteksten. Spørgeskemaet er opdelt efter temaer som eksempelvis baggrundskarakteristika (køn, alder), fysisk og psykisk tilstand, rusmiddelproblemer og rusmiddelbehandling. I alle disse temaer er vi interesserede i antallet af borgere, som kan forbindes med et givent fænomen. Et eksempel på et af de centrale spørgsmål i spørgeskemaet er "Hvor mange af jeres borgere er diagnosticeret med udviklingshæmning?".²⁸ Et andet centralt spørgsmål handler om borgernes forbrug af rusmidler: "Hvor mange af jeres borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder skønner du, der har eller har haft et problematisk forbrug af rusmidler inden for det seneste år (12 måneder)?" Denne spørgemåde går igen gennem spørgeskemaet. Det betyder, at vi arbejder med data på aggregere niveau og ikke på individniveau. Vi har tilstræbt os på at stille spørgsmål, der læner sig op ad Gruber og Andersens kortlægning fra 2001, så der i det omfang det er muligt, kan drages paralleller mellem de to kortlægninger.

Mod spørgeskemaets slutning indgår to spørgsmål af en anden karakter. Disse berører respondenternes oplevelse af de ambulante rusmiddelbehandlingstilbud til målgruppen. Her bedes respondenterne tage stilling til, i hvilken grad de oplever, at den eksisterende rusmiddelbehandling opfylder målgruppens behov, eller om der mangler relevante behandlingstilbud til målgruppen. Begge spørgsmål besvares på en symmetrisk fempunktsskala fra "I meget høj grad" til "slet ikke". Disse spørgsmål skal bidrage til at belyse, hvorvidt praktikere generelt oplever samme mangler i rusmiddelbehandlingen til målgruppen, som litteraturen i delrapport II fremsætter. Spørgeskemaet i sin fulde længde fremgår af bilag 2. Spørgeskemaet er pilottestet blandt fire botilbud og to kommuner. På den baggrund blev der foretaget enkelte tilpasninger.

Resultater af kortlægningen

I dette afsnit præsenterer vi kortlægningens resultater. De to undersøgelser (på botilbud og i bostøtterege) fremlægges sideløbende, hvilket giver plads til løbende deskriptiv sammenligning af borgergrupperne.

Kortlægningen er baseret på skøn fra socialfaglige ledere og fagprofessionelle tæt på borgerne. Det betyder, at kortlægningen ikke udelukkende gengiver sikker viden, men også præsenterer professionelle skøn. Mere end 70 pct. af respondenterne angiver dog, at deres svar er et udtryk for viden frem for skøn. Det gælder både på botilbud og i bostøtterege, selvom man kunne forvente, at der var mere hullet og usikker viden i bostøtterege, fordi de har betydeligt mindre

²⁸ Spørgsmålet er suppleret med en hjælpepetekst, som definerer, hvordan udviklingshæmning forstås.

kontakt med borgerne, end fagprofessionelle på botilbud har til deres borgere. Der er dog ikke noget, der peger på, at dette er en udfordring i denne kortlægning. Det betyder, at selvom der på nuværende tidspunkt ikke eksisterer meget viden om målgruppens omfang og forbrug på nationalt plan, findes der meget viden lokalt.

I kapitlet præsenterer vi først målgruppens omfang og dernæst målgruppens karakteristika, som bygger på fagprofessionelles beskrivelser af borgerne, deres rusmiddelforbrug og behandlingserfaringer.

Voksne med udviklingshæmning - hvem og hvor mange?

Der findes på nuværende tidspunkt ingen estimer på omfanget af voksne med udviklingshæmning i Danmark. Det kan der være flere årsager til, men en forklaring kan være, at denne målgruppe kan være svær at identificere. Vores erfaring er, at en stor del af denne målgruppe (endnu) ikke er udredt. Derfor arbejder vi med en bred forståelse af udviklingshæmning, som også inkluderer voksne med kognitive vanskeligheder svarende til udviklingshæmning (se også afsnittet Målgruppedefinition). Vores erfaring genfindes i praksis, hvor mange aktører der arbejder med denne målgruppe angiver, at de ikke altid ved, om borgere er udredt eller diagnosticeret for udviklingshæmning. Denne erfaring gælder også mange respondenter i denne kortlægning, som fortæller, at der i praksis sjældent sondres mellem voksne med diagnosticeret udviklingshæmning og lignende kognitive vanskeligheder, og derfor beskriver vi dem over én kam i vores gengivelse af data.²⁹

I tabel 2 nedenfor ses antallet af voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder identificeret i denne kortlægning. Det drejer sig om i alt 15.719 borgere. Af disse borgere opholder 14.357 sig på botilbud, mens 1.362 borgere modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem. Af den samlede gruppe af borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder er 43,2 pct. kvinder, mens 55,7 pct. er mænd. En lille andel på 1,1 pct. af borgerne definerer sig hverken som kvinde eller mand. Der er ingen betydelig variation i kønsfordelingen på tværs af botilbud og i bostøtterege.

Tabel 2: Kønsfordelingen blandt voksne med udviklingshæmning

	Kvinder	Mænd	Ikke-binære	I alt
Botilbud	6.219 (43,3)	7.967 (55,5)	171 (1,2)	14.357 (100,0)
Bostøtte	566 (41,6)	794 (58,3)	2 (0,2)	1.362 (100,0)
I alt	6.785 (43,2)	8.761 (55,7)	173 (1,1)	15.719 (100,0)

Note: Andele beregnet horisontalt og angivet i parentes.

Det nationale billede - et estimat

Med afsæt i ovenstående data har vi beregnet et forventet antal voksne med udviklingshæmning på landsplan. Beregningen er baseret på tendenser i de to kortlægninger blandt henholdsvis

²⁹ En datamæssig sondring mellem borgere med diagnosticeret udviklingshæmning og borgere med lignende kognitive vanskeligheder, der svarer til udviklingshæmning, ville med stor sandsynlighed give en tilfældig fordeling, da mange respondenter har angivet, at de ikke kender disse oplysninger.

botilbud og kommuner (i bostøtterege) med repræsentativitet in mente. Estimationsmetoden udfoldes yderligere i rapportens bilag 1.

I kortlægningen blandt botilbud er svarprocenten 87,0 pct. Kortlægningen inkluderer 632 botilbud, som repræsenterer forskellige tilbud til forskellige målgrupper. Der indgår både store og mindre botilbud. Ydermere ser vi ikke et mønster i frafaldet. Vi tillader os derfor at antage, at øvrige relevante botilbud, som ikke indgår i kortlægningen, ligner de botilbud, som er inkluderet i kortlægningen, hvormed vi forventer, at den mulige spredning eller afvigelse, som potentielt findes i restgruppen, er minimal. Med det afsæt har vi foretaget en lineær fremskrivning af resultaterne, som estimerer, at der på landsplan er knapt 16.300 borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, som opholder sig på botilbud. Heraf estimeres det, at godt og vel 500 borgere har et problematisk rusmiddelforbrug, altså ca. 3 pct.

Samme antagelse gælder i forbindelse med kortlægningen af bostøtteområdet i ti kommuner. De ti kommuner er, som tidligere beskrevet, udvalgt strategisk for at tilstræbe repræsentativitet, og alle ti kommuner har deltaget i kortlægningen. På baggrund af de ti kommuners besvarelser estimerer vi, at der på landsplan er ca. 15.600 borgere med udviklingshæmning, som modtager § 85 støtte i eget hjem. Heraf estimerer vi, at omkring 1.200 voksne har et rusmiddelforbrug, der kan karakteriseres som problematisk, altså ca. 8 pct. Det er dog værd at bemærke, at estimerer på baggrund af så relativt lille en stikprøve er sensitive over for udsving, hvorfor de enkelte kommuners besvarelser vejer tungt i denne kortlægning. Derfor bør disse estimerer tolkes med en vis forsigtighed.

På baggrund af kortlægningens resultater og med en antagelse om, at disse kan overføres til resterende relevante botilbud og kommunal bostøtte, estimerer vi, at der er knapt 31.900 voksne borgere med udviklingshæmning i Danmark, hvoraf næsten 1.800 har rusmiddelproblemer. På landsplan svarer det til, at ca. 5,6 pct.³⁰ af voksne med udviklingshæmning, der bor på botilbud eller modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, har et problematisk forbrug af rusmidler.³¹

Problematiske forbrug af rusmidler

I følgende afsnit præsenterer vi omfanget af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer.

³⁰ Den gennemsnitlige andel af voksne med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler på tværs af boform estimeres at være højere nationalt end i vores kortlægning. I kortlægningen er andelen 3,7 pct., mens andelen på landsplan er 5,6 pct. Det skyldes, at estimatet fra bostøtteundersøgelsen (8 pct.) får større vægt i beregningen af det nationale estimat, fordi der inkluderes 98 kommuner frem for kun de ti kommuner, som indgår i kortlægningen.

³¹ Hertil kommer voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, som bor i eget hjem, i forældre hjem eller lignende og ikke modtager § 85 støtte. Denne målgruppe afdækkes ikke i kortlægningen, hvorfor dette må betragtes som et minimums estimat.

Væsentlige pointer

- I kortlægningen identificerede vi på botilbud 470 voksne med udviklingshæmning og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler. Det svarer til 3,3 pct. af borgere med udviklingshæmning på botilbud.
- I de ti udvalgte kommuner, hvor vi har kortlagt omfanget af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, der modtager socialpædagogisk støtte i egen hjem, har 109 voksne med udviklingshæmning også et problematisk forbrug af rusmidler. Det svarer til 8,0 pct. af borgergruppen.
- Vi estimerer, at der på landsplan er ca. 500 voksne med udviklingshæmning på botilbud og ca. 1.200 med udviklingshæmning med støtte i eget hjem, der har et problematisk forbrug af rusmidler. Det svarer til 5,6 pct. af den estimerede målgruppe på 31.900 voksne borgere.
- Mere end 60 pct. af voksne med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler bruger primært alkohol. Men der ses en tendens til, at flere i målgruppen bruger hash eller har et kombinationsforbrug sammenlignet med data fra 2001.³² Det gælder både blandt voksne på botilbud, og voksne der modtager støtte i eget hjem.

Ud af undersøgelsens 15.739 voksne med udviklingshæmning har 579 voksne borgere et forbrug af rusmidler, som professionelle tæt på borgeren karakteriserer som problematisk. Det svarer til 3,7 pct. af målgruppen på tværs af botilbud og bostøtte.

Tabel 3: Antallet af voksne med henholdsvis udviklingshæmning samt udviklingshæmning og rusmiddelproblemer

	Voksne med udviklingshæmning	Voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer	Voksne med udviklingshæmning	Voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer
			<i>Nationalt estimat</i>	<i>Nationalt estimat</i>
Botilbud	14.357	470 (3,3)	16.278	533 (3,3)
Bostøtte	1.362	109 (8,0)	15.597	1.248 (8,0)
I alt	15.739	579 (3,7)	31.876	1.781 (5,6)

Note. Andele i parentes angiver hvor andelen af voksne med udviklingshæmning, der samtidig har et problematisk forbrug af rusmidler.

³² Sammenligningsgrundlaget er Gruber og Andersens rapport fra 2001, se note 12.

Der er en iøjnefaldende forskel i andelen af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer afhængigt af borgerens støttebehov. I undersøgelsen blandt botilbud identificerede vi i alt 470 voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer. Det svarer til 3,3 pct. af borgergruppen. De ti udvalgte kommuner på bostøtteområdet har tilsammen angivet, at de har 109 voksne med udviklingshæmning og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler, som modtager § 85 støtte i eget hjem. Det giver en andel på 8,0 pct., hvilket er betydeligt højere end andelen af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer på botilbud. Der er således forskel på andelen af voksne borgere med rusmiddelproblemer på tværs af boformer.

I 2001 fandt Gruber og Andersen indikationer på samme mønster.³³ Forfatterne finder en vis sammenhæng mellem boform og rusmiddelproblemer, hvor en betydeligt større andel af borgere med et rusmiddelforbrug bor i egen bolig sammenlignet med forældrehjem og bo- eller opgangsfællesskaber (Gruber og Andersen, 2001, s. 46-47). I 2001 var andelen af den samlede borgergruppe, der boede i egen bolig og havde et rusmiddelproblem 8,0 pct. og dermed identisk med resultatet af vores kortlægning i 2021. Dertil var der ingen borgere med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer i forældrehjem, mens ca. 4 pct. af borgere med udviklingshæmning i bo- eller opgangsfællesskaber havde et rusmiddelproblem.

Sammenhængen mellem boform og rusmiddelproblemer, som er identificeret i henholdsvis 2001 og 2021, korresponderer med international forskning på feltet. Forskning peger på, at forekomsten af voksne borgere med rusmiddelproblemer er højest blandt borgere med mild udviklingshæmning eller borgere, der ligger i en gråzone til mild udviklingshæmning, som må forventes at have et mindre støttebehov end borgere med sværere kognitive vanskeligheder (se delrapport II for yderligere).

Rusmidler – en udfordring for de mange eller for de få?

I forbindelse med gennemførelsen af de to undersøgelser på henholdsvis botilbud og bostøtteområdet har vi mødt forskellige reaktioner. Mens nogle botilbud og kommuner har udtrykt et stort behov for mere fokus på målgruppen af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, blev vi af andre botilbud og kommuner mødt af kommentarer som "borgere med sådanne udfordringer har vi slet ikke." Det er derfor interessant at dykke ned i, om ovenstående estimer afspejler et generelt billede for botilbud og kommuner, eller om de er enlige svaler. Med andre ord ønsker vi at finde ud af, om repræsentationen af voksne borgere med udviklingshæmning og et problematisk forbrugsmønster af rusmidler er koncentreret eller spredt over hele landet.

Botilbud

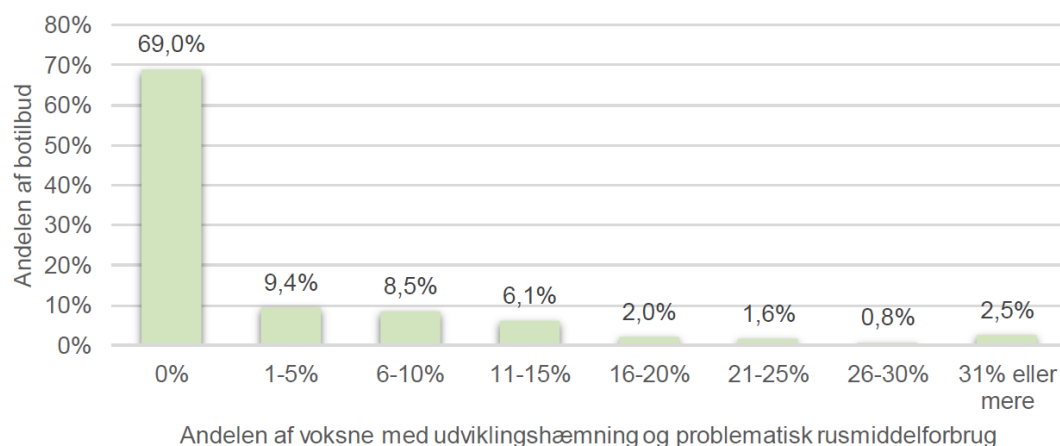
Blandt de 635 botilbud, som indgår i denne kortlægning, har i gennemsnit 3,3 pct. af voksne med udviklingshæmning samtidig et problematisk forbrug af rusmidler (svarende til 470 personer). Disse 470 er koncentreret på 197 botilbud.

På 24,1 pct. af de 635 botilbud har mellem 1-15 pct. af voksne med udviklingshæmning et problematisk forbrug af rusmidler, mens 6,9 pct. af botilbuddene har en koncentration af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblematikker på mere end 15 pct. af den samlede gruppe af voksne borgere med udviklingshæmning.

³³ Målgruppedefinitionen i 2001-undersøgelsen inkluderer borgere, der bor i egen bolig, borgere der befinder sig i forældrehjem og borgere som bor i bo- eller opgangsfællesskab. Borgere på bl.a. regionale og private botilbud er ikke en del af Gruber og Andersens kortlægning (2001) jf. note 12.

Knap 70 pct. af kortlægningens 635 botilbud har således angivet, at de ikke har voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer. Det svarer til 438 botilbud. Vi må således konkludere, at den dobbelte problematik af udviklingshæmning og rusmiddelproblemer er et relativt koncentreret fænomen på botilbudsområdet. Det skal imidlertid bemærkes, at problematikken trods alt forekommer på næsten hvert tredje botilbud.

Figur 2: Botilbuddene fordelt efter andelen af voksne med udviklingshæmning, der samtidig har et problematisk forbrug af rusmidler



Note: N= 635 botilbud.

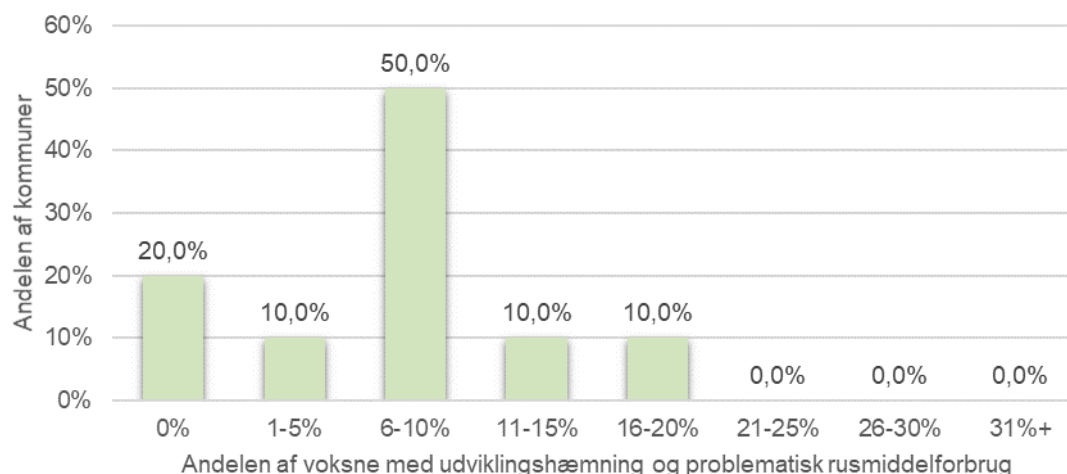
Bostøtte

På tværs af de ti kommuner, som kortlægningen af bostøtteområdet bygger på, har i gennemsnit 8,0 pct. af voksne med udviklingshæmning også et problematisk forbrug af rusmidler. Andelen varierer meget mellem de enkelte kommuner. To kommuner angiver således, at de ikke kender til voksne borgere, der både har udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler. To andre kommuner angiver modsat, at mere end 10 pct. af voksne med udviklingshæmning som modtager støtte i eget hjem også har rusmiddelproblemer (henholdsvis 12,4 pct. og 16,9 pct.). Halvdelen af kommunerne angiver, at mellem 6,0 pct. og 8,3 pct. af voksne med udviklingshæmning i bostøtten har et problematisk forbrug af rusmidler.

Otte ud af ti kommuner angiver således, at de i et eller andet omfang er bekendt med voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer. Omfanget af problemet varierer dog fra 3,3 pct. til 16,9 pct. af den samlede borgergruppe på tværs af de otte kommuner. I de fleste kommuner er andelen af voksne med udviklingshæmning og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler mellem 6,0 pct. og 8,3 pct.

I bostøtteregi ser vi med andre ord, at voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og rusmiddelproblemer er et relativt udbredt fænomen, idet problematikken ses i 80,0 pct. af kortlægningens kommuner. Der er stor variation i fænomenets omfang på tværs af kommuner, og i den forbindelse kan det være væsentligt at have in mente, at resultaterne ikke nødvendigvis afspejler tal for faktisk forbrug, men de fagprofessionelles skøn af, om forbruget er problematisk eller ej. Resultaterne kan også hænge sammen med forskelle i kommunernes opmærksomhed på denne målgruppe.

Figur 3: Kommuner fordelt efter andelen af voksne med udviklingshæmning, der modtager bostøtte og samtidigt har et problematisk forbrug af rusmidler



Note: N=10 kommuner.

Problematisk rusmiddelforbrug i et komparativt sigte

I forlængelse af kortlægningen af omfanget af problematisk rusmiddelforbrug blandt voksne med udviklingshæmning er det naturligt at foretage en sammenligning med den generelle befolkning. Det kan give indikationer på, hvorvidt rusmiddelproblemer er særligt udbredte blandt voksne med udviklingshæmning sammenlignet med voksne borgere i den generelle befolkning.

En sådan sammenligning er dog vanskelig at foretage, hvilket der særligt er to årsager til. For det første er viden om danskernes forbrug af rusmidler generelt sparsom, og der er derfor ikke mange valide data at sammenligne med. For det andet er der stor forskel på, hvordan undersøgelser om danskernes forbrug af rusmidler er opgjort. Nogle studier måler forbruget på baggrund af mængden af rusmidler, der indtages. Andre måler på afhængighedssymptomer eller fokuserer på, hvornår et forbrug vurderes problematisk. Sidstnævnte matcher denne kortlægnings tilgang og danner derfor grundlag for sammenligningen af andelen af borgere med et problematisk rusmiddelforbrug i den generelle befolkning og blandt voksne borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder. Sammenligningen beror med andre ord ikke på borgernes faktiske forbrug, men vurderingen af forbrug som problematisk.

I undersøgelser om rusmiddelforbrug i den generelle befolkning defineres problematiske forbrug typisk ud fra en sundhedsfaglig vurdering af det faktiske forbrug. I denne kortlægning beror vurderingen af et forbrug som problematisk på socialfaglige medarbejders skøn. Der kan derfor være forskel på, hvad der vurderes som et problematisk forbrug.

Et problematisk alkoholforbrug

Der er store variationer i borgernes indtag. Man skønner, at ca. 20 pct. af den voksne befolkning drikker over halvdelen af det samlede forbrug³⁴. Ser vi nærmere på den del af befolkningen, som har et forbrug af alkohol, som vurderes at være problematisk, er andelen i den generelle

³⁴<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/alkohol/alkohol-fakta/>

befolkning 6,9 pct.³⁵ Denne andel er et udtryk for andelen af borgere i den generelle befolkning, som indtager alkohol i et omfang³⁶, der medfører høj risiko for alkoholrelateret sygdom. Drager vi en parallel til gruppen af voksne borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, er andelen med et problematisk forbrug lidt lavere. På baggrund af spørgeskemaundersøgelserne estimeres det, at andelen af borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder på botilbud, der har et problematisk forbrug af alkohol, er ca. 2 pct. andelen for borgere som modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, er ca. 5 pct.^{37 38}

Som nævnt kan et problematisk forbrug af alkohol forstås på mange måder. Alkoholafhængighed kan også betragtes som et problematisk forbrug. I 2005 skønnedes det, at ca. 3 pct. af befolkningen var afhængige af alkohol.³⁹ Det er på niveau med andelen af voksne borgere på botilbud med udviklingshæmning og et problematisk alkoholforbrug, men lidt lavere end andelen af borgere med udviklingshæmning i eget hjem, som har et alkoholforbrug, der vurderes problematisk.

Hvorvidt forekomsten af problematisk alkoholforbrug blandt voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder er større eller mindre end forekomsten i den generelle befolkning, afhænger af, hvordan man forstår et problematisk forbrug. Andelen af voksne borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk alkoholforbrug er lavere end andelen af borgere i den generelle befolkning, der har et højrisko forbrug af alkohol. Til gengæld er andelen af borgere i målgruppen med et problematisk alkoholforbrug, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem højere end andelen af borgere med alkoholafhængighed i den generelle befolkning. Man må dog tage højde for, at der kan være sket en udvikling i andelen af alkoholafhængige i den generelle befolkning siden 2005, hvor de nyeste tal er fra.

Problematiske forbrug af euforiserende stoffer

Forbruget af euforiserende stoffer er betydeligt mindre end forbruget af alkohol i både den generelle befolkning og blandt voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder.

I 2017 skønnede man, at 0,9 pct. af borgere mellem 16-64 år havde et højriskoforbrug af hash.⁴⁰ Et forbrug af højrisko defineres ved personer, der har et mere vedvarende forbrug af stoffer, som har medført fysiske, psykiske og/eller sociale skader og måles i undersøgelsen ved andelen af

³⁵ Jensen, Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Davidsen, Michael, Ekholm, Ola og Christensen, Anne Illemann, 2018. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

³⁶ Sundhedsstyrelsens højriskogrænse er defineret ved et forbrug af alkohol, der overskrider 21 genstande for mænd og 14 genstande for kvinder i løbet af en typisk uge.

³⁷ Denne andel vil i praksis formentlig være 1-2 pct. højere. Det skyldes, at der er frasorteret et antal besvarelser, hvor det samlede antal af borgere med rusmiddelproblemer ikke stemmer overens med antallet af borgere fordelt efter typen af rusmidler.

³⁸ I de hhv. 2 pct. på botilbud og 5 pct. i bostøtte er også medregnet borgere, der har et problematisk forbrug af flere rusmidler. Det bygger på en antagelse om, at denne andel primært repræsenterer borgere, der forbruger alkohol og hash i kombination.

³⁹ Alkoholafhængighed er defineret på baggrund af en AUDIT-score.

⁴⁰ Dette tal kritiseres dog for at være underestimeret og ekskluderer et stort mørketal. For yderligere, se Pedersen, Mads Uffe (2015). Hvor mange danskere har udviklet et stofmisbrug? - En kommentar til 'Narkotikasituationen i Danmark', STOF.

borgere, der har brugt hash mere end 20 dage i løbet af den seneste måned.⁴¹ Det svarer nogenlunde til andelen af voksne borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk hashforbrug. På botilbud vurderes andelen af borgere i målgruppen med et problematisk hashforbrug til at være ca. 1 pct., mens det for voksne borgere i eget hjem er ca. 2 pct.⁴²

Andelen af 18-64-årige borgere i den generelle befolkning, som har et højrisikoforbrug af andre illegale stoffer end hash, skønnedes i 2017 at være ca. 1,5 pct. af befolkningen.⁴³ Det er lidt højere end andelen af voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, der har et problematisk forbrug af hårdere stoffer som kokain, heroin med flere. Der er kun enkelte borgere i målgruppen, som har et problematisk stofforbrug. Denne forskel er i tråd med erfaringer fra socialfaglig praksis, hvor flere professionelle beskriver, at de oplever, at hårdere stoffer er for dyre til, at borgerne i målgruppen har mulighed for at opretholde et forbrug deraf.

Omfanget af problematiske forbrug af euforiserende stoffer er nogenlunde på samme niveau i den generelle befolkning og blandt gruppen af voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder. Det gælder særligt problematisk hashforbrug, mens der i praksis findes meget få borgere i målgruppen, som forbruger hårdere stoffer på en måde, som vurderes problematisk. Selvom niveauet umiddelbart er sammenligneligt på tværs af de to borgergrupper, er det igen nødvendigt at understrege, at der kan være stor forskel på, hvornår et forbrug af euforiserende stoffer vurderes problematisk, og dermed forskel på hvilke forbrug tallene afspejler.

Lidt færre borgere med udviklingshæmning har rusmiddelproblemer

Opsummeret ser vi, at andelen med problematisk alkoholforbrug er større hos den generelle befolkning end hos voksne borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder. Andelen af borgere i målgruppen, som har et problematisk forbrug af rusmidler, svarer nogenlunde til andelen af borgere med alkoholafhængighed i den generelle befolkning. Omfanget af problematiske forbrugsmønstre af hash ligner hinanden i de to borgergrupper. Der er meget få borgere i målgruppen med et problematisk forbrug af hårdere stoffer, mens 1,5 pct. af den generelle befolkning estimeres at have et højrisikoforbrug af hårdere stoffer. Det tyder således på, at andelen af borgere med et problematisk forbrug af rusmidler er lidt lavere blandt voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder i forhold til den generelle befolkning.

Undersøgelserne af problematisk rusmiddelforbrug i den generelle befolkning baseres på en sundhedsfaglig vurdering med objektive mål for, hvornår et forbrug er problematisk. Denne kortlægning af problematisk forbrug af rusmidler blandt voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder bygger udelukkende på en socialfaglig vurdering og individuelle vurderinger af, hvad der udgør et problematisk forbrug. Det tager afsæt i argumentet, at et forbrug, der er problematisk for én person, ikke nødvendigvis er problematisk for en anden person. Det gør en direkte sammenligning vanskelig, og derfor må denne sammenligning læses med det altoverskyggende forbehold, at problematiske forbrug af rusmidler repræsenterer forskellige, og ikke standardiserede, forbrugsmønstre.

⁴¹ Sundhedsstyrelsen, 2019. Skøn over antallet af stofbrugere med et højrisikoforbrug - Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 2.

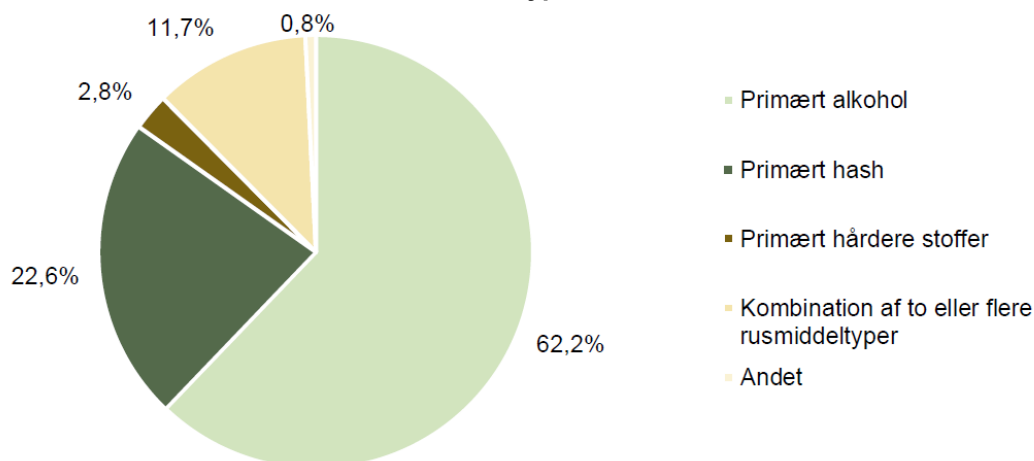
⁴² I denne andel er medregnet borgere, der har et problematisk forbrug af flere rusmidler. Det bygger på en antagelse om, at denne andel primært repræsenterer borgere, der forbruger alkohol og hash i kombination.

⁴³ Se note 41.

Typen af rusmidler

I den resterende rapport fokuserer vi på kortlægningens resultater og præsenterer dermed tendenser på baggrund af spørgeskemaundersøgelserne på botilbud og bostøtteområdets udvalgte kommuner. De viser, at målgruppens forbrug af rusmidler primært kredser om alkohol og hash. Hårdere stoffer er ikke udbredt blandt målgruppen.⁴⁴

Figur 4: Anvendelsen af rusmidler fordelt efter typen af rusmidler



Note: Gennemsnit for botilbud og bostøtte. N botilbud= 168. N bostøtte=8 kommuner. I figuren er kun medtaget besvarelser, hvor antallet af voksne borgere med rusmiddelproblemer stemmer overens med antallet af borgere fordelt efter typen af rusmidler.

Alkohol er det mest anvendte rusmiddel blandt målgruppen. Mere end 60 pct. af voksne med et problematisk forbrug af rusmidler bruger primært alkohol. Flere botilbudsledere og støttekontaktpersoner peger på, at det skyldes, at alkohol er relativt billigt og let at få fat i.

I undersøgelsen fra 2001 var alkohol også det mest dominerende rusmiddel blandt målgruppen. Her var 87 pct. af borgerne karakteriseret ved at have et alkoholproblem. Sammenligner vi med denne kortlægningsdata, må alkohol siges at være betydeligt mindre dominerende blandt voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer i dag end for 20 år siden.

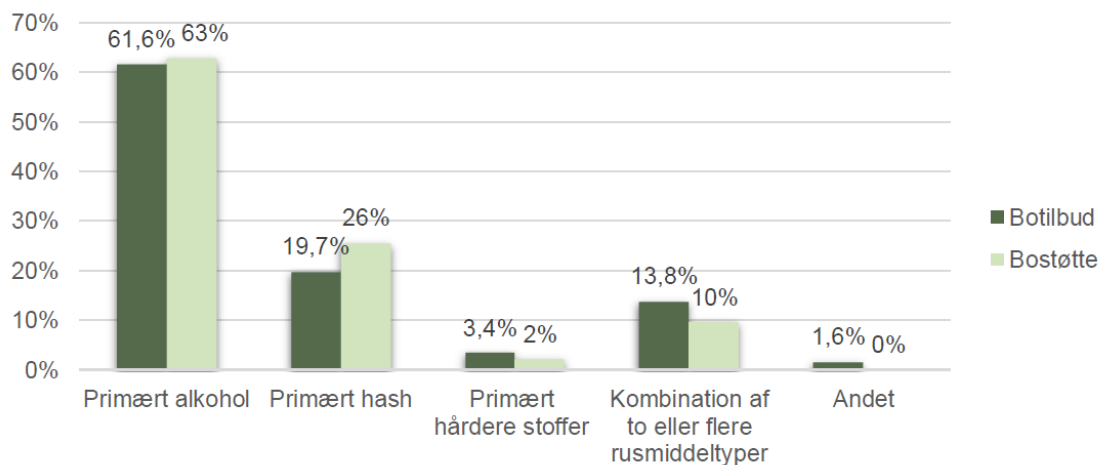
Til gengæld ser vi en stigning i anvendelsen af euforiserende stoffer siden 2001. I 2001 var andelen af brugergruppen som røg hash 5 pct. Denne andel er i dag 19,7 pct. på botilbud og 26,0 pct. i bostøtterege (se figur 5). Forbruget af hårdere stoffer (som i spørgeskemaet var eksemplificeret ved kokain, heroin, amfetamin m.fl.) blandt borgere med udviklingshæmning er meget begrænset. Professionelle omkring borgerne peger blandt andet på, at det hænger sammen med stoffernes pris og tilgængelighed. Deres oplevelse er, at hårdere stoffer er for dyre til, at borgerne i målgruppen har mulighed for at opretholde et forbrug heraf.

Yderligere ser vi, at 10,0 pct. af borgere i målgruppen, der modtager støtte i eget hjem, har et kombineret forbrug. Det samme gælder 13,8 pct. af brugergruppen på botilbud. Spørgeskemaets

⁴⁴ Det er dog vigtigt at påpege, at undersøgelsen beror på socialfagligt personales viden om borgernes forbrug, som kan have manglende kendskab til de forskellige stoffer.

design gør, at vi ikke ved, hvilke rusmidler kombinationsforbrug dækker over, men baseret på disse rusmidlers øvrige anvendelse blandt målgruppen har mange af borgerne formentlig et forbrug af både alkohol og hash.

Figur 5: Anvendelsen af rusmidler på tværs af boformer



Note: N botilbud= 168. N bostøtte=8 kommuner. I figuren er kun medtaget besvarelser, hvor antallet af voksne borgere med rusmiddelproblemer stemmer overens med antallet af borgere fordelt efter typen af rusmidler.

Opsummerende viser resultaterne, at alkohol er det mest anvendte rusmiddel blandt voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler. Det gælder for voksne på botilbud samt modtagere af § 85 støtte i eget hjem. Alkohol er dog mindre dominerende i dag end for 20 år siden. I stedet ser vi i dag flere, hvis problematiske forbrug er drevet af hash eller kombination af flere rusmidler sammenlignet med tidligere.

Målgruppens karakteristika

Hvad karakteriserer disse 579 voksne borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler? Det præsenterer vi i dette afsnit.

Væsentlige pointer

- Der er betydeligt flere mænd end kvinder, der har udviklingshæmning og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler. Næsten hver fjerde person med denne dobbelte problematik i kortlægningen er kvinde, mens 75,4 pct. er mænd.
- Der er en jævn aldersspredning blandt målgruppen.
- Mere end hver tredje voksen med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler har samtidig en psykiatrisk diagnose. Forekomsten er lidt hyppigere på botilbud sammenlignet med bostøtte.

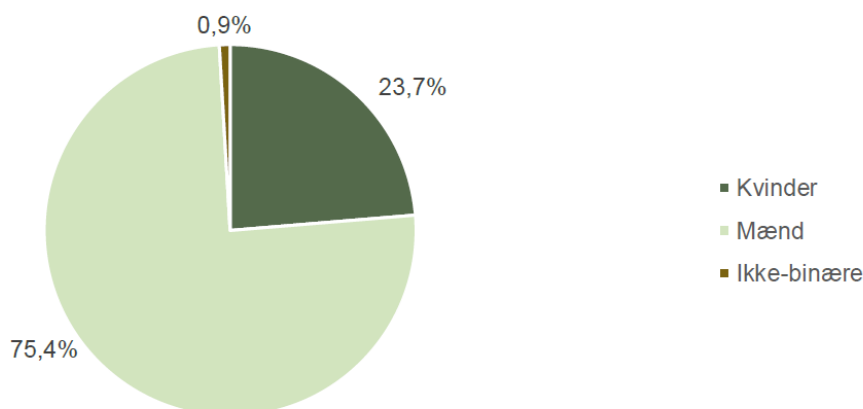
- Næsten 22 pct. af voksne med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler, der bor på botilbud, har en foranstaltningsdom. Det svarer til 102 personer. Domme er sjældne blandt gruppen, der modtager socialpædagogiske støtte i eget hjem (1,3 pct.).

Køn og alder

Data viser, at der er et tydeligt kønsmønster i målgruppen af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, men til gengæld ingen aldersskævhed. Mænd er overrepræsenterede i målgruppen, mens der er en jævn aldersspredning. På tværs af botilbud og voksenhandicap bostøtte udgør andelen af mænd 75,4 pct. (403 personer) af den samlede gruppe med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler. Modsat angives blot 125 voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer at være kvinder.⁴⁵ Det svarer til, at hver fjerde person med udviklingshæmning og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler er kvinde. Der er således en betydelig skævhed, som viser, at der er flere mænd end kvinder, der har udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler. Kønsmønsteret i henholdsvis botilbud og bostøtten er substantielt det samme.

I prævalensstudier inden for rusmiddelforskningen er der ingen tvivl om, at rusmiddelproblemer hænger sammen med køn. Det gælder både den nationale og internationale litteratur. Der er en overvægt af mænd, der har problematisk forbrug af rusmidler. Det mønster findes også i kortlægningen fra 2001, hvor mænd udgør 73 pct. af misbrugerne, mens kvinder udgør 27 pct.

Figur 6: Kønsfordeling

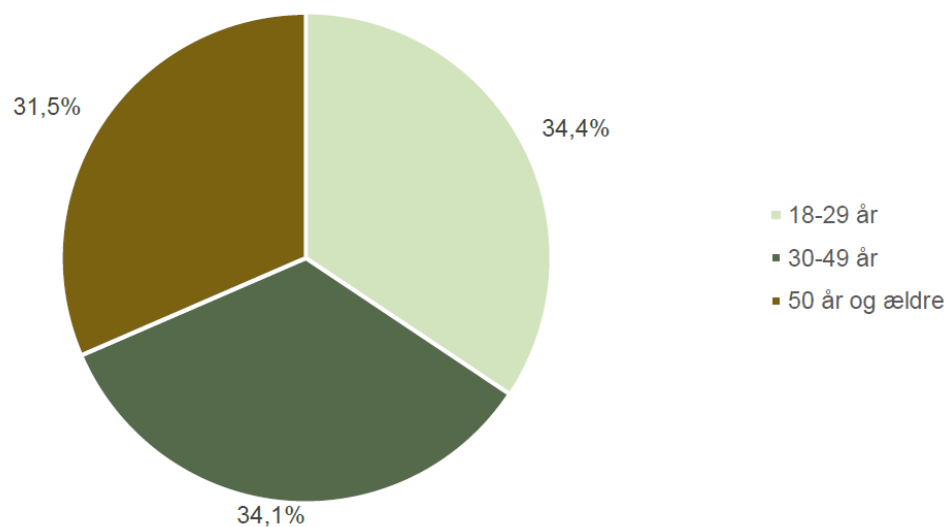


Note: Gennemsnit for botilbud og bostøtte. N for botilbud= 188 botilbud. N for bostøtte=8 kommuner. I figuren er kun medtaget besvarelser, hvor antallet af voksne borgere med rusmiddelproblemer stemmer overens med antallet af borgere fordelt efter køn.

⁴⁵ I nogle besvarelser stemmer antallet af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer ikke overens med antallet af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer fordelt efter køn. I analyserne af målgruppens karakteristika indgår kun besvarelser, hvor antalsangivelsen stemmer overens med det samlede antal personer med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer. Derfor er summen af antallet af voksne borgere i de forskellige kategorier ikke altid lig 579 borgere.

Kortlægningen afspejler intet aldersbetinget mønster i borgernes rusmiddelproblematikker. Kortlægningens borgere med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer har en jævn aldersspredning, hvor unge, midaldrende og ældre i lige stort omfang er repræsenteret (se figur 7). I kortlægningen er 189 voksne med udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler mellem 18-29 år. Antallet af 30-49-årige er 190, mens 167 borgere er 50 år eller ældre.⁴⁶ Aldersfordelingen er repræsentativ for både botilbud og bostøtte.

Figur 7: Aldersfordeling



Note: Gennemsnit for botilbud og bostøtte. N for botilbud= 194 botilbud. N for bostøtte=8 kommuner. I figuren er kun medtaget besvarelser, hvor antallet af voksne borgere med rusmiddelproblemer stemmer overens med antallet af borgere fordelt efter alder.

Psykiatriske diagnoser

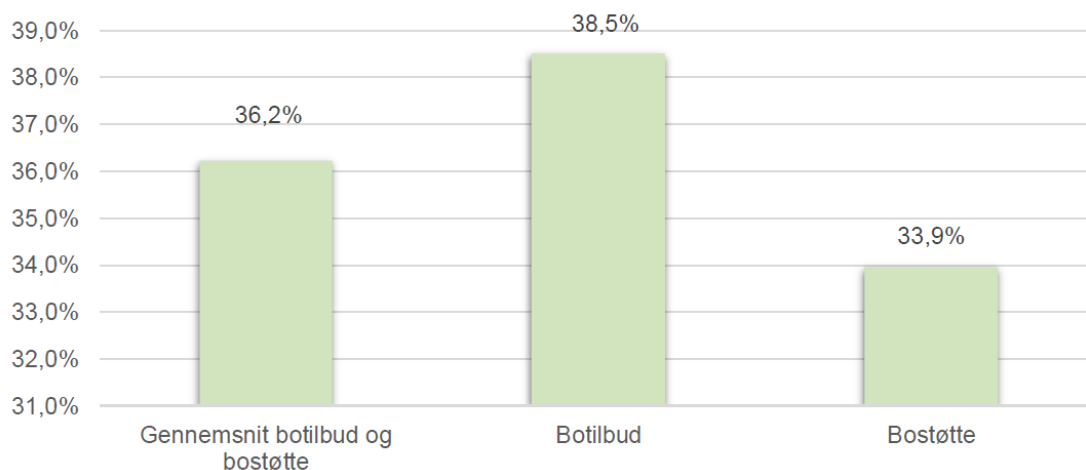
En iøjnefaldende stor andel af de voksne, som har udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler, forbindes med psykiatriske diagnoser. I gennemsnit har ca. 36,2 pct. en psykiatrisk diagnose.

Forekomsten af psykiatriske diagnoser er lidt højere blandt voksne borgere på botilbud (38,5 pct., 181 borgere) sammenlignet med borgere, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem (33,9 pct., 37 borgere). For begge boformer gælder det dog, at minimum hver tredje voksen med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer også har en psykiatrisk diagnose. Det er særligt lidelser som angst, depression og ADHD, som er repræsenteret blandt målgruppen. Det stemmer overens med fund i den internationale forskningslitteratur, jf. delrapport I.

Derudover skønner professionelle omkring borgerne, at der er en betydelig del, der har psykiatriske lidelser, som endnu ikke er diagnosticeret.

⁴⁶ Se fodnote 45.

Figur 8: Andel af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, der samtidig har en psykiatrisk diagnose



Note: Borgere ved botilbud: 14357 hvoraf 470 har et problematisk forbrug af rusmidler. Borgere ved bostøtte: 1362 hvoraf 109 har et problematisk forbrug af rusmidler.

Forskning dokumenterer ligeledes, at psykiske problematikker er en risikofaktor i forhold til at udvikle rusmiddelproblematikker.⁴⁷ Det er vigtigt at pointere, at det ikke er en del af kortlægningens formål at drage konklusioner om årsager til målgruppens problematiske rusmiddelforbrug. Vi kan derfor ikke afgøre, hvorvidt borgernes psykiatriske udfordringer har betydning for deres rusmiddelproblematikker, men blot konkludere, at en bemærkelsesværdig andel af brugergruppen har psykiatriske diagnoser.

Dom

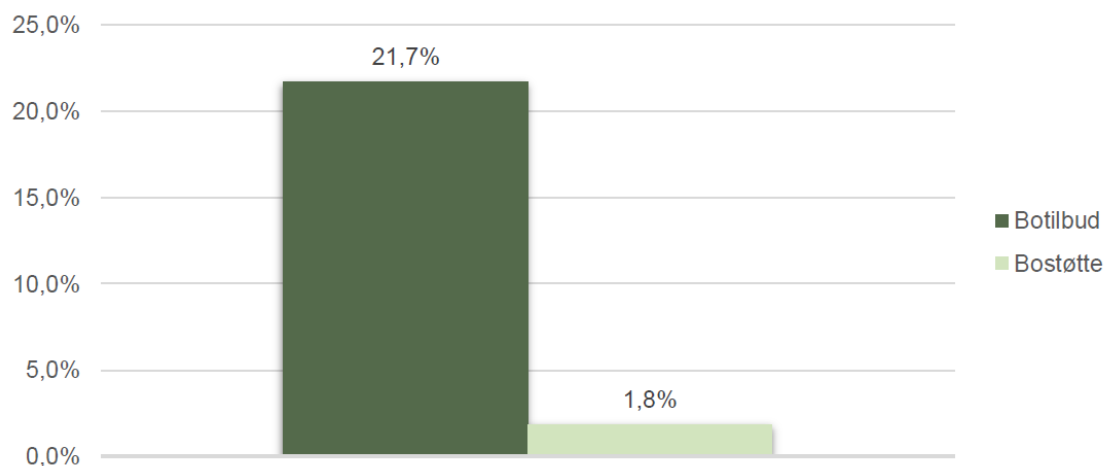
Rusmidler og kriminalitet kædes ofte sammen⁴⁸. Denne sammenhæng viser sig på botilbudsområdet, hvor 21,7 pct. af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer har en foranstaltningsdom⁴⁹. Det svarer til 102 personer. Til gengæld ser vi kun få tilfælde af voksne med udviklingshæmning, rusmiddelproblematikker og dom i bostøtterege. Det er ikke en del af kortlægningens formål at undersøge sammenhængen mellem kriminalitet og rusmidler, men blot at undersøge omfanget set i lyset af brugen af rusmidler som en risikofaktor for kriminalisering blandt målgruppen.

⁴⁷ <https://vidensportal.dk/temaer/misbrug/risiko-og-beskyttelsesfaktorer>

⁴⁸ <https://vidensportal.dk/temaer/misbrug/risiko-og-beskyttelsesfaktorer>

⁴⁹ En foranstaltningsdom idømmes, hvis borgeren med udviklingshæmning vurderes uegnet til straf. Borgeren idømmes i stedet en foranstaltning, som typisk effektueres i socialt regi. Det kan fx være en tilsynsdom eller en dom til anbringelse i en sikret boform.

Figur 9: Borgere med foranstaltningsdom



Note: Borgere ved botilbud: 14357 hvoraf 470 har et problematisk forbrug af rusmidler. Borgere ved bostøtte: 1362 hvoraf 109 har et problematisk forbrug af rusmidler.

Rusmiddelbehandling

Flere kommuner og regioner beretter om stigende udfordringer med at håndtere voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer. Der er sjældent målrettede rusmiddelbehandlings-tilbud til disse borgere, og spørgsmålet er da, hvorvidt målgruppen indgår i og drager fordel af gængs ambulant rusmiddelbehandling.

Væsentlige pointer

- Af de 579 voksne borgere med udviklingshæmning og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler har 197 borgere modtaget en eller anden form for rusmiddelbehandlingen inden for de seneste tre år. På botilbud har 35,1 pct. af brugergruppen modtaget behandling, mens andelen blandt voksne, der modtager socialpædagogisk støtte, er 29,4 pct.
- Mellem 46,8-56,0 pct. af alle behandlinger kan karakteriseres som ambulant behandling (evt. i kombination med antabus).
- Ren antabus (antabus ordineret af egen læge uden øvrig behandling) udgør lidt mere end en end tredjedel af alle behandlinger. Det gælder både for voksne borgere på botilbud og borgere, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem.
- På botilbud består næsten 20 pct. af behandlingerne af andre behandlingsformer end medicinsk eller ambulant rusmiddelbehandling. Det er fx gruppeforløb og ekstern rusmiddelbehandling.

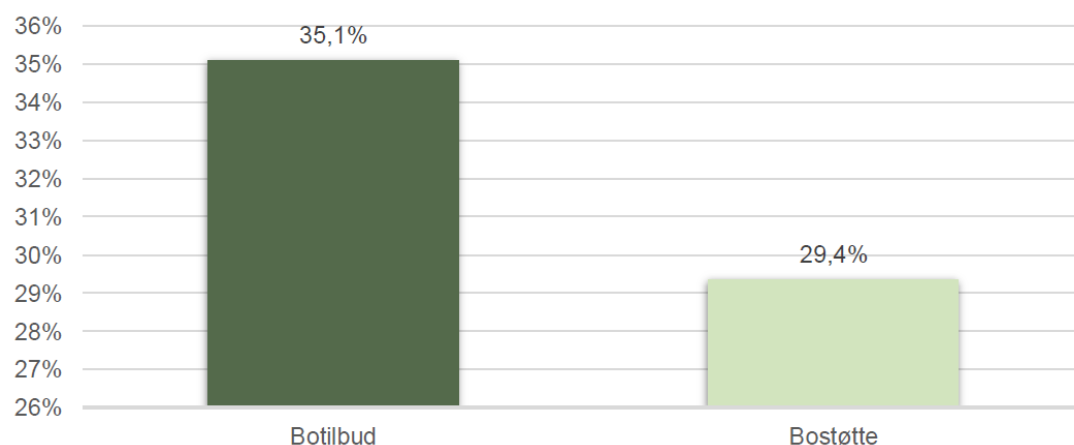
Den seneste kortlægning af målgruppen fra 2001 viste, at ca. 49 pct. af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer havde modtaget behandling for deres misbrug indenfor det seneste år. Af disse 99 personer havde 86 pct. modtaget behandling i form af ren antabus, mens blot 7 pct. havde modtaget antabus i forbindelse med anden behandling. For at følge op på, om denne behandlingstradition fortsat er gældende i 2021, anvender vi en bred definition af rusmiddelbehandling, som både inkluderer gængs ambulant rusmiddelbehandling (fx i kommunale rusmiddelcentre) og ren antabusbehandling.

Det er væsentligt at indvende, at vi ikke kan udtale os om behandlingseffekten, men blot søger at skabe overblik over, hvor stor en del af målgruppen der har modtaget en eller anden form for behandling.

Deltagelse i rusmiddelbehandling

Ud af kortlægningens i alt 579 voksne med både udviklingshæmning og et problematisk forbrug af rusmidler angives 197 at have modtaget en eller anden form for rusmiddelbehandling inden for de seneste tre år. På botilbud svarer det til, at andelen af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, der har modtaget rusmiddelbehandling inden for de seneste tre år, er 35,1 pct. For voksne borgere, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, er andelen 29,4 pct., jf. figur 10. Der kan være borgere, som har modtaget flere former for behandling i løbet af de seneste tre år. Hver person, som har modtaget en eller flere behandlingsformer, er kun talt med én gang i figur 10.

Figur 10: Deltagelse i behandlingstilbud



Note: N botilbud= 168. N bostøtte=8 kommuner. I figuren er kun medtaget besvarelser, hvor antallet af borgere med rusmiddelproblemer stemmer overens med antallet af voksne borgere fordelt efter typen af rusmidler.

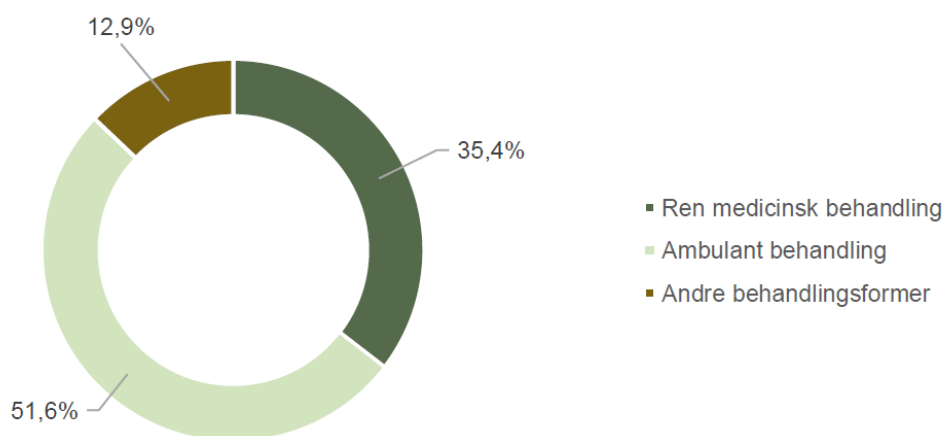
I figur 13 vises fordelingen af, hvilke behandlingstilbud borgerne har modtaget. Borgere som har deltaget i flere forskellige former for rusmiddelbehandling i løbet af de seneste tre år, tælles med flere gange. Har en borger fx både modtaget rusmiddelbehandling via rusmiddelcentre og fået ordineret antabus af egen læge, indgår borgeren i begge kategorier.

Her ser vi, at mere end halvdelen af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, der har modtaget behandling inden for de seneste tre år, har modtaget behandling via

rusmiddelcentre. Det er vigtigt at understrege, at medicinsk behandling kan indgå som en del af behandlingen på rusmiddelcentre, hvormed personer i denne kategori både kan repræsentere personer, som har modtaget ren rusmiddelfaglig støtte samt personer, der har modtaget rusmiddelfaglig støtte i kombination med antabus hos egen læge.

Dette resultat adskiller sig betydeligt fra det billede, Gruber og Andersen tegner af målgruppens deltagelse i forskellige behandlingsformer i 2001, hvor blot 7 pct. af de iværksatte behandlinger havde karakter af ambulant rusmiddelbehandling.⁵⁰ Til gengæld bestod 86 pct. af behandlingerne i 2001 af antabus ordineret af egen læge. Det tal er i denne kortlægning 35,4 pct., hvilket betyder, at mere end en tredjedel af voksne med udviklingshæmning på minimum ét tidspunkt de seneste tre år har modtaget antabus som eneste form for behandling for sit problematiske forbrug af rusmidler.

Figur 11: Typen af rusmiddelbehandling

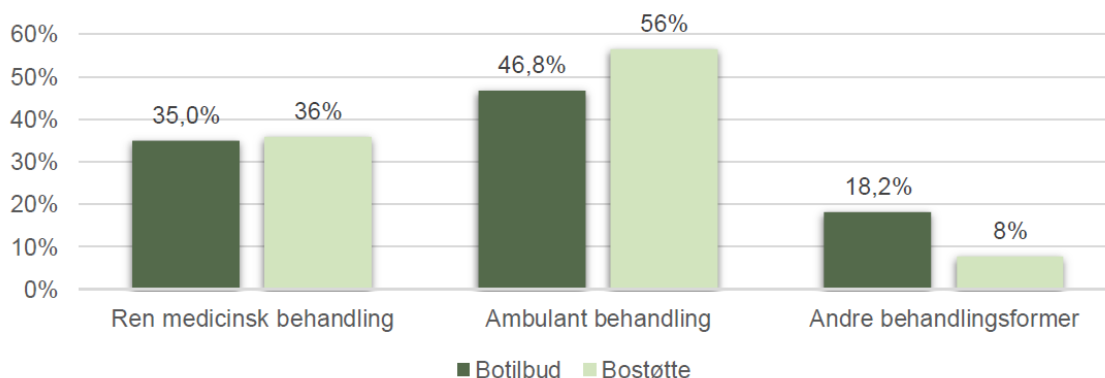


Note: Gennemsnit for botilbud og bostøtte. Figuren afspejler respondenternes svar på spørgsmålet "Fordel venligst disse borgere efter behandlingsform. Har én borger modtaget flere af nedenstående behandlingsformer i løbet af de sidste tre år, skal borgeren tælles med i flere kategorier." Kategorierne var 1) medicinsk behandling ordineret af egen læge (fx antabus uden øvrig behandling), 2) behandling via rusmiddelcentre (evt. i kombination med antabus) og 3) andre behandlingsformer. Figuren repræsenterer i alt 259 voksne borgere, som har modtaget behandling indenfor de sidste tre år.

12,9 pct. af borgerne, som har modtaget rusmiddelbehandling i løbet af de seneste tre år, har modtaget en anden behandlingsform end ren medicinsk behandling eller ambulant behandling (evt. i kombination med antabus). Det er blandt andet indsatser som gruppeforløb, rusmiddelbehandling på eksterne behandlingssteder og rusmiddelbehandling i forbindelse med psykiatrisk indlæggelse. Der er også flere eksempler på interne samtaleforløb med socialfaglige medarbejdere på botilbud. Det er særligt på botilbud, der gøres brug af andre behandlingsformer (se figur 12). Blandt voksne på botilbud, som har modtaget behandling for rusmiddelproblemer inden for de seneste tre år, har 18,2 pct. modtaget andre former for behandling end ren medicinsk behandling og/eller behandling via rusmiddelcentre. I bostøtteregei benyttes primært de gængse former for rusmiddelbehandling, mens kun 8,0 pct. af voksne borgere i rusmiddelbehandling har modtaget andre former for behandling.

⁵⁰ Gruber og Andersen (2001) arbejder med et tidsperspektiv på ét år, mens vi pga. Covid-19 arbejder med et tidsperspektiv på tre år. Forskellen i tidsperspektivet kan spille en faktor for de forskellige resultater.

Figur 12: Andel af voksne som har modtaget behandling fordelt efter behandlingsform



Note: Borgere ved botilbud: 14357 hvoraf 470 har et problematisk forbrug af rusmidler. Heraf har 220 modtaget mindst en af de følgende behandlinger. Borgere ved bostøtte: 1362 hvoraf 109 har et problematisk forbrug af rusmidler. Heraf har 39 modtaget mindst en af de følgende behandlinger.

Alt i alt peger kortlægningen på, at der er en mindre andel, der behandles for rusmiddelproblemer end tidligere. I 2001 var andelen af voksne med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer, som modtog behandling, 49 pct., mens andelen i 2021 er ca. 32 pct. (35,1 pct. i botilbud og 29,4 pct. i bostøtterege). Til gengæld behandles færre borgere end tidligere udelukkende medicinsk, mens en større andel modtager decideret rusmiddelbehandling i rusmiddelcentre (evt. i kombination med medicin).

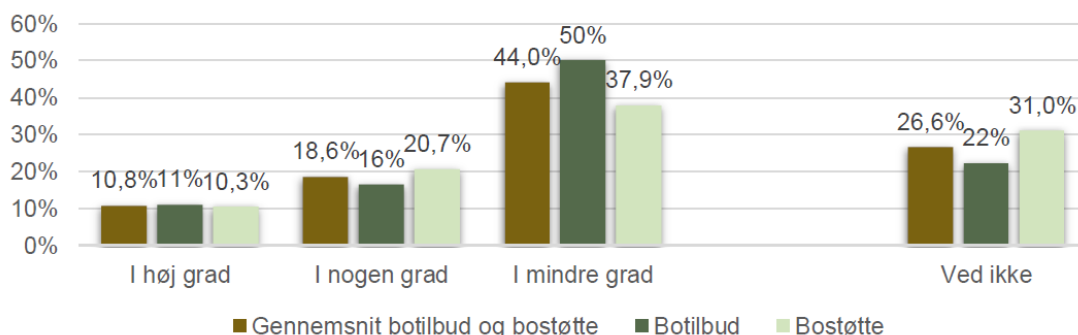
Matcher rusmiddelbehandlingen målgruppens behov?

I kortlægningen er der spurgt til, hvordan rusmiddelbehandlingen til målgruppen opleves, og om der er behov for flere, andre og/eller nye indsatser til målgruppen. Det har vi bedt fagprofessionelle på botilbud og i bostøtterege om at give en vurdering af. Respondenterne har også haft mulighed for at uddybe deres kommentarer i spørgeskemaet. Deres svar præsenterer vi i følgende afsnit.

Væsentlige pointer

- Mellem 37-50 pct. af professionelle på det sociale område omkring målgruppen i henholdsvis bostøtte og på botilbud oplever i mindre grad eller slet ikke, at den eksisterende ambulante rusmiddelbehandling opfylder målgruppens behov.
- Der er en stor andel af de professionelle omkring målgruppen, som ikke ved, om rusmiddelbehandlingen opfylder målgruppens behov.
- Mere end 70 pct. oplever, at der mangler relevante behandlingsindsatser til målgruppen. Der efterspørges særligt viden og tværfagligt samarbejde.

Figur 13: Boformernes oplevelse af den eksisterende rusmiddelbehandling opfyldelse af målgruppens behov



Note: N botilbud=194. N bostøtte=29⁵¹. Figuren afspejler respondenternes svar på spørgsmålet "I hvilken grad oplever du, at den eksisterende rusmiddelbehandling opfylder denne målgruppes behov?" Figuren viser kun besvarelser fra botilbud og kommuner, som har borgere med udviklingshæmning, der indenfor de seneste tre år har modtaget en eller anden form for behandling for deres rusmiddelproblem.

Vi har spurgt de botilbud og kommuner, som har erfaringer med rusmiddelbehandling for målgruppen, i hvilken grad de oplever, at den eksisterende rusmiddelbehandling opfylder målgruppens behov. Til det svarer mere end 40 pct., at de slet ikke eller i mindre grad⁵² oplever, at rusmiddelbehandlingen matcher målgruppens behov. Dertil oplever 18,6 pct., at behandlingen kun i nogen grad er tilstrækkelig. Mere end 60 pct. oplever således ikke, at rusmiddelbehandlingen imødekommer målgruppens behov i tilstrækkelig grad.

Et manglende blik for målgruppens kognitionsniveau

Til det har flere uddybet rusmiddelbehandlingens udfordringer med at imødekomme målgruppens behov. Et gennemgående argument er, at målgruppens kognitive udfordringer udgør en forhindring for, at rusmiddelbehandlingen lykkes. Fx skriver en botilbudsleder: "Målgruppen er "dobbeltramt", da de som udgangspunkt har kognitive vanskeligheder, samtidig med at de får et misbrugsproblem - dette forværrer deres kognitive formåen. Det betyder, at målgruppen ikke er i stand til kognitivt at profitere af det almindelige behandlingsforløb, som tilbydes i dag. Herved kommer de ikke til at modtage den hjælp og støtte de har brug for". I tillæg påpeger flere, at borgere i målgruppen sjældent har selvindsigt i deres rusmiddelproblemer og dermed mangler motivation for at deltage i rusmiddelbehandlingen, hvilket ofte fører til tilbagefald. Generelt peger de fleste kvalitative kommentarer i undersøgelsen på, at der er behov for, at rusmiddelbehandlingen i højere grad tager højde for borgernes kognitive vanskeligheder.

Succesoplevelse og 'ved ikke'

Der er dog også eksempler på succesfuld rusmiddelbehandling. Ca. 10 pct. af botilbud og kommuner, som har været i berøring med rusmiddelbehandlingen inden for de seneste tre år, har

⁵¹ I nogle kommuner har flere relevante personer (fx støttekontaktpersoner) registreret data om målgruppen, som har bidraget til kommunens samlede besvarelse. På skalaspørgsmål giver det ikke mening at summere Respondenternes besvarelser til én værdi pr. kommune. I stedet er alle besvarelser (=29) i alle kommuner medtaget i figur 12. Det samme gælder figur 13.

⁵² Kategorierne 'i mindre grad' og 'slet ikke' er lagt sammen for overskuelighedens skyld. De afrapporteres i figuren som 'i mindre grad'. Det samme gælder kategorierne 'i meget høj grad' og 'i høj grad', som i figuren afrapporteres som 'i høj grad'. Kategorierne er håndteret på samme måde i figur 13.

en oplevelse af, at behandlingen overordnet passer til borgernes behov. Det gælder på tværs af boform.

På tværs af boform gælder også, at en meget stor andel (22,0 pct. i botilbud og 31,0 pct. i bostøtte) angiver, at de ikke ved, om rusmiddelbehandlingen opfylder borgernes behov. Mere end en fjerdedel har dermed ikke et billede af, om borgerne modtager den behandling, de har behov for. Det kan være et udtryk for, at den socialfaglige støtte ikke inddrages i rusmiddelbehandlingen. Det kan også hænge sammen med, at denne kortlægning udelukkende repræsenterer et socialfagligt perspektiv og dermed en respondentgruppe, som ikke nødvendigvis har de fornødne forudsætninger for at vurdere, om borgerne rent fagligt møder de tilbud, de har brug for.

Der er således en gennemgående oplevelse af, at der ikke i tilstrækkelig grad tages hånd om disse borgers rusmiddelproblemer. Det gælder i udpræget grad blandt botilbud, hvor 50,0 pct. af botilbud med borgere i behandling for rusmiddelproblemer angiver, at de kun i mindre grad eller slet ikke mener, at de eksisterende behandlingstilbud imødekommer borgernes behov. Skepsissen hersker også i bostøtterege, dog mindre udtalt. Det afspejler sig i svaret på vores spørgsmål om, hvorvidt de socialfaglige medarbejdere omkring borgerne oplever, at der mangler relevante indsatser til denne målgruppe. Det mener hele 70,7 pct., at der i nogen, høj eller meget høj grad gør (se figur 14).

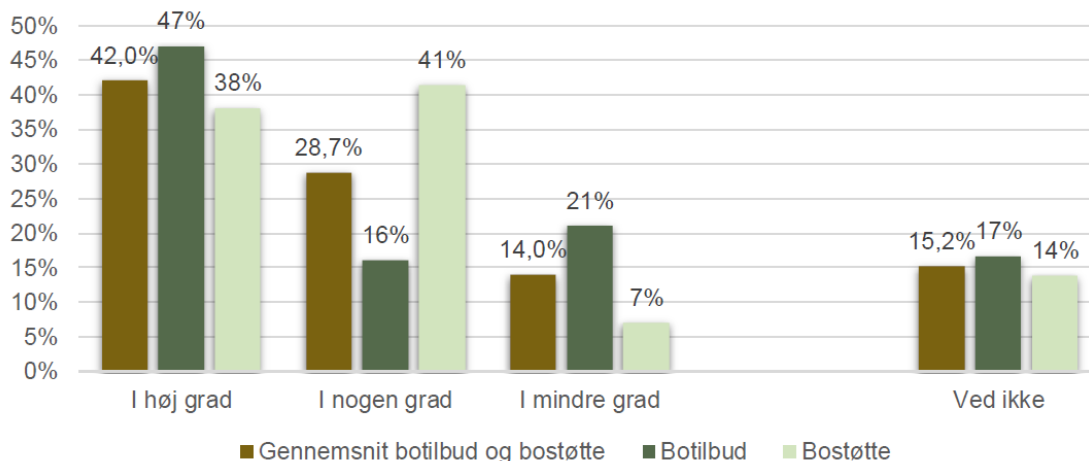
Betyder det, at der mangler tilbud til målgruppen?

Når vi dykker ned i, hvilke mangler respondenterne peger på, er der et gennemgående mønster: viden og tværfaglighed.

Kommentarer, som ofte går igen, omhandler manglen på et tværfagligt perspektiv på rusmiddelbehandlingen, som kan bidrage til en mere helhedsorienteret indsats, som går på tværs af social- og rusmiddelområdet. Det kommer fx til udtryk i følgende kommentar fra en botilbudsleder: "Vi tilråder, at behandlingen ses i kontekst af individets sygdom/belastning/ressourcer - og derfor skal der være et langt stærkere samarbejde på tværs af sektorerne, hvor eksempelvis egen læge, eller botilbuddet, ikke kommer til at stå alene med problematikken". Det kan relateres til kortlægningens fremlæggelse af målgruppens problemer, som viser, at en stor del af denne målgruppe – udover deres rusmiddelproblemer – ofte er belastet med psykiatriske diagnoser eller dom og derfor har brug for hjælp fra forskellige sektorer og professioner.

I tråd med ønsket om mere helhedsorienteret behandling påpeges det af respondenterne, at rusmiddelbehandlingen kan foregå, hvor borgeren føler sig tryk. Det kan fx være på botilbud eller i borgerens eget hjem. Der peges på, at målgruppen kan være særligt udfordret ved at skulle bryde med "trykke rammer", og at det er en hindring i rusmiddelbehandlingen nuværende form for at kunne arbejde med deres problematiske forbrug. Der efterspørges med andre ord integration af social- og rusmiddelfaglige indsatser. Det vil klæde alle professionelle omkring borgeren bedre på til at varetage målgruppens komplekse behov, påpeger flere respondenter.

Figur 14: Boformernes oplevelse af manglen på relevante behandlingstilbud til målgruppen



Note: N ved botilbud=193. N ved bostøtte=29. Figuren afspejler respondenternes svar på spørgsmålet "I hvilken grad oplever du, at der mangler relevante indsatser til denne målgruppe?" Figuren viser kun besvarelser fra botilbud og kommuner, som har borgere med udviklingshæmning, der indenfor de seneste tre år har modtaget en eller anden form for behandling for deres rusmiddelproblem

Opsamling af kortlægningens resultater

Kortlægningen tegner et billede af en bred målgruppe med tydelige fællestræk. Voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et samtidigt problematisk rusmiddelforbrug er primært mænd, men repræsenterer borgere i alle aldre. De fleste borgere i målgruppen forbruger primært alkohol. Der er dog også en betydelig del, som forbruger hash – enten alene eller i kombination med alkohol. Derudover kendetegner det en stor andel af målgruppen, at de har psykiatriske diagnoser.

Målgruppens størrelse og kendetegn har hidtil været underbelyste. Kendetegnene ved rusmiddelproblematikkerne skal ses i lyset af målgruppens størrelse.

Kortlægningen har samlet set identificeret 15.719 voksne med udviklingshæmning. Heraf bor 14.357 på botilbud, mens 1.362 modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem. Ud af disse voksne borgere har i alt 579 borgere et problematisk forbrug af rusmidler. Rusmiddelproblemer er betydeligt hyppigere blandt voksne i eget hjem (8,0 pct.) sammenlignet med voksne på botilbud (3,3 pct.).

På nationalt plan estimerer vi, at der er ca. 31.900 voksne med udviklingshæmning, hvoraf knapt 1.800 voksne borgere har et problematisk forbrug af rusmidler. Det svarer til 5,6 pct. af målgruppen på landsplan.

Resultaterne skal læses i lyset af en række metodiske forbehold, som fortjener opmærksomhed. Det er værd at bemærke, at man må forvente, at de nationale tal vil være en smule højere, end

vores estimater forudsiger. Det skyldes, at kortlægningen blandt andet ikke inkluderer voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, som bor i eget hjem eller sammen med sine forældre og ikke modtager socialpædagogisk støtte. På baggrund af resultater fra 2001, hvor ingen borgere med udviklingshæmning, som boede med sine forældre, havde rusmiddelproblemer, forventer vi dog ikke, at dette vil udgøre et betydeligt mørketal.

Resultaterne bør også læses i det lys, at vi udelukkende kortlægger målgruppen fra et socialfagligt perspektiv. Resultaterne er med andre ord et udtryk for socialfaglige medarbejdere og lederes skøn. Det vides ikke, om billedet havde set anderledes ud, såfremt et rusmiddelfagligt perspektiv var inddraget.

Bilag 1 Metodebilag

Udvælgelse af kommuner

Stikprøven for kortlægningen af borgere med udviklingshæmning og problematisk forbrug af rusmidler, som modtager socialpædagogisk støtte (§ 85) i eget hjem, består af ti kommuner. De ti kommuner skal danne grundlag for beregningen af et nationalt estimat for målgruppen. Derfor er det vigtigt, at de ti kommuner i videst mulig grad er repræsentative for alle landets kommuner. Kommuner er udvalgt med sigte på at tilvejebringe repræsentativitet i kommunernes størrelse, region, uddannelsesniveau og brugen af §85 støtte efter serviceloven.

Indbyggertallet i kommunen er vigtigt at tage højde for, da det blandt andet kan have betydning for den kommunale organisering og dermed praksis og kvalitet i både bostøtten og rusmiddelbehandlingen. Der indgår derfor både små, mellem og store kommuner⁵³, ligesom vi har forsøgt at sikre geografisk spredning ved repræsentation af kommuner i alle fem regioner. Dertil er kommunerne udvalgt på baggrund af deres brug af §85 støtte. Det giver et billede af hvor mange borgere i hver kommune, der modtager §85 bostøtte, og dermed hvor mange borgere, der potentielt er i undersøgelsens delmålgruppe. Parameteret kan både afspejle antallet af borgere med behov for bostøtte, men kan også være et udtryk for variationer i kommunal praksis for visitation. Andelen af borgere, der modtager §85 støtte efter serviceloven, varierer i undersøgelsens udvalgte kommuner.⁵⁴

Uddannelse er både et mål for den generelle velstand og karakteristika i en kommune. Ustabil eller manglende tilknytning til skole- eller uddannelsessystemet anses som en risikofaktor for at udvikle rusmiddelproblematikker. Af de to årsager bruges uddannelsesvariablen som en proxy for udbredelsen af misbrugsproblematikker i en kommune. Der indgår både kommuner med et relativt højt og lavt uddannelsesniveau.⁵⁵

I tabel 4 nedenfor ses et overblik over de ti udvalgte kommuner og deres variation på de fire parametre.

⁵³ Små kommuner: < 30.000 indbyggere, mellem kommuner: 30.000-50.000 indbyggere, store kommuner: > 50.000 indbyggere.

⁵⁴ Medianen på landsplan er 8,6 borgere pr. 1000 indbyggere, der modtager §85 støtte. Der indgår kommuner med en værdi både over og under medianen. Danmarks Statistiks data er mangelfuld på denne variabel. Vi vurderer ikke, at der er et mønster i, hvilke kommuner der mangler data på. Derfor lader vi manglen på data fungere som naturlig rensning af data.

⁵⁵ Uddannelsesniveauet er opgjort efter andel af indbyggere i en kommune med grundskole som højeste uddannelsesniveau. Medianen på landsplan er 10,4 pct. Et højt uddannelsesniveau defineres som 10,4 pct. og derover. Et lavt uddannelsesniveau er under 10,4 pct.

Tabel 4: Udvalgte kommuners karakteristika

Kommune	Kommunestørrelse	Region	§85 støtte pr. 1000 indbyggere	Uddannelsesniveau
Kommune 1	Lille	Region A	≤ 8,6	Højt
Kommune 2	Lille	Region B	> 8,6	Lavt
Kommune 3	Mellem	Region C	≤ 8,6	Højt
Kommune 4	Mellem	Region B	≤ 8,6	Højt
Kommune 5	Mellem	Region A	≤ 8,6	Lavt
Kommune 6	Mellem	Region C	> 8,6	Lavt
Kommune 7	Stor	Region D	≤ 8,6	Lavt
Kommune 8	Stor	Region D	≤ 8,6	Højt
Kommune 9	Stor	Region A	> 8,6	Højt
Kommune 10	Stor	Region E	> 8,6	Lavt

Note: Se fodnote 58 for tabelforklaring.

Beregning af nationale estimater

Beregningen af nationale estimater tager udgangspunkt i kortlægningens resultater. Alle estimater er beregnet på en antagelse om, at kortlægningens enheder (botilbud og kommuner) er repræsentative. Det vil sige, at vi antager, at alle relevante botilbud og kommuner, som ikke indgår i kortlægningen, har samme andel af borgere med udviklingshæmning og problematisk forbrug af rusmidler. Antagelsen understøttes blandt andet ved, at vi ikke finder en systematik blandt frafaldne botilbud. Antagelsen kvalificeres endvidere ved den grundige udvælgelse af kommuner (se 1.1 Udvalgelse af kommuner).

Beregningen af de nationale estimater for henholdsvis borgere på botilbud og borgere, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, fremgår herunder.

Botilbud

Det nationale estimat for voksne borgere på botilbud beregnes ved at fremskrive det gennemsnitlige antal borgere pr. botilbud i stikprøven til det samlede antal relevante botilbud i alt.

Tabel 5: Beregning af nationalt estimat for voksne på botilbud

	Antal i stikprøve	Frafald i pct.	Andel i stikprøve	Antal pr. botilbud i stikprøve	Nationalt estimat (antal)
Botilbud i alt	737				
Botilbud m. besvarelser	635				
Botilbud u. besvarelser	102				
Frafaldne botilbud	15	2,3			
Borgere med udviklingshæmning	14.357			22,6094	16.278
Borgere med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer	470		3,3	0,7402	532

Bostøtte

Det nationale estimat for voksne, der modtager socialpædagogisk støtte (§ 85) i eget hjem beregnes ved at udregne, hvor stor en andel målgruppen udgør af stikprøvekommunernes indbyggere. Denne andel er fremskrevet til samtlige kommuner i landet. På den måde tages der højde for, at kortlægningen ikke inkluderer nogen af landets fire største kommuner.

Tabel 6: Beregning af nationalt estimat for voksne, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem

	Antal i stikprøve	Frafald i pct.	Andel i stikprøve	Antal pr. kommune i population	Nationalt estimat (antal)
Indbyggere i n kommuner (18 år o. derover)	410.308				
Indbyggere i alle kommuner (18 år o. derover)	4.698.790				
Kommuner u. besvarelser	0				
Frafald	0	0			
Borgere med udviklingshæmning	1362			0,0033	15.597
Borgere med udviklingshæmning og rusmiddelproblemer	109		8,8	0,0003	1.248

Bilag 2 Survey

Surveyen til udvalgte kommuner i undersøgelsen er ens, men er tilpasset til henholdsvis bostøtteområdet eller botilbudsområdet i ordlyden. De viste skema herunder er målrettet til botilbud.

Nr.	Spørgsmål	Svarkategorier
0	Tak fordi du hjælper Socialstyrelsen med at blive klogere på målgruppen af borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder. Spørgeskemaet omhandler voksne borgere (fra 18 år). I dette spørgeskema vil du blive stillet en række spørgsmål om målgruppen, som for nogle vil være svære at svare helt nøjagtigt på. Derfor beder vi blot om dit bedste skøn – det indeholder nemlig værdifuld viden. Du skal besvare spørgsmålene for alle borgere på alle afdelinger på botilbuddet. Vi behandler borgere såvel som botilbud anonymt. Du kan læse om vores persondatapolitik her. Hvis du støder på spørgsmål undervejs, er du velkommen til at kontakte Metodecentret, som gennemfører undersøgelsen på vegne af Socialstyrelsen.	
1	Hvor mange af jeres borgere er diagnosticeret med udviklingshæmning? Udviklingshæmning forstås ved en diagnosticeret tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, der viser sig i mindskede kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner (Ikke-binær betyder, at borgeren ikke definerer sig som udelukkende mand eller kvinde, men fx som begge, hverken-eller eller noget mellem de to)	1. Kvinder 2. Mænd 3. Ikke-binære
2	Hvor mange borgere derudover har kognitive vanskeligheder svarende til udviklingshæmning, som (endnu) ikke er udredt/diagnosticeret? Borgere med diagnosticeret udviklingshæmning skal ikke tælles med igen her. (Ikke-binær betyder, at borgeren ikke definerer sig som udelukkende mand eller kvinde, men fx som begge, hverken-eller eller noget mellem de to)	1. Kvinder 2. Mænd 3. Ikke-binære

Nr.	Spørgsmål	Svarkategorier
2.a	Du har angivet, at der hverken er borgere diagnosticeret med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder på det botilbud, du udfylder spørgeskemaet på vegne af. Hvis det er korrekt, tryk næste og spørgeskemaet vil blive afsluttet. Hvis det er en fejl, tryk tilbage og ret dine indtastninger.	
3	Hvor mange af jeres borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder skønner du, der har eller har haft et problematisk forbrug af rusmidler inden for det seneste år (12 måneder)? Et problematisk forbrug af rusmidler forstås ved et forbrug af alkohol eller euforiserende stoffer, der er problemskabende for personen selv eller andre. Borgere, som er på antabus eller lignende og af den grund ikke forbruger rusmidler, bør tælles med. Vi ved, at det kan være svært at vide, præcist hvor mange borgere, der har udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler. Hvis du er i tvivl om det nøjagtige antal, er det helt i orden at angive dit bedste bud.	
3.a	Du har angivet, at der ikke er borgere med diagnosticeret udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et samtidigt problematisk forbrug af rusmidler på det botilbud, du udfylder spørgeskemaet på vegne af. Hvis det er korrekt, tryk næste og spørgeskemaet vil blive afsluttet. Hvis det er en fejl, tryk tilbage og ret dine indtastninger.	
4	Du har angivet, at der er x antal borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, der samtidig har et problematisk forbrug af rusmidler. Er dit svar et udtryk for et nøjagtigt tal eller et skøn?	1. Nøjagtigt tal 2. Skøn
5	De resterende spørgsmål vedrører udelukkende disse borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, der samtidig har et problematisk forbrug af rusmidler.	

Nr.	Spørgsmål	Svarkategorier
6	Fordel venligst disse borgere efter typen af rusmidler, de forbruger Husk at hver borger kun skal tælles med én gang.	1. Primært alkohol 2. Primært hash 3. Primært hårdere stoffer (fx kokain, heroin, amfetamin m.fl.) 4. Kombination af to eller flere rusmiddeltyper 5. Andet
7	Fordel venligst disse borgere efter køn (Ikke-binær betyder, at borgeren ikke definerer sig som udelukkende mand eller kvinde, men fx som begge, hverken-eller eller noget mellem de to)	1. Kvinder 2. Mænd 3. Ikke-binære
8	Fordel venligst disse borgere efter alder	1. 18-29 år 2. 30-49 år 3. 50+ år
9	Hvor mange af disse borgere har udadreagerende adfærd? Udadreagerende adfærd forstås som en række forskellige typer af adfærd, som omgivelserne oplever som aggressiv eller voldsom. Udadreagerende adfærd refererer kun til adfærd, der er rettet mod andre personer eller fysiske genstande, og ikke til adfærd rettet mod den udøvende person selv (selvskade).	
10	Hvor mange af disse borgere har en foranstaltningsdom? En foranstaltningsdom idømmes, hvis borgeren med udviklingshæmning vurderes uegnet til straf. Borgeren idømmes i stedet en foranstaltning, som typisk effektueres i socialt regi. Det kan fx være en tilsynsdom eller en dom til anbringelse i en sikret boform.	
11	Hvor mange af disse borgere har en psykiatrisk diagnose? Angiv kun borgere med en diagnosticeret psykiatrisk lidelse.	
12	Hvor mange af disse borgere skønner du derudover har en psykiatrisk lidelse, som endnu ikke er udredt?	
13.0	Hvor mange af disse borgere har været i behandling for rusmiddelproblematikker indenfor de seneste tre år? (Medicinsk behandling, behandling via rusmiddelcentre eller andre behandlingsformer)	

Nr.	Spørgsmål	Svarkategorier
13	Fordel venligst disse borgere efter behandlingsform Har én borger modtaget flere af nedenstående behandlingsformer i løbet af de sidste tre år, skal borgeren tælles med i flere kategorier.	1. Medicinsk behandling ordineret af egen læge (fx antabus uden øvrig behandling) 2. Behandling via rusmiddelcentre (evt. i kombination med antabus) 3. Andre behandlingsformer
13.1	Uddyb gerne hvilke andre behandlingsformer (reference til antal med anden behandling (spg. 13)) denne/disse borgere/borgere modtager	
14	I hvilken grad oplever du, at den eksisterende rusmiddelbehandling opfylder denne målgruppes behov?	1. I meget høj grad 2. I høj grad 3. I nogen grad 4. I mindre grad 5. Slet ikke 6. Ved ikke
15	I hvilken grad oplever du, at der mangler relevante indsatser til denne målgruppe?	1. I meget høj grad 2. I høj grad 3. I nogen grad 4. I mindre grad 5. Slet ikke 6. Ved ikke
16	Har du forslag til, hvad der kan forberede rusmiddelbehandlingen for målgruppen af borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, der har et problematisk forbrug af rusmidler?	
17	Mange tak for din besvarelse. For at afslutte din besvarelse, tryk på "næste-knappen". Hvis du har kommentarer eller tilføjelser til spørgeskemaet, kan du uddybe herunder. Du er i den forbindelse også velkommen til at kontakte XXX, som foretager undersøgelsen for Socialstyrelsen.	



Delrapport III

Prototype på en
helhedsorienteret behandlings-
og støtteindsats til voksne med
udviklingshæmning o.l. samt et
problematisk forbrug af
rusmidler

Indhold

Introduktion	73
Resumé af hovedfund i screeningsprojektet	74
Forslag til prototype	78
Kommunal vurdering af prototypen	96
Bilag 1 Deltagere i ekspertgruppe	103
Bilag 2 Prototypens forandringsteori	104

Introduktion

Formålet med delrapport III er at udvikle en prototype for en faglig indsats, der er målrettet fagprofessionelle i deres samarbejde med voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, som har et problematisk forbrug af rusmidler.

I denne delrapport samles hovedresultaterne fra screeningen af det samlede område. Disse bruges som afsæt for at udvikle en prototype for en helhedsorienteret behandlings- og støtteindsats til målgruppen.

Til at kvalificere arbejdet med selve udviklingen af prototypen har en bredt sammensat ekspertgruppe af brugerorganisationer, VISO-specialister, rusmiddelbehandlere, kommunale ledere af social- og rusmiddelbehandlingsområdet og rusmiddelforsker været inddraget i to workshops.⁵⁶ Ekspertgruppen har især bidraget til at kvalificere centrale principper for prototypen, som er blevet retningsgivende for et fagligt bæredygtigt og virksomt samarbejde med og omkring målgruppen, og de praksisimplikationer samarbejdet måtte indebære. Ekspertgruppen har også bidraget med forslag til hjælperedskaber, som vil kunne inddrages i det videre arbejde med at modne prototypen.

Læsevejledning

Delrapport III er struktureret i tre dele. I første del gives et kort resumé af hovedfundene fra delrapport I og II. Dernæst gengives hovedpointer fra interviews med voksne borgere i målgruppen omkring deres oplevelse af at modtage behandling i det eksisterende ambulante tilbud. Disse hovedresultater danner baggrund for udvikling af prototypen.

Den anden del omhandler beskrivelsen af prototypen. Prototypen er struktureret efter Socialstyrelsens systematik for prototypeudvikling og baserer sig på udvikling af syv overordnede handleprincipper. For at understøtte en helhedsorienteret indsats er principperne knyttet til både det borgernære og fagprofessionelle samarbejde. Herudover er der formuleret et fælles mål om at fremme borgerens trivsel på tværs af områderne.

Den tredje og sidste del af delrapport III omhandler en kommunal vurdering af behov for en særlig indsats til målgruppen, og hvorvidt den foreslåede prototype vil være anvendelig i en lokal kommunal praksis. Desuden foretages et forsigtigt skøn af, hvor store driftsomkostninger der vil være forbundet med at omsætte prototypen i praksis.

Struktur for delrapport III:

- Resumé af hovedfund fra screeningsprojektet
- Beskrivelse af prototypen
- Kommunal vurdering af prototypen

⁵⁶ Se bilag 1 for deltagere i ekspertgruppen.

Resumé af hovedfund i screeningsprojektet

Som baggrund for udviklingsarbejdet af en særlig tilrettelagt prototypeindsats, målrettet voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler, opsummeres her kort de væsentligste hovedfund fra screeningsprojektets del I og II. De hovedfund der er medtaget, er blevet vurderet som væsentlige elementer eller opmærksomhedspunkter, som prototypen må inddrage eller forholde sig til.

Litteraturgennemgangens væsentligste bidrag

I delrapport I blev der foretaget en gennemgang af den internationale forskningslitteratur og nordisk "gra" litteratur som viser, at der generelt mangler solid forskningsevidens på området, da mange interventionsstudier bygger på et begrænset datagrundlag.

Grundlæggende viser litteraturgennemgangen, at motiverne for at voksne med udviklingshæmning anvender rusmidler ikke adskiller sig fra andre menneskers. Motiverne er identificeret som: 1) sociale – hvor rusmidler indtages i sociale sammenhænge og bekræfter sociale relationer, eller indtages for at undgå eksklusion fra gruppen, 2) en copingstrategi til at regulere negative oplevelser og følelser og 3) en forbedringsstrategi, hvor rusmidler indtages for at fremme positivt humør.⁵⁷ Disse motivmønstre ligger også til grund for den generelle befolknings forbrug af rusmidler. Der hvor voksne med udviklingshæmning adskiller sig fra andre, er deres forudsætninger og behov for at kunne skabe forandring. Derfor er der behov for at tilrette en særlig indsats, som de kan profitere af.

Litteraturgennemgangen peger generelt på, at voksne med udviklingshæmning kan profitere af eksisterende ambulant rusmiddelbehandling, hvis den vel at mærke er særlig tilrettelagt til målgruppen. Det kræver viden om målgruppens forudsætninger og behov. Der er behov for kompetenceudvikling på tværs af områderne og bedre indsigt i, hvad nedsat kognition og rusmidler betyder for samarbejdet med borgeren. Der peges på forskellige typiske udfordringer, de fagprofessionelle møder i deres arbejde med målgruppen, hvilket vises i tabellen herunder.

⁵⁷ Schijven et.al. 2019. Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motive and substance use. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. Vol. 32, no. 4.

Tabel 1: Faglige udfordringer på tværs af det rusmiddelfaglige- og socialfaglige område

Faglige udfordringer for rusmiddelbehandler	Faglige udfordringer for socialpædagoger
Mangler viden om målgruppens behov for særlig tilrettelagt kommunikation, og at de kan have et begrænset ordforråd.	Mangler viden om rusmidler, deres virkning og skadevirkning
Mangler viden om problemer med svækkede kognitive kompetencer fx hukommelse, problemer med tidsperspektiv, planlægning og opmærksomhed	Mangler viden til at kunne vurdere, hvorvidt der er tale om et forbrug, et skadeligt forbrug eller afhængigt brug af rusmidler.
Mangler viden om målgruppens reducerede selvindsigt, refleksionsevne og indre motivationsfaktorer	Mangler viden om relevante behandlingsmuligheder og en skadereducerende tilgang

Socialfagligt personale (ansat som kommunal støtte i borgerens hjem eller på botilbud) har fokus på at motivere og vejlede borgerne i at håndtere hverdagsfunktioner, men de har hverken pligt eller ret til at kontrollere eller bestemme over borgerens forbrug af rusmidler. Dette kan være en barriere for, at socialfagligt personale adresserer og undersøger borgeres forbrug. En anden barriere kan være manglende viden om, hvornår et forbrug er problematisk, hvornår det er skadeligt, og hvornår der er tale om afhængighed. Dette kan hænge sammen med en udbredt mangel på viden om rusmidler og indsigt i, hvad rusmiddelbehandling består af. Derfor må der i prototypeudviklingen være fokus på, at socialfagligt personale får viden om og redskaber til at kunne afdække, hvorvidt en borger har et problematisk forbrug af rusmidler, og hvordan der søges hjælp.

I gængs ambulant rusmiddelbehandling er afdækning og behandling ofte baseret på selvrapportering af tanker, følelser og oplevelser set i et tidsperspektiv. Denne måde at afdække og behandle på tager ikke nødvendigvis højde for, at mennesker med udviklingshæmning har kognitive vanskeligheder. Målgruppen har svært ved at forstå abstrakte begreber og kan have vanskeligt ved at fortælle om indre oplevelser og skelne i forhold til, hvad der er relevant at fortælle om. Disse forhold kan resultere i, at rusmiddelpersonalet ikke opnår tilstrækkelig viden om borgeren, og samtidig at borgere med udviklingshæmning stilles opgaver, de har svært ved at honorere og forstå. Begge dele øger risikoen for manglende udbytte af ambulant rusmiddelbehandling i dens nuværende form.

Det skal derfor indgå som en del af prototypen, at rusmiddelbehandlere får viden om målgruppens kognitive vanskeligheder og udfordringer, og hvorledes behandlingsmøder bedst kan struktureres og tilpasses til borgernes behov og forudsætninger. Der vil blandt andet være behov for at tilpasse kommunikationen til et mere enkelt, konkret og praksisnært sprogbrug, og der vil være behov for at udvikle visuelle redskaber, som understøtter dialogen evt. suppleret med andre former for behandlingstiltag, der ikke kun er dialogbaserede.

Litteraturgennemgangen peger også på, at det er en god idé at styrke samarbejdet mellem rusmiddelbehandleren og borgernes socialfaglige støtteperson. Der er behov for faglighed, viden og forståelse af, hvilken betydning de kognitive vanskeligheder har i forhold til hukommelse og indlæring i behandlingen. I prototypen må der være opmærksomhed på vigtigheden af at opbygge

en fælles forståelse af borgeres problemstilling, og at begge områders fagligheder gensidigt vil kunne understøtte hinanden i det konkrete samarbejde med og om borgeren.

Et gennemgående element i forskningslitteraturen er, at der er for dårligt kendskab til faktuel viden om omfanget af voksne med udviklingshæmning, omfanget af deres rusmiddelforbrug, og hvorvidt de modtager behandling for deres rusmiddelproblem. Dette er blevet undersøgt som en del af screeningsprojektet, hvor resultaterne af den nationale kortlægning fremgår af delrapport II.

Kortlægningen set fra et socialfagligt perspektiv

Delrapport II omhandler en kortlægning af, hvor mange voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, der skønnes at have et problematisk forbrug af rusmidler. Kortlægningen er foretaget som en survey blandt socialfagligt personale, der er tilknyttet botilbud efter servicelovens §107 og §108 eller borgere, der modtager støtte i eget hjem efter servicelovens §85.

Data viser, at der samlet set skønnes at være ca. 6 pct. af målgruppen, der har et problematisk forbrug af rusmidler. Heraf er voksne borgere, der bor i egen bolig mest udfordret af et problematisk forbrug, idet de skønnes at udgøre en andel på 8 pct. på landsplan. Det er altså en anseelig gruppe af voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, der skønnes at have et problematisk forbrug af rusmidler.

En stor andel af det socialfaglige personale, mere end 70 pct. der har deltaget i kortlægningen, vurderer, at den eksisterende ambulante rusmiddelbehandling ikke imødekommer borgernes behov i tilstrækkelig grad, fordi der ikke tages højde for deres kognitive forudsætninger og særlige behov. Denne vurdering understøttes af, at ca. en tredjedel af borgere, der skønnes at have et aktivt problematisk forbrug på botilbuddene, inden for de seneste tre år faktisk har modtaget et behandlingstilbud. Da de fortsat vurderes at have et problematisk forbrug, må det antages, at de ikke har profiteret af behandlingen. Dette taler for, at der er behov for at udvikle en indsats, der er tilpasset til målgruppens forudsætninger og behov.

Kortlægningens spørgeskema giver kun mulighed for at vise data på et aggregeret niveau og ikke på individniveau. For at give et mere nuanceret billede af, hvordan voksne med udviklingshæmning, der har modtaget ambulante rusmiddelbehandling, oplever dette, inddrages en kvalitativ interviewundersøgelse. Metodecentret har foretaget undersøgelsen i en større kommune i forbindelse med et projekt, der omhandlede borgere med udviklingshæmning med et rusmiddelproblem.

Rusmiddelbehandling set fra et brugerperspektiv

I 2019-20 gennemførte Metodecentret en kvalitativ interviewundersøgelse med 11 voksne borgere med udviklingshæmning og et rusmiddelproblem.⁵⁸ Otte borgere var omfattet af servicelovens § 85 og modtog støtte i egen bolig (bostøtte), mens tre borgere var omfattet af servicelovens §107 og §108 og boede på to forskellige botilbud. Ud af de otte borgere, der modtog

⁵⁸ Borgerne var i alderen fra 19 til slut 40-erne med en overrepræsentation af mænd.

bostøtte, havde fem været eller var aktuelt i rusmiddelbehandling i det kommunale rusmiddelcenter. De tre borgere på botilbud modtog alle rusmiddelbehandling på botilbuddet via fremskudt ambulant rusmiddelbehandling, hvor rusmiddelbehandleren havde en udgående funktion. Alle borgere havde en lettere til moderat udviklingshæmning.

I interviewet blev der spurgt til, hvad borgerne forventede, der ville ske, når de kom i behandling på rusmiddelcentret. Generelt var borgernes forventning, at de på rusmiddelcentret ville kunne få at vide helt nøjagtigt, hvad de skulle gøre for at komme ud af deres rusmiddelproblem. Altså en forventning om noget meget konkret og handlingsanvisende i mødet med rusmiddelbehandleren. Det kunne fx være en plan, som de kunne følge og så komme ud af deres forbrug. Men det blev mødt med, var en masse "snak" om rusmidler. Det blev ikke oplevet som konkret og blev af flere borgere beskrevet som "ikke hjælpsomt" eller "meningsløst". En borger beskrev det på følgende måde: *"Altså det hjalp ikke rigtig, men det er fint nok at komme derhen (rusmiddelcenter) en gang imellem og snakke om det. Men altså så meget hjælper det heller ikke"*. Flere af borgerne beskrev, at al den "snak" om rusmidlerne gav dem trang, og en af borgerne beskrev samtalerne som decideret negative, fordi de skabte trang og øgede forbruget: *"Altså det der med at tale om sit misbrug, det forstærker lyst til at tage noget"*.

Af de fem personer, der havde en støtteperson tilknyttet i eget hjem, var der to, der havde haft deres bostøtte med til samtaler på rusmiddelcentret. Begge borgere har været glade for at bostøtten deltog, blandt andet fordi de havde dårlig hukommelse. Men begge borgere syntes alligevel ikke rigtig, de fik noget ud af behandlingssamtalerne med rusmiddelbehandlerne. Kun en ud af de fem borgere, der modtog bostøtte, havde fået noget positivt ud af rusmiddelbehandlingen. Efter noget tid fandt borgeren samtalerne med rusmiddelbehandler anvendelige, fordi det havde udviklet sig til nogle dybere samtaler med råd og vejledning: *"I starten syntes jeg, det var meningsløst og forstod egentlig ikke rigtigt, men så jeg fandt ud af, at jeg skulle snakke med rusmiddelbehandleren, for at hun kunne hjælpe"*. Udsagnet indikerer, at borgeren ikke på forhånd havde forståelse for selv at skulle bidrage i behandlingen, og hvad selve behandlingssituationen egentlig gik ud på.

De tre borgere, der modtog fremskudt ambulant behandling på deres botilbud, betragtede det som en god ting, at rusmiddelbehandleren kom til dem. Det sparede dem tid og skabte mindre forstyrrelse i deres hverdag, at de ikke skulle transportere sig hen til rusmiddelcentret. En af borgerne var meget tilfreds med behandlingen og beskrev det på følgende vis: *"Rusmiddelkonsulenten kommer her, og kan give nogle gode råd og metoder. Hun er generelt bare god at snakke med og hun ved, hvad det handler om"*. De to øvrige på botilbud følte ikke de fik så meget ud af samtalerne, og at de ikke var hjælpsomme i forhold til deres rusmiddelproblemer.

I interviewene har de borgere, der ikke synes at have profiteret af rusmiddelbehandlingen, ikke kunnet uddybe mere nuanceret, hvorfor de ikke fik noget ud af det. Men ord som "ikke hjælpsomt" og "meningsløst" bliver anvendt, som kan være en indikation af, at borgerne ikke får koblet "snak" til handling, eller kognitivt formår at følge abstraktionsniveauet i samtalerne eller omsætte "snak" til deres konkrete situation.

De to personer, der beskriver behandlingen positivt, har begge fundet ud af, at de skal deltage aktivt i samtalen for at rusmiddelbehandleren kan hjælpe. Dette peger på, at det kan være vigtigt at udvikle selve samtalsituationen, så den bliver mere konkret for borgerne. Fx ved at borgerne

både forberedes på aktiv deltagelse, og der samtidig er en tydelig struktur for samtalens form, indhold og formål. Møderne kan evt. understøttes med en visuel dagsorden, som kan gøre selve samtalen mere overskuelig, konkret og meningsfuld for borgeren.

Endelig påpeger en af de interviewede borgere, at der mangler støtte og fokus på perioden efter ophør med forbrug. Borgeren havde på interviewtidspunktet været ophørt med sit forbrug i ca. et år. Borgeren fortæller, at ophøret medførte store problemer, hvor vedkommende røg ned i "et sort hul". Selvmordstanker og depressionen blev værre efter ophør af det problematiske og kaotiske forbrug, der havde stået på i mange år. I takt med at borgeren blev ædru og clean kunne vedkommende *"mærke verden mere klart og tæt på, og det er fedt at komme ud på den anden side, men det er også virkelig hårdt"*. Der var behov for mere hjælp og psykiatrisk behandling, men det tog noget tid før det skete, fordi omverden (socialfaglige støtter) så ophøret som en succeshistorie, og ikke havde fokus på de følgevirkninger, der opstod. Borgerens fortælling om sit ophør peger på, at det også er vigtigt at have fokus på opfølgning, fastholdelse og ændrede behov for støtte og hjælp.

Hovedpointerne fra borgerinterviewene er, at de fleste ikke føler, de får ret meget ud af det eksisterende ambulante behandlingstilbud, og at det ikke påvirker dem i den rigtige retning. Endvidere blev der peget på et særligt fokus på ophør og opfølgning på de ændrede behov, der måtte opstå i den forbindelse. Det er vanskeligt at generalisere på baggrund af ganske få udsagn fra borgere, men deres udsagn svarer til flere af fundene i litteraturgennemgangen i delrapport I og de socialfaglige personers vurdering af den eksisterende ambulante behandling i delrapport II.

På baggrund af delrapport I og II samt borgerinterviews præsenteres i det følgende et forslag til en prototype, der har fokus på at tilpasse den eksisterende ambulante rusmiddelbehandling til målgruppen, og samtidig har fokus på at styrke en helhedsorienteret tilgang og organisering på tværs af områderne.

Forslag til prototype

Det fremgår af litteraturgennemgangen i delrapport I, at det anbefales at tilpasse den eksisterende ambulante rusmiddelbehandling til målgruppens forudsætninger og behov. Ambitionen med prototypen er derfor ikke at opfinde en ny form for rusmiddelbehandling til målgruppen, men at styrke samarbejdet mellem fagområderne og tilpasse den eksisterende behandling.

Prototypen skal således bidrage til at voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, kan modtage en tilpasset indsats som en del af den eksisterende ambulante rusmiddelbehandling. Samtidig skal prototypen bidrage til at styrke fagprofessionelles kompetencer, samarbejde og organisering på tværs af fagområderne.

Afsæt og beskrivelse af prototypen

I både social- og rusmiddelfagligt arbejde tages der afsæt i at arbejde med "det hele menneske" ved at se på borgerens samlede livssituation frem for blot at se på enten udviklingshæmning eller

rusmiddelforbrug. Afsættet for prototypen er derfor, at et problematisk forbrug af rusmidler bedst kan afhjælpes gennem en helhedsorienteret indsats.

Helhedsorientering kan, jf. de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling⁵⁹, forstås som en tilgang, der retter sig mod at skabe social, mental og fysisk trivsel for borgeren. En sådan tilgang tager udgangspunkt i personens samlede situation, herunder dennes ønsker, håb, drømme, ressourcer og udfordringer. Derfor må en helhedsorienteret tilgang understøtte, at voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder får tilbudt en indsats, der er tilpasset deres særlige forudsætninger og behov. Det kræver, at viden og kompetencer for fagområderne kommer i spil i et tværfagligt samarbejde med og omkring borgerne. Det kræver også en tæt koordinering på tværs af områderne, hvor ledelse og organisering skal skabe rammerne og arbejde efter fælles mål for, at dette kan lade sig gøre i praksis.

Den helhedsorienterede indsats har som mål at fremme borgernes trivsel. Netop fokus på menneskelig trivsel anses i prototypen for at være det fælles mål, fagprofessionelle må arbejde med, hvis det skal lykkes at motivere og skabe positiv forandring. Her er der viden at trække på fra forskningen omkring mental sundhed.

Forskningen om mental sundhed beskæftiger sig med virksomme faktorer og grundvilkår for, at vi som mennesker trives i vores liv. I den nationale koncept ABC - mental sundhed til alle⁶⁰, er der fokus på de beskyttende faktorer og ressourcer, der fremmer trivsel, frem for det, der fører til mistrivsel. ABC-konceptet er baseret på forskning om mental sundhed og identificerer tre beskyttende faktorer, når mennesker formår at:

- *Gøre noget aktivt (være deltagende og fysisk aktive)*
- *Gøre noget sammen med andre (engagerer os i fællesskaber)*
- *Gøre noget meningsfuldt (føler vi bidrager, betyder noget for andre)*

Mennesker med udviklingshæmning, og lignende kognitive vanskeligheder, adskiller sig fra andre mennesker ved, at de som regel vil have behov for støtte fra fagprofessionelle til at skabe et aktivt, meningsfuldt og socialt liv, fordi netop deres funktionsevne er udfordret. Litteraturgennemgangen i delrapport I viste, at voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder typisk udvikler et problematisk forbrug af rusmidler af grunde, der ikke adskiller sig væsentligt fra den almene befolkning. Når de udvikler et problematisk forbrug af rusmidler, er det nemlig tæt koblet til fravær af de faktorer, der ellers fremmer trivsel:

- De oplever ofte ensomhed eller fravalg i sociale sammenhænge.
- De oplever ofte nederlag, fordi de ikke kan efterleve krav og forventninger i forbindelse med forskellige aktiviteter, beskæftigelsestilbud eller uddannelse.

⁵⁹ Socialstyrelsen, 2020. Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling.

⁶⁰ Koushede, V. 2018. Mental sundhed til alle – ABC i teori og praksis. Statens Institut for Folkesundhed Syddansk Universitet. En dansk tilpasning af den australske Act-Belonging-Commitment teori.

- De oplever ofte kedsomhed og mangler meningsfuldt eller relevant indhold i hverdagslivet, hvor de kan føle sig set, anerkendt og værdsat.
- Herudover er flere borgere i målgruppen karakteriseret ved at have komorbide lidelser fx psykiatriske diagnoser eller livsstilssygdomme, hvor rusmidler kan fungere som en form for selvmedicinering mod psykisk eller fysisk ubehag.

I disse situationer kan forbrug af rusmidler bliver en strategi til at beskytte sig selv mod sådanne oplevelser. Rusmidlerne bidrager fra det perspektiv til noget positivt i borgerens liv, det kan blive et fristed i en krævende og stressfuld hverdag. Et vigtigt udgangspunkt for at opstarte et samarbejde med en borger med et problematisk forbrug er således at vise respekt for, at personen forsøger at finde en strategi til at mestre sit liv. Derfor er der brug for at invitere borgeren til et samarbejde, hvor dennes ønsker, behov og forudsætninger er afgørende for tilrettelæggelsen af indsatsen. Hvor borgeren motiveres og hjælpes i sin situation. Hvor der tilbydes støtte til forandring af forbrug samt anvisning af andre mestringsstrategier og trivselsfremmende aktiviteter end indtagelse af rusmidler i deres hverdagsliv. Dette er kernen i det tværfaglige samarbejde i prototypen.

Prototypen bygger altså på en *helhedsorienteret* tilgang med et fælles fagligt mål om at fremme borgerens *trivsel*. Det fælles mål bliver omdrejningspunktet for, at fagprofessionelle arbejder i samme retning, men kræver også en arbejdsdeling i forhold til hvem, der har hvilke opgaver og funktioner i samarbejdet med og omkring borgeren. Både i forhold til lovgivning og faglige ansvarsområder. Det er derfor vigtigt, at lederne på tværs af områderne skaber de rette betingelser og arbejdsgange for det tværfaglige borgernære samarbejde. Samtidig må der på det organisatoriske plan sikres rammer for, at de fagprofessionelle har adgang til relevant viden om målgruppen og problemstillingen, tilbydes relevant kompetenceudvikling samt har målgruppe-tilpassede redskaber til rådighed i deres arbejde.

I næste afsnit præsenteres en række principper for, hvordan indsatsen tænkes struktureret og omsat i praksis.

Prototypens kerneelementer

I dette afsnit indkredser vi en række kernelementer, der har potentiale til at blive udviklet yderligere, med henblik på at kunne tilrettelægge en tilpasset indsats til voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder, som har et problematisk forbrug af rusmidler. Indsatsen skal bidrage til at strukturere samarbejdet mellem fagprofessionelle, og mellem fagprofessionelle og borgeren. Samtidig skal indsatsen sikre, at rammerne for tværfagligt samarbejde er til stede gennem kompetenceudvikling, brobygning og organisering på tværs af områderne.

Begrebet kerneelement anvendes i denne sammenhæng ud fra Socialstyrelsens definition af begrebet. Her lægges op til en logisk sammenhængende systematik, hvor det formidles, hvad kerneelementet er, de faglige begrundelser for kerneelementet, hvordan det kan anvendes i praksis samt potentielle hjælpemidler, der kan styrke efterlevelsen af den beskrevne praksis.

Tabel 2: Socialstyrelsens systematik for beskrivelse af kerneelementer

Hvad	Kerneelement <i>Kort og præcis beskrivelse af funktion eller princip</i>
Hvorfor	Faglig begrundelse <i>Værdier, fagetik, vidensgrundlag, forventede virkninger og resultater</i>
Hvordan	Praksisbeskrivelse <i>Konkretiseret profil af den faglige praksis</i> Hjælperedskaber <i>Redskaber til efterlevelse af den beskrevne praksis</i>

I denne prototype er kerneelementerne formuleret som *principper*, der kan samle tværgående elementer i en potentielt virksom indsats til voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og et problematisk forbrug af rusmidler.

Når vi arbejder med en principfokuseret tilgang, betyder det, at vi bevæger os på et overordnet niveau. Her kommer sociale situationer og samarbejde forskelligt til udtryk afhængig af den lokale kontekst og de kvaliteter, kompetencer og den organisering, der er blandt de involverede aktører. Dette er særlig relevant, fordi litteraturgennemgangen i delrapport I ikke peger på stærk evidens for indhold i en tilpasset og særlig tilrettelagt indsats til målgruppen. Det stiller krav om en åbenhed i beskrivelsen af kerneelementerne. En åbenhed, hvor lokal dokumentationspraksis og lokale faglige skøn kan trækkes ind i den konkrete vurdering af, hvordan elementerne bedst kan implementeres i praksis og i samspil med de eksisterende aktørers kompetencer og organisering. Principperne er derfor formuleret således, at de kan have forskellige udtryk baseret på den lokale fortolkningsramme og organisering i forhold til målgruppens problematikker. Men samtidig skal de være anvisende på et mere generelt plan som vigtige kernelementer, der bør indgå og kunne genkendes, når indsatsen omsættes lokalt i praksis.

Der indgår syv principper i prototypen. Principperne er formuleret som handleprincipper, hvoraf de første fire har fokus på det borgernære samarbejde, mens de næste tre har fokus på det fagprofessionelle og organisatoriske samarbejde (se figur 1).

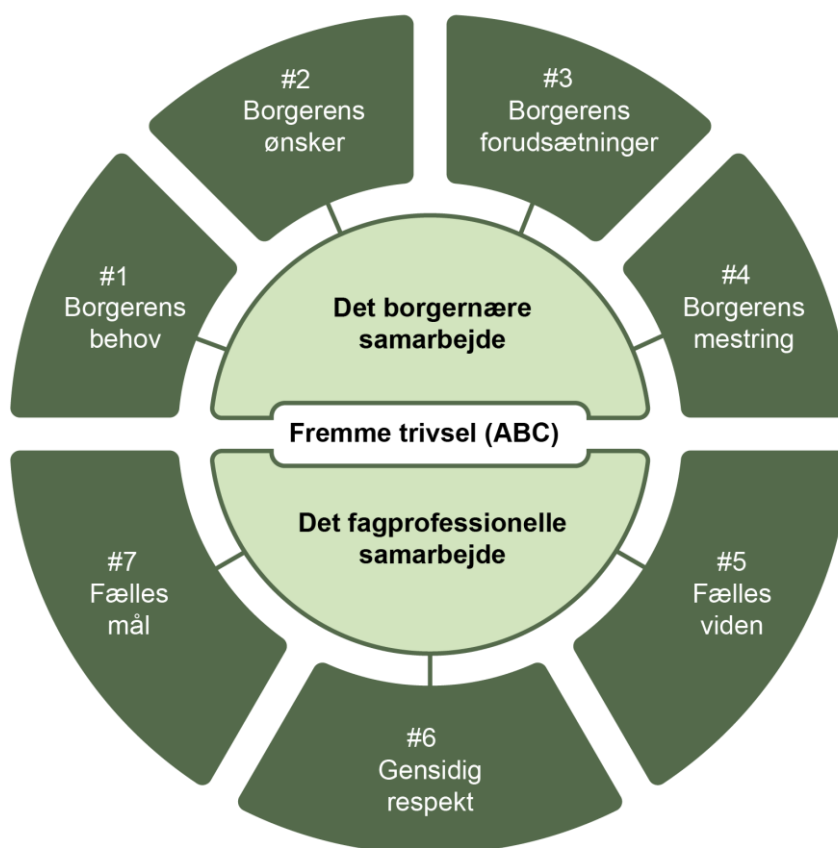
I de borgernære principper i prototypen handler samarbejdet om at tilrettelægge indsatsen i forhold til #1 borgerens behov, #2 borgerens ønsker, #3 borgerens forudsætninger og #4 borgerens mestring.

I de fagprofessionelle og organisatoriske principper handler samarbejdet i indsatsen om at skabe bedre sammenhæng og koordinering⁶¹ gennem #5 fælles viden, #6 gensidig respekt og #7 fælles mål.

⁶¹ Principperne for sammenhæng og koordinering har hentet inspiration fra teori om relationel koordinering se Gittell, J. H. 2016. Relationers betydning for høj effektivitet. Styrken ved relationel koordinering. Dansk Psykologisk Forlag.

Principperne påvirker gensidigt hinanden. Derfor er de illustreret i en cyklisk model i figur 1, hvor fælles mål om trivsel, viden og respekt for hinandens fagområder danner indsatsens fundament for at kunne koordinere og tilrettelægge det fagprofessionelle samarbejde på tværs af fagområderne. Men det er den enkelte borgers ønsker, særlige behov, forudsætninger og mestringsevne, der bliver retningsgivende for at skræddersy faglig støtte og behandling i indsatsen. Dette fordi borgerens kognitive vanskeligheder vil have indflydelse på, i hvilken grad borgeren selvstændigt formår at omsætte viden og redskaber fra rusmiddelbehandlingen til egen hverdag.

Figur 1: Prototypens helhedsorienterede tilgang



I det følgende gennemgås de syv principper for prototypeindsatsen. Først beskrives de fire principper, der er retningsgivende for det borgernære samarbejde på tværs af områderne. Dernæst beskrives de tre principper, der er retningsgivende for det fagprofessionelle samarbejde på tværs af områderne.

Det borgernære samarbejde

Hvad:

Princip # 1 Foretag en systematisk afdækning af borgerens ressourcer og behov, herunder rusmidlernes funktion i borgerens liv

Hvorfor:

Et problematisk forbrug af rusmidler står sjældent alene, men er oftest sammenvævet med andre problemstillinger i borgerens tilværelse, som påvirker borgerens generelle trivsel. Det er derfor ikke tilstrækkeligt kun at fokusere på borgerens forbrug uden også at se på den større sammenhæng i borgerens liv. Et vigtigt element er systematisk at få afdækket, hvilke faktorer og motiver der kan ligge bag den konkrete borgers problematiske forbrug. Kendskab til rusmidlernes funktion i borgerens liv kan give fagpersonerne vigtig viden i forhold til, hvilke beskyttende og trivselsfremmende faktorer, der skal arbejdes med på tværs af områderne. Samtidig giver en systematisk afdækning vigtig information for at kunne tilrettelægge en virksom indsats, der adresserer de behov borgeren har, så rusmiddelbehandlingen matcher disse, og det sikres, at borgeren ikke mødes af krav, som vedkommende ikke har forudsætningerne for at indfri.

Hvordan:

De fagprofessionelle deler eller afdækker viden om:

- Borgerens kognitive, psykiske og kommunikative funktionsniveau.
- Borgerens sociale netværk eller sociale forhold, der kan påvirke borgeren. Herunder kortlægge andre professionelle aktører omkring borgeren, da de kan være relevante interessenter.
- Borgerens beskæftigelse og aktiviteter i hverdagen, og hvorvidt de er meningsfulde for borgeren.
- Borgerens forsørgelsesgrundlag.
- Borgerens døgnrytme, da rusmidler ofte forstyrrer muligheden for at lave meningsfulde aktiviteter om formiddagen eksempelvis.
- Borgerens boligmæssige forhold – er der fx mange i nærmiljøet, der bruger rusmidler?
- Psykiatriske diagnoser eller somatisk sygdom (komorbiditet). Er der etableret den rette støtte til borgeren – både medicinsk og socialt?
- Borgerens forbrug af rusmidler på daglig eller ugentlig basis.
- Hvilke rusmidler borgeren forbruger.
- Hvad rusmidlerne hjælper borgeren med/rusmidlernes funktion.

Afdækningen skal være så konkret som muligt i forhold til at kunne beskrive det problematiske forbrugs karakter for den enkelte borger. Den skal være med til at afklare, hvorvidt borgeren vil have behov for en rusmiddelintervention, og hvilken motivation borgeren selv har for dette. Der må både fokuseres på omfanget og frekvensen af rusmiddelbrug, og med hvem rusmidler indtages. Samtidig må der være fokus på, hvilke aktiviteter i hverdagen borgeren finder glæde i, og hvilke der er vanskelige. I hvilke situationer bliver rusmidlerne fx anvendt som en regulering i forhold til svært håndterbare tanker og følelser, og som mestrings af ensomhed, kedsomhed eller meningsløshed i borgerens hverdagsliv? Viden om disse forhold vil være vigtige at afdække for at kunne tilrettelægge en tværfaglig indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov for støtte og behandling. Det er samtidig vigtigt at indsamle eksisterende viden og dokumentation om borgeren, som kan indgå i afdækningen fx udredninger af funktionsevne og social anamnese mv.

Der findes redskaber, guidelines og screeningsværktøjer, der kan tilpasses til målgruppen fx gennem visuelle virkemidler og forsimplet og konkret kommunikation. For at sikre helheds-orienteringen i indsatsen, og at de relevante områder bliver afdækket, kan det være en fordel at samle et batteri af forskellige screeningsredskaber, som er let tilgængelige for fagpersonerne. Hvis frontmedarbejdere forventes at skulle anvende særlige screeningsværktøjer, skal der tilbydes uddannelse, kurser og evt. certificering omkring dette.

Hjælperedskaber:

- De nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling beskriver en helhedsorienteret systematisk afdækning, som giver mulighed for, at behandler kan samarbejde med relevante aktører (Socialstyrelsen, 2020).
- Center for Rusmiddelforskning (CRF) har screeningsredskaber, som vil kunne tilpasses til målgruppen. Det drejer sig fx om skema for Trivsel og effektmonitorering (TEM-hverdag), UngMap og VoksenMap. Disse screeningsredskaber anvendes i den ambulante rusmiddelbehandling, og afdækker flere af de ovennævnte faktorer. Dog viser forskning, at skemaerne må tilpasses til målgrupper, der har særlige behov. Skemaerne findes på CRFs hjemmeside www.psy.au.dk.
- VAMiS indsatsen i Aalborg Kommune anvender værktøjet SumID-Q (Substance use and misuse in Intellectual Disability Questionnaire), som er særligt udviklet til målgruppen. Skemaet findes i en dansk version, men er beskyttet af licensrettigheder. De har også erfaringer

med at anvende Millon Clinical Multiaxial Inventory_III⁶² (MCMI) til målgruppen.

- I Holland anvendes The Hayes Ability Screening Index (HASI)⁶³ for initial afdækning af, hvorvidt borgere i rusmiddelbehandling har en lettere udviklingshæmning, eller kan være i gråzoneområdet. Der er ikke kendskab til, at redskabet anvendes i en dansk sammenhæng.
- Der findes flere gode screeningsværktøjer til at afdække borgernes generelle trivsel i ABC for mental sundhed. Skemaer, der måler på trivsel set i forhold til: 1) at gøre noget aktivt, 2) at gøre noget sammen og 3) at gøre noget meningsfuldt.⁶⁴ UCLA Loneliness Scale er et valideret skema til afdækning af ensomhed, og findes i en dansk version, og vil kunne tilpasses til målgruppen.
- Der findes flere screeningsredskaber, der fokuserer på kognition fx Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Funktionel Adfærdsanalyse og Dansk Pædagogisk Udviklingsbeskrivelse.

Hvad:

Princip # 2 Tag udgangspunkt i borgerens erfaringer, håb og ønsker som retningsgivende for et anerkendende samarbejde om behandling og støtte

Hvorfor:

Et afgørende princip i rusmiddelbehandling er, at borgeren motiveres til og tror på, at forandring er muligt. Når borgeren har motivation for og tro på forandring er der langt bedre muligheder for, at behandling skaber en ønsket forandring. Borgeren skal bringes til en tro på, at en bedre mestring af rusmidler giver mulighed for at kunne realisere nogle af sine håb og ønsker. Det er en fagprofessionel opgave at motivere til dette. Den fagprofessionelle støtte og hjælp til borgeren vil ikke være virksom, hvis borgeren ikke kan se meningen med indsatsen eller ikke er motiveret for at skabe forandring i sit liv. Det er derfor vigtigt, at borgeren er i centrum og involveres aktivt i indsatsen. At der tages udgangspunkt i borgerens ønsker, håb og drømme som et fælles kompas for retningen i den faglige støtte og behandling. For nogle borgere kan det være en udfordring at sætte ord på, hvilken forandring de ønsker, eller i det hele taget at være åben om at tale om dette med fagpersoner. Derfor må der arbejdes med tillid og tryghed i samarbejdet, og der sikres gennemsigtighed, så fagpersonerne ikke handler uden borgerens medvirken eller samtykke. Borgeren skal føle sig anerkendt, mødt, hjulpet og betydningsfuld i samarbejdet.

⁶² MCMI tester for 14 personlighedsmønstre og 10 symptomtilstande.

⁶³ Se reference i delrapport II.

⁶⁴ Koushede, V. & Nielsen, L. 2015. For mental sundhed – et nyt perspektiv. ABC for mental sundhed – fra retorik til handling. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Hvordan:

De fagprofessionelle skal:

- På tværs af fagområderne invitere til et samskabende arbejde med borgeren, hvor borgeren bliver støttet i at skabe forandring og får værktøjer til at træffe beslutninger, der flugter med dennes mål for det gode liv.
- Møde den enkelte borger med en ikke-dømmende tilgang. Dette er især vigtigt i det socialfaglige arbejde for at understøtte borgerens forandringsproces i hverdagslivet.
- Være lyttende, forholde sig nysgerrigt og undersøgende til borgerens situation. Især er det vigtigt, at rusmiddelbehandleren inddrager borgeren i at identificere faktorer og situationer, der udløser trang til at bruge rusmidler, og samtidig inddrager den socialfaglige støttepersons viden og hjælp til at understøtte borgerens mestring af svære situationer.
- Inddrage borgerens tidligere erfaringer omkring at ændre sit forbrug. Rusmiddelbehandleren skal undersøge motivationsfaktorer, og hvad der gjorde udslaget for den eventuelle tidligere forandring.
- Tværfagligt dyrke relationen med borgeren, skabe tillid og tryghed i samarbejdsrelationen.
- Tværfagligt støtte borgeren i at udtrykke sine egne ønsker, drømme og håb for et bedre liv og en bedre fremtid.
- Tværfagligt og vedholdende støtte borgeren i at finde motivation og forhåbninger om at kunne ændre adfærd og fremme trivsel.

Der findes mange forskellige metoder og tilgange til at arbejde med borgerens ønsker, selvbestemmelse og autonomi. Det vigtigste er, at borgeren skal føle sig støttet i at være aktør i sit eget liv og have medbestemmelse på de beslutninger, der træffes i indsatsen.

De fleste fagprofessionelle vil have en teoretisk eller metodisk ramme at arbejde ud fra, fx den motiverende samtale, recovery, anerkendende pædagogik, Åben Dialog mv. For at fremme det fællesfaglige samarbejde med og omkring borgeren er det vigtigt, at fagpersonerne er samstemte omkring tilgangen til samarbejdet med borgeren. Samtidig skal de have tilstrækkeligt indsigt i hinandens måde at arbejde på.

Hjælperedskaber:

- De nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, bygger på principper om recovery og rehabilitering.
- Visuelle virkemidler, piktogrammer eller tegninger.

- KRAP-redskaber⁶⁵ anvendes i det pædagogiske arbejde. Der findes "Det skæve KRAP", som har særligt fokus på pædagogisk arbejde med rusmiddel-problematikker.
- Shared Decision Making⁶⁶ (Fælles Beslutningstagning) anvendes flere steder som samarbejdsmetode i sundhedsvæsenet, og vil kunne tilpasses til målgruppen.
- Active Support⁶⁷ eller andre redskaber som er konkrete og gerne visuelt understøttet.

Hvad:

Princip # 3 Tilpas rusmiddelbehandling til borgerens forudsætninger

Hvorfor:

Hvis borgere med udviklingshæmning skal kunne profitere af den eksisterende ambulante rusmiddelbehandling, peger forskningslitteraturen på, at behandlingen må tilpasses til målgruppens særlige forudsætninger for deltagelse og samarbejde. Det betyder, at rusmiddelbehandlingen skal tilrettelægges, så den bliver meningsfuld for den enkelte borger, og det sikres, at borgeren ikke mødes af krav, som er vanskelige at indfri på grund af kognitive udfordringer. Samtidig må rusmiddelbehandlerne have indsigt i målgruppens særlige karakteristika for at kunne tilpasse kommunikation, metoder og redskaber til den konkrete behandlingssituation.

Hvordan:

- I behandlingssessioner er det primært rusmiddelbehandlers arbejdsområde at forholde sig til borgerens rusmiddelforbrug og behandlingsmæssige behov. Men socialfaglige støttepersoner bør deltage i behandlingssessioner sammen med borgeren for at støtte borgerens hukommelse og kommunikation samt dele viden om borgerens hverdagsliv.
- Rusmiddelbehandlere skal skabe en overskuelig og konkret struktur for behandlingssessioner, så borgeren ved, hvad der skal ske. Strukturen skal være genkendelig fra gang til gang, ligesom gentagelser af indhold og temaer vil understøtte de indlæringsvanskeligheder, der karakteriserer målgruppen.
- Rusmiddelbehandlere skal have adgang til og mestre et repertoire af meget konkrete redskaber, metoder og teknikker, som sikrer høj faglig kvalitet i behandlingen. Det kan fx være billeder, film, rollespil,

⁶⁵ Se PsykologCentret www.krap.com.

⁶⁶ Se fx Center for Fælles Beslutningstagning www.cffb.dk.

⁶⁷ Se beskrivelse og flere eksempler i VIVE 2021. Litteraturstudie. Viden om indsatser, metoder og kerneelementer, der kan styrke det socialpædagogiske arbejde på botilbud for voksne mennesker med udviklingshæmning.

dialogkort og overskuelige særligt tilpassede redskaber. Redskaberne skal være tilpassede og anvise enkel og meget konkret kommunikation omkring borgerens situation, og samtidig relatere sig mod typiske samtaleemner som motivation, ambivalens og trang. Det vil være virksomt, hvis behandlingen også kan inkludere behandlingsmetoder, der ikke primært er kommunikationsbaserede fx forskellige terapiformer for integration af kropslige, følelsesmæssige eller sansemotoriske oplevelser hos borgeren. Dette for at understøtte en mere erfaringsbaseret indlæring, hvor borgeren opnår forståelse gennem egne, konkret erfarede tilstande.

- Rusmiddelbehandleren afdækker i samarbejde med borger og socialfagligt personale faktorer, der fremmer og hæmmer borgerens trivsel i hverdagslivet. På den baggrund kan der etableres trivselsfremmende aktiviteter mellem sessionerne, hvor social fagligt personale har ansvaret for at støtte borgeren.
- Rusmiddelbehandler vil arbejde med rusmidlernes funktion, og i samarbejde med socialfagligt personale arbejde med, hvad der kan sættes i stedet for rusmidlerne som alternative mestringsstrategier for borgeren.
- Rusmiddelbehandlere skal i samspil med socialfagligt personale have fokus på, hvorvidt borgeren mødes på sit støttebehov, og ikke sættes i overkrav, hvilket kan medføre øget forbrug af rusmidler.
- Myndighed på rusmiddelområdet skal invitere andre relevante fagprofessionelle til koordinerende møder, såfremt dette er nødvendigt for at sikre den helhedsorienterede tilgang, så der arbejdes i samme retning.

Der må generelt ske en tilpasning på flere niveauer både kommunikationsmæssigt og redskabsmæssigt for, at behandlingen bliver målrettet til borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder. Der kan med fordel arbejdes med visuelle dagsordener med en fast struktur for hver session, så borgeren ved, hvad sessionen handler om, og hvad der skal tales om. Kommunikationen skal være konkret, præget af gentagelser og hyppige opsummeringer, som kan være gode til at støtte borgerens hukommelse. Kommunikationen skal suppleres med redskaber, der er visuelle og enkle at overskue fx til at arbejde aktivt og inddragende med borgerens motivation samt den ambivalens, borgeren måtte opleve i forhold til at ændre sit forbrug. Det må organisatorisk afklares, at socialfagligt personale har mulighed for at deltage i behandlingssessioner, såfremt borgeren ønsker det. Forskningen viser, at socialfaglig deltagelse er med til at styrke kvaliteten af behandlingen ved at skabe sammenhæng til borgerens hverdagsliv.

Hjælperedskaber:

- Visuel dagsorden for behandlingssessioner med en fast struktur. Der kan også foretages et tjek ind/ud ved sessionens start og slut, fx med brug af følelseskort eller smileys, for at undersøge, om der sker ændring i løbet af sessionen, og hvad der har forårsaget ændringen.
- Motivational interviewing anvendes i rusmiddelbehandlingen. Kan tilpasses til målgruppen, og anvendes som en grundlæggende tilgang og samtaleredskab.
- Psykoedukativt materiale, som er tilpasset til målgruppen fx visuelle redskaber som piktogrammer af rusmidler, følelseskort, personaer. Dialogkort som kan spilles sammen med borgeren mv.⁶⁸
- Forandringscirkelen anvendes i rusmiddelbehandlingen og kan tilpasses til målgruppen.
- Kognitiv Adfærdsterapi anvendes i rusmiddelbehandlingen og kan med fordel understøttes og konkretiseres gennem arbejde med små rollespil, fx at øve at "sige nej" til rusmidler sammen med borgeren.
- Behandlingsaftaler i sproglig og visuel tilpasset form.
- Tilbagefaldsplaner i sproglig og visuel tilpasset form.

Hvad:

Princip # 4 Skab sammenhæng mellem behandling og borgerens hverdagsliv via fokus på trivselsfremmende aktiviteter

Hvorfor:

Forskningen peger på, at en tilpasset rusmiddelbehandling til borgere med udviklingshæmning vil være mest virksom, hvis den understøttes af socialfagligt personales arbejde med borgerne. Borgerens faglige støttepersoner har til opgave at motivere og vejlede borgerne i at mestre hverdagsfunktioner, og er derfor et centralt bindeled mellem rusmiddelbehandlingens sessioner og borgerens dagligdag. For at skabe sammenhæng for borgeren, må der samarbejdes på tværs af områderne, så behandlingen, og det fælles faglige mål om at fremme borgerens trivsel, bliver understøttet i borgernes mestring af hverdagslivet. Det er derfor vigtigt, at de fagprofessionelle vedholdende samarbejder om at finde alternative og trivselsfremmende mestringsstrategier sammen med borgeren, der ikke baserer sig på rusmidler.

Hvordan:

De fagprofessionelle skal sørge for at skabe sammenhæng ved:

⁶⁸ Se materiale udviklet af ULF (Udviklingshæmmedes Landsforbund) og Metodecentret www.metodecentret.dk.

- Tværfagligt at arbejde med fælles mål om at fremme borgerens trivsel. På den baggrund skal de lave en professionel arbejdsdeling, hvor de sammen med borgeren aftaler, hvordan trivsel både kan få fokus i behandling og i borgerens hverdagsliv, med udgangspunkt i de beskyttelses- og risikofaktorer, som afdækningen af borgerens situation har kortlagt.
- Tværfagligt at tage udgangspunkt i borgerens motivation, og hvilken funktion rusmidlerne har i borgerens liv. Her kan ABC-mental sundheds tre trivselsfaktorer (at gøre noget sammen med nogen, at gøre noget aktivt og meningsfuldt) være et godt fælles fagligt udgangspunkt for at tilrettelægge trivselsfremmende alternativer til rusmiddelbrug i borgerens mestring af hverdagslivet.
- At socialfagligt personale kan deltage i behandlingssessioner og understøtte arbejdet med trivsel ved at bringe relevante temaer og risikosituationer fra borgerens hverdag ind i behandlingen.
- At socialfaglige støttepersoner arbejder med trivselstemaer fra behandlingssessioner, så de bliver vedkommende i borgerens hverdag fx gennem hjemmeopgaver mellem behandlingsmøderne.
- At understøtte borgerens ejerskab til, hvad der aftales omkring ændret forbrug og mestring af svære situationer med risiko for tilbagefald. Her kan borgerens socialfaglige støtteperson have en vigtig funktion i at hjælpe borgeren i svære situationer i hverdagen.
- At arbejde med rusmidlernes funktion og alternative mestringsstrategier for borgeren. Socialfagligt personale kan iværksætte meningsfulde aktiviteter og hjælpe borgeren med at opbygge sociale netværk jf. trivselsfaktorerne fra ABC-mental sundhed.

Afdækning, samordning og fælles faglige mål om trivsel er vigtige for at kunne tilrettelægge en indsats, hvor der samtidigt arbejdes med at øge borgerens trivsel og reducere eller ophøre forbruget af rusmidler. Der må vedholdende samarbejdes med udgangspunkt i borgerens motivation og ønsker til forandring og trivselsfremmende mestringsstrategier. Det fordrer, at fagprofessionelle arbejder i samme retning, og løbende samordner de forskellige opgaver og ansvarsområder, de hver især har for at hjælpe borgeren i indsatsen.

Hjælperedskaber:

- Der kan findes inspiration til at arbejde med de tre ABC-faktorer for mental sundhed i guiden ABC for mental sundhed - fra retorik til handling⁶⁹, som vil kunne tilpasses til målgruppen. Her er der blandt andet fokus på fysiske aktiviteter, sociale aktiviteter og kreative aktiviteter.

⁶⁹ Se note 60 og 64.

- VIVE har udgivet en gennemgang af litteraturen omkring socialpædagogisk arbejde på botilbud for voksne mennesker med udviklingshæmning, som blandt andet har et tema om trivsel og mental sundhed til borgere med udviklings-hæmning⁷⁰. Her angives metoder som: Mindfulness-Based Positive Behaviour Support, Who's Challenging Who, Positive behaviour support og Active Support som virkningsfulde.

Det fagprofessionelle samarbejde

Hvad:

Princip # 5 Skab rammer for at både socialfagligt og rusmid-delfagligt personale har den nødvendige viden om og forståelse af hinandens fagområder

Hvorfor:

Hvis ikke der etableres tværfagligt samarbejde omkring borgere med udviklingshæmning og problematisk forbrug af rusmidler, vil det ikke være muligt at foretage en helhedsorienteret afdækning af og intervention i borgerens situation. Det er behov for at få indsigt i borgerens håb, drømme og barrierer for at kunne tilpasse behandlingen til borgerens kognitive forudsætninger samt at arbejde parallelt med borgerens trivsel. Forskningslitteraturen peger på, at en af de væsentligste barrierer for samarbejdet med borgeren på tværs af områderne er, at de fagprofessionelle ikke har tilstrækkeligt kendskab til målgruppen eller problemstillingen. Men også, at de mangler tilstrækkeligt kendskab til hinandens faglige tilgang, metoder og værdigrundlag. Samtidig kan der være manglende eller urealistisk forventningsafstemning og rolleafklaring mellem forskellige parter i samarbejdet. Her er det væsentligt, at indsatsen understøtter tværfaglig kompetenceudvikling, hvor der gensidigt udveksles og skabes fælles viden.

Hvordan:

De fagprofessionelle skal:

- Have kendskab til hinandens faglige tilgang og metoder i arbejdet med borgeren, herunder arbejdet med beskyttende trivselsfaktorer og identifikation af risikofaktorer, gennem fælles kompetence-udviklingsforløb, workshops eller lignende. Hvis der udvikles fælles screeningsredskaber, skal disse også indgå som en del af den fælles kompetenceudvikling.
- Have udvalgte tovholdere i rusmiddelbehandlingen, der har specialiseret viden om målgruppen. Hvad der karakteriserer kognitiv funktionsnedsættelse og hvad der må tages højde for i samarbejdet med borgeren i rusmiddelbehandlingen. Herunder træning i konkret

⁷⁰ Se note 67.

og simpel kommunikation, som mange borgere har brug for, der bliver visuelt understøttet.

- Have udvalgte tovholdere på det socialfaglige støttefelt, der har specialiseret viden om, hvad der karakteriserer problematiske forbrug og afhængighed. Hvordan der kan arbejdes med en skadereducerende tilgang, og hvad rusmiddelbehandlingen indebærer og indeholder. Dette både for at skabe forståelse hos fagpersonerne og for at de vil kunne motivere borgeren til at indgå i behandling.
- I rusmiddelbehandlingen kunne arbejde systematisk med afdækning af borgerens situation og tilrettelægge en individuel tilpasset indsats til borgeren, der trækker på de relevante fagligheder.
- Have relevante tovholdere på begge fagområder, der har mulighed for at etablere et fælles læringsrum, hvor der kan skabes case-baseret læring på tværs. Herunder, drøfte situationer, hvor borgerens forbrugsadfærd kan virke udfordrende og fremkalde personlige følelsesmæssige reaktioner, hvor det er vigtigt at fastholde sin professionalisme.
- I rusmiddelbehandlingen have let adgang og kendskab til redskaber og metoder, der understøtter indsatsen og er tilpasset borgernes forudsætninger og behov.

Hjælperedskaber:

- Fælles skolebænk eller workshops på tværs af områderne. Undervisning omkring udviklingshæmning, kognitiv funktionsnedsættelse med udgangspunkt i en neuropædagogisk tilgang samt kendskab til rusmidler og harm reduction. Det vil sige en skadereducerende tilgang, som består i at reducere de fysiske, sociale og psykiske skader af rusmidlerne uden at forudsætte, at forbruget ophører eller reduceres. I dette arbejde skal der være et fælles fokus på at arbejde med trivselsfremmende beskyttelsesfaktorer og identifikation af risikofaktorer.
- Rusmiddelbehandlere skal have træning i at anvende psykoedukativt materiale, som er tilpasset til målgruppen fx visuelle redskaber som piktogrammer af rusmidler, følelseskort, personaer. Dialogkort som kan spilles sammen med borgeren mv.⁷¹
- Cases med praksis eksempler, som illustrerer tværfagligt samarbejde. Herunder arbejdsgange og fælles fokus på trivselsfremmende beskyttelsesfaktorer, men også monofaglige ansvarsområder og særlige roller i indsatsen.

⁷¹ Se note 68.

Hvad:

Princip # 6 Sikre rammer for at socialfagligt og rusmiddelfagligt personale kan understøtte og supplere hinanden i indsatsen i samarbejdet omkring borgeren

Hvorfor:

Hvis ikke det organisatorisk sikres, at de fagprofessionelle har en vis fleksibilitet i rammerne for det borgernære arbejde, kan det være vanskeligt at tilrettelægge indsatsen, så den bedst muligt imødekommer den enkelte borgeres behov. Forskningen peger på, at det vil være virksomt med en vis fleksibilitet i indsatsen, hvor borgerens støtteperson deltager i behandlingssessionerne, såfremt borgeren ønsker dette. Eller rusmiddelbehandleren tilbyder at møde borgeren i sit eget miljø. Samtidig er det vigtigt, at fagpersonerne har klarhed over egen rolle i samarbejdet, særlige opgaver og ansvarsområder. Dette er især vigtigt for at fremme den gensidige respekt for andres faglighed i samarbejdet. Det skal derfor sikres, at der er effektive arbejdsgange og kommunikationsveje i det fagprofessionelle samarbejde på tværs af områderne, så indsatsen koordineres og borgerne oplever sammenhæng og meningsfuldhed.

Hvordan:

De fagprofessionelle skal:

- Tværfagligt have mulighed for at kunne være fleksible omkring deltagelse og form i behandlingsindsatsen, fx at socialfaglig støtteperson deltager i behandlingssessioner på rusmiddelcentret eller rusmiddelbehandler kommer i borgerens nærmiljø.
- Samarbejde om at opnå en fælles forståelse af borgerens rusmiddelproblem, som er baseret på dokumenteret viden fx gennem en systematisk afdækning. Ved at dele viden om borgerens situation på tværs af fagområderne, kan der samtidig aftales en arbejdsdeling, hvor rusmiddelbehandler primært koncentrerer sig om risikosituationer, mestrings- og tilbagefaldsstrategier, og det socialfaglige personale primært koncentrerer sig om at fremme de beskyttende trivselsfaktorer i borgerens hverdagsliv samt styrke borgerens mestring af svære situationer. Derved kommer der fokus på det fælles mål om at fremme borgerens trivsel og samtidig gives der rum for hinandens faglighed, funktioner og særlige ansvarsområder.
- Tværfagligt have mulighed for faglig sparring og koordinering med fokus på blandt andet fagpersonens rolle og forståelse af opgaverne i indsatsen. Dette kan være vigtigt i forhold til at kunne tilpasse og varetage egen faglig indsats til borgerens forudsætninger, behov og forbrug med fokus på borgerens trivsel.
- Tværfagligt have adgang til faglige handlevejledninger, der kan være handleanvisende for samarbejdet omkring borgere i målgruppen, og

samtidig tydeliggør indsatsens fælles mål om at fremme borgerens trivsel. Hvor det tydeliggøres, hvilke trin den lokale omsætning af indsatsen indeholder og hvilke fagpersoner, der har hvilke ansvarsområder.

- Koordinere handleplansarbejde med myndighedsafdelingen eller andre centrale aktører, så der arbejdes i fælles retning i forhold til borgerens ønsker og motivation.

Hjælperedskaber:

- Evt. etablering af koordinatorfunktion, som løbende samordner etablering af samarbejde med konkrete borgere på tværs af områderne.
- Strukturerede sparringsmøder på tværs af områderne fx med drøftelse af konkrete borgercases (anonymiseret og uden beslutningskompetence). Disse kan med fordel foregå mellem udpegede tovholdere på området.
- Netværksmøder som allerede anvendes som mødeform for helhedsorienterede indsatser.
- Udvikling af handlevejledninger, som kan støtte fagpersonerne i fælles fokus på trivsel i den lokale udmøntning af indsatsen samt være anvisende i forhold til ansvarsområder, roller og arbejds gange.

Hvad:

Princip # 7 Sikre at der arbejdes med fælles mål på tværs af områderne, og der er ledelsesmæssigt ejerskab til samarbejdet

Hvorfor:

Hvis den helhedsorienterede indsats skal være virksom, er der brug for, at den bliver forpligtende og organisatorisk prioriteret på tværs af områderne. Det er vigtigt, at ledelsen på tværs af de forskellige fagområder er aktivt involveret i udformningen af indsatsen i den lokale kontekst, og gensidigt forpligter hinanden på det fælles mål om at fremme borgerens trivsel. Lederne indtager en vigtig koordinerende rolle på tværs af styringssøjler, og skal sørge for at fremme en kultur for samarbejde på tværs af områderne. Herunder at fremhæve vigtigheden af, at der er brug for tværfagligt samarbejde, hvis det skal lykkes at fremme borgerens trivsel via indsatsen.

Hvordan:

Lederne skal:

- Tværfagligt tage ansvar for implementering af indsatsen på tværs af områderne, hvor der løbende samordnes omkring opgaver og ansvarsområder.

- Tværfagligt sikre rammerne omkring indsatsen ved at indgå formaliserede samarbejdsaftaler mellem områderne.
- Udvikle tværgående guidelines eller handlevejledninger til frontmedarbejderne, hvor det fælles mål for samarbejdet med borgeren er beskrevet, og samtidig giver anvisninger på, hvem der har hvilke ansvarsområder og opgaver i samarbejdet med borgeren i indsatsen. Disse tværgående handlevejledninger kan suppleres af særlige monofaglige procedurer eller opmærksomhedspunkter omkring arbejdet med borgere med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder og rusmiddelproblemer.
- Tværfagligt sikre, at fagpersonerne føler sig kompetente til at arbejde med målgruppen og problemstillingen. Herunder, at nye medarbejdere bliver introduceret for indsatsens fælles mål, redskaber og handlevejledninger.
- Tværfagligt stille de nødvendige ressourcer til rådighed, og sørge for at indsatsen også har fokus fra andre vigtige aktører fx myndighedsområdet.
- På det socialfaglige område samstemme eller justere lokale rusmiddelpolitikker og evt. husregler med indsatsen. Herunder skabe kendskab til lovgivning omkring rusmidler, både i forhold til at kunne informere borgeren korrekt og fagligt håndtere situationer, hvor rusmidler er omdrejningspunktet.

Hjælperedskaber:

- Formaliserede samarbejdsaftaler på tværs af områderne.
- Ledelsesmøder på tværs af områderne (løbende eller faste intervaller).
- Tilpassede lokale handlevejledninger, guidelines og rusmiddelpolitikker.
- Informationsfolder til relevante samarbejdspartnere (fx kriminalforsorg, myndighed, jobcenter) omkring den tilpassede og særlige indsats til målgruppen.
- Relevant lovgivning er let tilgængelig for medarbejderne.

For at efterprøve principperne og de praksisimplikationer, der er beskrevet i prototypen, har Metodecenteret og Socialstyrelsen inviteret en række kommuner om at vurdere indsatsen og dens virksomme elementer⁷² samt de omkostninger, der måtte være forbundet med at omsætte indsatsen i lokal kommunal drift.

⁷² Der er udarbejdet en forandringsteori for prototypen, som findes i bilag 2

Kommunal vurdering af prototypen

I alt fem kommuner har deltaget i en referencegruppe med repræsentanter fra både socialområdet/voksenhandicap og rusmiddelområdet. Kommunerne er tilfældigt udvalgte ud fra kriterier om geografisk spredning og størrelse.

Hver repræsentant deltog i et virtuelt referencegruppemøde, hvor de på forhånd havde gennemlæst udkastet til prototypen samt forberedt sig på at vurdere prototypen ud fra følgende kriterier:

- I hvor høj grad der er behov for en særlig tilpasset indsats til målgruppen?
- I hvor høj grad prototypen er anvendelig og retningsgivende for fremtidig tilpasning af kommunal indsats?
- Hvor store driftsomkostninger vil der være forbundet med at implementere indsatsen, skønsmæssigt?

Disse kriterier lægger sig op ad Socialstyrelsens kriterier for screeningsfasen jf. Strategi for udvikling af sociale indsatser, og skal give en foreløbig indikation på, hvorvidt det vil være relevant at gå videre med en modning og afprøvning af indsatsen.

Kommunale vurderinger af behov for særlig indsats til målgruppen

Metodecentret faciliterede et virtuelt møde, hvor de tre vurderingskriterier blev drøftet. Efter en kort introduktion til prototypens afsæt og principper blev alle deltagerne bedt om at vurdere behovet for en særlig tilpasset indsats på en skala fra 1-5, hvor 1 var laveste værdi og 5 højeste værdi.⁷³

Fra både det socialfaglige- og rusmiddelfaglige område, var der på tværs af kommunerne bred konsensus om værdien 4 - *i høj grad behov* for en særlig tilpasset indsats til målgruppen. Et fælles synspunkt, der blev udtrykt på tværs af alle kommuner, var behov for en bedre struktur og systematik for at samarbejde på tværs af områderne, som prototypen kunne være med til at skabe og understøtte.

Nogle af de mere uddybende kommentarer, der var knyttet til vurderingen, gik på, at de borgere i målgruppen, der var kendskab til fyldte rigtig meget på både det socialfaglige- og rusmiddelfaglige område.

⁷³ Svarkategorierne var: 1= slet ikke, 2= i mindre grad, 3= i nogen grad, 4= i høj grad, 5= i meget høj grad.

Fra de socialfaglige repræsentanter blev målgruppen karakteriseret som en ressourcekrævende gruppe, fordi der er mange problematikker på spil på én gang, og rusmidler er kun en af dem. Derfor anså de den helhedsorienterede tilgang som helt central, ligesom de vurderede, at prototypens særlige fokus på både det borgernære og fagprofessionelle samarbejde på tværs er vigtigt. En kommune fremhævede det fælles mål om at arbejde med borgernes trivsel som meget positivt, fordi det blev koblet med faktorerne i ABC-mental sundheds fokus på at gøre noget meningsfuldt sammen med andre.

Fra rusmiddelbehandlingsområdet var der generelt efterspørgsel på bedre screeninger af borgere i målgruppen for at øge kendskabet til borgernes forudsætninger og behov. De oplevede at bruge mange ressourcer på at indhente papirer og oplysninger fra forskellige instanser, og at det var tidskrævende. Generelt gav repræsentanter fra rusmiddelområdet udtryk for, at de ikke følte sig godt nok klædt på til at arbejde med målgruppen. At de manglede viden, og havde brug for at sætte mere fokus på målgruppens særlige behov.

Kommunale vurderinger af prototypens anvendelighed

Det andet vurderingspunkt, der blev drøftet på referencegruppemødet var, i hvor høj grad deltagerne vurderede prototypen som anvendelig og retningsgivende for fremtidig tilpasning af kommunal indsats. Til dette punkt blev der også anvendt en fempunktsskala, hvor 1 var laveste værdi og 5 den højeste værdi. Samlet set var der flest deltagere, der pegede på værdien 4 - *i høj grad* anvendelig og retningsgivende for fremtidig tilpasning.

På tværs af kommuner og områder var der bred enighed om, at prototypens styrke var princippernes åbenhed for lokal tilpasning og fortolkning, samtidig med at være retningsanvisende for praksis i forhold til, hvad der er virksomt. Muligheden for lokal tilpasning blev anset for at være helt afgørende, hvis indsatsen skulle implementeres i eksisterende praksis. Ved at indeholde principper for både det borgernære og fagprofessionelle samarbejde, ville der være mulighed for at tilrettelægge og strukturere indsatsen, så den tager højde for målgruppens forskellige behov og forudsætninger. Samtidig med at der vil være fokus på, hvordan det tværfaglige samarbejde bedst samordnes og organiseres, hvilket sættes på dagsordenen ledelsesmæssigt.

Der var også fokus på svagheder i prototypen. Hvor flere kommuner gav udtryk for, at prototypen tager udgangspunkt i, at alle borgere i målgruppen ville kunne deltage i et struktureret behandlingsforløb. Det blev efterlyst, at indsatsen også havde fokus på tidlig opsporing og den proces, der ligger forud for screening og opstart af rusmiddelbehandling. Her manglede flere kommuner en opmærksomhed på de borgere, der ikke ville kunne deltage i en struktureret rusmiddelbehandling, selvom den var særligt tilrettelagt.

Variierende lokale behov

Flere kommuner havde allerede nogle af prototypens praksiselementerne integreret i eksisterende praksis fx en tovholderfunktion eller tværfaglig teamfunktion. Andre kommuner havde et meget begrænset samarbejde om målgruppen på tværs af områderne. Der kunne således spores en ret stor lokal variation på tværs af referencekommunerne. Der var en tendens til, at de mindre kommuner fandt prototypen særlig anvendelig i forhold til fokus på bedre screening af målgruppen samt systematik og organisering af samarbejde på tværs.

Kommunale vurderinger af omkostninger forbundet med prototypens forslag til en tilpasset indsats

Et tredje punkt der blev drøftet på referencegruppemødet var, hvor store driftsomkostninger kommunerne vurderede, der ville være forbundet med at implementere prototypens forslag til en tilpasset indsats til målgruppen. Denne vurdering fandt kommunerne meget vanskelig at give et konkret bud på, netop fordi der var stor lokal variation i de eksisterende lokale praksisformer.

Prototypen består af en række principper, som af natur er relativt ukonkrete på det nuværende tidlige tidspunkt i screeningsfasen. Det betyder, at prototypens aktiviteter på dette stadie ikke er endegyldigt defineret. Derfor er det vanskeligt at give andet end et bedste bud på, hvilke økonomiske omkostninger der vil være forbundet med implementering og drift af prototypen.

Vi sonderer i den følgende omkostningsvurdering mellem omstillings- og driftsomkostninger. Omstillingsomkostninger er forbundet med implementeringsaktiviteter, som skal gennemføres, inden indsatsen kan påbegyndes.⁷⁴ Herefter går indsatsen i drift, hvilket vil være forbundet med en række årlige driftsomkostninger på forskellige niveauer. Der er derfor udvalgt en række aktiviteter, som vil kunne anvendes til at give et bud på en omkostningsberegning, ud fra denne sondring, som fremgår af tabel 3.

Tabel 3: Aktiviteter der er anvendes til omkostningsberegning af prototypens implementering og drift

Omstillingsomkostninger	Driftsomkostninger
Kompetenceudvikling	Systematisk afdækning af borgerens situation
Udvikling af handlevejledninger	Fleksibilitet i rusmiddelbehandlingen
	Strukturerede faglige sparringsmøder
	Koordination
	Tværfaglige ledelsesmøder

Omstillingsomkostninger

For at drive prototypen i praksis er det nødvendigt at forsyne relevante fagprofessionelle med relevant viden om målgruppen, ligesom mono- og tværfaglige arbejdsgange skal defineres. Begge disse aktiviteter er på nuværende tidspunkt så uklare, at referencekommunerne ikke har forudsætninger for at give et realistisk bud på omkostningerne forbundet med aktiviteterne, hvorfor aktiviteter i forbindelse med omstilling udelukkende beskrives kvalitativt.

Kompetenceudvikling

⁷⁴ Kilder, der danner baggrund for omkostningsberegningen er: Socialstyrelsen, 2021. Omkostningsvurdering af sociale indsatser. Pedersen, H. S. et.al. 2011. VAKKS-manual. Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut (KREVI).

På baggrund af delrapport I og II står det klart, at der mangler viden om borgere med udviklingshæmning og problematisk forbrug af rusmidler. Det bekræfter projektets referencekommuner, som efterspørger generel viden om målgruppen og deres dobbelte problematik. Fra et socialfagligt perspektiv savner de viden om rusmidler og rusmidlernes funktion, mens det er borgernes kognitive vanskeligheder, der savnes fra et rusmiddelfagligt perspektiv. Begge faggrupper påpeger desuden behovet for redskaber til at arbejde med målgruppen fx screeningsredskaber til afdækning af både kognitionsniveau og rusmiddelforbrug, visuelle hjælpemidler mv. Referencekommunerne oplever med andre ord et behov for at blive klædt på til at drive prototypen i praksis.

Kompetenceudvikling af fagprofessionelle som arbejder med borgere med udviklingshæmning og problematisk rusmiddelforbrug er derfor nødvendig for at kunne drive prototypen i praksis. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, hvilket omkostningsniveau der er forbundet med kompetenceudviklingen, da det endnu er udefineret, hvad kompetenceudviklingen skal indeholde, hvem der skal varetage kompetenceudviklingen, og hvem der skal kompetenceudvikles.

Udvikling af handlevejledninger

For at implementere en tilpasset rusmiddelbehandling og støtte indsats til borgere med udviklingshæmning, der har et problematisk forbrug af rusmidler, er det i de enkelte kommuner nødvendigt at udvikle handlevejledninger, der tydeliggør og understøtter hvert områdes særlige arbejdsgange, ansvarsområder og opgaver. Der vil i mange kommuner være behov for udvikling af handleplaner i både social- og rusmiddelregi.

Omkostningerne i forbindelse med udvikling af handleplaner skønnes primært at bestå af lønomkostninger til organisatoriske analyser og udviklingsarbejde. Der kan også forekomme omkostninger i forbindelse med workshops eller lignende, hvor relevante fagprofessionelle introduceres til handlevejledningerne eller involveres i udviklingen af dem.

Driftsomkostninger

Prototypen indeholder en række aktiviteter, som er definerende for praksis. Fire referencekommuner har forholdt sig til hvilket øget tidsforbrug, de enkelte aktiviteter vil medføre i forhold til deres nuværende praksis. Kommunernes skøn er gengivet i forbindelse med hver aktivitet. De to første aktiviteter omhandler det borgernære samarbejde, mens de tre sidste omhandler det fagprofessionelle samarbejde.

Tabel 4: Skønnet *mertidsforbrug* beregnet pr. borger⁷⁵

Aktivitet	Kommune A		Kommune B		Kommune C		Kommune D ⁷⁶	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Systematisk afdækning af borgerens situation	2	3	2	3	1	2	2	3
<i>Timer pr. borger (pr. forløb)</i>								

⁷⁵ Skønnet er et udtryk for kommunernes forventede ekstra tidsforbrug på aktiviteten i forhold til nuværende praksis. Kommunerne er i forbindelse med hver enkelt aktivitet blevet stillet spørgsmålet "Tænk på jeres nuværende praksis... Hvor lang tid ekstra skal I bruge på at lave en systematisk afdækning af borgerens situation?" Svaremulighederne var en række tidsintervaller, som afspejler usikkerheden i kommunernes svar. Der anvendes relativt snævre intervaller for lave tidsforbrug og bredere intervaller ved større tidsforbrug.

⁷⁶ Kommunestørrelser er: Kommune A og kommune D > 50.000 indbyggere, kommune B < 30.000 indbyggere kommune C: 30-50.000 indbyggere.

Fleksibilitet i rusmiddelbehandlingen	8	12	5	8	8	12	1	2
<i>Timer pr. borger (pr. forløb)</i>								
Strukturerede faglige sparringsmøder	0	0	1	2	5	8	1	2
<i>Timer pr. medarbejder (pr. måned)</i>								
Koordination	0	0	8	12	4	4	5	8
<i>Timer i alt (pr. måned)</i>								
Tværfaglige ledelsesmøder	0	0	2	3	0	0	2	3
<i>Timer pr. leder (pr. måned)</i>								

Systematisk afdækning af borgerens situation

Et væsentligt element i prototypen er en systematisk afdækning af borgerens situation. Afdækningen bør blandt andet fokusere på borgerens kognitive niveau, ressourcer og udfordringer, brugen af rusmidler og rusmidlernes funktion i borgerens liv.

Den systematiske afdækning forudsætter, at relevante fagprofessionelle gennem kompetenceudvikling er klædt på til at kunne gennemføre en helhedsorienteret afdækning af borgerens situation. Det kræver ligeledes et øget tidsforbrug. I tabel 4 ses referencekommunernes bud på, hvor meget ekstra de forventer at skulle bruge for at lave en systematisk afdækning af borgerens situation i forhold til den praksis, de bedriver i dag. For alle kommuner gælder, at denne aktivitet særligt medføre øget tidsforbrug på rusmiddelområdet, om end fagprofessionelle på socialområdet også forventes at bidrage til afdækningen, men dog i mindre grad end rusmiddelfagligt personale.

Som tabel 4 viser, er der variationer i de kommunale skøn. Det hænger sammen med, at der er stor forskel på kommunernes nuværende praksis. Nogle kommuner prioriterer i forvejen at lave en systematisk afdækning af borgere med udviklingshæmning og problematisk rusmiddelforbrug, og skønner derfor ikke, at denne aktivitet kræver betydelige ekstra ressourcer i forhold til den praksis, de allerede har – dog i et mindre systematisk format. For andre kommuner, som ikke i forvejen gennemfører afdækninger vil systematiske afdækninger af borgerne medføre et betydeligt øget tidsforbrug. Det må dog forventes, at systematiske værktøjer til afdækning skal udvikles i en modningsfase. Når disse er implementeret, estimeres det ikke, at tidsforbruget i afdækningen vil være betydeligt, idet det vil indgå i det socialpædagogiske daglige arbejde. Derfor vil det i højere grad være omstillingsomkostninger, der vil være forbundet med dette, hvor personale skal lære at bruge værktøjet.

For alle kommuner gælder det, at antallet af borgere i denne målgruppe er uklart, hvorfor det ikke har været muligt at estimere et årligt tidsforbrug for denne aktivitet.

Fleksibel rusmiddelbehandling

En aktivitet, som for flertallet af referencekommunerne afviger fra deres nuværende praksis, er fleksibilitet i rusmiddelbehandlingen. Fleksibilitet i rusmiddelbehandlingen skal forstås i den

forstand, at rusmiddelfagligt- og socialfagligt personale skal kunne følge borgeren til behandling på tværs af områder, såfremt borgeren ønsker dette. Alle kommuner forventer, at fleksibiliteten vil medføre øgede omkostninger i form af arbejdstid på både social- og rusmiddelområdet.

Her er der igen store kommunale forskelle på, hvor meget ekstra tid kommunerne forventer, det kræver at tilbyde en fleksibel rusmiddelbehandling til borgere med udviklingshæmning. Forskellene drives særligt af to parametre. Det første er, at der igen er kommunale forskelle i graden af fleksibilitet, kommunerne tilbyder i deres nuværende rusmiddelpraksis. For det andet, dækker nogle kommuner et stort geografisk område, hvorfor der potentielt ligger en stor tidsmæssig omkostning forbundet med transporttid, hvis fx rusmiddelbehandleren skal møde borgeren i dennes nærmiljø fremfor på rusmiddelcentret.

Kommunernes manglende overblik over antallet af borgere i denne målgruppe gør, at de estimerede meromkostningerne i form af arbejdstid naturligvis er følsomme over for antallet af borgere, som har brug for fleksibel rusmiddelbehandling.

Strukturerede faglige sparringsmøder

Prototypen lægger op til, at der med faste intervaller afholdes tværfaglige sparringsmøder på tværs af social- og rusmiddelområdet. Her kan fagprofessionelle fx udveksle viden på tværs af fagområder samt drøfte konkrete borgersager.

Nogle kommuner har allerede tilsvarende møder i deres nuværende praksis, og forventer dermed ikke, at denne aktivitet medfører meromkostninger. For andre kommuner ligger det udover eksisterende praksis at afholde tværfaglige sparringsmøder. De forventer, at de fagprofessionelle på både social- og rusmiddelområdet skal bruge 1-2 timer månedligt på møderne. Omkostningerne forbundet med strukturerede faglige sparringsmøder består af et øget tidsforbrug blandt medarbejderne, som på et organisatorisk niveau afhænger af antallet af deltagende medarbejdere.

Koordinatorfunktion

For at sikre løbende samordning af samarbejde omkring konkrete borgere på tværs af områderne anbefales det i prototypen, at der etableres en koordinatorfunktion i hver kommune.

Omkostningerne forbundet med koordinatorfunktionen vil som strukturerede faglige sparringsmøder bestå af øgede arbejdstimer for en eller flere medarbejdere afhængigt af kommunens organisering. En kommune vurderer, at denne funktion er indlejret i deres nuværende praksis, mens de øvrige kommuner har særligt svært ved at vurdere, hvilket øget tidsforbrug denne aktivitet medfører. Det hænger i høj grad sammen med, at der i forvejen bruges meget tid på koordination på tværs af områderne. Koordinationen er dog ofte ustruktureret og usystematisk, og kommunerne har derfor vanskeligt ved at vurdere deres nuværende tidsforbrug forbundet med koordination. De understreger, at det er nødvendigt med mere struktureret og kontinuerlig koordination mellem områderne.

Tværfaglige ledelsesmøder

Sidst men ikke mindst rummer prototypen faste ledelsesmøder på tværs af områderne, som skal sikre organisatorisk samordning mellem social- og rusmiddelområdet. For halvdelen af referencekommunerne er dette allerede en del af nuværende praksis, mens det for de øvrige kommuner vil være forbundet med øget tidsforbrug for relevante ledere. Kommunerne skønner, at faste

ledelsesmøder vil koste 2-3 timer pr. leder månedligt. Omkostningen afhænger på et organisatorisk niveau af antallet af deltagende ledere.

Opsamling på omkostningsvurdering

Prototypen for en tilpasset indsats til voksne med udviklingshæmning vil forventeligt medføre meromkostninger i forhold til nuværende praksis. Det er ikke muligt at vurdere omkostningernes niveau pga. prototypens foreløbigt ukonkrete form. Der er dog ikke grundlag for at tro, at indsatsen vil repræsentere en betydelig omkostningsforøgelse, der vil gøre opgaven urealistisk at løfte for kommunerne. Indsatsen vil hovedsageligt kræve justeringer af organisatoriske arbejdsgange, som afledt skaber et forøget antal arbejdstimer for de berørte medarbejdere, for at udføre en tilpasset rusmiddelbehandling til målgruppen. Det gælder både relevante fagprofessionelle på socialområdet og på rusmiddelområdet.

Det er dog væsentligt at påpege, at indsatsens omkostningsniveau vil være følsomt overfor kommuneafhængige faktorer såsom antal medarbejdere i de berørte funktioner såvel som antal borgere i målgruppen. Dog skal denne vurdering sammenholdes med, at alle referencekommuner tilkendegiver, at deres nuværende praksis er udtryk for et væsentligt ressourcetræk, idet borgerne i målgruppen forstås som komplekse og svære at hjælpe. En mere struktureret tilgang jf. prototypen vil give en ramme og retning for dette arbejde.

Kommunale ønsker til fremtidig modningsproces

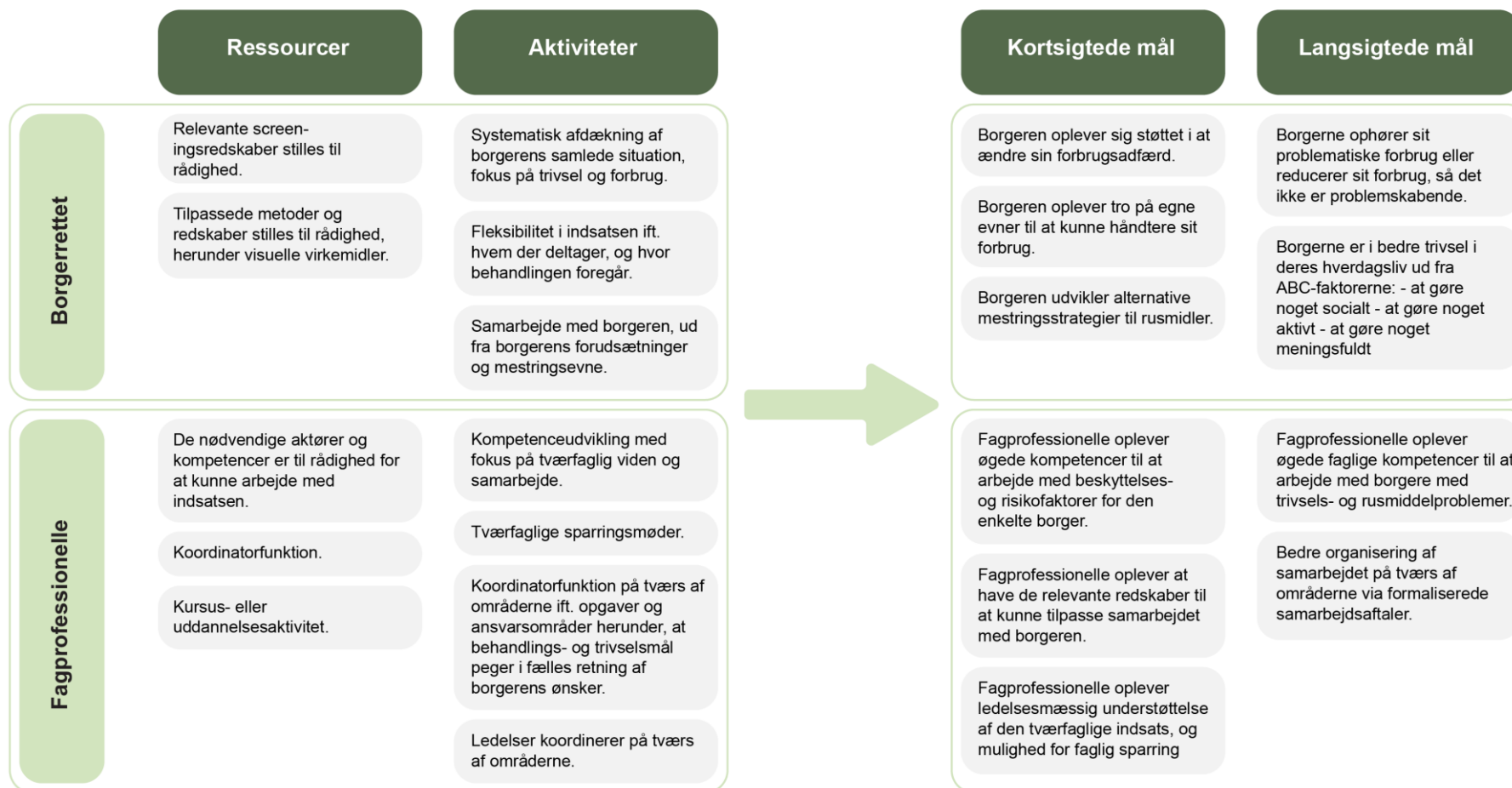
Deltagerne fra referencekommunerne udviste en generel interesse for at kunne tilbyde en mere sammenhængende og struktureret indsats til voksne med udviklingshæmning eller lignende kognitive vanskeligheder med et problematisk forbrug af rusmidler. Samtidig var der også konkrete ønsker til, at der i en fremadrettet modningsproces skulle prioriteres midler til metodeudvikling og kompetenceudvikling.

Især repræsentanterne fra rusmiddelcentrene ønskede at få udviklet tilpassede screeningsredskaber til målgruppen, fordi de eksisterende redskaber ikke blev vurderet anvendelige til målgruppen. Screeningsredskaberne må gerne kunne anvendes på tværs af områderne. En af kommunerne fandt de tre trivselsparametre fra ABC-mental sundhed interessante at videreudvikle i en socialfaglig sammenhæng. Andre repræsentanter fra det socialfaglige område ønskede, at metodeprojekter kunne blive koblet på den videre udvikling af indsatsen i en modningsproces, så prototypeelementerne kunne blive rammet mere ind i forhold til ansvarsområder, fælles fokus på trivsel og screening af borgerne. Herunder var der også interesse for at øge fleksibiliteten i prototypen, så den bedre kunne adressere de borgere i målgruppen, som ikke ville kunne være i stand til at deltage i et struktureret rusmiddelbehandlingsforløb.

Bilag 1 Deltagere i ekspert-gruppe

Deltager	Organisation
Mads Uffe Pedersen Professor	Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
Henriette Bjerregaard Socialpædagogisk konsulent og VISO-specialist	Specialområde Udviklingshæmning og ADHD, Region Midtjylland
Steen Guldager Psykolog og VISO-specialist	Connec
Henrik Rindom Speciallæge i psykiatri	Selvstændig konsulent
Reinhold Schæfer Leder af Socialpsykiatrien/ Rådgivningscentret for misbrug	Social- og Sundhedscenter, Ringsted Kommune
Jane Jensen Projektchef	Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF)
Hanne Nielsen Borgervejleder	Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF)
Rie Larsen Behandlingsmedarbejder	VAMiS, Aalborg Kommune
Thomas Gruber Politisk konsulent	LEV – Livet med handicap
Lisbeth Kimer Mikkelsen Alkoholbehandler og VISO-specialist	Rusmiddelcenter Slagelse
Nina Steensig Projektleder	VISO – Socialstyrelsen
Thea Holm Thrane Konsulent	VISO - Socialstyrelsen
Helle Høgh Projektleder	Metodecentret

Bilag 2 Prototypens forandringsteori





Metodecentret
Center for Innovation &
Metodeudvikling
Olof Palmes Allé 19
8200 Aarhus N

www.metodecentret.dk



Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk