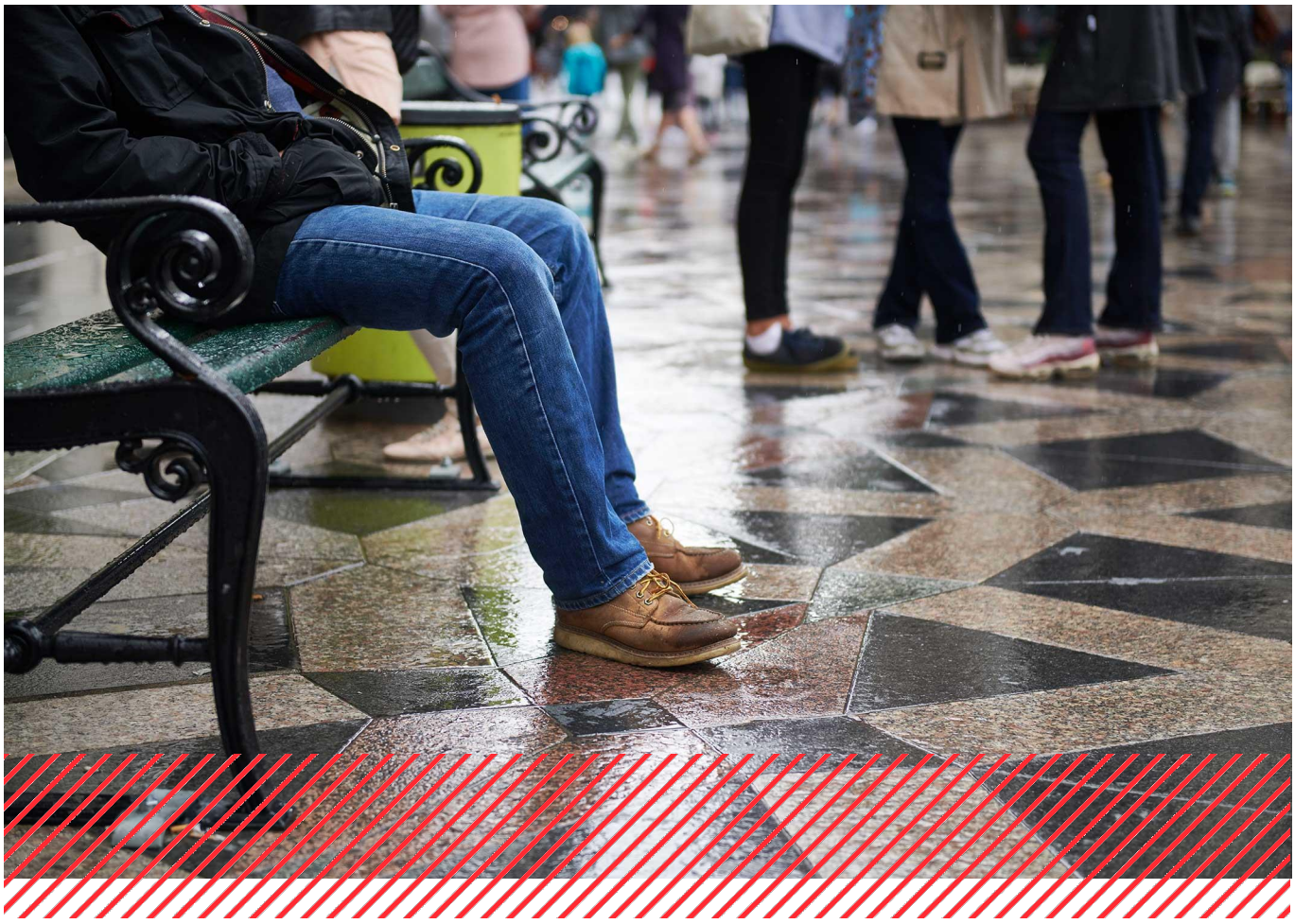
DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Udredning af voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger

Kvalitativ undersøgelse af, hvordan arbejdet med målgruppen kan styrkes



Nichlas Permin Berger, Iben Emilie Christensen, Lars Fynbo, Emil Bakkensen Johansen og Tobias Sønderby Jørgensen

DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Udredning af voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger – Kvalitativ undersøgelse af, hvordan arbejdet med målgruppen kan styrkes

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-915-4

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301570

Finansiering: VISO – den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport omhandler voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger.

At arbejde med denne gruppe af borgere kan være udfordrende for professionelle på tværs af velfærdsområder og fagligheder. Nogle gange bliver en borgers situation så vanskelig, at kommunerne søger rådgivning og hjælp til udredning hos VISO – den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation, som kan bistå kommuner, borgere og kommunale, regionale og private tilbud i de mest specialiserede og komplicerede sager på det sociale område og på specialundervisningsområdet.

VISO har bedt VIVE undersøge, hvad denne sammensatte kompleksitet, som målgruppen er karakteriseret ved, betyder for borgeren såvel som for de tilgange og forståelser, som de fagprofessionelle anvender i arbejdet med målgruppen. Fokus er desuden på at afdække og formidle praksisnære tilgange, metoder og redskaber til udredning af borgere i målgruppen. Det er ønsket, at rapporten bidrager til at styrke det socialfaglige grundlag i tilrettelæggelsen af indsatser, som matcher borgernes ressourcer, situation og udfordringer. Rapporten bygger på en forskningsoversigt, analyser i form af sagsgennemgang af borgerforløb samt fokusgruppeinterview med både fagprofessionelle og VISO-specialister.

Foruden rapporten har VIVE udarbejdet videnshæftet *"Inspiration til arbejdet med de mest udsatte borgere – tilgange til borgere med misbrug, psykiske vanskeligheder og komplekse sociale problemer"* (VIVE & Socialstyrelsen, 2021). Hæftet tager udgangspunkt i væsentlige resultater, som er præsenteret i denne rapport, og giver inspiration til tilgange, metoder og redskaber til udredning af borgernes behov, problematikker, ressourcer og ønsker. Hæftet skal ses som en lettilgængelig orientering i projektets centrale pointer, mens rapporten udgør det vidensmæssige dokumentationsgrundlag for projektet. Begge udgivelser kan læses af fagprofessionelle og ledere på området såvel som andre med interesse for arbejdet med borgere med komplekse problemstillinger.

Projektet er gennemført af forsker Iben Emilie Christensen, seniorforsker Lars Fynbo, analytiker Sigrid Trier Grønfeldt og forsker Nichlas Permin Berger (projektleder). Derudover har Tobias Sønderby Jørgensen og Emil Bakkensen Johansen fungeret som studentermedhjælpere på projektet. Fagprofessionelle og VISO-specialister har med deres store praksiskendskab og faglige indsigter bidraget med værdifuld viden til at kvalificere rapporten. Endvidere har to eksterne fagfæller haft rapporten i review og har bidraget med konstruktive kommentarer, hvilket vi takker for.

Projektet er finansieret af VISO – den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation.

Kræn Blume Jensen
Forsknings- og analysechef for VIVE Social
2021

Indhold

Sammenfatning 6

1 Indledning 12
- 1.1 Metodetilgang og vidensgrundlag 14
- 1.2 VISO - Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation 16
- 1.3 Rapportens opbygning 17

2 Målgruppekarakteristik 19
- 2.1 Opsummering 21

3 Journalanalyse 22
- 3.1 Borgernes komplekse udfordringer 22
- 3.2 Borgerforløb 25
- 3.3 Konklusioner og ny viden 28

4 Fagprofessionelles viden og erfaringer med målgruppen 31
- 4.1 Refleksioner over målgruppen og dets karakteristika 31
- 4.2 Anvendte udredningsmetoder og tilgange til målgruppen 37
- 4.3 Opmærksomhedspunkter og vigtige faktorer i udredningsprocessen 38
- 4.4 Opsummering 44

5 Screenings- og udredningsmetoder 46
- 5.1 SAMHSA 47
- 5.2 MapPlan 48
- 5.3 Patientudredningspakkke 49
- 5.4 AC-OK Co-occuring Screen 50
- 5.5 ROP Screen 51
- 5.6 PRISM 52
- 5.7 ASAM-kriterierne 53
- 5.8 Opsummering 54

6 Faglige tilgange og modeller 55
- 6.1 FACT (Flexible Assertive Community Treatment team) 55
- 6.2 Samhandling på tværs 57
- 6.3 Pragmatisk case-work tilgang 58
- 6.4 Integrated Care 59
- 6.5 Forløbspartner 60
- 6.6 Koordinerende indsatsplaner 61
- 6.7 SIP (Samordnad individuell plan) 62
- 6.8 Åben dialog i netværksmøder 63
- 6.9 Housing First 64
- 6.10 Botilbud 66
- 6.11 Integrerede indsatser 67
- 6.12 Opsummering 68

7 Den relationelle dimension i det faglige arbejde 69
7.1 Relationers betydning i udredning 69
7.2 Tillidspersoner 70
7.3 Værktøjer i relationsarbejdet 71
7.4 Opsummering 72
8 Konklusion og opmærksomhedspunkter 73
8.1 Karakteristika ved målgruppen og forløb 73
8.2 Opmærksomhedspunkter og udviklingspotentialer i udredningen af borgeren 75
Litteratur 80
Bilag 1 Metode og design 85
Bilag 2 Endeligt udvalg af metoder, tilgange og modeller i udredningen af målgruppens komplekse problemstillinger og behov 95
Bilag 3 Interviewguide til fokusgruppe med VISO-specialister 98
Bilag 4 Interviewguide til fokusgruppe med andre fagprofessionelle 101
Bilag 5 Informationsbrev til informanter om interviewundersøgelse 104
Bilag 6 Endelig søgedokumentation 106

Sammenfatning

Baggrund og formål

Den aktuelle undersøgelse er rekvireret af Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) i Socialstyrelsen. VISO ønsker med undersøgelsen at bidrage til det langsigtede mål at forbedre trivslen for voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger. Der er tale om en heterogen gruppe af voksne borgere med stort aldersspænd og med mange forskellige former for psykiske og sociale udfordringer og samtidigt misbrug af alkohol og/eller andre rusmidler.

Det er et ønske for VISO, at undersøgelsen bidrager med viden om *virksomme tilgange, metoder og redskaber til at udrede borgernes situation, ressourcer og udfordringer samt en større viden om og forståelse for de sammensatte problemstillinger, disse borgere har, hvilket skaber et bedre grundlag for valg af indsatser og faglige tilgange, som borgerne mødes med*. Viden fra undersøgelsen skal således på sigt kunne omsættes i praksis og understøtte forskellige professionelles arbejde med målgruppen, herunder bidrage til at styrke det socialfaglige grundlag i tilrettelæggelsen af relevante indsatser.

Den viden, som præsenteres i rapporten, er målrettet fagprofessionelle, specialister og ledere i kommuner, og kommunale, regionale og private tilbud, som arbejder med målgruppen. Det kan fx være myndighedssagsbehandlere, misbrugsbehandlere og medarbejdere/ledere på botilbud eller i bostøtte-regi, VISO-specialister og VISO-konsulenter.

Undersøgelsens omdrejningspunkt udgøres af et omfattende litteraturreview, som systematisk afdækker relevante praksisnære tilgange, metoder og redskaber til screening og udredning af borgere i målgruppen. Undersøgelsen belyser også, hvad den sammensatte kompleksitet, som målgruppen er karakteriseret ved, betyder for borgernes muligheder såvel som for de tilgange og forståelser, som fagprofessionelle anvender i arbejdet med målgruppen.

For at adressere forholdet mellem borgernes behov og udfordringer og mulighederne for at tilbyde relevant socialfaglig støtte inddrager undersøgelsen desuden både 1) eksisterende litteratur om målgruppen, 2) en række eksempler på konkrete borgersager og -forløb, som har modtaget hjælp fra VISO, og 3) en række fagpersoner og VISO-specialister, som deltog i fire fokusgrupper med fokus på erfaringer med og kendskab til målgruppen.

Undersøgelsens design

Analyserne i rapporten bygger på fire centrale elementer.

For det *første* et litteraturreview baseret på en systematisk international litteratursøgning om tilgange, metoder og redskaber af psykologisk og socialfaglig karakter til screening og udredning af komplekse udsatte borgeres behov og udfordringer, som indeholder helhedsorienterede perspektiver på borgeren. Der er søgt i videnskabelige databaser og på relevante hjemmesider efter publikationer, som indeholder dokumenterede og positive erfaringer med udredning af målgruppens komplekse problemstillinger og behov. Søgningen resulterede i 2.184 potentielt relevante studier. Publikationerne blev gennemgået og vurderet på baggrund af en række inklusions- og eksklusionskriterier, som førte frem til den endelige udvælgelse. Efter en

grundig gennemgang blev der blandt de 2.184 potentielt relevante studier endeligt udvalgt 26 relevante publikationer.

For det *andet* en målgruppekarakteristik baseret på eksisterende dansk og nordisk litteratur. Målgruppekarakteristikken bygger på 21 studier (primært bøger), som omhandler målgruppens særlige karakteristika med hensyn til sammensathed, baggrundshistorik og forskellige typer af individuelle såvel som sociale forhold.

For det *tredje* en tværgående analyse af 19 udvalgte borgerforløb baseret på gennemgange af journaler, hvor VISO inden for de seneste 2 år har gennemført et rådgivnings- og udredningsforløb. Materialet omhandler 12 mænd og 7 kvinder i alderen 22-67 år. For nogle har tidspunktet for den første kontakt til det sociale system været i den tidlige barndom, mens det for andre har været i løbet af 20-årsalderen. Karakteristisk for borgerne er, at de har fået tilbud om et VISO-forløb, fordi fagprofessionelle har vurderet borgernes aktuelle situation som så kompleks og vanskelig, at det af hensyn til borgernes sikkerhed og trivsel har været nødvendigt at inddrage VISO. Materialet giver både indblik i individuelle borgernes konkrete forløb og i mere generelle forhold omkring borgernes problematikker, herunder tidligere udredninger, årsager til at kontakte VISO og – ikke mindst – VISO's arbejde.

For det *fjerde* en analyse af fokusgruppeinterview med 14 udvalgte fagprofessionelle, heraf 5 VISO-specialister, som alle har stor erfaring fra praksis i arbejdet med målgruppen. Målet med denne del af undersøgelsen er at give et grundigt indblik i de professionelles viden om og erfaringer med målgruppen. Fælles for fokusgruppeinterviewene er, at de har fokus på målgruppens karakteristikker, udfordringer og ressourcer, samt hvordan de arbejder med målgruppen. Med afsæt i disse interview fremdrager denne del af undersøgelsen væsentlige empirisk funderede opmærksomhedspunkter i forhold til faglige tilgange til målgruppen.

Resultater

Målgruppen har en høj grad af komorbiditet af stofmisbrug, alvorlige – ofte ubehandlede – psykiske lidelser og psykiatriske diagnoser (subsidiært symptomer på psykiatriske lidelser). Ofte vurderer borgere i målgruppen selv, at de psykiske problemstillinger går forud for stofmisbruget, ligesom brugerne ofte selv oplever, at de både er underdiagnosticerede og underbehandlede.

Samlet set dækker målgruppen over forskellige baggrunde for den komplekse udsathed, som disse borgere oplever i voksenlivet, og selvom hvert enkelt borgerforløb på sin vis er unikt, fremhæver undersøgelsen følgende gennemgående træk ved målgruppen:

1. Opvækst i en ressourcesvag familie med stofmisbrug og/eller psykisk sygdom
2. Utilpasset skolegang præget af mobning
3. Få eller ingen faglige succesoplevelser
4. Skolegang afsluttet uden afgangseksamen og uden påbegyndt ungdomsuddannelse
5. Symptomer på psykiske udfordringer med negative sociale konsekvenser
6. Berøring med kriminalitet og eventuelt tilhør til en bande/bandelignende gruppering
7. Relativ tidlig debut med alkohol og andre rusmidler
8. Traumer som følge af seksuelle overgreb, vold og/eller omsorgssvigt.

Målgruppens komplekse problemstillinger gør, at arbejdet med disse borgere er vanskeligt og krævende. Det kan fx være vanskeligt at gennemføre relevante udredninger. Det gælder eksempelvis psykiatriske udredninger, hvad enten barrieren for at gennemføre en psykiatrisk udredning af deres symptomer på psykisk lidelse skyldes borgernes (aggressive) adfærd eller deres institutionelle utilpassethed. Derfor er det væsentligt at søge efter muligheder for at tilbyde skadesreducerende og andre sociale indsatser, som kan udgøre realistiske supplementer til psykiatriske udredninger – dog ikke på bekostning af relevant psykiatrisk udredning, når denne kan gennemføres.

Krav til udredningsmetoder og tilgange

Fagpersoner og VISO-specialister peger på, at der ikke er behov for flere tunge og/eller ensidige udredningsmetoder, men derimod efterspørges et helhedsorienteret, brugerrettet og systematisk fokus i udredningen af målgruppen. Det er en udbredt opfattelse, at den viden, som produceres gennem eksisterende praksis, er forholdsvis fragmenteret set i forhold til målgruppens høje grad af kompleksitet af sammensatte problematikker. Der efterlyses derfor muligheder for at skabe viden, som går på tværs af faglige forskelle og samtidig er helhedsorienteret.

Fagprofessionelle efterlyser konkrete metodiske fremgangsmåder – eventuelt en enkelt i stedet for mange forskellige, men hvor relevant metodisk viden er samlet. Der bør være tilgængelige metoder for fagprofessionelle, som ikke er så ressourcekrævende, at borgerne ikke kan overskue at deltage eller må springe fra, fordi deltagelse er for tidskrævende og fordrer mentale ressourcer, som måske ikke er til rådighed på tidspunktet for udredningen.

Det er ligeledes en gennemgående pointe, at en god udredning indebærer en særlig imødekommenhed over for borgerne. Undersøgelsen undersøger således, hvordan der med fordel kan arbejdes med forslag til metoder, teknikker, tilgange og samarbejdsformer med borgerne, som kan forventes at støtte borgerne i deres dagligdag. Der kan her peges på vigtigheden i at udvikle og indføre metoder, fx interaktionsteknikker og principper herfor, som kan virke befordrende på borgernes adfærd og understøtte deres interesse i at indgå i et samarbejde med fagprofessionelle og evne til at indgå i en række sociale sammenhænge. Undersøgelsen kortlægger en række studier, som beskriver faktorer, der er væsentlige for at etablere gode samarbejdsrelationer til borgeren, og som kan være afgørende for at kunne gennemføre udbytterige screeninger og udredninger af behov og komplekse problemstillinger.

Screenings- og udredningsmetoder

Undersøgelsens litteraturreview identificerer seks relevante screenings- og udredningsmetoder og én forskningsprotokol.

Litteraturreviewet identificerer seks screenings- og udredningsmetoder, som er udviklet til og/eller er afprøvet og dokumenteret på målgruppen med dobbeltproblematikker eller komorbiditet, og som ikke entydigt betoner stofmisbrug eller afhængighed (sådan som fx Addiction Severity Index, ASI). Det drejer sig om:

1. MapPlan, som afdækker rusmiddelbrug og sammenhænge til årsagsfaktorer.
2. En patientudredningspakke, som kan kortlægge og udrede borgernes komplekse problemstillinger.
3. Screeningsredskabet AC-OK Co-occurring Screen kan udrede for komorbiditet af rusmiddelbrug og psykisk lidelse.
4. PRISM, som er et redskab, der anvendes til at stille en diagnose for psykisk lidelse og kræver fravær af misbrug i 4 uger forinden.

5. Redskabet ROP-Screen, som kan screene for psykisk lidelse ved stofmisbrug.
6. Udredningsværktøjet (AASAM) giver mulighed for at matche målgruppen med optimal støtte- og omsorgsindsats.

Faglige tilgange og modeller

Litteraturreviewet identificerer og præsenterer 11 udvalgte faglige tilgange og modeller, som adresserer målgruppen, og der er gode erfaringer med. Disse består af samarbejdsmodeller, individuel koordinerende handleplaner, netværksmøder, støttetilgange, case-manager-koordineret støtte og integrerede indsatser. En del af disse kender vi i Danmark. Fælles for dem er, at de anerkender nødvendigheden af at tænke udredning såvel som behandling "integreret". Disse understreger alle vigtigheden i at samarbejde på tværs af fagligheder, organisationer og sektorer. Lige såvel fokuserer de på inddragelse af borgeren og dennes perspektiver, ressourcer og netværk. Der peges også på, hvordan fleksible og pragmatiske tilgange til borgeren i en case-manager-rolle kan være en hensigtsmæssig og ofte nødvendig måde at arbejde på. En sådan tilgang er baseret på nogle principper, som giver de fagprofessionelle et rum at arbejde i, hvor der er plads til at afprøve, lære, være refleksiv og eksperimenterende, hvilket giver plads til at møde, forstå og håndtere den enkelte borgers behov og dermed også for at skabe nye løsninger på tværs af aktører og sektorer.

De faglige tilgange og modeller er inddelt i følgende typer:

1. *Modeller for samarbejde* med mellem kommune og psykiatri eller sundheds- og socialområderne
   - FACT
   - Samhandling på tværs
   - Patientudredningspakke
   - Pragmatisk case-work
   - Integrated Care
2. *Borgerinddragelse* (forløbspartner, koordinerende indsatsplaner og SIP)
3. *Netværk* (åben dialog i netværksmøder)
4. *Bolig* (Housing First og botilbud)
5. *Integreret udredning og behandling* (integrerede indsatser).

Etablering af et gensidigt samarbejde med borgeren

I litteraturreviewet identificeres tre studier, som omhandler relationerne i fagprofessionelles praksis. De peger alle på, at 'tillid' og 'anerkendelse' er væsentlige elementer for at etablere et godt samarbejde med borgerne, hvilket er nødvendigt for at kunne gennemføre screeninger og udredning og tilrettelægge indsatser.

Studierne fremhæver, at ambitionen om at arbejde så fordomsfrit som muligt og 'i øjenhøjde' og med anerkendelse kan være afgørende for det sociale arbejdes muligheder for at skabe forandringer i relativt kaotiske livsforløb. Studierne peger således på vigtigheden af, at den fagprofessionelle accepterer og anerkender borgerens vanskeligheder og adfærd – også i tilfælde, hvor borgernes adfærd kan udfordre samarbejdsrelationerne mellem borgere og professionelle. Flere borgere i målgruppen har en lav grad af tillid til det sociale system, som kan udfordre relationerne til professionelle fag- og omsorgspersoner, og dette må der tages højde for i den fagprofessionelle tilgang.

Opmærksomhedspunkter

Samlet set fremhæver undersøgelsen følgende opmærksomhedspunkter som centrale i forhold til fremtidens faglige praksis:

- **Tidlig udredning** så der er mulighed for forebyggelse.
- Der vurderes at være behov for **systematisk helhedsorienteret tilgang** til udredning, når der er mistanke om psykisk sygdom og andre komplekse sociale problemstillinger.
- **Opbygning af tillid** er afgørende for relations-arbejdet, da borgeren ofte har mistillid til repræsentanter fra det sociale system, og derfor er en høj grad af tålmodighed, anerkendelse og viden om målgruppen vigtige forudsætninger for det sociale arbejde.
- Mød **borgeren 'i øjenhøjde' og uden fordomme.**
- **Tid og rum til at lytte** til borgernes **behov og ønsker.**
- **Tilpassede tilbud og indsatser** målrettet og tilpasset individuelle borgere.
- **Bedre overblik for fagprofessionelle over relevante tilbud og muligheder.**
- **Etablering af støttende netværk** af professionelle og pårørende.
- **Samarbejde på tværs af faggrænser og velfærdsområder** opleves at fungere lettere, når der er et **personligt kendskab** til hinanden samt en **geografisk nærhed.**
- Behov for **holistiske perspektiver og helhedsorienterede tilgange** til målgruppen, særligt **multimodale/samtidige indsatser er centrale** i forhold til udredning af borgere fremadrettet.

Konklusion

Undersøgelsen har med udgangspunkt i nordisk og international viden beskrevet målgruppens særlige karakteristika, sammensatte problemstillinger og udfordringer. De voksne i målgruppen oplever en voldsomt udsat social situation, som i mange tilfælde volder de fagprofessionelle og andre frontmedarbejdere udfordringer.

Der er tale om en målgruppe, der sjældent har fået gennemført en egentlig udredning. Således er det for nogle af de voksne borgere, som har været gennem et VISO-forløb, første gang i deres liv, at de får en egentlig udredning. En meget sen udredning kan potentielt have alvorlige konsekvenser for den enkeltes forløb og aktuelle situation. Det er netop erfaringen blandt de fagprofessionelle, at udredninger ofte kommer for sent i livet.

Målgruppens komplekse udfordringer og sammensatte problemstillinger fordrer derved et fagprofessionelt arbejde på flere niveauer.

For det *første* på det individuelle niveau er det en pointe, at målgruppens sammensatte problemstillinger samlet set har en så kompleks karakter, at det bliver vanskeligt at tilbyde standardiserede indsatser, som vil være relevante for alle borgere. Til gengæld fremstår helhedsorienterede udredninger som en forudsætning for relevante handleplaner og for den videre indretning af effektive og passende indsatser. Undersøgelsen peger endvidere på, at udredninger af borgernes psykiske problemstillinger, og især eksemplerne på nye udredninger gennemført af VISO, der problematiserer tidligere diagnoser, som også ender med at blive omstødt i psykiatrien, potentielt kan være livsforandrende for borgerne.

For det *andet* på det relationelle niveau viser undersøgelsen, at fastholdelse af borgerne ofte udgør en barriere for muligheder for at gennemføre udredninger. Dette er en relevant problemstilling for det fremtidige relations-arbejde. I forhold til de sociale tilbud, som borgerne har eller har haft kontakt til (fx misbrugscentre og botilbud), peger vi på, at det kan være hensigtsmæssigt, at der arbejdes videre med at implementere metoder, teknikker og tilgange til borgerne, som kan forventes at støtte borgerne i deres dagligdag. Undersøgelsen fremhæver bl.a. eksempler på lovende metoder til udredning.

For det *tredje* på det organisatoriske niveau kan samarbejde på tværs af velfærdsområder og faggrupper, strukturer, ressourcer og organisatoriske rammer være udfordrende og skabe barrierer for indsatsen. Fagprofessionelle efterspørger bedre og mere koordinerede samtidige indsatser og en højere grad af systematik, sammenhæng og samarbejde. Et væsentligt opmærksomhedspunkt er her, at indsatser og tilbud bør tilpasses og målrettes ud fra borgerens individuelle behov – og ikke omvendt, hvor man forsøger at få borgeren til at 'passe ind' eller tilpasse sig et specifikt tilbud eller indsats. Den fleksibilitet kan i mange tilfælde være særlig nødvendig for denne specifikke målgruppe. Samlet set kan det konkluderes, at de fagprofessionelle ikke ønsker for 'tunge redskaber' i udredningen, men at de vurderer, at en vis pragmatik og metodefrihed er nødvendig for gode borgerforløb. Desuden efterspørger de fagprofessionelle udredningsredskaber, som kan give et relevant helhedsbillede af borgeren. Undersøgelsen beskriver således en række forskellige redskaber, som har blik for samtidigt misbrug og psykiske lidelser og andre forhold ved borgerens tilværelse, og som kan lægges til grund for helhedsorienterede indsatser.

Således konkluderer undersøgelsen, at der er grundlag for fortsat at styrke den socialfaglige praksis til de mest komplekse og udsatte borgere i Danmark, bl.a. gennem fagprofessionel refleksion og udvikling af medarbejdernes faglige kompetencer og handlerum for at udøve faglige skøn. Undersøgelsen konkluderer også, at der findes metoder og tilgange, som er mulige at afprøve i dansk regi, som på forskellig vis er udviklet til at kunne rumme målgruppens sammensatte problematikker og kompleksitet, og som fastholder et helhedsorienteret perspektiv på borgeren.

1 Indledning

Undersøgelsen fokuserer på borgere med komorbiditet af stofmisbrug, psykiske og/eller sociale problemstillinger. Selve diagnosen "stofmisbrug" defineres – jf. serviceloven – ud fra de skadelige fysiske, mentale og/eller sociale konsekvenser af et rusmiddelbrug frem for som en isoleret lidelse.

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) i Socialstyrelsen har ønsket at igangsætte dette vidensprojekt, da der generelt er et stort vidensbehov blandt de, som arbejder med voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger (Iversen, Kloppenborg & Thau, 2019)[1]. Der er især et stort behov for praksisnær viden blandt fagprofessionelle på det sociale område, som arbejder med målgruppen. VISO har bedt om, at undersøgelsen inddrager faglige specialister, herunder VISO-specialister og socialfagligt personale tilknyttet social stofmisbrugsbehandling. Undersøgelsen har ikke inddraget borgere fra målgruppen, og undersøgelsen har således ikke anlagt et brugerperspektiv – hverken på redegørelser eller analyser.

Psykiske vanskeligheder og brug eller misbrug af rusmidler går ofte går hånd i hånd og kan bl.a. forværres af samtidig stigmatisering, ensomhedsproblematikker, kroniske fysiske lidelser, hjemløshed og kriminalitet. Stofbrugere kan vælge at selvmedicinere med illegale rusmidler eller illegal receptmedicin, og det kan være vanskeligt at vurdere, hvornår brug bliver til misbrug. Imidlertid fokuserer denne undersøgelse på borgere med meget komplekse problemstillinger, hvor eventuel brug af rusmidler langt overvejende på tidspunktet for henvendelsen til VISO er blevet vurderet til at være et stofmisbrug.

Mennesker med komplekse problemstillinger, herunder komorbiditet af stofmisbrug og psykisk og/eller sociale problemstillinger, og som har brug for hjælp og støtte, udfordrer ofte professionelle på tværs af velfærdsområder og fagligheder, når de skal forsøge at gøre en positiv forskel for borgeren. Professionelle oplever ofte, at socialt udsatte borgere med de mest komplekse og sammensatte problemstillinger er vanskelige at finde plads til inden for kommunernes og regionernes sociale indsatser og tilbud.

Viden fra undersøgelsen er målrettet fagprofessionelle og ledere i kommuner og kommunale, regionale og private tilbud, som arbejder med borgerne i målgruppen, fx myndighedssagsbehandlere, kommunale misbrugsbehandlere og medarbejdere/ledere på botilbud eller i bostøtteregi og VISO-specialister og -konsulenter. Denne viden skal understøtte fagprofessionelle på forskellige niveauer i arbejdet med at forbedre borgernes trivsel.

VISO modtager hvert år en del henvendelser om borgere i denne målgruppe, hvor forløbene er meget udfordrende og komplicerede, og hvor det synes svært at hjælpe og støtte borgeren. Fagprofessionelle, som arbejder med målgruppen, oplever, at der er stort behov for målgruppespecifik viden, hvilket understøttes af VISO-vurderinger. Fagprofessionelle efterlyser bedre tilgange og metoder til udredningen, som i højere grad rummer og tager højde for den kompleksitet, som en af de mest udsatte grupper i Danmark er karakteriseret ved. Dette er netop baggrunden for, at VISO efterspørger ny viden om:

[1] Og kommunerne oplever tilsvarende også store udfordringer og understøttelses behov i arbejdet med gruppen af meget udsatte unge med komplekse problemstillinger (Iversen, Kloppenborg & Thau, 2019).

1. Kompleksiteten i målgruppens problemstillinger
2. Socialfaglig og psykologisk udredning af målgruppens problemstillinger
3. Nye tilgange til målgruppens problemstillinger.

VISO har bedt VIVE undersøge, hvad denne sammensatte kompleksitet, som målgruppen er karakteriseret ved, betyder for borgeren såvel som for de tilgange og forståelser, som de fagprofessionelle anvender i arbejdet med målgruppen og til at afdække viden om tilgange, metoder og redskaber til udredning af borgere i målgruppen. Undersøgelsens overordnede mål er at medvirke til at øge nogle af samfundets mest udsatte borgeres trivsel.

Vidensprojektet er primært rettet mod fagprofessionelle og ledere i kommuner og kommunale, regionale og private tilbud, som arbejder med målgruppen. Det kan fx være myndighedssagsbehandlere, kommunale misbrugsbehandlere og medarbejdere/ledere på botilbud eller i bostøtte-regi samt VISO-specialister og -konsulenter.

Den skriftlige formidling af undersøgelsens resultater og viden sker via et videnshæfte (Berger, Aagaard & Bank, 2021) og denne rapport. Formidlingen skal kunne give inspiration til og udgøre ressourcer for arbejdet med målgruppen og give stof til refleksioner og overvejelser om faglige tilgange, perspektiver og indsatser.

Gennem at bidrage med viden, som kan omsættes i praksis i arbejdet med disse borgere, er det målet, at målgruppens trivsel på sigt skal forbedres. Derfor er projektets sekundære målgruppe de voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger – en målgruppe, som er ret forskelligartet på en række karakteristika. For eksempel har psykiske vanskeligheder forskellige former og sværhedsgrader, der er stor variation i alder, og misbruget kan omfatte ét eller flere rusmidler, mens de komplekse problemstillinger kan være af både fysisk, social, juridisk og økonomisk karakter.

Projektet har til formål at besvare de tre nedenstående spørgsmål:

1. Hvordan kan målgruppen karakteriseres inden for kompleks social udsathed?
2. Hvordan kan et bedre kendskab til og forståelse for kompleksiteten lægges til grund for indretningen af indsatserne over for målgruppen?
3. Hvilke virksomme tilgange, metoder og redskaber kan sættes i anvendelse i forhold til udredningen af målgruppens behov og udfordringer?

På baggrund af empiriske analyser og med udgangspunkt i ovenstående tre analysespørgsmål vil vi undersøge 'kerneelementer og fælleselementer'[2], som har betydning for udredning og afdækning af målgruppens behov, situation og udfordringer i tilrettelæggelsen af indsatser til målgruppen. Her sammenfatter og belyser vi væsentlige opmærksomhedspunkter og læringspotentialer til den videre udvikling af tilgange og indsatser i udredningen af borgere i målgruppen.

Undersøgelsen tilvejebringer et stærkt vidensgrundlag om målgruppens karakteristika og komplekse problemstillinger og om borgeres forløb, hvis situation og forløb har fået en så kompleks og vanskelig karakter, at der er blevet behov for at inddrage VISO til udredning af borgeren og rådgivning til de fagprofessionelle, som har ansvaret for borgeren i kommunen. Endelig tilvejebringes en overordnet formidling af viden om mulige tilgange, metoder og redskaber til at udrede

[2] Kerneelementer forstår vi helt grundlæggende som dele af sociale indsatser, tilgange eller metoder (fx særlige funktioner, retningslinjer, specifik faglig viden og tilgange til målgruppen, regler eller principper), som er nødvendige, men samtidig tilstrækkelige til at frembringe positive resultater, mens fælleselementer betegner kerneelementer, som har vist sig at frembringe positive resultater på tværs af flere sociale indsatser, tilgange eller metoder. Vi vil undersøge, om det er muligt at sandsynliggøre hver enkelt ud fra det foreliggende – og hvis ikke, så forkastes det.

målgruppens situation, ressourcer og udfordringer, som kan bidrage til at styrke det socialfaglige grundlag i tilrettelæggelsen af indsatser, som matcher borgernes ressourcer, situation og udfordringer.

Det har igennem hele undersøgelsen været væsentligt at fastholde et fokus på, at dansk behandlingspraksis særligt i forhold til misbrugsbehandling fundamentalt beror dels på frivillighed, dels på socialfaglige indsatser, dels på helhedsorienterede perspektiver. Samtidig har undersøgelsen også søgt efter eksempelvis udredninger, som kan foranledige til opstart på eller ændringer i lægelige behandlingsindsatser.

1.1 Metodetilgang og vidensgrundlag

Vidensgrundlaget for rapporten bygger på følgende typer af data:

1) En systematisk international litteratursøgning om tilgange, metoder og redskaber til udredning af komplekse udsatte borgeres behov og udfordringer.
2) Litteratursøgning i nordisk litteratur om undersøgelser og forskning, som indeholder viden om målgruppen.
3) En tværgående analyse af 19 udvalgte borgerforløb baseret på VISO-journaler fra første kontakt med systemet til i dag, hvor VISO inden for de seneste 2 år gennemført et udredningsforløb. Journalerne, som er udfærdiget af VISO's specialister, er udvalgt af VISO. De illustrerer således ikke komplette aftryk af borgernes liv og alt, hvad der er foregået heri, men – som i en hver anden form for journalisering – er de en samling af professionelles beskrivelser af bestemte karaktertræk, problemstillinger, vilkår m.m.
4) Fem fokusgruppeinterview med VISO-specialister og fagspecialister med stor erfaring fra praksis i arbejde med målgruppen.

Rapportens analyser har derved et kvalitativt metodisk udgangspunkt. De forskellige dele udgør distinkte bidrag til besvarelsen af de tre hovedspørgsmål. Da de to litteratursøgninger afdækker eksisterende, dokumenteret viden, analyseres borgerforløbene, som de er beskrevet i sagsmaterialet, og de udvalgte fagprofessionelle giver et grundigt indblik i praksis og erfaringer herfra. Derimod afdækkes målgruppens/borgernes ikke direkte ud over det, som af fagpersonerne er gengivet i sagsjournaler, mens fagprofessionelles perspektiver afdækkes i interview samt i sagsjournalerne.

I Bilag 1 findes en detaljeret beskrivelse af undersøgelsens design og metode. Bilag 2 giver en oversigt over de fulde titler på de endelige publikationer fundet i litteraturreviewet samt søgedokumentation. De øvrige bilag indeholder interviewguider (Bilag 3 og Bilag 4), og Bilag 5 gengiver informationsbrevet til interviewpersoner.

Ad 1)

En systematisk litteratursøgning i international, national og grå litteratur (fx rapporter og myndighedsnotater) i videnskabelige databaser og på relevante hjemmesider efter litteratur om dokumenterede positive erfaringer med udredning af målgruppens komplekse problemstillinger og behov. Vi inkluderer som udgangspunkt alle typer af designs, dvs. både de, som anvender kvantitative eller kvalitative metoder og kombinationer heraf. Det er ikke tilfældet, at der er oplagte effektmål for tilgange og metoder til udredning, som meningsfyldt kan anvendes i søgningen. Derfor anvender vi brede afgrænsningskriterier for inklusionen af studier i søgningen.

Det væsentligste kriterie går i første omfang på *indhold,* hvor det kræves, at studiet enten skal omhandle en undersøgelse af socialfaglige eller psykologiske udredningsmetoder eller redskaber, eller på væsentlige forudsætninger for at afdække borgerne behov og udfordringer, hvor fokus er på bredere tilgange til og faglige forståelser af målgruppens udfordringer og komplekse problemstillinger. Det sekundære inklusionskriterie er *kvalitet*, hvor minimumskriteriet er, at der er positive erfaringer med tilgangen eller metoden. I nogle tilfælde er dokumentationen endnu mere solid med endnu mere entydige mål. Endelig inkluderes studier i det omfang, at den beskrevne indsats er fagligt velbegrundet, med hvilket menes, at det skal være klart, hvilket socialt problem indsatsen skal løse, at der er teori og praksis, som giver en begrundet formodning om, at indsatsen kan virke, samt at der er en klar indsatsbeskrivelse.

Der blev i første omgang fremsøgt 2.184 studier, som gennemgik en screeningsproces, hvori der blev benyttet en lang række inklusions- og eksklusionskriterier, som førte frem til den endelige udvælgelse.

Der blev endeligt udvalgt 25 publikationer fordelt på 20 tilgange/metoder, som kan opdeles i 1) screeningsmetoder og -redskaber, 2) faglige tilgange og modeller og 3) den relationelle dimension i faglig praksis.

Ad 2)

En systematisk søgning efter nyere dansk og nordisk litteratur, der belyser viden om målgruppen og dens karakteristika. Målet er at sammenfatte faglig dokumenteret viden om betydningen af målgruppens komplekse problemstillinger i tilrettelæggelsen af indsatser til målgruppen, herunder at fremhæve eventuelle relevante opmærksomhedspunkter, man som fagperson med fordel kan iagttage.

På baggrund af udvælgelse af 767 centrale studier blandt de i alt 2.184 studier fra den samlede systematiske litteratursøgning gennemførte vi en oversigtssøgning efter litteratur om målgruppens karakteristika. Der er tale om en oversigtssøgning, hvori feltet overordnet afdækkes. Det endelige udvalg indeholder såvel forløbsbaserede registerundersøgelser, kvalitative studier af målgruppens oplevelser og hverdagsliv, livsforløb samt fagprofessionelles perspektiver på målgruppen.

Der blev i alt udvalgt 21 større værker, som beskrives med hensyn til målgruppens særlige karakteristika med hensyn til sammensathed, baggrundshistorik og forskellige typer af individuelle såvel som sociale forhold.

Ad 3)

Efter en faglig drøftelse mellem VISO og VIVE om kriterier for udvælgelse af sager foretog VISO en udvælgelse af 19 sagsjournaler fra konkrete borgerforløb, hvor der i årene 2019-2020 har været gennemført og afsluttet et VISO-udredningsforløb af borgeren inden for målgruppen. Alle sager er markeret som 'afsluttede', hvilket imidlertid ikke indebærer, at de også har opnået 'afklaring' eller 'målopnåelse'.

Udvælgelsen af sagerne er foretaget under hensyntagen til, at borgerens alder, geografiske placering og køn i videst muligt omfang ligner VISO's øvrige sager i årene 2019-2020. Indholdet af sagsmaterialet inkluderer alt fra tidlige udredninger foretaget af bl.a. børne- og ungepsykiatri, PPR m.fl., til kommunale udtalelser fra sagsbehandler til VISO's afsluttende udredningsrapport og anbefalinger.

Sagerne giver dokumentation for, hvordan borgernes forløb har været forud for henvisningen til VISO, helt fra og med første kontakt til det sociale system. Materialet kan dog ikke anses som repræsentativt for hele målgruppen og de meget komplekse problemstillinger, som er karakteristisk for denne, idet ikke alle komplekse og udfordrende borgerforløb kommer omkring VISO og får en udredning. VISO-sagernes kompleksitetsniveau er generelt højt.

Sagerne indeholder værdifuld information om de komplekse forløb og om målgruppens komplekse problemstillinger. Gennem en analyse af sagerne skabes indblik i denne kompleksitet, hvilket kan bidrage med væsentlig viden om, hvad kommunerne bør være opmærksomme på i tilrettelæggelsen af fremtidig praksis over for denne målgruppe.

Materialet giver indblik i, hvordan borgernes komplekse problemstillinger beskrives, forstås og forsøges udbedret i eventuelle tidligere udredninger og i, hvornår og med hvilke begrundelser og formål VISO inddrages. Herudover beskriver sagerne, hvordan og med hvilke tilgange og redskaber VISO gennemfører sine udredninger, hvordan VISO tilgår borgerne, hvad udredningerne konkluderer (eller ikke konkluderer) og eventuelt hvilken ny viden, som er frembragt herved. I nogle tilfælde fortæller sagerne desuden om eventuelle og umiddelbare følger af den viden, som VISO's udredning har frembragt. De 19 sager omhandler 12 mænd og 7 kvinder i alderen 22-67 år med en gennemsnitsalder på 35 år. Sagerne kommer fra forskellige kommuner. For nogle har tidspunktet for den første kontakt til det sociale system været som barn og før de fyldte 10 år (den yngste borger var 2 år, da den første kontakt til de sociale myndigheder blev etableret), mens andre har den første kendte kontakt i løbet af 20-årsalderen.

Ad 4)

Vi har valgt at gennemføre interview med fagprofessionelle med det formål at komme så tæt som muligt på praksis, rammer og betingelser, men også for at belyse borgernes dagligdag, ønsker og behov ud fra de fagprofessionelles kendskab.14 fagprofessionelle med stor erfaring fra praksis i arbejdet med målgruppen deltog i 5 virtuelle fokusgruppeinterview. 2 af interviewene blev gennemført med 5 VISO-specialister, mens 3 interview blev gennemført med 9 andre fagprofessionelle. Der var tale om fagprofessionelle, som henholdsvis repræsenterede områderne: 1) psykiatri og tværsektorielle tilbud, 2) hjemløse/socialområdet og 3) misbrugs- og socialområdet. Baggrunden for at inddrage forskellige fagprofessionelle i interviewene er, at socialfaglige og psykologiske udredninger og indsatser ofte gennemføres i samarbejde mellem mange forskellige fagprofessionelle på grund af målgruppens komplekse problemstillinger. Hvert fokusgruppeinterview havde mellem 2-4 deltagere og varede 90-130 minutter. På grund af covid-19-situationen ændrede vi i sidste øjeblik strategien, således at alle fokusgruppeinterview blev gennemført virtuelt gennem brug af videokommunikationsplatformen Zoom.

De fagprofessionelle er ikke blevet interviewet om selve de 19 borgerforløb og sager, men de bidrager med deres store og mangeårige erfaring med og kendskab til målgruppen. Nogle af VISO-specialisterne har gennemført nogle af udredningerne, og de har alle kendskab til gruppen af borgere, som får et VISO-forløb.

1.2 VISO – den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation

Ud over at være rekvirent på denne undersøgelse er VISO et centralt omdrejningspunkt for undersøgelsen på flere måder. VISO-specialister (leverandører) benyttes som interviewpersoner,

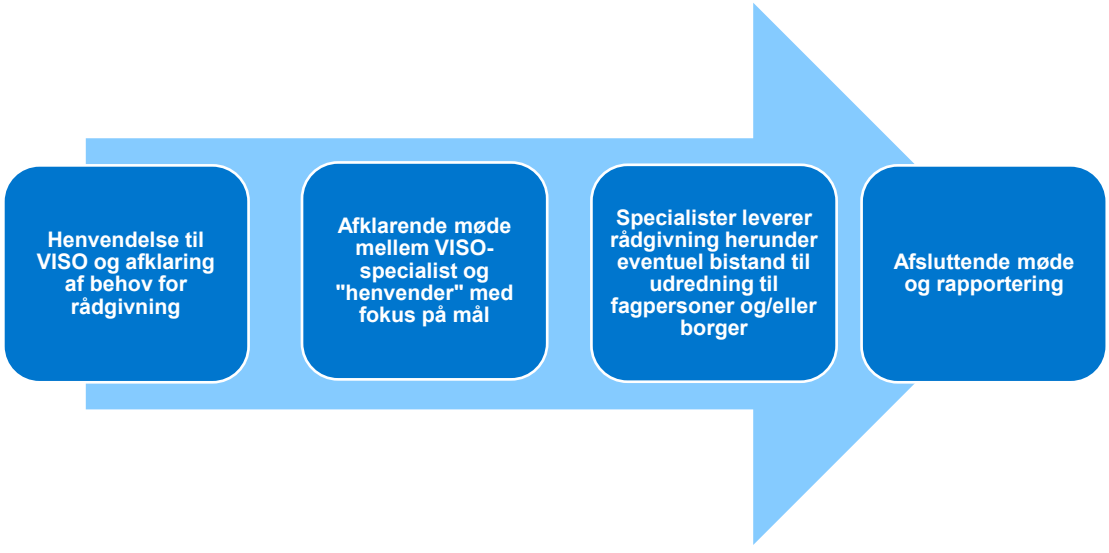
og vi gennemgår journaler fra borgerforløb, hvor VISO er blevet inddraget i udredning og rådgivning, hvorfor nogle tjener som eksempler på gode forløb. Endelig er VISO en af målgrupperne for undersøgelsen. I det følgende beskrives VISO og rammen for arbejdet.

VISO er en enhed under Socialstyrelsen, som giver gratis rådgivning til kommuner, borgere og tilbud. Rådgivningen kan omfatte specialiseret rådgivning om for eksempel viden om bestemte målgrupper eller metoder og redskaber, herunder voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger. I 2020 gennemførte VISO i alt 93 udrednings- og rådgivningsforløb for denne gruppe.

Følgende er centrale karakteristika for VISO's arbejde:

- VISO-specialisterne er tilknyttet tre 'leverandører', dvs. af ydelser til VISO. Faggrupper blandt specialisterne er psykologer, pædagoger, ergoterapeuter, socialrådgivere og psykoterapeuter.
- Det er kommunale sagsbehandlere, der henvender sig til VISO.
- Det er VISO's konsulenter, som visiterer borgeren ind i VISO. Kriterierne for, at det kan blive til et VISO-forløb, er, at der optræder mange komplekse problemstillinger hos målgruppen på én og samme tid.
- Der er ikke en fast skabelon for indholdet i et VISO-forløb. Indholdet af forløbet aftales på et afklarende møde, og det er individuelt fra sag til sag, hvad der er behov for.

Her ses en figur, som skematisk illustrerer et VISO-forløb fra henvendelsen til VISO, til der ligger en rapport, og der er afholdt et afsluttende møde med relevante parter.



1.3 Rapportens opbygning

Med udgangspunkt i danske og nordiske studier beskriver kapitel 2 centrale karakteristika ved målgruppen. Dernæst præsenterer kapitel 3 resultaterne af dokumentanalysen af sagsmateriale fra 19 individuelle borgerforløb, mens kapitel 4 beskriver fagprofessionelles viden og erfaringer i arbejdet med målgruppen. I de efterfølgende tre kapitler 5, 6 og 7 præsenteres faglige tilgange og metoder til screening og udredning af målgruppen, som vi har identificeret i international litteratur. Her indeholder kapitel 5 indeholder en række screenings- og udredningsmetoder til målgruppen, mens kapitel 6 beskriver en række brede faglige tilgange og modeller til

målgruppen, mens kapitel 7 beskriver resultaterne af studier af betydningen af relationen mellem fagprofessionel og borger for social faglige indsats og kvaliteten heraf. Kapitel 8 er rapportens konklusion.

I rapporten skelner vi mellem VISO-specialister og andre fagprofessionelle. VISO-specialister er de fagprofessionelle, som leverer ydelser i regi VISO og som fx forestår udredning af en borger efter henvendelse fra en kommune, hvilket ofte ledsages af rådgivning og faglig sparring til andre fagprofessionelle. Når vi skriver borgere, mener vi personer, som er i målgruppen for undersøgelsen, nemlig voksne med misbrug, psykiske vanskeligheder og komplekse sociale problemstillinger.

2 Målgruppekarakteristik

Målgruppen for undersøgelsen er præget af komplekse psykiske og sociale problemstillinger, som i forhold til borgerens alder på tidspunktet for kontakten til VISO har varet i relativt lang tid. I nogen grad og som følge af de komplekse psykiske og sociale problemstillinger er borgerne desuden præget af fysiske lidelser (Mørland & Waal, 2016).

Ud fra VISO's journaler og de interview med fagprofessionelle og VISO-specialister, som vi har gennemført som del af undersøgelsen – samt i en undersøgelse med fokus på de mest komplekse unge med stofmisbrug og andre komplekse sociale og/eller psykiske problemstillinger (Fynbo & Kohl, 2021, *planlagt*) – vurderer vi, at voksne, som gennemgår et VISO-forløb, sandsynligvis ofte har haft såkaldt SIP ("svære internaliserende problemer") eller SEIP ("svære eksternaliserende og internaliserende problemer") profil i ungdomsårene (Pedersen et al., 2017).

Ud fra de 19 VISO-journaler, som indgår i denne undersøgelse, er det tydeligt, at de voksne borgere, som bliver tildelt et VISO-forløb, har levet med forskellige sociale og psykiske udfordringer siden ungdomsårene (Alfano & Beidel, 2011), og at borgernes udfordringer i ungdomsårene meget ofte har haft enten primært en psykisk karakter (SIP-profil) eller både en social og en psykisk karakter (SEIP-profil). Journalerne indikerer også, at borgernes udfordringer i ungdomsårene ofte er enten helt eller delvist uforløste, men borgernes ungdomsår er sjældent tilstrækkeligt velbeskrevne i journalerne til, at vi kan drage en sikker konklusion i forhold til denne sammenhæng. Endvidere er det bemærkelsesværdigt, at VISO i nogle tilfælde omstøder en diagnose (fx kognitiv funktionsnedsættelse), som en borger har fået stillet i barndommen eller ungdomsårene, og i stedet stiller en ny diagnose (fx ADHD).

Samlet set dækker målgruppen over forskelle i baggrunden for den komplekse udsathed, som de oplever i voksenlivet. Men selvom hvert enkelt borgerforløb selvfølgeligt er unikt, er der både i litteraturen og i de 19 sager, som VIVE har gennemgået, også nogle gennemgående træk. Eksempler på gennemgående træk er: 1) opvækst i en ressourcesvag familie med stofmisbrug og/eller psykisk sygdom hos én eller begge forældre (Gullotta & Adams, 2005), 2) opvækst i en familie med minoritetsbaggrund, som er flygtet fra borgerkrig, 3) utilpasset skolegang, som formentligt har været præget af mobning og få eller ingen faglige succesoplevelser, og som enten afsluttes uden afgangseksamen eller uden opstart på en ungdomsuddannelse, 4) symptomer på ADHD eller andre psykiske udfordringer, som ofte får negative sociale konsekvenser (Phillips, McKeown & Sandford, 2010), 5) kriminalitet og/eller tilhør til en bande eller bandelignende gruppering (Andrade, Casier & Skov, 2020), og 6) relativ tidlig debut med alkohol eller andre rusmidler (Andrade & Järvinen, 2020). Litteraturen sammenholdt med gennemgangen af de 19 sager tyder på, at flere af ovenstående træk ofte vil være til stede i et enkelt borgerforløb.

For de voksne borgere, som gennemgår et VISO-forløb, er der relativt lidt fokus på borgernes opvækstvilkår og på den betydning, som opvækstvilkårene sandsynligvis har haft på borgernes komplekse problemstillinger i voksenlivet. Dette gælder særligt i forhold til de borgere, som socialfaglige medarbejdere eller sundhedspersonale vurderer/mistænker for at have en kognitiv funktionsnedsættelse. I stedet ligger fokus primært på borgernes aktuelle problemstillinger og i nogen grad på de konsekvenser, som de aktuelle problemstillinger har for borgerne. I enkelte sager er der desuden fokus på, hvordan borgere med ophobede aggressioner og uadreagerende adfærd kan have negativ indflydelse både på personalet og brugerne af fx et misbrugscenter eller et værested. I forhold til disse sager om potentielt aggressive borgere er det vigtigt at bemærke, at det ud fra de fokusgrupper, som vi har gennemført med fagpersonale og specialister fra relevante institutioner, er tydeligt, at medarbejderne har stor erfaring med konflikthåndtering og som regel

er parate til at gå meget langt, inden de opsøger professionel hjælp (eller tilkalder ordensmagten) for at kunne interagere med borgerne.

Det er særligt borgere med symptomer på skizofreni, mani eller angst, samt i særlig grad borgere, hvor to eller alle tre af disse lidelser optræder på samme tid (komorbiditet), der udfordrer det faglige personale (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Det er denne undergruppe af særligt komplekse borgere, som ofte vil have haft en SEIP-profil i ungdomsårene (Kaminer, 2016; Pedersen & Pedersen, 2018). Det er klart, at der selvfølgelig er en grænse for, hvor alvorlige (symptomer på) psykiske lidelser, at både psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger m.m. kan forventes at håndtere i deres daglige arbejde; både af hensyn til deres egen og til andre brugeres sikkerhed og mentale trivsel. Derfor udgør symptomatologi på skizofreni, mani og angst – samt særligt ved (symptomer på) komorbiditet af disse lidelser – en væsentlig barriere for personalets muligheder for at interagere med og støtte de mest udsatte borgere (Søndergaard, 2016). Denne barriere er relativt problematisk, fordi disse borgere også oftest er dem, som enten udøver eller selv udsættes for vold. De befinder sig sandsynligvis allerede relativt langt nede i det sociale hierarki på og omkring institutionerne, hvorved krav om bortvisning eller længerevarende karantæne vil risikere at forværre deres livssituation yderligere og få symptomatologien til at fremstå endnu mere markant. Således foreligger der i vores vurdering et skærpet behov for tilføjelse af relevante psykiatriske indsatser for netop denne undergruppe af de mest komplekse borgere med komorbiditet af (symptomer på) skizofreni, mani og angst.

En anden undergruppe udgøres af borgere med ubehandlet ADHD eller symptomer på ADHD og samtidigt misbrug af alkohol, kokain og/eller amfetamin (men sjældent heroin eller cannabis). Disse borgere har ofte en historik med mange uafsluttede behandlingsforløb, og selvom de ikke i samme grad som ovennævnte undergruppe udgør en voldsrisiko for personalet, er de også karakteriseret ved at have en høj grad af udsving i humør og sociale kompetencer (Løvaas & Dahl, 2013). Ved komorbiditet af (symptomer på) ADHD og bipolaritet og samtidigt stofmisbrug kan disse udsving udgøre en mere kritisk udfordring både for personalet og andre brugere, og borgerne vil tilsvarende have et større behov for relevante psykiatriske indsatser. I forhold til denne undergruppe med samtidig ADHD og stofmisbrug (og bipolaritet) er det væsentligt at bemærke, 1) at borgere med komorbiditet af ADHD og stofmisbrug er overrepræsenterede i den sociale stofmisbrugsbehandling, og 2) at social stofmisbrugsbehandling virker mindre effektivt for borgere med ADHD eller symptomer på ADHD (Berger & Fynbo, 2019; Berger et al., 2019).

Generelt for den samlede målgruppe gælder, at borgerne – på trods af indikationer på en eller flere psykiatriske diagnoser – meget ofte ikke er psykiatrisk udredte. Tilsvarende vurderer de mest komplekse stofbrugere ofte, at de er underbehandlet for en eller flere psykiske lidelser, og flere vurderer endvidere, at årsagen til stofmisbruget eller til, at deres stofbrug er eskaleret og/eller kommet ud af kontrol netop ligger i, at deres psykiske lidelser er underbehandlede (Johansson & Wirbing, 2005).

En anden gennemgående karakteristik for den samlede målgruppe, som relaterer sig til problematikken omkring tendentielt fravær af relevant psykiatrisk udredning, er, at borgerne generelt er vanskelige at få til at deltage i psykiatriske udredninger. Ifølge forskningslitteraturen er der forskellige årsager til dette. Eksempelvis medfører samspillet mellem skizofreni og stofmisbrug som nævnt ovenfor nogle gange en aggressiv eller voldelig adfærd, og hvis aggressionerne retter sig mod 'systemet', er det usandsynligt (eller umuligt) at få borgeren til at deltage i en udredning. Tilsvarende medfører et såkaldt "blandingsmisbrug", som er ude af kontrol, ofte uro og stress,

som kan overskygge mulighederne for at indgå i et struktureret forløb, hvorved en afklaring på borgerens bagvedliggende psykiske lidelser ikke kan opnås. Paradoksalt foreligger der ud fra vores vurdering i begge disse eksempler et særligt stort behov for, at borgerne bliver udredt psykiatrisk.

Et tredje eksempel på borgere, som har vist sig vanskelige at udrede, er borgere, som er meget socialt udfordrede på grund af deres opvækst, som har traumer på grund af fysiske eller psykiske overgreb fra barndommen, og som i ungdomsårene har erfaring med kriminalitet. Mistillid til "systemet" (Lossius, 2012) og måske en træghed over for institutionaliserede indsatser kan ligge til grund for disse borgeres negative forhold til sundhedspersonale og psykiatrien (Karlsson, 2016). Ofte har disse borgere fx erfaringer med læger, som ikke har villet ordinere dem den medicin, som de selv har følt et behov for, de har været tvangsindlagt imod deres vilje, eller de har følt sig svigtet af velfærdssystemet helt fra barndommen – fx fordi der ikke er blevet sat ind over for de svigt og/eller overgreb, som deres forældre har udsat dem for.

2.1 Opsummering

Både forskningslitteraturen, det kvalitative datamateriale, som vi har indhentet i forbindelse med denne undersøgelse, og de 19 VISO-sagsforløb, som også indgår i denne undersøgelse, beskriver målgruppen som psykisk og socialt udfordret. Psykisk beskrives målgruppen med en høj grad af komorbiditet af relativt alvorlige og ofte ubehandlede psykiske diagnoser og samtidigt stofmisbrug. Særligt de psykiske diagnoser fremstår som underbelyst – bortset fra en generel interesse fra behandlingssteder, læger m.fl. i at få borgerne korrekt udredt (med henblik på at kunne tilbyde relevant medicinsk behandling). Oftest vurderer stofbrugerne – ifølge journalerne – at de psykiske lidelser går forud for stofmisbruget, ligesom mange af brugerne oplever, at de både er underdiagnosticerede og underbehandlede.

Samtidig fokuseres der – igen ifølge journalerne – sjældent på betydningerne af fx overgreb i familien, sorg som følge af dødsfald i familien, traumer og mistrivsel, men ifølge journalerne og fokusgrupperne gør målgruppens kompleksitet det også endog meget vanskeligt at gennemføre relevant psykiatrisk udredning, hvad enten barrieren for at gennemføre en psykiatrisk udredning af deres symptomer på psykisk lidelse skyldes borgernes (aggressive) adfærd eller deres institutionelle utilpassethed. Derfor kan muligheder for at tilbyde skadesreducerende og andre sociale indsatser (Pallesen et al., 2009; Eplov et al., 2010; Karlsson & Borg, 2018) som realistiske supplementer til psykiatriske udredninger overvejes, men selvfølgelig ikke ved at fravælge relevant psykiatrisk udredning, når denne kan gennemføres.

3 Journalanalyse

I forlængelse af litteraturreviewet og den kvalitative datagenerering har VIVE modtaget komplette journaler fra 19 VISO-forløb, som er afsluttet i 2019. Der er her tale om borgere, hvis sag set fra den kommunale aktør, fx myndighed eller social- og sundhedsprofessionelle, vurderer, er blevet så kompleks, at der må søges udrednings- og rådgivningsbistand hos VISO. Journalerne dækker en bred gruppe af borgere med komorbiditet af stofmisbrug og en eller flere komplekse psykiske og komplekse sociale problematikker. Gruppen består af 7 kvinder og 12 mænd. Aldersspændet strækker borgerne sig fra 20 til 67 år – med hovedparten (11 borgere) i 30'erne og 40'erne. En enkelt borger har valgt ikke at oplyse sin alder.

Journalerne er relativt omfattende. Ud over VISO's afsluttende rapporter, som i sig selv er relativt omfattende, indeholder journalerne korrespondancen mellem VISO og relevante aktører, oversigt over VISO's allokering af timer og – så vidt muligt – diverse beskrivelser, screeninger, notater m.m. fra borgernes forløb forud for VISO's involvering. Samlet set består de 19 journaler af over 3.500 sider.

Analysen fokuserer på tre forskellige forhold i rapporterne: For det første giver analysen et overblik over, hvem de 19 borgere er, og hvornår VISO har opstartet forløb med borgerne. For det andet giver analysen et indblik i målgruppens komplekse udfordringer og problemstillinger, målgruppens ønsker og behov samt den baggrundsviden, som VISO har fået overdraget i forbindelse med opstarten på VISO's forløb. For det tredje gennemgår analysen VISO's forløb, herunder med fokus på eventuelle udredninger og VISO's konklusion. Afslutningsvis sammenholdes i et fjerde afsnit vores vurderinger af forløbene med den viden, som vi har etableret igennem litteraturreviewet og de kvalitative fokusgrupper.

Det er væsentligt at understrege, at journalerne dels er udformet af VISO's specialister (og også indeholder mange informationer om borgerne fra andre social- og sundhedsprofessionelle), dels er blevet udformet, fordi kommunale aktører og/eller social- og sundhedsprofessionelle, som kender borgerne, har vurderet et særligt behov for en specialiseret indsats[3]. Dette samme behov kan ikke nødvendigvis genfindes hos borgerne selv.

3.1 Borgernes komplekse udfordringer

3.1.1 Målgrupper

Alle 19 borgere lever med komplekse problemstillinger, dvs. med komorbiditet af stofmisbrug og en eller flere andre psykiske og/eller sociale problemstillinger. Men der er også forskelle i de 19 sager både vedrørende stofmisbrug og i forhold til de komplekse problemstillinger, som borgerne lever med.

I forhold til stofmisbrug er der tre karakteristiske typer i spil: 1) Et relativt udramatisk misbrug, som grænser til at være selvmedicinering, lavfrekvent og begrænset til cannabis og alkohol. Dette gælder særligt for en enkelt borger, en 31-årig mand med minoritetsbaggrund, som ikke umiddelbart er styret i sin adfærd og sit sind af illegale rusmidler, men for hvem rusmidlerne fremstår mere sekundære. Andre borgere har haft perioder med såkaldt "stoffrihed", men er på tidspunktet for henvendelsen til VISO i et aktivt misbrug. 2) Et relativt kaotisk misbrug, som ofte

[3] Jf. VISO's lovgrundlag, bekendtgørelse om den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation - VISO - i Socialstyrelsen (BEK nr. 817 af 27/06/2014).

inkluderer forskellige typer illegale rusmidler og ofte også alkohol, og som ofte har relativ stor effekt på borgernes hverdag (boligsituation, sociale relationer og økonomi) og på deres psykiske og mentale tilstand. Borgere med såkaldt "blandingsmisbrug" (inkl. alkohol) har ofte meget svært ved at overholde aftaler og kan have særdeles vanskeligt ved at have en åben tilgang til deres fremtid og potentialer. 3) For det tredje er der eksempler på borgere med meget langstrakte perioder med mere eller mindre omfattende misbrug. Borgerne fortæller, at de er begyndt at bruge illegale rusmidler i de tidlige teenageår; andre fortæller om årtiers stofmisbrug, og andre igen har meget vanskeligt ved at slippe rusmidlerne og oplever nærmere en række (i borgernes perspektiv) problematiske begrænsninger ved de indsatser, som de bliver tilbudt – særligt i forhold til substitutionsmedicin.

Samlet set viser de 19 sager, at det i forhold til selve misbrugsproblematikken er væsentligt, at de illegale rusmidler *og* alkohol ikke udgør den samme problematik for alle borgere, og at især misbrugscentrene bør være opmærksomme på, at rusmidlerne hverken udgør det samme problem for forskellige borgere eller altid *udelukkende* kan tolkes som det alt overskyggende problem. En vigtig pointe er således at anlægge et nuanceret blik på rusmidlerne, når borgerne skal støttes socialt og mentalt.

De 19 borgere, som indgår i analysen, har som sagt også andre alvorlige problemstillinger end stofmisbrug. Også i forhold til disse er der stor variation i journalerne. Enkelte borgere er meget indadvendte og depressive, men udgør ikke umiddelbart nogen fare for andre (men kan godt udgøre en fare for sig selv), mens andre borgere er aggressive, uforudsigelige og voldelige. Nogle borgere døjer med social angst og/eller forskellige psykiatriske diagnoser (eller symptomer på psykiske lidelser), og cirka halvdelen af borgerne har været fængslet på grund af kriminalitet, heraf flere for vold mod andre. Mange borgere har haft perioder med hjemløshed, også undervejs i VISO-forløbene. Endelig mistænkes hovedparten af borgerne for at have kognitive funktionsnedsættelser.

Opdeler vi med afsæt i de 19 sager borgernes "andre psykiske og/eller sociale problemstillinger" kategorisk, fremstår 1) psykisk lidelse, 2) vold/voldsparathed/udadreagerende og 3) kognitiv funktionsnedsættelse som tre primære kategorier – som samtidig ikke udelukker hinanden. Imidlertid fordrer disse tre kategoriske problemstillinger relativt forskellige indsatser, fx 1) psykiatrisk behandling og medicinering, 2) kognitiv adfærdsterapi, sociale indsatser, motiverende samtaler etc., og 3) metoder til at optimere sine ressourcer *samt* en vis imødekommenhed og forståelse fra omgivelserne.

Journalerne peger endvidere på forskellige relevante forhold i forbindelse både med borgernes misbrug og deres andre problemstillinger, inden VISO bliver kontaktet.

For det første er det tydeligt, at borgere, som allerede i barndommen fremstår som utilpassede i forhold til de institutioner, de tilbringer en stor del af deres liv i (særligt folkeskolen), og som i denne forbindelse ofte vurderes kognitivt begrænsede og/eller uroskabende, ved overgangen til voksenlivet mangler en masse social erfaring og personlig identitet. Man kan sige, at disse borgere fra meget tidlig alder har haft dårlige forudsætninger for at udvikle en stærk identitet eller et 'normalt' og funktionelt liv. Men det er ikke det samme, som at disse borgere nødvendigvis har medfødte problemer – eller reelt har haft andre (realistiske) muligheder. I stedet fremstår deres sociale og individuelle problemstillinger som (delvist) forankret i de relationer, de har været del af i deres formative år. For det andet – og ofte i tråd med dette forhold – fremstår de borgere, som har oplevet svigt fra deres primære ansvarspersoner (som regel forældrene) og/eller har været udsat for seksuelle eller andre voldelige krænkelser (igen som regel fra forældrene) som meget hårdt mentalt belastede.

Endelig er borgernes psykiske lidelser eller symptomer på psykiske lidelser relativt omfattende, og særligt borgernes tilsyneladende mangel på relevant behandling – ofte over flere år – et markant forhold, som sandsynligvis har en udslagsgivende karakter i forhold til deres komplekse situation op til VISO's involvering.

3.1.2 Baggrundsviden og forløb, inden VISO kontaktes

Den baggrundsviden, som VISO får overdraget forud for selve opstarten på et VISO-forløb, varierer fra omfattende viden, fx med dokumenter fra tidligere screeninger, udtalelser fra praktiserende læger, psykiatriske vurderinger m.m., til relativt "lette" overleveringer, primært fra "henvenderen" eller borgerens kontaktperson(er). Ofte har den overdragede viden en "negativ" karakter, som fokuserer på borgernes udfordringer. Denne viden ligger til grund for, at der tages kontakt til VISO, når borgernes udfordringer er blevet barrierer for effektiv støtte og behandling. Samtidig betyder et fokus på borgernes udfordringer og barrierer, at deres ressourcer ikke kommer til at indgå i udgangspunktet for VISO's sager.

Et eksempel på den baggrundsviden, som VISO skal tage sit udgangspunkt i, er: 31-årig mand med minoritetsbaggrund, som ikke har kontakt til sin far og har levet som hjemløs, siden han var 23 år gammel, har et moderat misbrug af alkohol og cannabis, har udøvet kriminalitet, og er kognitivt udfordret.

Et andet eksempel: Kvinde i 50'erne, som ikke vil oplyse sit cpr-nr., har levet som hjemløs i en årrække i en mellemstor provinsby og er kommet i kommunens søgelys på grund af flere henvendelser fra lokale forretningsdrivende, der er bekymrede for hendes ve og vel. Kvinden modtager ingen indkomst, hun "bor" i en baggård, hvor beboerne hjælper hende med mad og drikke, og hun har fået støtte og hjælp fra et lokalt herberg og fra den lokale gadesygeplejerske. Hun er ikke umiddelbart afvisende over for et muligt ophold på et socialpsykiatrisk bosted, men endnu er en sådan ordning ikke kommet i stand. Hun fortæller selv, at hun har en søn, som bor på Sjælland, men er ellers vanskelig at komme i kontakt med.

Et tredje eksempel: Ung kvinde på 22 år, som er mistrives siden 5. klasse (dvs. siden hun var ca. 12 år) og haft massive sociale og psykiske udfordringer samt kontinuerligt blandingsmisbrug, diagnosticeret med paranoid skizofreni og ADHD og med relativt lav IQ. Desuden beskrevet som "aparte" og "grænseløs", uden basal kropslig forståelse og "skiftende og tidsvis inkongruent affekt" (hvilket vil sige, at hun ikke er i stand til at tolke sine oplevelser og/eller omgivelser), ude af stand til at strukturere sin hverdag, med høj grad af impulsstyring og "stor stoftrang". Endvidere har den 22-årige kvinde tendens til at blive voldelig og "absentere" – fra sikrede afdelinger, hvor hun har været anbragt, og fra institutionaliseret støtte mere generelt.

Et fjerde eksempel: 31-årig mand, som er opvokset i en dysfunktionel familie og har oplevet omfattende omsorgssvigt under opvæksten. Begge hans forældre havde stofmisbrug og døde, inden borgeren blev teenager. Han blev anbragt uden for hjemmet allerede som 2-årig og har "misbrugt" alkohol og cannabis siden han var 12 år. Han har symptomer på ADHD og aktuelt et "kaotisk blandingsmisbrug" – som han selv opfatter primært som "selvmedicinering". Med i bagagen er desuden, at hans søster har hjerneskade på grund af moderens misbrug under graviditeten, og hans bror er død af stofmisbrug. Endelig er borgeren socialt isoleret og har ingen støtte fra sine nærmeste netværk.

Det femte (og sidste) eksempel, som vi vil fremhæve, drejer sig om en ung mand på 20 år af grønlandsk herkomst, som har boet i Danmark med sin mor, siden han var 6 år. Som barn blev den unge mand udsat for fysisk vold af moderens nye partner, indtil han som 10-årig blev

anbragt akut uden for hjemmet. Det var nu ikke på grund af volden, at han blev akut anbragt, men fordi hans mor forsøgte at begå selvmord, og det var ham der – som 10-årig – fandt hende. Han er sandsynligvis traumatiseret på grund af sine oplevelser fra opvæksten og havde indlæringsvanskeligheder i folkeskolen, hvorfor hans sidste år i grundskolen også foregik i en specialskole (som i øvrigt har givet ham meget positive udtalelser med på vejen). Siden borgeren var 17 år, har han boet på herberg. Han lever meget ustruktureret og kan ikke få sin økonomi og dagligdag til at hænge sammen.

Eksemplerne giver et lille indblik i den variation, som disse udsatte borgere med komplekse problemstillinger møder VISO med. Eksempler på gennemgående temaer i den baggrundsviden om borgerne, som VISO får overdraget, er: forskellige typer af og varigheder af stofmisbrug (hvor "kombineret alkohol/cannabis misbrug" og "kaotisk blandingsmisbrug" forekommer relativt hyppigt), omsorgssvigt, vold og krænkelser i barndommen fra primære ansvarspersoner, hjemløshed, symptomer på skizofreni og ADHD (og andre personligheds- og adfærdsmæssige lidelser), udadreagerende og grænsesøgende (eller grænsebrydende) adfærd, men også depression og social isolation, anbringelser uden for hjemmet og generelt normbrydende adfærd (inkl. "upassende" seksualiserende adfærd).

Flere borgere har endvidere minoritetsbaggrund, men uden at den kulturelle og sociale distinktion, som en minoritetsbaggrund kan medføre, særligt for socialt udsatte borgere, kommer i fokus. Eksempelvis bliver det aldrig forklaret/opklaret, hvorfor den unge mand fra ovenstående eksempel nr. 1 ikke ser sin far, eller hvad han eller familien har været igennem, inden de kom til Danmark og fik anvist en bolig i et udsat boligområde i en mindre stationsby i provinsen.

Der foreligger psykiatriske screeninger for få borgere, og de er enten ufuldstændige eller gamle, og det er ikke usædvanligt, at VISO's screeninger går ind og korrigerer eller ligefrem ændrer de gamle diagnoser, som borgerne ellers kan have levet med i flere år.

3.1.3 Screeninger forud for kontakten til VISO

Flertallet af de 19 borgere har fået foretaget screeninger enten for stofmisbrug/afhængighedssyndrom eller psykiske lidelser i årene, inden VISO er blevet involveret. Borgere kan have udfyldt et spørgeskema ved indskrivningen på et opholdssted, de kan have fået en diagnosticering fra et ungetilbud, fx for "udifferentieret skizofreni", en screening for ADHD i skoleårene eller en udredning for traumer, depression eller selvmordstanker.

Screeningerne følger ingen fælles standard, og ofte er de enten ufuldendte eller usystematisk gennemført. Det fremgår af sagsmaterialet, at en af årsagerne til henvendelsen til VISO er, at der er behov for at få gennemført en systematisk udredning.

3.2 Borgerforløb

3.2.1 Målsætninger og behov

Grundlæggende er årsagen til, at VISO kontaktes, den samme i alle 19 forløb: et lokalt misbrugscenter, herberg e.l., ofte i samråd med en relevant sagsbehandler eller beslutningstager i borgerens hjemkommune, føler sig ude af stand til at "komme videre" med borgeren. Denne faglige "kommen-til-kort", ofte sammen med en grundlæggende – og menneskelig – bekymring for borgerens velbefindende, får de lokale aktører til at kontakte VISO for at trække på VISO's viden og kompetencer.

Det vil sige, at det i udgangspunktet sjældent er borgernes egne erkendelser om, at de har behov for specialiseret støtte, men der er eksempler i materialet på borgere, som er informeret om kommunens, misbrugscenterets, bostedets eller herbergets intention og er "taget med på råd" inden kontakten til VISO.

Meget ofte anmodes VISO hovedsageligt om at gennemføre (nye) test af borgernes kognitive funktionsevne og/eller psykologiske profil. Det vil sige, at VISO's funktion fra begyndelsen primært antager en psykologisk (eller psykiatrisk) karakter. I nogle tilfælde bliver VISO også bedt om hjælp til metoder til bedre at kunne interagere og samarbejde med de relativt komplekse borgere i de lokale centres hverdage og arbejdsrutiner. I mange tilfælde er begge disse målsætninger til stede i henvendelsen til VISO.

Borgernes egne ønsker og (i borgernes perspektiv) særlige behov for støtte eller specialiserede indsatser fremgår ikke af alle journaler. I de journaler, hvor borgernes ønsker til VISO's involvering indgår, er det tydeligt, at borgerne ofte har en anden indgangsvinkel end "henvenderne" i forhold til VISO's arbejde. Eksempler på ønsker fra borgere på målsætninger for VISO's forløb er: tilbud om botilbud, hjælp til sit stofmisbrug, komme i behandling for (ikke-diagnosticeret) psykisk lidelse, hjælp til at optimere samvær med sine børn, hjælp til at finde beskæftigelse, invalidepension og relevant lægelig behandling (dvs. substitutionsmedicin).

Hvor "henvendernes" orientering således oftest går i retning af tydeligere udredninger af borgernes psykologiske profiler *og* viden om metoder til at samarbejde med borgerne (hvilket fordrer en tydeligere udredning), handler borgernes egne ønsker oftest om mere konkrete og "kvalitative" forhold tæt på deres egne liv.

3.2.2 VISO's forløb og udredninger

Alle 19 forløb er markeret som "afsluttet", og hovedparten af sagerne er også afsluttet med en afklaring, fx af borgernes psykologiske profil (når dette har været formålet med forløbet). Men der er også sager, som ikke er afsluttet med en egentlig afklaring, og som snarere må siges at være "afbrudt" undervejs. I de "uafklarede" sager er det altid borgernes manglende motivation og/eller forudsætninger for at indgå i VISO's (relativt strukturerede) forløb, som bliver årsag til, at processen "afbrydes".

I forhold til målgruppens grundlæggende karakter som "kompleks" og med komorbiditet af flere alvorlige og individuelt gennemgribende problemstillinger (som stofmisbrug og psykisk lidelse) er det forventeligt, at borgerne kan have vanskeligt ved fx at deltage i møder eller omfattende psykologiske udredninger. Og derfor er det nok også altid nødvendigt at forsøge at indrette forløbene så meget som muligt ud fra borgernes aktuelle livssituationer og personligheder, hvilket fx kunne indebære færre stormøder og flere samtaler i borgernes "miljøer" frem for fx på et kontor.

I materialet indgår også enkelte eksempler på borgere, som har været "ambivalente" over for VISO, og eksempler på borgere, som det ikke har været muligt at etablere et samarbejde med inden for de rammer, som VISO har udstukket. Førstnævntes ambivalens handler om at afvise yderligere kontakt med psykiatrien, dvs. borgere, som ikke ønsker udredninger og/eller medicinering. De "usamarbejdsvillige" borgeres forbehold er mere komplekse, idet de sandsynligvis beror på den samme kaotiske livsførelse og den samme ustrukturerede og ofte aggressive adfærd, som også har været selve årsagen til, at VISO er blevet kontaktet. Derfor er det heller ikke optimalt (men i nogle tilfælde måske ufravigeligt), at et VISO-forløb bliver afbrudt på grund af borgernes mangel på struktur. Et eksempel på et "uafklaret" forløb er fx: 31-årig kvinde med

voldsomt misbrug af alkohol og andre rusmidler er udadreagerende og har oplevet alvorlige overgreb i barndommen og forventes at deltage i en omfattende udredningsforløb over 4-5 møder af flere timers varighed. Forløbet udfordres desuden af jobskifte både hos VISO og i borgerens hjemkommune, som medfører, at borgeren umiddelbart "bare" skal indfinde sig med helt nye mennesker i en i forvejen mentalt krævende situation. Konsekvensen bliver, at borgeren ophører med at deltage aktivt i forløbet, som således munder ud i en relativt ufærdig rapport.

Materialet indeholder også flere eksempler på særdeles velfungerende VISO-forløb, hvor borgere (ligesom "henvendere" og relevante aktører) opnår målopnåelse, og hvor VISO's rapporter og konklusioner lægger op til ændringer, fx et herbergs- eller misbrugscenters tilgang til borgerne, eller i en borgers egne oplevelser af sig selv og sine udfordringer. Et eksempel på et yderst succesfuldt forløb er: 37-årig mand med komorbiditet af stofmisbrug, social angst og psykoser og yderligere har tendens til at blive voldelig i utrygge situationer. Borgeren har været diagnosticeret med "udifferentieret skizofreni" og har i mere end 10 år (og siden diagnosen på skizofreni) været ude og inde af det psykiatriske system og har efterladt sig en lang række af uafklarede forløb samt brudte sociale relationer og personlige problemer. VISO formår at gennemføre en grundig udredning af borgeren, som bl.a. konstaterer, at borgeren ikke lider af skizofreni, men har et væsentligt behov for multimodal (dvs. samtidig) behandling for stofmisbrug *og* angst, og at der etableres en "koordineret indsatsplan" mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og psykiatrien. Herved afsluttes potentielt et ca. 15-årigt forløb, hvor borgeren har været fejldiagnosticeret og har udviklet et alvorligt stofmisbrug – (formentlig) gennem langvarige forsøg på selvmedicinering.

3.2.3 VISO's struktur og rammer

VISO etablerer de samme rammer i samtlige 19 forløb og følger langt overvejende de samme strukturer. Først gennemgår VISO en analytisk fase, hvor borgerens udfordringer klarlægges, primært via overleveringer fra "henvenderne" og/eller relevante socialfaglige aktører, fx fra et lokalt misbrugscenter eller herberg. Det er altid borgernes primære kontaktperson eller en aktør, som har et relativt godt kendskab til borgeren, der involveres i denne fase. Samtidig er der – som tidligere nævnt – en tendens til at fokusere på borgernes problemstillinger og udfordringer frem for på deres ressourcer. Dernæst indkaldes til et møde med borgeren, hvor "henvender" og relevante aktører også deltager, og hvor borgeren oplyses om planen og de praktiske foranstaltninger for forløbet. Så begynder selve forløbet, som typisk rammesættes til 6 måneders varighed med 3-5 møder mellem borger og VISO-specialist undervejs. Det er disse møder, som optimalt set skal danne grundlaget for VISO's rapport – og således også for borgernes videre forløb. Møderne har næsten udelukkende fokus på at udrede borgerne psykologisk, og oplægget er altid, at borgeren skal være til stede ved møderne. Så vidt muligt gennemføres også et (eller flere) møde/r med deltagelse af relevante omsorgspersoner (fx forældre) eller nære relationer (fx borgernes primære kontaktpersoner), og i de tilfælde, hvor borgerne ikke deltager efter planen, bliver udredningerne baseret på udsagn fra disse tredjeparter. Endelig gennemgår VISO-specialisten sin udredningsrapport på et afsluttende møde med alle involverede parter.

Umiddelbart fordrer et succesfuldt forløb således på den ene side borgernes aktive tilstedeværelse og accept af at blive udredt og på den anden side en vis konsistens hos VISO i forhold til at møde borgerne i trygge og konstruktive rammer. Og omvendt forbliver borgernes forløb uafklarede, når en eller flere af disse fordringer mislykkes. Det skal understreges, at journalerne giver flere eksempler på fleksibilitet i forløbet, fx i forbindelse med borgere, som bliver fængslet undervejs i forløbet, eller borgere, som ikke er i stand til at deltage i de planlagte møder. VISO's

specialister vælger også af og til at fokusere på dele af en test frem for på den fulde test. Men det må også bemærkes, at VISO's grundlæggende struktur med afholdelse af møder og krævende udredninger kan udfordre de mest komplekse borgere og i yderste konsekvens betyde, at forløbene forbliver "uafklarede".

3.2.4 VISO's udredninger

VISO's specialister anvender en række forskellige specialiserede metoder til udredninger af borgernes kognitive funktionsniveau og psykologiske profil. Eksempler på udredningsværktøjer er: WAIS-IV, BRIEF, ASI, MCMI-II, Højrisk 100, RCTF, WMS-III, DIVA, ASRS, ASS, HTQ, MDI, ADIS, PSE, PASAT, ZOO-test, Neo-Pi-3, HADS osv.

Særligt WAIS-IV og BRIEF, som tester borgernes kognitive funktionsniveau, anvendes ofte og kommer tættest på at udgøre en egentlig standard for et udredningsforløb. Derudover anvendes forskellige andre test, som også er målrettet borgernes kognitive funktionsniveau. Det er uklart, hvad der ligger til grund for valget af de forskellige test af kognitivt funktionsniveau. Endvidere anvendes i flere tilfælde ASI til at kategorisere graden af borgernes "stofmisbrug". ASI er relativt omfattende at gennemføre, og validiteten af ASI forvanskes, hvis relationen mellem borgeren og den, som udfører testen, ikke er tillidsfuld. Forskellige test for borgernes risikovillighed/grad af risikoadfærd (fx Højrisk 100) anvendes i nogle tilfælde, hvor VISO vurderer et behov for at skulle kategorisere borgernes "risikoprofil". Det er uklart, hvad sådanne vurderinger beror på, ligesom det heller ikke umiddelbart er klart, hvad en sådan profil egentlig kan bruges til i forhold til borgernes videre forløb. Endelig anvendes forskellige specifikke psykiatriske test af særlige personligheds- og/eller adfærdsmæssige forstyrrelser, men dette sker kun i få tilfælde.

Journalerne giver flere eksempler på borgere, som har fået gennemført BRIEF-udredninger uden selv at være til stede. I mange tilfælde er VISO – som nævnt – nødt til at forsøge at gennemføre de udvalgte udredninger med tredjeparter, fordi borgerne ikke selv er i stand til eller ønsker at deltage i udredningerne. Herved begrænses udsigelseskraften af testresultaterne, men omvendt formår denne "alternative metode" at levere et resultat i vanskelige forløb.

3.3 Konklusioner og ny viden

Særligt to typer af konklusioner i VISO-rapporterne, som lægger op til nye tilgange og samarbejdsformer med borgerne, fremstår som meget relevante både for borgerne og for de sociale institutioner, som borgerne har kontakt til (fx misbrugscentre og botilbud): 1) konklusioner, som munder ud i konkrete forslag til (nye) metoder, teknikker og tilgange til borgerne, som i høj grad kan forventes at støtte borgerne i deres dagligdag, 2) udredninger af borgernes psykologiske profil, hvor især eksemplerne på nye udredninger, som omstøder tidligere (ukorrekte) diagnoser, leverer en meget høj standard og kan være potentielt livsforandrende for borgerne.

Nye tilgange til borgerne, som er målrettet mere dynamiske og konstruktive samarbejdsformer, kan i udgangspunktet gå ad to veje: Enten foreslår VISO med afsæt i VISO-rapporten (nye eller tilpassede) måder og interaktionsteknikker, som må ventes at virke befordrende på borgernes adfærd og "evner" til at indgå i sociale relationer i institutionaliserede miljøer, men som også må forventes at påvirke borgerne positivt i andre livsarenaer. Eksempler kunne være måder at optimere en eksisterende "motiverende" tilgang på eller konkrete forslag til gennemførlige kognitive adfærdsterapiformer, fx over for borgere med begrænset kognitivt funktionsniveau, som har brug for at blive stillet over for realistiske forventninger både til mundtlig respons og til social

deltagelse. Denne type konklusion kan også fremhæve behovet for, at forskellige aktører fremadrettet sørger for grundige overleveringer, når borgernes institutionelle tilhør ændrer sig. Eller også handler anbefalingerne omvendt om, hvordan personaler er nødt til at sætte grænser over for (typisk) voldsparate, utroværdige eller udadreagerende borgere – både af hensyn til personalet, til andre brugere og til borgerne selv. Et eksempel på denne type konklusion er, hvis en borger vurderes til at have et misbrug, en livsform og en personlighed, som i borgerens aktuelle situation simpelthen gør fundamentale ændringer i borgernes liv decideret urealistiske. Og så kan forslag om at fokusere på "skadesreduktion" (som også er relevant behandling i en dansk behandlingskontekst) og på at "sætte grænser" over for borgeren godt fremstå som relevante. Disse forslag, som baserer sig på VISO-rapporterne, indgår i flere sager.

I de fleste forløb, som gennemføres med en form for afklaring, leverer VISO ny viden om borgeren. Ny viden både om kompleksiteten i borgernes problemstillinger og om konsekvenserne af borgernes komplekse problemstillinger er relevant for borgeren, pårørende og de fagprofessionelle medarbejdere, som interagerer med borgerne. Desuden er den ny viden, som VISO producerer i samarbejde med borgerne, interessant for en bredere skare af mennesker, som enten selv oplever komplekse problemer eller som arbejder med borgere med komplekse problemstillinger. VISO's ny viden kan således være med til at fjerne risikoen for stigma af (fx) borgere, som ofte indgår i konflikter.

Ser vi bort fra de sager, som ender uden en afklaring, leverer VISO tre forskellige typer "ny viden".

For det første validerer VISO videnskabeligt formodninger om kognitive funktionsnedsættelser eller psykiske lidelser. Eksempelvis konkluderer VISO på baggrund af WAIS-IV og BRIEF, at en 31-årig mand med minoritetsbaggrund *har* en kognitiv funktionsnedsættelse, sådan som borgerens lokale misbrugscenter og hans kontaktperson på kommunen har haft ham mistænkt for. VISO anbefaler på baggrund heraf en række tilgange til borgeren, som centeret og kommunen bør anvende fremadrettet, når de kommunikerer og samarbejder med ham.

I et andet forløb med en ældre plejehjemsbeboer, som er vanskelig at samarbejde med og bl.a. afviser at indtage medicin og udviser stor skepsis over for en eventuel psykologisk udredning, konkluderer VISO på baggrund af primært møder med borgeren og personalet på plejehjemmet, at borgeren *har* kognitive udfordringer og lægger på baggrund heraf op til særlige metoder, som personalet kan bruge i deres daglige arbejde med borgeren. VISO anbefaler i dette tilfælde, at personalet finder "fælles fodslag" i forhold til at tillade (eller begrænse) borgerens muligheder for at drikke øl på plejehjemmet.

Et tredje eksempel på, at VISO underbygger (og nuancerer) eksisterende viden, handler om en 40-årig mand med epilepsi og et omfattende misbrug af alkohol (og samtidig moderat (mis)brug af cannabis). Borgeren har levet i hjemløshed og været svækket i flere centrale funktioner. Derfor etablerer VISO en grundig udredning af borgeren, anvender bl.a. BRIEF, WAIS-IV og MOCA, og mødes desuden med borgerens nærmeste pårørende og socialfagligt personale med godt kendskab til borgeren. Det er første gang, at borgeren får gennemført en decideret udredning af sine kognitive funktioner, og VISO konstaterer, at borgerens kognitive niveau er "meget lavt", og at borgeren desuden har en hjerneskade. Ifølge VISO's konklusion er det meget vigtigt, at borgeren aldrig bliver udfordret intellektuelt, fordi dette kan medføre utilregnelig adfærd (og vold), ligesom det er nødvendigt at tilbyde borgeren en "rummelig" boform, hvor borgeren ikke stigmatiseres, når han ønsker at drikke eller ryge hash. Samtidig slår VISO fast, at borgerens tilstand er "varig", og derfor er det nødvendigt, at personalet anerkender borgeren, "sådan som han er".

For det andet ændrer VISO eksisterende viden om borgere, som bygger på "gamle", ofte ufuldendte udredninger/screeninger. Eksempelvis afviser VISO på baggrund af et grundigt (og meget eksemplarisk) forløb med en 37-årig mand en 15 år gammel diagnose på "udifferentieret skizofreni". VISO mødes ad flere omgange med borgeren for at gennemføre forskellige psykologiske tests og screeninger (bl.a. WAIS-IV og BRIEF) og mødes også både med borgerens nærmeste pårørende og personale fra det herberg, hvor borgeren befinder sig i perioden for udredningerne. VISO konstaterer bl.a., at der er sandsynlighed for, at borgeren har udviklet et stofmisbrug som forsøg på selvmedicinering, at borgeren er præget af angst og bør tilbydes multimodal behandling (som anlægger et samtidigt fokus på forskellige problemstillinger). Potentielt set afbryder VISO's forløb med denne borger et ca. 15-årigt langt forløb, hvor borgeren har "cyklet" rundt i det psykiatriske system og bl.a. været akut indlagt 9 gange – med en forkert diagnose. I andre borgerforløb afviser VISO formodninger om kognitive funktionsnedsættelser og henviser bl.a. til, at borgernes tilsyneladende kognitive udfordringer nok mere er udtryk for en bagvedliggende diagnose (fx på ADHD) eller kan tolkes som en konsekvens af borgerens liv og de skader, som kan følge med en meget risikobetonet livsstil med alkohol og andre rusmidler.

For det tredje gennemfører VISO nogle forløb, hvor borgernes fysiske, psykiske og sociale sundhed er så voldsomt udfordret, at det ikke kan lade sig gøre at gennemføre de relevante (og efterspurgte) udredninger. I disse tilfælde etablerer VISO teknisk set ingen ny viden, men leverer – primært på baggrund af møder med pårørende og/eller relevante fagprofessionelle – grundige beskrivelser af borgerne *og* deres problemstillinger. Herved lægger VISO alligevel op til nye metoder og samværsformer, som kan understøtte borgerne i deres hverdag uden at være decideret behandlende. Eksempelvis vurderer VISO, at en 48-årig mand, som ofte har været voldelig, har et relativt kaotisk "blandingsmisbrug" og vurderes til at være komplet "upålidelig" og "utroværdig", har brug for at få sat grænser af frontpersonalet på de institutioner, hvor borgeren opholder sig. VISO vurderer også – igen på baggrund af samtaler med pårørende og relevant personale – at borgeren er så invalideret, at han er berettiget til invalidepension.

I et andet eksempel konstaterer VISO om en 25-årig kvinde, at hun lever med "medfødte organiske skader" i hjernen, som forhindrer hendes muligheder for at agere "problemløsende". Derfor er det ifølge VISO afgørende for borgerens tilknytning til andre, at hun ikke stilles over for urealistiske forventninger og krav, hvilket hun ellers har oplevet igennem hele livet. Således lægger VISO med denne tredje type af "ny viden" typisk op til at anvende "skadesreducerende indsatser".

4 Fagprofessionelles viden og erfaringer med målgruppen

I det følgende præsenteres resultaterne af interview med de fagprofessionelle, som har til formål at give et indblik i deres viden og erfaringer med målgruppen og dens særlige problemstillinger. Resultatgennemgangen er opbygget omkring de centrale spørgsmål og tematikker, som har været styrende for interviewundersøgelsen.

Som beskrevet er der tale om to informantgrupper i interviewundersøgelsen: VISO-specialister og andre fagprofessionelle. I vid udstrækning har der været mange fællesnævnere og fælles synspunkter, tilgange og forståelser på tværs af de to informantgrupper i interviewene. For at undgå gentagelser har vi i fremstillingen valgt ikke at opdele interviewundersøgelsens resultater efter informantgrupper, men i stedet angivet pointerne samlet. Dog præsenterer vi eventuelle forskelle informanterne imellem i det omfang, som det giver mening. Interviewene med VISO-specialister har naturligt nok berettet mere specifikt om erfaringer og viden om VISO-forløb, som de andre fagprofessionelle qua deres position ikke har kunnet.

Målet for denne baggrundsrapport er dog heller ikke at bidrage med viden til andre VISO-specialister, men i stedet at tilvejebringe viden, som alle fagprofessionelle – herunder også VISO og specialister fra VISO, kan bruge til at kvalificere praksis, problemforståelser og tilgange til målgruppen.

Interviewundersøgelsens resultater indledes med overvejelser og refleksioner over begrebet målgruppe og dennes karakteristika. Dernæst beskrives de interviewedes erfaringer og oplevelser med udredning og centrale udfordringer og problematikker heri, anvendte udredningsmetoder og tilgange til målgruppen samt opmærksomhedspunkter og særlige faktorer i udredningsprocessen. Derudover beskrives behovet for en mere holistisk og helhedsorienteret tilgang til målgruppen og dennes problemstillinger fremadrettet. Kapitlet afrundes med en opsummering af kapitlets pointer.

4.1 Refleksioner over målgruppen og dets karakteristika

Både i det indledende opstartsmøde med interessenter og fagprofessionelle, før vidensprojektet gik i gang, internt i projektgruppen samt i forbindelse med de afholdte fokusgruppeinterview, er der opstået samtaler, overvejelser og diskussioner om, hvad der menes med begrebet 'målgruppe'. I dette projekt omtales og defineres målgruppen som voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger, men spørgsmålet, som rejste sig, er, om det så giver mening at tale om én målgruppe? Eller om der er så mange forskelle på tværs, at eventuelle ligheder er til at overse? Og hvad er det, som ifølge informanterne karakteriserer målgruppen?

Det pointeres i interviewene med VISO-specialister og andre fagprofessionelle, at man som velfærdsystem bør være yderst påpasselig med kassetænkning og med at "komme borgere i kasser" i forbindelse med diskussionen omkring termen 'målgruppe'. Samtidig peger informanterne i denne undersøgelse på, at projektets målgruppe netop er kendetegnet ved, at de dårligt passer ind i samfundets konstruerede kasser, idet disse kasser reelt ikke kan favne borgerne og deres komplekse problemstillinger.

Oplevelsen blandt de interviewede er for det første, at velfærdssystemet ikke vil have noget at gøre med dem, hvis de stikker ud af kassen eller på anden vis afviger, og hvis det endelig lykkes at få borgeren ind i en kasse, så kan professionelle slet ikke beskæftige sig med den del eller de dele, som ikke hører til inden for den pågældende kasse. Og så, lyder kritikken, bliver det snæver tænkning omkring symptomer uden at indtænke noget som helst vedrørende selve borgerens grundproblematik.

"*De ligner hinanden med kæmpe, kæmpe variation*" svarer en VISO-specialist til spørgsmålet om, hvad der karakteriserer målgruppen.

Det pointeres i interviewene, at det er meget vanskeligt at tale om én målgruppe, da der er stor forskel på borgernes problematikker. Det forekommer flere en smule kunstigt at tale om borgerne som en samlet gruppe, idet den både rummer piger fra 'pæne hjem', som har det svært og ryger for meget hash for at dulme følelserne, til den ældre hjemløse mand, som har svær psykisk sygdom og samtidig har flere rusmiddelproblemer.

Mennesker med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger er forskellige. Præcis som alle andre har de også en unik baggrund, men individuel historie – en fortid, de bærer rundt på, og en livsfortælling, som adskiller sig fra de andres. De har haft en forskellig barndom og opvækst, forskellige familiekonstellationer, relationer, uddannelses- og jobmuligheder, udfordringer og har været ude for forskellige ulykker, traumer og i det hele taget stødt på mange typer af udfordringer. Det pointeres i interviewene, at der som udtryk herfor kan være meget stor forskel på de indsatser, som man sætter i værk i forhold til, om man arbejder med én, der er funktionelt hjemløs og har et netværk omkring sig, eller en borger uden hjem, som "flakser" rundt på de forskellige herberg og svært kan rummes nogen som helst steder.

Et af de spørgsmål, som interviewundersøgelsen således også forsøger at belyse, er, hvad der kendetegner målgruppen og deres problemstillinger. På trods af at der er stor variation mellem borgerne og deres levede liv, så er der dog – ifølge interviewpersonerne – visse fællestræk og karakteristika, som går igen på tværs af borgerne i målgruppen. Overordnet set er der tale om borgere, som har nogle alment menneskelige trivselsproblemer.

På trods af variation er der ofte (men ikke altid) kendetegn, forhold og problemstillinger, som går igen. Informanterne nævnte på tværs af interviewene følgende karakteristika:

- Socialt belastede, fx grundet opvækst
- Psykisk sygdom, ofte ikke-diagnosticerede
- Misbrug/overforbrug af rusmidler, medicinpræparater og alkohol
- Dobbeltdiagnoser/dobbeltbelastede
- Medfødt hjerneskade
- Manglende udredning (fx psykiske udfordringer)
- Kognitivt udfordret
- Svage/afbrudte/komplicerede relationer/netværk
- ADHD
- Tilknytningsvanskeligheder
- Uden for arbejdsmarkedet
- Dårlig økonomi
- Oplevet traumer og overgreb (vold, seksuelle overgreb, omsorgssvigt)

- Oplevelse af mistillid til 'systemet' og til de professionelle i det
- Oplevelse af svigt og nederlag, fx i forbindelse med uddannelser, job og venskaber
- Ofte afbrudte forløb i behandlingsregi
- Kriminalitet.

Målgruppens karakteristika er således borgere i alle aldre, både mænd og kvinder, og en gruppe af dem er hjemløse eller i risiko for at blive det. Det er kendetegnende for denne målgruppe, at der er tale om mennesker, som ofte har haft en svær og problemfyldt opvækst, har problemstillinger såsom psykisk sygdom (ikke altid udredt og diagnosticeret), at de har eller er i risiko for et dårligt somatisk helbred, har tilknytningsvanskeligheder samt misbrug og/eller overforbrug af rusmidler. Derudover er målgruppen kendetegnet ved at have dårlig økonomi (ofte er de uden for arbejdsmarkedet) og et manglende socialt netværk. Mange har oplevet forskellige former for svigt, både i deres barndom og ungdom, og mange har følt sig svigtet af det system, som de mente skulle hjælpe dem, hvorfor repræsentanter fra systemet ofte mødes med mistro og mistillid.

Et typisk forløb for disse borgere er kendetegnet ved, at der ofte slet ikke er tale om deciderede "forløb". De interviewede er grundlæggende enige om, at det kan være svært at bruge ordet forløb, når det handler om mennesker, som både har psykiske vanskeligheder, misbrug og andre komplekse problemstillinger. Det påpeges i interviewene, at ordet 'forløb' kan lede tankerne hen på, at noget udvikler sig over tid, at der er tale om en sammenhængende række af hændelser, eller noget har en begyndelse og en afslutning. I denne henseende italesætter de interviewede netop, at det sjældent forholder sig sådan. Ofte går borgerne ind og ud af tilbud og indsatser, og der er på ingen måde tale om kontinuitet eller sammenhængende tilbud/indsatser målrettet den enkelte.

Ordet *kompleksitet* går måske ikke overraskende igen i samtlige interview. Der er ofte tale om meget komplicerede forhold og udfordringer, som indeholder flere af de oplistede problematikker samtidig og derfor ikke er relateret til én type af problemstilling. De typiske borgerforløb består derfor af flere problematikker samtidig, hvilket er med til at komplicere spørgsmålene om gode og virksomme metoder og indsatser over for denne målgruppe. Samtidig fordrer kompleksiteten samarbejde på tværs af velfærdsområderne og på flere organisatoriske niveauer mellem afdelinger, kommuner, regioner, forvaltninger og således mellem mange forskellige faggrupper og fagprofessionelle. En af de interviewede VISO-specialister udtaler:

> *Jeg synes, at mange, eller nærmest næsten de fleste af dem, jeg er truffet på, har nogle svære vanskeligheder i forhold til hele det relationelle, altså er ramt i forhold til opvækst og ramt i forhold til tilknytning, har tilknytningsvanskeligheder, der betyder, at alt det med overhovedet at gå i kontakt med sig selv er læderet (red. nedsat). Nogen har kognitive udfordringer, nogen er gået fra at have personlighedsforstyrrelser til, at det folder sig ud over tid og bliver til egentlige psykiatriske diagnoser, som måske i virkeligheden også er overbelastningsdiagnoser af et meget langt liv, hvor man bare bliver dårligere og dårligere, og det at ramme ind i et system, som ikke er i gear til at tage sig af en. (VISO-specialist)*

Erfaringerne fra de interviewede VISO-specialister er, at de borgere, som kommer i et VISO-forløb, generelt er endnu dårligere og har flere samtidige problematikker sammenlignet med andre borgere, som de møder i andet regi. En VISO-specialist forklarer:

Dem, vi møder i VISO, det er jo dem, der slet ikke har, hvad skal man sige, de penge og de ressourcer, så de rigtigt kan skjule det. Det er jo de dårligste af de dårlige, og det er jo alle aldersgrupper, jeg har jo folk ned til… ja, 21… hvor det er fuldstændig vildt massivt inklusive injektionsmisbrug og alt muligt, og så op til midt i 50'erne af begge køn. Men hvis man kan sige noget, der gælder sådan lidt generelt for den gruppe, så er det, at dem vi får ind i VISO, de kommer fra nogen af de mest dårligt fungerende sociale lag i samfundet. Der er tit, for langt de flestes tilfælde, at man kan følge det flere generationer tilbage, og flere gange på både mor og fars side. Så kommer der nogle ganske få ind over, som egentlig ikke har den baggrund, men der viser det sig så, når man undersøger det grundigt, at de fx kan være hjerneskadet på iltmangel ved fødslen eller en eller anden ulykke, som har gjort dem dårligere i stand til at kunne få det liv op at køre, som de egentlig drømmer om inderst inde. (VISO-specialist)

VISO-specialisterne taler i denne forbindelse om borgere i et VISO-forløb. Samtidig sætter de fokus på et andet tema, som blev omtalt og diskuteret i interviewene, nemlig borgernes alder, som beskrives i det følgende.

4.1.1 Aldersopdeling

Det fremhæves i interviewene med både VISO-specialister og fagprofessionelle, at det kan være givtigt at differentiere målgruppen på baggrund af alder. På trods af, at der er karakteristika, der går igen, og borgerforløb med specifikke problemstillinger, så kan underopdelte grupper på baggrund af borgernes alder være hensigtsmæssigt i et udredningsforløb. Det gør sig særligt gældende i forhold til misbrugsproblematikker, hvor det kan være hensigtsmæssigt at underopdele målgruppen efter alder. En af de interviewede fagprofessionelle forklarer:

Jeg ser en skarp kontrast herfra, hvor vi mest har fået 18-årige, der lige er blevet sluppet af institutionslivet, de er blevet myndige, så derfor er de klar til voksensystemet. Og så kommer de direkte på forsorgshjem, fordi man ikke lige har været opmærksom på årgangen blandet med en hærdet misbruger på 40'ende år på nålen. Det vi ser er, at det jo er meget menneskeligt og naturligt at søge fællesskaber, og det gør de altså også her. Og tit så er det fælles tredje for dem misbrug. Og det kan være, at den unge egentlig bare røg hash, men så lige pludselig før vi ved det, er det så, at den unge er i gang med kokain og prøver måske også kræfter med nålen. Så på den måde giver aldersopdeling i misbrugsregi rigtig god mening, fordi de når ikke at præge hinanden så meget i de fællesskaber, de etablerer. (Fagprofessionel fra forsorgstilbud)

Risiciene for at præge hinanden negativt vurderes større i misbrugsregi af de interviewede, som i deres daglige virke arbejder med området. Særligt er der en risiko ved at lade unge, som eksempelvis ryger hash, være sammen med ældre, mere hærdede misbrugere, da de unge kan blive interesserede i at afprøve andre euforiserende rusmidler. Fællesskabet omkring misbrug er tilstedeværende, og det handler i høj grad om at mindske, at de unge søger fællesskab med mennesker, som har et langvarigt misbrug.

4.1.2 Målgruppens ønsker, håb og drømme

I interviewene blev informanterne bedt om at sætte ord på, hvad det er for nogle ønsker, håb og drømme, som de oplever, at mennesker med psykiske vanskeligheder og komplekse sociale problemstillinger har for deres nuværende situation og i fremtiden. I samtlige interview blev det

italesat, at der er tale om ønsker, som er almene, og som langt de fleste mennesker har: at leve et godt liv og have det godt. En af de interviewede satte ord på borgernes ønsker og håb således:

> *Jeg har sgu ikke mødt nogen endnu, der ikke har et ønske om at have et godt liv, som ikke har et ønske om at vågne om morgenen og ikke være bekymret, som ikke har et ønske om at have noget, der mærkes meningsfuldt i deres tilværelse. Det er et kæmpe ønske, og jeg har ikke mødt nogen endnu, der ikke har det, det har jeg i hvert fald til gode. Og jeg har mødt rigtig mange mennesker, der ikke selv har det, der skal til for at kunne tilvejebringe det, og det man kommer med udefra er utilstrækkeligt, fordi vi kommer til at sætte ind nogle af de forkerte steder. (VISO-specialist)*

Ud over ønsker og drømme om at leve et godt liv uden misbrug, med tag over hovedet og have gode sociale relationer og et godt netværk har borgerne også nogle mere kortsigtede, basale og beskedne ønsker og behov til deres nuværende situation. Det kan eksempelvis være at få et måltid mad, en seng at sove i for natten eller et bad.

4.1.3 Udfordringer relateret til udredning

Et af formålene med vidensprojektet har været at få et indblik i VISO-specialister og andre fagprofessionelles egnede metoder, redskaber og tilgange til udredning af borgerne og deres problemstillinger. Derudover har hensigten været at belyse, hvad der kendetegner typiske forløb, og i den forbindelse faldt snakken i interviewene ofte på udredning og centrale udfordringer og problematikker heri. Samlet set peger informanterne i denne undersøgelse på centrale udfordringer, som er relateret til udredning:

Manglende udredning

Borgere, som ikke tidligere er blevet udredt, er en typisk og central udfordring, som informanterne i denne undersøgelse ofte støder på i deres daglige virke og i mødet med borgerne. Oplevelsen er, at mange af de udfordringer og problemstillinger, som borgeren har, aldrig er blevet ordentlig udredt. Det betyder konkret, at der eksempelvis skal iværksættes en neurologisk undersøgelse, en psykiatrisk udredning for at klarlægge, hvilke problemstillinger borgeren har, eller om vedkommende skal udredes yderligere et andet sted. Manglende udredning betyder en øget risiko for, at borgeren ikke har fået den hjælp og støtte, som har været nødvendig for deres udvikling og almene tilstand. I et af interviewene taler informanterne om, hvordan borgere oplever at blive bedt om at lavet en udredning af eksempelvis deres kognitive kapacitet. Der er bred enighed om, at langt de fleste borgere tager positivt imod en sådan udredning, da mange af borgerne igennem mange år har følt sig anderledes og haft flere udfordringer såsom at begå sig socialt mv., som ikke er blevet støttet optimalt. En informant tilføjer:

> *Jeg synes, at de er meget interesserede i at finde ud af, hvad der er op og ned her, og mange af dem kommer ind til vores psykiater, som siger, at "du har simpelthen ADHD", så skuldrene falder helt ned: "Så kan jeg bedre forstå det her, nu giver tingene da mening". (Fagprofessionel fra døgninstitution).*

Informanterne peger således på, at mange i målgruppen igennem mange år har gået med uopdagede udfordringer og lidelser såsom psykisk sygdom, ADHD og/eller kognitiv funktionsnedsættelse, som først bliver opdaget og udredt sent i deres liv. Konsekvenserne er bl.a., at mange har følt sig forkerte, anderledes og misforståede igennem deres opvækst og deres voksenliv, og samtidig kan der være iværksat adskillige forløb eller indsatser, som ikke har målrettet de centrale problematikker.

Ikke alle borgere er indstillet på at lade sig udrede. Der er kan være mange grunde hertil, bl.a. frygten for at se noget i øjnene; det kan være svært at erkende og acceptere en eventuel diagnose, eller det kan være udfordrende at skabe ro og plads til, at udredningen kan finde sted. Et konkret eksempel, som blev italesat i et af interviewene med andre fagspecialister, er en ung mand, som ikke er blevet udredt, til trods for at det tyder på, at han har mange forskelligartede problemstillinger. Han har opholdt sig på samtlige forsorgshjem i Jylland, men han er rastløs og skifter det ene forsorgshjem ud med det næste. Han opholder sig derfor kun kortvarigt de enkelte steder, og ifølge informanterne er det svært at igangsætte en ordentlig og systematisk udredning.

Det pointeres i interviewene, at en systematisk udredning af en borger ikke er ensbetydende med omgående succes eller øjeblikkeligt positive ændringer, men det betragtes som et meget vigtigt grundlag for at iværksætte nogle konkrete tiltag målrettet borgeren og borgerens problemstillinger. En informant tilføjer:

> *Hvis man får en ordentlig udredning af en borger, så kan man i hvert fald få en eller anden plan for, hvad man skal søsætte allerførst. Hvad er det, som er det vigtigste, der bliver søsat nu for, at du kan få et godt liv og en god tilværelse? Altså, nu ham, der lige har været i gang med et forløb, der er jo – jeg ved ikke, hvor mange løse ender der er, men når der så kommer en beskrivelse af ham, og hvilke behov han har, så kan man da begynde at tage fat og snakke med ham om, hvad er nu vigtigst af de her ting. Vi kan ikke have fokus på det hele, men hvad er det lige af de her ting, som er det vigtigste, og som vi skal tage fat på. (Fagprofessionel på døgninstitution)*

Tidlig udredning er alfa og omega

Det påpeges i både interview med VISO-specialister og interview med andre fagprofessionelle, at tidlig udredning af en borger er altafgørende for at igangsætte forebyggende strategier og indsatser, således at borgeren kan få et godt og meningsfyldt liv. Det vurderes af de interviewede, at der i mange af sagerne – både i VISO-forløb og andre sager – har været en for sen udredning af borgerne, som kan have medført alvorlige konsekvenser for den enkelte.

> *Jeg kan jo sidde i de fleste sager med en 45-årig borger og sige: "Det her, det kunne vi have fundet ud af i vuggestuen, i børnehaven eller senest i de første klasser i skolen". (VISO-specialist)*

Vurderingen fra flere interviewede lyder på, at man ofte kan genfinde borgerens problematikker tilbage i opvæksten eller i skoletiden, hvor man burde have sat tidligere ind, således at borgeren havde fået den rette støtte og hjælp. Investering i tidlig udredning er ifølge de interviewede en vigtigt parameter for at forebygge eventuelle følgediagnoser, nedsætte risikoen for udvikling af andre problemstillinger og sikre borgeren et godt liv.

Systematisk helhedsorienteret udredning

Udfordringen er at gennemføre en systematisk udredning, som kan være med til at samle trådene og skabe det nødvendige overblik over borgeren, dennes ønsker og behov samt udfordringer.

Oplevelsen blandt de interviewede er, at der mangler systematik, sammenhæng og samarbejde i relation til at udføre den gode, grundige og systematiske udredning af en borger. Der kan ind imellem være en oplevelse af, at problemet med udredning er, at der mangler en helhedsforståelse. Det kan være vanskeligt at skabe et helhedsbillede af borgeren og dennes komplekse problemstillinger, da det gribes an og betragtes fra forskellige vinkler i velfærdssystemet. En VISO-specialist forklarer:

Hvis du er inde i psykiatrien, så får du primært en psykiatrisk, og så bliver det helt sjusk med det kognitive, som er kæmpe vigtigt i forhold til det pædagogiske. Og hvis borgeren ryger ind i nogle andre steder, så får vi sådan en børne-neuropsykologisk undersøgelse, hvor det psykiatriske bliver underoplyst. Hvis vi snakker helhedsforståelse, så er vi også nødt til, at det afspejles i de metoder, som vi bruger til at undersøge folk. (VISO-specialist).

4.2 Anvendte udredningsmetoder og tilgange til målgruppen

Under interviewene blev VISO-specialister og andre fagprofessionelle bedt om at sætte ord på, hvilke metoder, redskaber og tilgange de anvender i deres arbejde i forhold til udredning af målgruppens problematikker og problemstillinger. Spørgsmålet gav anledning til gode diskussioner og refleksioner, idet nogle af de interviewede fortalte om konkrete metoder og redskaber, som de anvendte i deres daglige arbejde, mens andre pointerede, at det ikke handlede om specifikke metoder, men derimod menneskesyn, grundforståelser og at møde borgeren i øjenhøjde og søge at sætte sig ind i dennes behov og ønsker.

De interviewede italesatte således en række forskellige screenings- og diagnosticeringsrettede redskaber samt andre, bredere tilgange, som de benytter i deres daglige arbejde. Udfordringen med flere forskellige udredningsmetoder og tilgange til at arbejde med målgruppen kan være, at man i det daglige arbejde som fagprofessionel ikke har noget fælles standpunkt eller en referenceramme med sine andre kolleger på området. En fagprofessionel på misbrugsområdet forklarer således:

Jamen, jeg vil sige, at noget af det, som kendetegner vores klinik – vores redskaber og tilgange – som var det, du spurgte til før, det er, at vi ikke har noget fælles. Vi har alle sammen måske et eller andet med fra tidligere, og jeg synes faktisk lidt, at det er et problem, at vi ikke har et fælles fodslag, fordi det – man bliver hjulpet lidt forskelligt alt efter, hvilken behandler man kommer til, og vi plukker lidt… Vi har alle sammen uddannelse i PSE, som er spørgsmål, man stiller for at se, om man opfylder ESDT-kriterierne, og det er jo diagnostisk. Så er der nogle af os, som har uddannelse i DIVA, hvor vi kan udrede for ADHD, men ellers er det forskelligt. Jeg arbejder meget ud fra en socialkonstruktivistisk tilgang, som jeg mener er anerkendende, og jeg kan godt lide ordet anerkendende og siger tit, at "du har jo gjort det bedste du kunne med de forudsætninger, som du har haft" (…) Jeg er også uddannet i den motiverende samtale, som jeg bruger rigtig meget, men igen – det er jeg den eneste, der har, de andre har noget andet, og så plukker de lidt i det. Og det synes jeg er lidt et problem, at der ikke er ens tilgang. (Fagprofessionel på misbrugsområdet)

Som det bliver beskrevet, kan en af udfordringerne være, at der er forskelle i den behandling og udredning, som borgerne tilbydes af de fagprofessionelle, idet der anvendes forskellige udredningsmetoder og tilgange blandt de professionelle. For andre handler det ikke om, hvilken konkret metode der anvendes, eller hvorvidt det arbejde, man udfører, hedder noget bestemt. I interviewene drøftes det, at man ikke skal gøre tingene mere avancerede og besværlige, end det behøver at være for at hjælpe og støtte andre mennesker. Nogle gange gør man noget for at hjælpe borgeren uden at tænke over, at det er en decideret metode eller en bestemt tilgang. En af de interviewede udtaler i denne forbindelse:

Nogen gange så hører jeg, at der bliver kørt sådan nogle metoder ud over det her felt med "motivational interviewing (MI)" og sådan noget, som i og for sig er fantastisk, men det er jo 500 kilometer væk fra de her mennesker. De får ikke noget ud af det, og det er også alt for svært for medarbejderne at lære (…) Hold nu op med alle de der vilde metoder, det har aldrig duet. Det er nogle meget mere enkle håndværk og metoder, det er så konkret, men det er tænkningen, og så er det det her med, at det ikke bliver systematiseret (…). At vi komplicerer tingene helt ud over alle grænser, når det eneste folk har brug for, er noget meget enkelt. Problemet er vores komplekse tænkning og vores stive tænkning. (VISO-specialist)

De interviewede VISO-specialister og andre fagprofessionelle nævner eksempler på, hvilke redskaber, metoder og/eller tilgange de finder særligt gode og anvendelige i det daglige, og hvilke erfaringer de har med dem. Det skal bemærkes, at det – grundet ovenstående beskrivelse – netop er forskelligt fra interviewperson til interviewperson.

- Anamnese og **anamnestisk spørgeguide:** Nogle systematiserede og standardiserede grundmetoder eller skabeloner for, hvad det er, man skal have indhentet af anamnestiske oplysninger for hvem og hvordan.
- Grundig **neuropsykologisk udredning,** sådan at man har ordentlig forudsætning for at tage stilling til, hvad det er, at borgeren har brug for af støtte og hjælp.
- De **alment menneskelige faktorer** handler om at inkludere borgerens ønsker og interesser i en udredningsproces samt møde borgeren i øjenhøjde.
- Finde inspiration i **"Mental ABC"** fra Statens Institut for Folkesundhed for at opnå en grundforståelse.
- **Pædagogisk udredning,** hvor der fokuseres på borgerens hverdag, og hvilke typer af hjælp der tilbydes borgeren, og hvordan det matcher med den viden, der allerede er tilgængelig om borgerens funktionsniveau.
- En **miljøterapeutisk tilgang,** hvor der arbejdes team-orienteret, og hvor borgeren på eksempelvis et forsorgstilbud deltager i teamet på lige fod med de ansatte og således har daglige opgaver som fx rengøring. Der arbejdes med **miljømanualer,** således at beboerne kan se, hvad det er, de skal gøre, som bidrager til at skabe struktur.
- **Anerkendende tilgang:** Anerkende, at borgeren gør det bedste med de forudsætninger, borgeren har.

4.3 Opmærksomhedspunkter og vigtige faktorer i udredningsprocessen

På tværs af interviewene peger VISO-specialister og andre fagprofessionelle på forskellige faktorer, som er afgørende, når man tilbyder sociale indsatser og behandlinger til mennesker med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger. I denne sammenhæng giver de interviewede forskellige bud på væsentlige opmærksomhedspunkter for at opnå et bedre kendskab til og forståelse for borgernes komplekse forhold, herunder særlige faktorer og udfordringer, som man med fordel kan have for øje. Dette viser sig på forskellige niveauer – det individuelle, det relationelle og det organisatoriske niveau – som er blevet identificeret på tværs af interviewene.

4.3.1 Det individuelle niveau

Et væsentligt opmærksomhedspunkt, når VISO-specialister og andre fagprofessionelle arbejder med målgruppen, er, at indsatser, behandlinger og tilbud skal være tilrettelagt efter borgeren og ikke omvendt. Det skal således ikke være borgeren, som skal ´passe ind´ eller tilpasse sig til et specifikt tilbud eller indsats, men derimod skal indsatsen eller tilbuddet så vidt muligt være individuelt tilrettelagt efter borgerens problemstillinger, individuelle behov og hensyn. Det italesættes som særligt vigtigt på tværs af interviewene, at man som fagprofessionel og system i øvrigt møder borgeren i øjenhøjde med en god portion tålmodighed, at man er nærværende, har oprigtig interesse, empati og anerkendelse af borgeren og den livssituation, som borgeren befinder sig i.

Derudover handler det i høj grad om at finde frem til mennesket bag de psykiske vanskeligheder, misbrug og øvrige komplekse problemstillinger. Hvad er det, borgeren finder glæde ved? Hvilke interesser havde borgeren, før eksempelvis hjemløshed eller sit store misbrug? Det er spørgsmål, som VISO-specialister og andre fagprofessionelle italesætter under interviewene som særligt relevante at afdække i samarbejde med borgeren. Er det muligt at finde frem til meningsfulde opgaver eller få et meningsfyldt ansvar, som borgeren kan se sig selv i, kan man allerede være et godt skridt på vejen. En af de interviewede forklarer: *"Det er min oplevelse, at jo længere man kommer væk fra de her menneskers virkelighed i sit arbejde, jo mere upræcis bliver man i forhold til det, man foreslår, og den måde, man tænker om det på, den bliver tit meget upræcis og fordomsfuld i virkeligheden"*. Det handler derfor om – så vidt det er muligt – at bringe borgerens egne erfaringer i spil i forhold til interesser, skabe de nødvendige rammer for, at det kan ske, og samtidig forholde sig til den virkelig, som borgeren har i øjeblikket. I denne forbindelse nævner en VISO-specialist et konkret eksempel i interviewene. VISO-specialisten fortæller om en borger, som efter behandling for sit misbrug kom clean tilbage på den institution, hvor han boede. Borgeren havde tidligere været udadreagerende og voldelig, og det handlede nu om for personalet at holde borgeren stoffri. Borgeren havde det efterfølgende dårligt og var meget sengeliggende med angstlignende symptomer. Efter grundig udredning viste det sig, at borgeren havde nedsat kognitiv funktionsevne og havde svært ved at udføre de mere komplekse arbejdsopgaver, som han oprindelig var blevet sat til. Gennem dialog fandt borgeren og VISO-specialisten frem til de opgaver, som borgeren kunne tackle, og det lykkedes at organisere og tilrettelægge arbejdet således, at det var et meningsfyldt arbejde for borgeren. Ifølge en af de interviewede kan man betragte det således:

> *Misbrugsproblemet forsvinder, når vi faciliterer de alment menneskelige faktorer, og det er dem, vi hele tiden overser. Så snakker vi hele tiden om deres misbrug, og de bliver sgu da ikke bedre af det. Vi skal hjælpe dem ved at undersøge dem og tage dem alvorligt som almindelige mennesker. Det helbredende, det er at tage udgangspunkt i det fælles menneskelige – det man forskningsmæssigt ved, skal til for en basal mental sundhed: gøre noget aktivt, gøre noget sammen med nogen og gøre noget meningsfuldt.*

Kombinationen af fagprofessionelles faglige viden og kunnen samt faktorer som det alment menneskelige aspekt bliver af de interviewede betragtet som væsentlige opmærksomhedspunkter i forbindelse med udredning. Det kan dog ikke stå alene. Betydningen af gode relationer og i særdeleshed tillidsfulde relationer er også vigtige faktorer i denne henseende.

4.3.2 Det relationelle niveau

Der er særlige opmærksomhedspunkter, man bør have for øje, når man arbejder med udredning og tilrettelægger indsatser til målgruppen. Et af disse er anerkendelse af betydningen af relationer i tilgangen til socialfagligt arbejde. Opbygning af tillid er afgørende for gode relationer mellem borger og fagprofessionel. Det påpeges i interviewene, at det tager tid at etablere en tillidsfuld relation til en borger, og langt hen ad vejen er tillid noget, som man skal gøre sig fortjent til. Tillid tager tid. En barriere for, at opbygning af tillid mellem borger og fagprofessionel er – ud over tilstrækkelig med tid, at borgerne har dårlige erfaringer med sig i bagagen. Som beskrevet tidligere vedrørende målgruppens karakteristika har mange borgere oplevet svigt i relationer til både primære omsorgspersoner og fagprofessionelle tilknyttet systemet. Det at opbygge en tillidsfuld relation beror derfor på tålmodig og tid.

Overordnet set er relationsdannelse et vigtigt emne i de gennemførte interview i forhold til VISO-specialisters og andre fagprofessionelles tilgang til arbejdet med målgruppen. Det handler grundlæggende om, at for at få et andet menneske til at trives, skal man have en relation for at opnå en fælles forståelse. Mange i målgruppen har brug for at gøre noget aktivt, noget meningsfyldt og føle, de bidrager til fællesskabet, men det skal være struktureret, planlagt og organiseret af andre end dem selv.

Et yderligere opmærksomhedspunkt på det relationelle niveau handler om opbygningen af netværk. Det bliver i talesat af en fagprofessionel i et af interviewene, at det kan være gavnligt at hjælpe borgeren med at etablere og sammensætte sit eget netværk. Ofte har borgerne brudte og komplicerede relationer til familien, og for nogle borgere er deres eneste netværk eksempelvis andre i misbrugsmiljøet. En af de interviewede fagprofessionelle fortæller, at de har en åben dialog og netværksorienteret tilgang, hvor borgeren på det pågældende bo- og rehabiliteringstilbud selv vælger, hvem af de fagprofessionelle og hvem fra deres nære netværk de vil have med ind i samarbejdet omkring indsatsen. Den fagprofessionelle fortæller, at de tager udgangspunkt i, at alles perspektiver er lige vigtige, og der er således ikke en hierarkisk opdeling i, at faglige perspektiver er vigtigere end borgerens perspektiver. Formålet med etableringen af et selvvalgt netværk bestående af professionelle og nære er til faglig sparring, faglige perspektiver, og samtidig vigtigheden i at forstå borgeren og dennes livsverden.

4.3.3 Det organisatoriske niveau

Samarbejde på tværs af velfærdsområder og faggrupper, strukturer, ressourcer og organisatoriske rammer kan alle være udfordrerende og skabe barrierer, når fagprofessionelle arbejder med og tilrettelægger indsatser til borgere med komplekse problemstillinger. I det følgende sættes fokus på barrierer i overgange og tværdagligt samarbejde, men også på det samarbejde der fungerer, og de muligheder der er i et tværfagligt samarbejde, samt hvad der skal til, for at det lykkedes at skabe gode organisatoriske rammer for samarbejde.

Kendetegnede for de interviewede er, at de generelt set samarbejder med mange forskellige instanser i deres daglige arbejde med og omkring målgruppen. Mange af de interviewede VISO-specialister og fagprofessionelle har generelt en stor berøringsflade med andre fagprofessionelle fra en lang række velfærdsområder, som bliver involveret i de enkelte sagsforløb i forhold til at tilrettelægge indsatser og yde andre former for støtte til borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger.

Dér, hvor samarbejde fungerer godt, og hvor de interviewede fagprofessionelle giver eksempler på, at samarbejde på tværs af faggrupper og organisationer i høj grad er lykkedes, er i de

situationer, hvor man inviterer fagprofessionelle fra andre velfærdsområder ind omkring borgeren. Et konkret eksempel fra interviewene med andre fagprofessionelle er et tilbud til hjemløse, som får fast besøg i huset af deres kommunale samarbejdspartnere et par timer 2 dage om ugen. Det kan også være nødvendigt for tilbuddet til hjemløse at inddrage andre samarbejdspartnere, eksempelvis Center for Menneskehandel, Politiet, Dansk Flygtningehjælp, Dansk Blindesamfund eller andre samarbejdspartnere. Det afhænger af den konkrete borger, og hvilke udfordringer eller ønsker og behov den pågældende borger har. Et andet eksempel fra fokusgruppeinterviewene er et tilbud på socialområdet, der et samarbejde med nogle akutsygeplejersker, som det pågældende sted kan ringe til, når de har borgere, som ikke vil eller kan komme til egen læge. I de situationer rykker akutsygeplejerskerne ud og hjælper borgeren på stedet og på borgerens præmisser og vilkår. Et tredje eksempel fra interviewene er et socialt tilbud, som samarbejder med en psykiater, der kommer fast i huset én dag om ugen. Her kan de ansatte booke borgere ind til samtaler med psykiateren, hvilket giver mulighed for at stille diagnoser og udskrive medicin, som ifølge den interviewede fagprofessionelle er en klar fordel for borgerne, som får den nødvendige hjælp og støtte. Et sådant samarbejde med en psykiater har, ifølge en anden interviewet fagprofessionel på socialområdet, også været tilfældet på et andet socialt tilbud, som desværre blev afsluttet grundet besparelser på området til stor ærgrelse for de ansatte.

I interviewene bliver især samarbejdet med psykiatriområdet italesat, idet psykiatrien overordnet opleves som et område, som er presset på manglende tid, for få ressourcer og for få sengepladser. Det har betydning for det samarbejde, som de interviewede i denne undersøgelse oplever at have med psykiatrien. Derudover kan det opleves som særligt udfordrende, når psykiatrien er tilknyttet regionen, og det udførende led og dem, som har den daglige kontakt til borgeren, er tilkoblet kommunen.

Der kan være en række barrierer og udfordringer forbundet med tværsektorielt samarbejde på tværs af faggrupper. Disse udforinger i et samarbejde og muligheden for at etablere solide og gode organisatoriske rammer om samarbejde er blevet italesat under interviewene. De er som følger:

- **Lokal nærhed:** Det fremmer tværfagligt samarbejde, når der er fysisk lokal nærhed mellem forskellige instanser og fagprofessionelle. Et konkret eksempel fra interviewene er en fagprofessionel på socialområdet, som til daglig arbejder på et botilbud, og hvor nærmeste nabo er regionens psykiater. Ifølge den interviewede har den fysiske nærhed betydning for deres samarbejde. Den fagprofessionelle forklarer: *"Det gør det nemt og solidt i den enkelte borgeres tilfælde. Hvis borgeren ønsker, at begge bliver inddraget helt lokalt i forhold til løsninger af fejlmedicinering eller blive indstillet til et ophold et eller andet sted, jo tættere vi er på hinanden, jo nemmere er det. (…) Jo tættere vi er på de samarbejdspartnere, vi har, jo nemmere bliver det, og jo tryggere bliver det også for borgeren. (…) Vi er jo kommune og region, men det fungerer, når vi er trygge ved hinanden og hinandens råderum, og borgeren profiterer af det".* Det kan være svært at skabe et solidt og godt samarbejde, hvis parterne ikke er tæt på hinanden rent fysisk. Derudover har det også stor betydning, at der er et personligt kendskab til hinanden og hinandens faglige råderum blandt de fagprofessionelle.
- **Personligt kendskab:** Netop det personlige kendskab mellem fagprofessionelle bliver italesat i samtlige interview som afgørende for at skabe gode forløb med og omkring en borger. Et personligt kendskab fagprofessionelle imellem øger muligheden for at forstå hinandens motiver og årsager til, hvorfor man som fagprofessionel træffer visse valg.

En af de interviewede fagprofessionelle forklarer således: *"Jo tættere jeg er på psykiateren og sygeplejersken, jo nemmere er det også at forstå hinandens bevæggrunde og ikke udefra: 'Nej, du bruger den metode?', men man er tæt på hinanden og tryg i hinandens faglige råderum". (Fagprofessionel på rusmiddelområdet).* Når der ikke er tale om et personligt kendskab til hinanden, kan barrieren bestå af, at det kan opleves, som om at *"jeg er repræsentant for ét og du for noget andet, så der skal ikke så meget til, før det der supersolide samarbejde bliver udfordret, og borgeren profiterer ikke af det*", udtaler samme fagprofessionelle.

Det er nødvendigt for et godt samarbejde, at det professionelle netværk omkring en borger ved, hvem hinanden er, kan sætte navn og ansigt på hinanden og kender hinandens faglighed, ansvarsområde og råderum. Det gensidige kendskab fordrer forståelse:

Når vi sidder og drøfter borgerne med hver vores faglighed, så ved vi fra gang til gang, at hvis jeg skal vide noget om botilbud, så skal jeg spørge hende, og hvis jeg skal vide noget om misbrug, skal jeg spørge hende, og jeg bliver ringet op; jeg har lige brug for at sparre med dig i forhold til denne her sag, hvad tænker du, skal de henvises til jer? Eller en privatpraksis? Eller psykiater? Og jeg kan ringe eller skrive til en anden samarbejdspartner med: "Jeg har behov for lige at drøfte, hvor går jeg hen, hvis jeg har behov for sådan og sådan", og så går tingene meget lettere i stedet for, at man skal gå den helt rigtige officielle vej, fordi den kan være rigtig lang i systemet. (Fagprofessionelle på rusmiddel- og psykiatriområdet)

- **"Silo-tænkning":** Ikke overraskende nævnes silo- og kassetænkning, når det handler om barrierer i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. På trods af samarbejdsvillighed og koordinerende indsatsmøder og planer har det ind imellem spredt effekt, som ikke er til borgerens bedste. Det er nødvendigt at samarbejde på tværs af organisationer for at hjælpe de borgere, der har komplekse somatiske, sociale og psykiatriske problemstillinger og udfordringer. En VISO-specialist forklarer således:

  Det kræver jo, at vores organisation også er parat til arbejde mere på tværs af kasserne, end de måske har været hidtil. Jeg synes, at de tanker er oppe, men vi mangler tit det dér ekstra. Vi gør det en lille smule, men det er, som om vi gør det ikke sådan helhjertet. Lige nu har jeg en leder, som er blevet leder over både specialvejledning, rusmiddelsrådgivning og myndighed, og når man sammenkører det lidt, så kan det måske give flere muligheder for egentlig at kunne lave nogle setups, som er anderledes, og som går mere på tværs. (VISO-specialist)

  På trods af mange gode eksempler på, at samarbejde mellem forskellige fagprofessionelle og tværsektorielt samarbejde fungerer godt, er der også eksempler på det modsatte, som særligt knytter an til kasse- og silotænkning.

- **Ansvarliggørelse af borgerne:** Et komplekst forløb involverer ofte mange instanser og fagprofessionelle, og det kan ind imellem være svært for borgeren at finde rundt og navigere i systemet. En fagprofessionel på socialområdet forklarer, at *"… tit er det noget med, at vi lige skal holde dem i hånden og lige guide dem og finde de rigtige personer og prøve at hjælpe dem igennem et system, som er lidt svært for dem at finde rundt i"*. Ud over at det kan være svært for borgeren at finde rundt i aftaler, forskellige fagprofessionelle og instanser, kan udfordringen være, at det er borgeren, som bliver ansvarlig for eget forløb

og for at videregive informationer. Når borgeren bliver bærer af oplysninger mellem fagprofessionelle og forskellige instanser, bliver borgeren ansvarlig for eget ofte komplekse forløb, hvilket flere interviewede ikke finder hensigtsmæssigt.

- **Manglende overblik over tilbud:** Som tidligere nævnt i målgruppebeskrivelsen er der ofte tale om komplekse forløb, som består af en lang række forskelligartede udfordringer og problematikker, som kan være relateret til misbrug, psykiske vanskeligheder og/eller sociale problemstillinger. Derudover er der aldrig to forløb eller to borgere, som er ens. Dette kan gøre det vanskeligt, når fagprofessionelle skal danne sig et overblik over, hvilke tilbud eller muligheder som er det rigtige til den pågældende borger og dennes problematikker, ønsker og behov. En fagprofessionel på socialområdet forklarer således:

  Det der med, at man gang på gang skal opfinde den dybe tallerken, fordi der går lang tid imellem, at man står med de samme problematikker. De har bare så mange forskellige problemer, og så er det sådan: "Åh, nu kommer der én, det problem har vi da set før, hvad var det vi gjorde dengang". Jeg synes, jeg mangler overblik over, hvad er det for nogle tilbud, og hvem kan man bruge og sådan noget. Det synes jeg kan være svært. Det der med at få et overblik over, hvem er der egentlig, altså alle de forskellige aktører, der er, ik´. (…) Man skal ligesom selv finde frem til de ressourcer, der er, og det kræver en kreativitet og noget overskud også at kunne tænke ud over de samarbejdspartnere, man normalt bruger. Selvfølgelig, har vi også en lille liste, men nogle gange så finder vi ud af, nå da, der er også et sted her, der egentlig vil være mega godt, men det har vi aldrig hørt om før. (…) Vi skal være opsøgende, og det er ikke bare så let at finde på nettet under "værested hjemløse", så dukker alt ikke nødvendigvis op. Ja, det kan godt være svært at finde den information, man skal bruge. (Fagprofessionel på socialområdet).

4.3.4 Holistisk perspektiv og helhedsorienteret tilgang

Stofmisbrug, psykiatri, hjemløshed, ensomhed mv. er alle enkeltstående områder, som de interviewede peger på, at der findes meget videnskabelig basereret viden omkring. Når vi spørger de interviewede, hvad de mangler af viden om målgruppen eller målgruppens problemstillinger for at hjælpe bedst muligt i deres daglige virke, er svaret, at der som sådan ikke mangler viden. Der er sådan set masser af viden om enkeltstående indsatser. De interviewede i denne undersøgelse peger i stedet på, at den viden, der er, er fragmenteret, hvilket besværliggør at tilrettelægge en samlet indsats til målgruppen. Som beskrevet tidligere er det netop en målgruppe, hvis problematikker ofte betegnes som komplekse, i og med at der ofte er tale om både psykiske vanskeligheder, misbrug og andre sociale problemstillinger på én og samme tid. Grundlæggende er det, der mangler, viden som går på tværs og samler kompleksiteten og skaber en helhed. En VISO-specialist forklarer:

> *Hvis vi snakker helhedsforståelse, så er vi også nødt til, at det afspejles i de metoder, som vi bruger til at undersøge folk. Man er nødt til at have nogle standarder – man kan sagtens udvikle nogle standardbatterier, der kombinerer den kognitive grundudredning med en psykiatrisk udredning og en psykologisk. (VISO-specialist).*

Der efterspørges en højere grad af koordinerede og samtidige indsatser, som samler de enkeltstående indsatsers viden, metoder, redskaber og tilgange. Især behovet for multimodale indsatser er centrale i forhold til udredning og screening af målgruppen og dets komplekse problemstillinger. Eksempelvis har forsøg på assertive indsatser til borgere med komplekse problemstillinger (*Assertive Community Treatment*) bl.a. i Norge konstateret en relativ stor positiv effekt både på borgernes levekår og trivsel og på borgernes behov for støtte og hjælp,

men disse indsatser er relativt dyre (på kort sigt) og fordrer et relativt veludbygget og ikke mindst velfungerende samarbejde på tværs af sektorer og faglige profiler (se også Bakke & Strand, 2018; Benjaminsen et al., 2017). FACT, som er en udvikling af den modificerede version af ACT-metoden, der kombinerer den intensive teambaserede opfølgning fra ACT med egentlig case management og beskrives i næste kapitel, er et blandt flere eksempler på en sådan type indsats.

4.4 Opsummering

Opsummerende peger interviewundersøgelsen med VISO-specialister og andre fagprofessionelle på, at målgruppen, som er voksne borgere med misbrug og psykiske vanskeligheder, er en kompleks gruppe med komplekse problemstillinger. Det pointeres, at det kan være vanskeligt at tale om én gruppe på grund af borgernes mange forskelligartede problemstillinger. På trods af variationen er der dog kendetegn, forhold og problemstillinger, som går igen i de mange borgerforløb såsom psykiske vanskeligheder (ofte ikke-diagnosticerede), misbrug/overforbrug, manglende udredning, kognitivt udfordrede, svage/afbrudte/komplicerede relationer/netværk, ADHD, tilknytningsvanskeligheder, uden for arbejdsmarkedet, dårlig økonomi, oplevede traumer og overgreb (vold, seksuelle overgreb, omsorgssvig), mistillid til 'systemet' og til de professionelle, kriminalitet, afbrudte forløb og oplevelse af svigt mv. Differentiering af målgruppen på baggrund af alder kan være hensigtsmæssigt i et udrednings- og behandlingsforløb grundet risiciene for, at borgerne præger hinanden negativt i misbrugssammenhænge.

Manglende udredning af borgere er ofte noget, de interviewede støder på i mødet med borgerne. Manglende udredning betyder en øget risiko for, at borgere ikke har fået den rette fornødne hjælp og støtte. Tidlig udredning er afgørende for at igangsætte forebyggende strategier og indsatser, således at borgerne får optimal støtte. I mange borgersager er det de interviewedes oplevelse, at der med fordel kunne være foretaget udredning af borgeren langt tidligere, end det har været tilfældet. Der efterspørges en højere grad af systematisk helhedsorienteret udredning af borgerne.

De interviewede anvender en lang række af udredningsmetoder og tilgange til arbejdet med målgruppen. Grundet de mange forskelligartede metoder, redskaber og tilgange kan udfordringen være, at der ikke er en fælles referenceramme, og et udredningsforløb kan derfor være afhængig af den aktuelle behandler. Derudover bliver det italesat i interviewene, at ikke alle anvender specifikke metoder og tilgange i deres arbejde. Det handler i stedet om at møde borgerne i øjenhøjde, være nærværende og lytte.

Der omtales flere opmærksomhedspunkter og vigtige faktorer i udredningsprocesser, som er afgørende, når der tilbydes sociale indsatser og behandlinger til og af målgruppen. På det individuelle niveau pointeres det, at tilbuddet eller indsatsen skal være tilrettelagt og tilpasset borgeren, og det således ikke er borgeren, der skal tilpasses til indsatsen. Derudover er det afgørende for de professionelle at møde borgeren i øjenhøjde, være tålmodig, nærværende, empatisk og anerkendende. Det er vigtigt at finde frem til mennesket bag de psykiske vanskeligheder og misbruget og facilitere de alment menneskelige faktorer. På det relationelle niveau påpeges etablering og opbygning af tillid mellem borgere og professionelle som af væsentlig betydning, når der arbejdes med udredning og tilrettelæggelse af indsatser. Etablering af tillidsfulde relationer er afgørende, men det pointeres, at det kræver tid og nærvær. I interviewene omtales også betydningen af at hjælpe borgeren med at etablere og opbygge gode netværk, som består af både pårørende og professionelle, som borgeren selv vælger, med henblik på

faglig sparing og vigtigheden i at forstå borgeren og dennes perspektiver. På det organisatoriske niveau italesættes, at tværsektorielt og tværfagligt samarbejde kan være vanskeligt, men at det ofte fungerer godt, når man samler de professionelle, der er omkring en borger ved samme bord. Det, der ofte er med til at skabe barrierer og udfordringer i samarbejdet omkring en borger, er, når der ikke er lokal nærhed mellem de professionelle, mangel på personligt kendskab mellem professionelle, silotænkning, når borgeren ansvarliggøres for at bære oplysninger mellem sektorer og professionelle samt mangel på overblik over relevante tilbud og indsatser, som borgeren kunne drage fordel af.

Udredning – eller manglende udredninger – af borgernes psykiske problemstillinger fremstår således som et centralt element for de fagprofessionelle. I det kapitel 5 fokuserer vi primært på udredningsværktøjer, som har potentiale til at kunne inkorporeres i en dansk behandlingskontekst og via VISO's specialister til at kunne finde anvendelse i de sager, hvor manglende udredninger udgør en væsentlig barriere for borgernes videre forløb og udvikling.

Derudover efterspørges generelt helhedsforståelser i udredninger og et holistisk perspektiv. Det er væsentligt for en god udredning at få skabt et helhedsbillede af borgeren og komme lidt væk fra de mange relativt ensidige vinkler, som ofte er kendetegnende ved praksis i dag. Der peges på, at der mangler koordinerede og samtidige indsatser, som samler viden, metoder og tilgange fra de enkeltstående indsatser. Dette kalder fremadrettet bl.a. på flere multimodale og integrerede indsatser.

I de næste kapitler præsenteres litteratursøgningens fund. Der er tale om udvalgte eksempler på screeningsmetoder og -redskaber (kapitel 5) samt på faglige tilgange og modeller for indsatser (kapitel 6) og den relationelle dimension i det faglige arbejde. De har overvejende det til fælles, at de kan karakteriseres som helhedsorienterede, og at der er gode erfaringer med at anvende dem. Der gives nogle helt overordnede beskrivelser af dokumentationen for dem.

Der er i vid udstrækning tale om tilgange, metoder og redskaber, som er overlappende med meget af det, som interviewpersonerne efterspørger, herunder, at der 1) er et gennemgående helhedsperspektiv i udredningen, 2) at der arbejdes med forståelse af og viden om målgruppen, 3) at der er rum for at udformningen af indsatsen i vid udstrækning tilpasses borgerens særlige behov og ønsker, 4) at der er rum for at arbejde i det tværsektorielle helhedsorienterede samarbejde, og 5) at tillid i samarbejdsrelationen med borgeren i forbindelse med udredning og indsats er af afgørende betydning.

5 Screenings- og udredningsmetoder

I dette kapitel præsenterer vi de fund fra litteratursøgningen, som omhandler screenings- og udredningsmetoder, der er udviklet til og/eller afprøvet på målgruppen til at screene for dobbeltproblematik eller komorbiditet til at beskrive borgerens sammensatte problematikker og behov. Dette med henblik på at kvalificere fagprofessionelle vurderinger og beslutninger om type og omfang af nødvendig indsats.

Alle metoder beskrives som egnede til screening og udredning af målgruppen og dens dobbeltproblematik af psykiske vanskeligheder/lidelser og samtidigt misbrug. Der er i alt tale om 5 værktøjer fordelt på 6 studier.

Der er tale om følgende metoder: SAMSHA MapPlan, Patientudrednings-pakke, AC-OK Co-occurring Screen, PRISM, ROP-screen og ASAM-kriterierne. Der er ikke tale om, at vi præsenterer en udtømmende oversigt over samtlige eksisterende metoder, som er relevante til brug i arbejdet med målgruppen. Derimod præsenterer vi de metoder, som vi har vurderet bedst levede op til de for søgningen specificerede screeningskriterier blandt de studier, som litteratursøgningen har resulteret i – og som beskrevet i Bilag 1.

Der præsenteres i alt 6 screenings- og udredningsmetoder og en publikation, SAMSHA, som har et lidt bredere sigte, idet der ikke beskrives en enkelt metode. Derimod er det en vidensprotokol og systematisk tilgang til principper og metoder i udredningen. De øvrige publikationer indeholder specifikke metoder, heraf nogle, som er ikke-diagnosticerende (afsnit 5.2-5.5 og 5.7) og et diagnostisk redskab (afsnit 5.6).

Tabel 5.1 Oversigtstabel over screenings- og udredningsmetoder

Navn	Forfatter, år og land	Type af publikation	Metode/indsats	Hovedkonklusioner	Anvendelse
SAMHSA	SAMHSA, 2020 USA	Vidensprotokol	Systematisk tilgang af metoder og principper til udredning, som støtter udarbejdelsen af behandlingsplaner.	Tilgange anbefales og præsenteres som aktuelt bedste viden/evidensbaseret. Integreret behandling som central anbefaling.	Fagprofessionelle, der arbejder med målgruppen
MapPlan	Pedersen et al., 2020, Danmark	Manual til MapPlan.	Afdækningsredskab, som undersøger rusmiddelbrug og barrierer og ressourcer, som har betydning for rusmiddelbruget.	Egnet og valideret redskab til unge og voksne i understøttelsen af en helhedsorienteret afdækning af borgerens problemer, behov og ressourcer i rusmiddelbehandlingen	Personer, der arbejder med misbrugsbehandling
Patientudredningspakke	Landheim & Odden 2016, Norge	Rapport fra evaluering av FACT-team i Norge.	Et korlægningsredskab til udredning og monitorering, som består af en række forskellige metoder og validerede redskaber.	Det vurderes at være meget velegnet til udredning af målgruppens behov.	
AC-OK Co-occurring Screen	Cherry & Dillon, 2019, England	Videnskabelig artikel om resultater fra et kvantitativt baseret valideringsstudie af redskabet.	Redskab til at udrede for stofmisbrug og psykisk sårbarhed (komorbiditet).	Høj validitet, reliabilitet og har tilstrækkeligt til at blive et stærkt screeningsredskab til komorbiditet.	Fagprofessionelle, fx kommuner og på sundhedsområdet

Navn	Forfatter, år og land	Type af publikation	Metode/indsats	Hovedkonklusioner	Anvendelse
PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders)	Rognli et al., 2016, Norge (udviklet i USA[4])	Fagformidlingsartikel om redskabet, som er veldokumenteret.	Semi-struktureret diagnostisk interview til at udrede en borgers samlede symptombillede med det formål at identificere årsager.	Egnet til at stille diagnose om primær psykisk lidelse, men kræver fravær af misbrug i minimum sidste fire uger inden.	Psykologer og læger
ROP-screen	Lie, 2019, Norge	Fagformidlingsartikel omkring brugen af ROP-screen.	Screeningsværktøj til at afdække psykisk lidelse ved stofmisbrug.	Egent til at screene for psykiske lidelser blandt mennesker med rusmiddelproblemer.	Fagprofessionelle, fx kommuner og på sundhedsområdet
ASSAM	Stallvik & Nordahl, 2014, Norge (udviklet i USA)	Videnskabelig artikel om validiteten af ASSAM.	Udredningsværktøj til at matche patienter med stofmisbrugsproblemer med det optimale niveau for omsorg og støtte.	ASSAM er et valid redskab og er klinisk meningsfuldt	Fagprofessionelle, fx kommuner og på sundhedsområdet

5.1 SAMHSA

5.1.1 Formål og målgruppe

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) har udarbejdet en protokol over tilgængelige screenings- og udredningsredskaber i litteraturen vedrørende personer med samtidigt misbrug og psykiske lidelser (publikationens kapitel 3). På baggrund af kortlægningen af tilgængelig viden på området formuleres 12 trin, som er en del af det ideelle udredningsforløb, som fagprofessionelle kan tage i brug i deres arbejde (SAMHSA 2020:31).

5.1.2 Forløb

Ved at gennemgå alle 12 trin fremhæves det, at fagpersonen får et detaljeret kronologisk billede af borgerens historik vedrørende mental sundhed, diagnoser og indsatser med særligt fokus på, hvordan disse tager sig ud i perioder, hvor borgeren er enten i eller uden for misbrug (SAMHSA 2020:36). Desuden opnås et dybdegående indblik i styrker og barrierer i borgerens biopsykosociale situation i forhold til at gennemføre en misbrugsbehandling. De 12 trin er som følgende: 1) motivere borgeren, fx ved at være velkommende og skabe et trygt rum til at dele sårbarheder i, 2) identificere og kontakte pårørende for at indhente yderligere oplysninger, 3) screene for samtidige diagnoser hos borgeren ved hjælp af screeningsredskaber, 4) klassificere alvorligheden af symptomerne, fx ved anvendelse af 'Four Quadrant Model', 5) bestemme passende indsatsniveau, 6) diagnosticere borgeren, 7) vurdere handicap og funktionsniveau hos borgeren, 8) identificere borgerens styrker og støtter, 9) identificere kulturelle og sproglige behov, 10) identificere borgerens problemdomæner, fx familiemæssige, 11) matche indsatsen til det forandringsstadie, som borgeren befinder sig i, og 12) planlægge behandlingen og indsatsen efter det enkelte individs behov (SAMHSA 2020:39-64).

SAMHSA anbefaler således en integreret udrednings- og behandlingstilgang til målgruppen og understreger, at følgende faktorer bør tilgodeses:

[4] Hasin et al., 1996; 2020.

I. Adgang til udredning og behandling
II. Grundig udredning
III. Passende behandlingsindsats i forhold til niveau og intensitet
IV. Integreret behandling
V. Omfattende behandling, dvs. også indsatser rettet mod andre forhold end psykiatri og misbrug
VI. Mulighed for langvarig behandling.

5.1.3 Virkning og erfaring

Det fremhæves af SAMHSA, at denne biopsykosociale udredningstilgang er evidensbaseret. Desuden er den omfattende og adresserer alle aspekter af en borgers liv, som kan være relevante i forhold til vedkommendes symptomer og indsatsbehov (SAMHSA 2020:38). Det beskrives også, at styrket viden om, hvorfor og hvordan man bør udrede, kan bidrage til at bryde den negative dominoeffekt, som ofte forfølger borgere med komplekse problemstillinger (SAMHSA 2020:ix). Ydermere kan tilføjelsen af indsatser og udredningsmetoder til fagpersonens værktøjskasse bidrage til, at der ikke opstår en 'forkert dør' til systemet, som borgeren i komplekse problemstillinger kan gå ind af (SAMHSA 2020:x).

5.1.4 Implementering

I protokollen beskrives der under flere af de forskellige trin, hvordan deres målsætninger kan opnås ved at implementere brugen af fx bestemte screeningsredskaber, kategoriseringsmodeller og udredningsværktøjer (SAMHSA 2020:39-64).

5.2 MapPlan

5.2.1 Formål og målgruppe

MapPlan er et redskab, som skal understøtte en helhedsorienteret afdækning af borgerens problemer, behov og ressourcer i rusmiddelbehandlingen og har til formål at understøtte en efterfølgende planlægning af borgerens behandlingsforløb (Pedersen et al., 2020). MapPlan består af to redskaber: et målrettet unge til og med 25 år (UngMap) og et målrettet voksne over 18 år (VoksenMap) og indeholder også Addiction Severity Index (EuropASI). MapPlan har fokus på selve rusmiddelbruget, men også på barrierer og ressourcer, som har betydning for rusmiddelbruget og kan være relevant i behandlingsarbejdet. Det er derved målet, at redskabet kan understøtte en dialog med borgeren om at arbejde for:

- At begrænse eller fjerne de psykiske, fysiske og sociale barrierer, der forhindrer borgeren i at nå det primære formål om ophør eller reduktion af rusmiddelbrug.
- At forstærke borgerens ressourcer, så det er lettere at stoppe eller reducere rusmiddelbruget (Pedersen et al, 2020:5).

5.2.2 Forløb

Afdækningsredskabet består af en række spørgsmål, der stilles til borgeren i en af de første behandlingssamtaler. Borgerens svar på de forskellige spørgsmål opstilles automatisk i en række tabeller, som giver et overblik over borgerens ressourcer og barrierer.

MapPlan består i udgangspunktet af 3 samtaler med borgeren, hvor den første er en systematisk afdækning med redskabet, og denne del varer cirka 45-60 minutter at gennemføre. Den anden samtale er en tilbagemelding til borgeren med svarene, hvor behandler og borger drøfter barrierer og ressourcer, der kan arbejdes med i behandlingsforløbet: 1) tobak og alkohol, 2) andre rusmidler og medicin, 3) psykisk/adfærd, 4) helbred, 5) sociale forhold og 6) hverdagsfunktion. Disse forhold kategoriserer afdækningen som enten 'ressourcer/neutral' eller som 'barrierer'. I samtale 3 præsenterer den fagprofessionelle en behandlingsplan for borgeren, og her begynder det egentlige terapeutiske arbejde (Pedersen et al., 2020:11-24).

Der arbejdes med fire profiltyper (LAV, SEP, SIP, og SEIP[5]) og fire risikogrupper (Pedersen et al., 2020; Pedersen & Pedersen. 2018; Pedersen et al., 2017), hvor profiltyperne dækker over graden af eksternaliserende problemer (udadreagerende/konfliktsøgende adfærd) og internaliserende problemer (indadreagerende adfærd såsom angst, depression og selvmordstanker), som har vist sig at have en betydning for fastholdelse i behandlingen og for at kunne ophøre med at anvende rusmidler på længere sigt. Risikogrupper er inddelt i fire kategorier alt efter, hvor belastet borgeren er ved indskrivningen med hensyn til følgende tre faktorer: 1) stofbelastning, 2) psykiatrisk diagnose, og om borgeren 3) får kontanthjælp.

5.2.3 Virkning og erfaring

Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet har udviklet og valideret forskellige internationalt anerkendte testredskaber, der er egnet til at identificere risikoforhold og dermed til at forebygge udvikling af problematisk forbrug/afhængighed af rusmidler i teenageårene (Pedersen et al., 2017). Det er disse testredskaber, som er samlet i afdækningsredskaberne UngMap og VoksenMap.

5.2.4 Implementering

Redskabet er målrettet fagprofessionelle, som arbejder med misbrugsbehandling. Det er udviklet med det formål at understøtte kommunernes lovpligtige stofbehandling (SEL § 101 stk. 2 og stk. 8).

5.3 Patientudredningspakke

5.3.1 Formål og målgruppe

I Vestfold, Norge, er et ROP-team blevet evalueret, som er et samarbejdsteam, hvis målgruppe er borgere med samtidige alvorlige psykiske lidelser og misbrugsproblemer (Landheim & Odden, 2016:10). Teamets formål er at supplere kommunale indsatser og det specialiserede sundhedsvæsen med ressourcer, herunder en forskningsbaseret indsats og inddragelse af borgerperspektivet. Der er særlig fokus på at kortlægge og udrede borgere med komplekse problemstillingers behov (Landheim & Odden, 2016:10). I den forbindelse er en patientudredningspakke blevet udviklet, som udreder gennem brug af et kortlægningsværktøj og inkluderer redskaber og metoder, der giver billede af borgerens behov. Kortlægningsværktøjet var det værktøj, som FACT-teamene (jf. afsnit 6.1) blev anbefalet at benytte (Landheim & Odden, 2020:20).

[5] Som også beskrevet i målgruppekarakteristikken, kapitel 2.

5.3.2 Forløb

Kortlægningsværktøjet anvendes til dels 1) at udrede patienten, dels 2) at monitorere den behandling, som vedkommende modtager (Landheim & Odden, 2016:22). Værktøjet er påtænkt både nytte i klinisk sammenhæng og i skabelsen af data, der kan anvendes til at evaluere indsatsen. Værktøjet udfyldes ved patientindtag og igen efter 24 måneder. Der anvendes en række forskellige metoder i værktøjet, som hver især bidrager til at kortlægge borgerens behov på forskellige parametre. I patientudredningspakken anvendes: 1) bredt anskuende skema over livssituation, sociodemografiske forhold, beskæftigelse, socialt netværk, sundhed o.l., 2) BPRS til at vurdere alvorligheden af psykiatriske symptomer, 3) GAF til at vurdere symptombelastning og funktionsniveau, 4) PSF til at vurdere praktisk og social funktion, 5) AUDIT og DUDIT til at vurdere misbrug, 6) HEAS til at vurdere engagement og accept af kontakt, 7) MANSA til at vurdere livskvalitet, og ved 24-måneders opfølgende udredning: 8) MUESER til at vurdere misvurdere misbrug og 9) et skema om hændelser i borgerens liv (Landheim & Odden, 2016:22-23). Der er således tale om en udredningspakke bestående af forskellige redskaber og metoder, som til sammen giver et både bredt og samtidigt dybdegående og forskningsbaseret billede af borgerens behov.

5.3.3 Virkning og erfaring

Evalueringen viser, at ROP-teamet i høj grad opfyldte projektets delmål, herunder at kortlægningen viste fremgang for patienterne på flere centrale områder (Landheim & Odden, 2016:79). Desuden fremhæves det, at der har været stor succes med teamets udredning af borgere, og at flere patienter efter udredning har fået en psykiatrisk diagnose, som ikke var kendt før (Landheim & Odden, 2016:79). Projektet har oplevet et lavt frafald taget dets målgruppe i betragtning og har haft stor succes med at holde borgerne motiverede for videre behandling.

5.3.4 Implementering

ROP Vestfold er organisatorisk forankret i det specialiserede sundhedsvæsen og samarbejder derfra med kommunale indsatser rundt om den enkelte patient. Det beskrives dog, at der er forskellige måder, hvorpå indsatsen kan implementeres (Landheim & Odden, 2016:80). Samtidig vurderes det, at et mere forpligtende samarbejde mellem ROP-teamet og kommunale instanser, ud over blot i enkeltsager, kan være en fordel fremadrettet (Landheim & Odden, 2016:80). Dette kan realiseres gennem skriftlige samarbejdsaftaler, der tydeliggør opgave- og rollefordelinger.

5.4 AC-OK Co-occuring Screen

5.4.1 Formål og målgruppe

AC-OK er et screeningsredskab, der anvendes til at udrede for komorbiditet hos borgeren. Målet var at udvikle et screeningsredskab, der var både effektivt og billigt at anvende på samme tid (Cherry & Dillon, 2019:1). Frem for at anvende to forskellige metoder til at udrede for stofmisbrug og psykisk sårbarhed er dette integreret i AC-OK, som er målrettet mennesker, som ønsker støtte til psykiske udfordringer (Cherry & Dillon, 2019:2). AC-OK anvendes ikke til at diagnosticere borgeren, men kan anvendes til at udpege personer, der sandsynligvis lider af komorbiditet.

5.4.2 Forløb

Screeningsredskabet udgøres af 15 spørgsmål, der skal besvares af borgeren. Emnerne for spørgsmålene er misbrug, oplevelse af psykisk sårbarhed, selvskade, udsathed for vold, traumatiske oplevelser, selvmordsforsøg mv. (Cherry & Dillon, 2019:7). Der er således tale om selvrapporteret information fra borgeren, som har vist sig at være valid i konteksten for psykisk sårbarhed og misbrug, så længe selvrapporteringen ikke kan lede til negative konsekvenser for borgeren (Cherry & Dillon, 2019:3).

5.4.3 Virkning og erfaring

Evaluering af AC-OK screeningsredskabet viste, at det producerer relativt mange falsk positive, dvs. borgere, som screeningsredskabet beskriver som komorbide, men ikke i realiteten har lidelsen. Dette beskrives som en mindre udfordring, da målet er at få så mange relevante personer igennem som muligt, og fordi redskabet har vist sig at være yderst sensitivt og har identificeret 96 % af dem, som senere blev diagnosticeret med en komorbid lidelse (Cherry & Dillon, 2019:6).

5.4.4 Implementering

Redskabet kræver ganske lidt træning for at anvende det og er derved billigt at implementere. Samtidig beskrives det, at selve screeningen kan udføres på omtrent 5 minutter (Cherry & Dillon, 2019:6). Desuden er redskabet lettilgængeligt i den forstand, at spørgsmålene er af ja/nej-karakter, hvorfor det letter identificeringen af specifikke områder, hvor borgeren kan have brug for støtte (Cherry & Dillon, 2019:6-7).

5.5 ROP Screen

5.5.1 Formål og målgruppe

ROP Screen er den norske betegnelse for et spansk udviklet screeningsredskab med navnet Dual Diagnosis Screening Instrument (DDSI). Redskabet er valideret (Mestre-Pintó et al., 2014) og kan benyttes til at udrede for en række psykiske lidelser hos mennesker med eksisterende rusmiddelproblemer (Lie, 2020). Med redskabet er det ideen, at man frem for at anvende flere forskellige screeningsredskaber til at afdække forskellige psykiske lidelser kan screene for flere psykiske lidelser på én gang (Lie, 2020). Redskabet er oversat til engelsk og norsk, og det er netop den norske dokumentation, som beskrives nedenfor.

5.5.2 Forløb

Ved anvendelse af ROP Screen kan intervieweren vælge at screene for alle psykiske lidelser eller eventuelt udvælge de lidelser, man ønsker at screene for (Lie, 2020). Selve screeningen udfyldes elektronisk via en web-app, der kan bruges på både pc og mobil. App'en viser spørgsmålene, som stilles, hvorefter interviewer udfylder de svar, som borgeren giver. Der er også en hjælpetekst til en række spørgsmål, som kan læses op, hvis interviewer eller borger finder det nødvendigt for forståelsen af spørgsmålet. Interviewer har desuden mulighed for at tilføje kommentarer, inden der fortsættes til næste spørgsmål.

5.5.3 Virkning og erfaring

Information fra ROP Screen kan være nyttig i kommunalt arbejde i forhold til at indhente klinisk nyttig information i koordineringen af forskellige indsatser (Lie, 2020). Udredningen kan således bidrage til forståelsen af borgerens behov og bidrage til at henvise vedkommende videre i systemet. Desuden kan screeningen anvendes som forberedende arbejde til udvidet udredning, hvor ROP anbefaler, at man bruger andre og mere specialiserede værktøjer end ROP Screen. ROP Screen skal således forstås som en metode til at kortlægge borgerens behov og problemstillinger – og som indgangsvinkel til en udvidet udredning (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2020).

5.5.4 Implementering

(Beskrives ikke)

Det fremgår, at såfremt ROP Screen giver udslag på ét eller flere symptomområder, må borgeren tilbydes en mere omfattende diagnostisk udredning, og her foreslås PRISM (som beskrives nedenfor), der skal foretages af en person med den fornødne kompetence.

5.6 PRISM

5.6.1 Formål og målgruppe

PRISM er et semistruktureret diagnostisk interview, som er blevet valideret i Norge og kan anvendes til at udrede en borgers samlede symptombillede. Det er specielt udviklet til at kunne skelne mellem symptomer, som skyldes rus og abstinenser fra de symptomer, som skyldes psykisk lidelse. Idet PRISM adskiller misbrug fra normalitet og psykopatologi, kan redskabet anvendes til borgere med komplekse problemstillinger i form af samtidigt misbrug og psykisk sårbarhed (Rognli et al., 2016:2). Målet med PRISM er at identificere årsagerne til de symptomer, som borgeren udviser. Målgruppen for oplæring i anvendelsen af PRISM beskrives som læger og psykologer (Rognli et al., 2016:7).

5.6.2 Forløb

Det semistrukturerede PRISM-interview baserer sig på DSM-IV-kriterier og undersøger for de fleste symptomlidelser, personlighedsforstyrrelser, misbrug og afhængighed (Rognli et al., 2016:3)[6]. Redskabet er elektronisk på pc, da det har vist sig at mindske fejl og samtidig gør gennemførelsen af interviewet hurtigere. Spørgsmålene i PRISM indeholder en vurderingsvejledning, der guider intervieweren i sit svar på spørgsmål, som udgøres af ja- eller nej-svar (Rognli et al., 2016:4). Blandt andet adresseres hyppighed, varighed og intensitet af symptomer og misbrug. Formålet er at kunne differentiere mellem symptomer, der skyldes psykiatriske effekter, og misbrug. Der spørges også ind til forbrug af forskellige rustyper, ligesom interviewet er inddelt i 23 dele med forskellige diagnoser for øje, hvilket giver grundlag for en fyldestgørende udredning. Der anvendes screeningspørgsmål i starten af de enkelte dele, hvilket muliggør at springe sektioner over, hvis de vurderes ikke at være relevante for den individuelle borger (Rognli et al., 2016:4).

[6] Værktøjet er i midten af 2019 blevet opdateret til PRISM 5, så det svarer til DSM V/ICD-10 (se: https://rop.no/kartleggingsverktoey/prism-cv/)

5.6.3 Virkning og erfaring

PRISM kan anvendes til at stille diagnose om primær psykisk lidelse, men kun hvis pågældende person har været uden misbrug i de sidste 4 uger (Rognli, et al. 2016:5). Det beskrives, at patienter generelt bør være så rus- og abstinensfrie som muligt, når interviewet udføres, da det kræver koncentration over længere tid. Netop omfanget af PRISM beskrives som både en styrke og en svaghed, da det på den ene side leverer et nøjagtigt resultat, men også kan betyde, at processen opleves repeterende, ligesom det kan være en udfordring for borgeren at huske langt tilbage i tid (Rognli et al., 2016:6). At interviewet udfyldes på pc, fremhæves også som en fordel, men kan samtidig lede til mindre øjenkontakt og relation.

5.6.4 Implementering

Et PRISM-interview kan vare omkring 3 timer at gennemføre, hvilket stiller relativt store tidsmæssige krav. Dog beskrives det, at det kan være den påkrævede tid, som skal anvendes, hvis en grundig diagnosticerende udredning af borgere med komplekse problemstillinger skal finde sted (Rognli et al., 2016:8). I 2015 kostede 1 års licens for brugen af software til PRISM-interviewet 111 Euro, og der er ikke udgifter associeret med brugen af PRISM i sig selv (Rognli et al., 2016:8).

5.7 ASAM-kriterierne

5.7.1 Formål og målgruppe

ASAM-kriterierne (American Society of Addiction Medicine Criteria) er et computer-assisteret udredningsværktøj, der kan bruges til at vurdere intensiteten af indsatsen, som den pågældende borger i misbrug optimalt set bør få (Stallvik, 2015:12). Der er således tale om et program, der kan bidrage til klinisk beslutningstagen, og som implementerer validerede redskaber som Addiction Severity Index og måler biopsykosociale betingelser i matchingen af støtte til patienten (Stallvik, 2015:10). ASAM-kriterierne er ikke et diagnostisk værktøj, men udreder for psykiatriske problematikker og samtidige problematikker hos borgeren samt tager højde for kompleksiteten af problembilledet i sin anbefaling af indsatsniveau (Stallvik, 2015:11; Stalvik & Nordahl, 2014:76). Dermed undgås både en dyr over-matching af indsats og en under-matching, som leder til støtte uden mærkbar effekt for borgeren (Stallvik, 2015:92).

5.7.2 Forløb

Anvendelsen af ASAM-kriterierne kan finde sted, allerede inden borgeren indgår i behandling (Stallvik, 2015:13). Udredning med ASAM baserer sig på et interview mellem borger og udreder, hvor udreder stiller spørgsmål og noterer i programmet, hvad borgeren svarer. Med inklusionen af kriterier fra det europæiske Addiction Severity Index vurderes borgerens problembillede på 7 dimensioner: medicinsk situation, beskæftigelse og støtte, brug af rusmidler, alkoholindtag, juridisk situation, familiehistorik, familiære og sociale forhold og psykiatrisk status inden for de foregående 30 dage (Stallvik & Nordahl, 2014:70). Der er således tale om et blik for problematikker ud over misbrug og giver dermed mulighed for en mere helhedsorienteret udredning. Disse dimensioner kvantificeres til en sammensat score, hvorefter ASAM-kriterierne kan placere borgeren inden for 3 indsatsgrupper: 1) udelukkende misbrugsstøtte, hvis borgeren ikke har psykiatriske problematikker relevante for deres misbrug, 2) dobbeltdiagnose-egnet støtte, hvis borgeren har psykiatriske symptomer i varierende grad, men samtidig er stabil, og 3) dobbeltdiagnose-

fokuseret støtte, hvis borgeren er mere ustabil med mere alvorlige samtidige psykiske lidelser og misbrug og har behov for intensiv professionel støtte (Stallvik & Nordahl, 2014:70).

5.7.3 Virkning og erfaring

ASAM-kriterierne er blevet brugt og testet for validitet i Norge, bl.a. med fokus på, om modellen foreslår mere intensive indsatser til dobbeltdiagnosticerede borgere (Stallvik & Nordahl, 2014:69). Modellen har vist sig at have god validitet i forhold til at skelne mellem borgere med henholdsvis udelukkende stofmisbrug og borgere med samtidigt misbrug og psykiatriske symptomer (Stallvik & Nordahl, 2014:75). Derudover er ASAM-kriterierne konsekvente i forhold til at skelne efter borgeres behov for indsatser målrettet dobbeltdiagnosticerede. Generelt viser evaluering af værktøjet, at jo større kompleksitet i psykiatriske symptomer hos borgeren, jo mere intensiv indsats anbefales (Stallvik, 2015:11). Denne matching i intensitet baseret på ASAM-kriterierne har vist sig at forbedre effekterne af støtten givet til borgeren (Stallvik & Nordahl, 2014:69). Både patienter og udreder har udtrykt tilfredshed med både længden og dybden af udredningen (Stallvik, 2015:61).

5.7.4 Implementering

(Beskrives ikke)

5.8 Opsummering

I dette kapitel præsenterer vi litteratursøgningens resultater, som resulterede i identifikationen af fem screenings- og udredningsmetoder, der er udviklet til og/eller afprøvet på målgruppen i forhold til at screene for komorbiditet eller udrede for dobbeltproblematikker. Af disse fem er en af dem egentlig diagnosticerende. Det er karakteristisk, at ingen af metoderne er forbeholdt en enkeltstående dimension, fx misbrug eller afhængighed. Der er identificeret en vidensprotokol, SAMHSA (2020), som med fokus på principper og metoder over tilgængelige screenings- og udredningsredskaber i litteraturen generelt anbefaler en integreret tilgang til udredning og behandling.

6 Faglige tilgange og modeller

I dette kapitel præsenterer vi de fund fra litteratursøgningen, som omhandler bredere faglige tilgange og modeller til målgruppen. Det drejer sig om samarbejdsmodeller, individuelt koordinerende handleplaner, netværksmøder, støttetilgange, koordineret støtte og integrerede indsatser.

Kapitlet beskriver i alt 11 forskellige typer af indsatser, og der er lagt vægt på at beskrive, hvordan udredning og identifikation af behov og vanskeligheder adresseres, og hvordan udredning er en forudsætning for, at de faglige tilgange og modeller kan implementeres. Der er tale om relativt forskelligartede tilgange og modeller. En fællesnævner for udvælgelsen af disse indsatser er, at de alle – på forskellig vis – anerkender nødvendigheden af at tænke udredning såvel som behandling ind som noget 'integreret', dvs. i en eller anden udstrækning søger at adressere velkendte problemer med organisering og samarbejde på tværs af sektorer, organisationer og professionelle fagdomæner. Indsatserne er også baseret på forståelsen af, at udredning er en del af en samlet behandlingsindsats og kan ikke adskilles herfra.

De faglige tilgange og modeller kan inddeles følgende typer:

1. *Modeller for samarbejde* mellem kommune og psykiatri eller sundheds- og socialområderne (FACT, Samhandling på tværs, Patientudredningspakke, Pragmatisk case-work og Integrated Care). Modellerne præsenteres i afsnit 6.1-6.5.
2. *Borgerinddragelse* (forløbspartner, koordinerende indsatsplaner og SIP). Dette præsenteres i afsnit 6.6-6.8.
3. *Netværk* (Åben dialog i netværksmøder). Præsenteres i afsnit 6.9.
4. *Bolig* (Housing First og botilbud). Præsenteres i afsnit 6.10-6.10.
5. *Integreret udredning og behandling* (Integrerede indsatser). Præsenteres i afsnit 6.11.

6.1 FACT (Flexible Assertive Community Treatment team)

6.1.1 Formål og målgruppe

FACT-modellen er udviklet i Holland og er en samarbejdsmodel på tværs af specialpsykiatrien og kommunen, hvis målgruppe er borgere med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte problemer (Landheim & Odden, 2020). Indsatsen er en modificeret version af ACT-metoden, der kombinerer den intensive teambaserede opfølgning fra ACT med egentlig case-management (Piuva & Åberg 2009:3)[7]. F i FACT står for 'flexible', hvilket indikerer forskellen til ACT, og at behandlingsindsatsen tilpasses fleksibelt efter borgerens/patientens behov. Dette indebærer, at teamet kan henvise til eksterne behandlings- og støttetilbud, når det er nødvendigt (Bakke & Strand, 2018:10). Formålet med indsatsen er at tilbyde en mere helhedsorienteret,

[7] I Danmark har man arbejdet med ACT-metoden siden Hjemløsestrategien, og der arbejdes for tiden med en modificering af ACT-indsatsen, hvor der bl.a. ses på erfaringerne med FACT i Norge (Socialstyrelsen, 2020:.27). Assertive Community Treatment (ACT) kendes fra de 'opsøgende psykoseteam'. I enkelte kommuner i Danmark er der forsøgt etableret en 'modificeret' ACT-indsats, hvor der i tilknytning til de socialpædagogiske støttemedarbejdere er tilknyttet flere specialfunktioner som fx en misbrugsbehandler og en myndighedssagsbehandler, og i disse kommuner er der en del udfordringer med implementeringen, fx med at kunne afse den fornødne tid og fleksibilitet i ACT-forløbene (Benjaminsen & Nandrup, 2020).

kontinuerlig recovery-orienteret indsats[8] for borgere med komplekse problemer, der hjælper vedkommende til at mestre deres hverdag (Landheim & Odden, 2020).

I en norsk implementering af FACT anvendes værktøjet BrukerPlan til at kortlægge problematikker hos borgere over 16 år på 8 parametre: boligsituation, beskæftigelse/uddannelse, økonomi, fysisk sundhed, psykisk sundhed, rusmiddelforbrug, social funktion og socialt netværk (Bakke & Strand, 2018:12). På baggrund af værktøjet kan målgruppen – borgere de med mest komplekse problemstillinger – identificeres og på den baggrund tilbydes et FACT-forløb.

FACT som tilgang og model er aktuelt blevet indført forskellige steder i distriktspsykiatrien i Danmark og udgør intensiv ambulant psykiatrisk behandling til mennesker med svær psykisk sygdom inden for psykoseområdet og er baseret på en tværfaglig, opsøgende, fleksibel og udkørende indsats til voksne.

6.1.2 Forløb

Indsatsen er bygget op om et tværfagligt team, der fx kan bestå af sygeplejersker, socialpædagoger, psykiatere, psykologer, socialrådgivere, misbrugskonsulenter, beskæftigelseskonsulenter mv. (Benjaminsen et al., 2017:7). Da målet er en intensiv og opsøgende indsats, er den optimale 'case load' pr. medarbejder i teamet maksimalt 15 borgere (Landheim & Odden, 2020:14). Den primære kontakt til borgeren tilfalder typisk ét medlem af teamet.

Den recovery-orienterede tilgang fordrer, at borgeren inddrages, hvorfor indsatsen kræver at teamet accepterer borgerens ønsker og mål, og således sammensætter en individuel handleplan (Bakke & Strand, 2018:21). Der stilles derfor krav til en vis fleksibilitet i et FACT-team, da indsatsen skal tilpasses den enkelte og i relation til sideløbende indsatser. Desuden kan borgeren frabede sig dele af støtten uden at miste indsatsen (Benjaminsen et al., 2017:7). For at øge koordinationen af indsatsen anvendes FACT-tavlemøder, hvor alle borgere tilknyttet teamet gennemgås på tavle af teamets medlemmer (Bakke & Strand, 2018:33).

Ligesom i ACT er indsatsen udgående, hvilket vil sige, at teamet møder borgeren dér, hvor vedkommende selv ønsker det. Ydermere karakteriseres indsatsen ved, at der ikke er fastsat tidsbegrænsning på støtten og en forståelse for, at borgeren i nogle perioder har behov for mere støtte end andre – fx ved tilbagefald (Benjaminsen et al., 2017:7).

6.1.3 Virkning og erfaring

Litteraturen peger på, at særligt FACT-tavlemøderne bidrager positivt til koordinationen af indsatsen, og at den systematiske gennemgang af hver enkelte borger sikrer, at alle opnår støtte (Bakke & Strand, 2018:23). En anden fordel, som fremhæves, er, at FACT – til forskel fra ACT, hvor støtten udføres inden for teamets rammer alene – via henvisninger kan bidrage til, at borgeren opnår større kontakt til støtte efter eventuelt endt indsats (Bakke & Strand, 2018:30).

Tilføjelsen af case-management til ACT-metoden fremhæves i litteraturen som afgørende for, at borgeren får støtte inden for flere områder. Et svensk studie beskriver, at dette førte til en

[8] Recovery er ikke en behandlingsmetode, men kan defineres som borgerens egen helingsproces, hvorfor det er centralt, at forandringer i borgerens liv sker ud fra borgerens egne ønsker, og hvor det professionelle arbejde er baseret på at lytte til borgerens ønsker og behov og på at støtte op om de ressourcer, som borgeren har. Recovery-understøttende arbejde er således at støtte op om denne helingsproces i at 'komme sig', samtidig med der tages hensyn til, at borgeren efter mange år med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problematikker kan have det meget dårligt og måske ikke er i stand til – eller har vanskeligt ved – at formulere mål og ønsker for sit liv.

halvering af indlæggelsesdage blandt de borgere, som teamet arbejde med (Piuva & Åberg, 2009:3).

6.1.4 Implementering

En evaluering af en norsk implementering af FACT konkluderede, at indsatsen var implementeret i overensstemmelse med modellens principper. Særligt fremhæves vigtigheden af, at teamet arbejder opsøgende, at flerfaglige støttetilbud gives. og at borgerne fastholdes. FACT-tavlemøderne fremhæves i øvrigt, og det understreges, at implementeringen af disse er vigtigt for, at indsatsen skal lykkes (Landheim & Odden, 2020:7).

6.2 Samhandling på tværs

6.2.1 Formål og målgruppe

I forbindelse med indsatser til borgere med samtidigt misbrug og psykiske lidelser undersøger Hansen & Ramsdal, om det er muligt at formulere en samarbejdsmodel, som på den ene side er mere effektiv end ansvarsgrupper og på den anden side mindre ressourcekrævende end ACT (Hansen & Ramsdal, 2014:39). Forfatterne tager teoretisk afsæt i organisationsteori i deres søgen efter en egnet organisatorisk tilgang til målgruppen. Udviklingstræk i sundheds- og socialsektoren i Norge undersøges og vurderes i forhold til deres egnethed for målgruppen (Hansen & Ramsdal, 2014:39).

6.2.2 Forløb

Forfatterne konkluderer, at de organisatoriske tiltag, som implementeres i social- og sundhedssektoren i Norge, i høj grad baserer sig på evidensbaseret dokumentation og implementeringen af standardiserede organisatoriske modeller (Hansen & Ramsdal, 2014:39-40). Samtidig påvises det, at de internationale standardiserede modeller ikke altid egner sig til lokale forhold, hvorfor de ikke er hensigtsmæssige i alle henseender. I stedet mener forfatterne, at man i sin organisering tager højde for lokale forhold, fx opgaver, ressourcer og forhold til omverdenen (Hansen & Ramsdal, 2014:40).

6.2.3 Virkning og erfaring

Det norske ”Romeriksprosjektet” fra 2009 beskrives af forfatterne som et særligt interessant projekt, der frem for at basere sig på en standardiseret organisatorisk model i stedet er lykkes med at satse på lokale udviklingsprojekter (Hansen & Ramsdal, 2014:40). Dette indebærer, at samarbejdsgrupperne selv har udarbejdet en model og fx på baggrund af egne erfaringer kommer frem til en passende mødehyppighed (Hansen & Ramsdal, 2014:37). Ved at anskue arbejdet med målgruppen som et ’wicked problem’, dvs. som et problem, der ikke har en umiddelbar løsning, men som må løses undervejs i forløbet, har projektet udviklet en samarbejdsmodel, som er mere økonomisk effektiv end ACT-indsatser (Hansen & Ramsdal, 2014:40). Der er således gode argumenter for ikke at anskue organisatoriske indsatser som en rationel og lineær proces med fokus på evidensbaserede standardmodeller og i stedet indgå i en cirkulær, reflekterende og lokalt erfaringsbaseret organisering i arbejdet med udfordrende målgrupper som borgere med samtidigt misbrug og psykiske lidelser.

6.2.4 Implementering

Implementeringen af samarbejdsmodeller i Romereriksprosjektet fremhæves som positiv som følge af projektets fokus på lokal udvikling af gode samarbejdsmodeller (Hansen & Ramsdal, 2014:31).

6.3 Pragmatisk 'case-work' tilgang

6.3.1 Formål og målgruppe

Målgruppen for tilgangen er borgere med komplekse problemstillinger, hvilket også og måske især indbefatter mennesker med misbrug og psykiske lidelser. Forfatterne beskriver og præsenterer en 'case-work' tilgang til arbejdet med målgruppen, som de karakteriserer som processuel, ad-hoc-præget, i vid udstrækning pragmatisk og som indeholder en masse "trial-and-error" (Bjerge, 2018; Bjerge & Houborg, 2019; Nygaard-Christensen, Bjerge & Oute, 2018). Formålet med tilgangen er at øge kvaliteten af servicen over for denne målgruppe gennem en anerkendelse af, at den høje kompleksitet af problematikker passer dårligt til standardiserede former for services og gængse kasser og kategorier. Forskningsstudiet, som ligger til grund for udformningen af tilgangen, har taget udgangspunkt i en empirisk undersøgelse af praksis og argumenterer for, at case work praksis' i forhold til mennesker med komplekse problemer forstås gennem et processuelt og eksperimenterende arbejde snarere end for enhver pris at holde fast i, at effektbaserede evidensstudier skal udgøre det primære fundament for socialt arbejde.

6.3.2 Forløb

Forfatterne argumenterer for, at hvis man vil forstå målgruppen af borgere med komplekse problemstillinger, bør professionelle benytte en tilgang, *"der indfanger et pragmatisk eller til tider ligefrem eksperimenterende element"* (Bjerge, 2018). Det er en central pointe i studiet, at der bør sikres og arbejdes på at etablere personlige relationer til medarbejdere i andre velfærdssystemer for på den måde at sikre tilrettelæggelsen af sammenhængende indsatser på tværs af områder, hvilket er helt afgørende for at støtte og hjælpe mennesker i målgruppen.

6.3.3 Virkning og erfaring

Forfatterne viser, hvordan tilgangen indbefatter en forhandling af både tilgængelighed af indsatser, de enkelte indsatsers tilpasningspotentiale i forhold til den enkelte borgers specifikke problematikker og muligheden for at fortolke disse problematikker og borgerens behov på måder, som matcher til indsatsen (Nygaard-Christensen, Bjerge & Oute, 2018). Tilgangen anskues som et bidrag til at kvalificere en debat omkring velfærdsindsatser til målgruppen via en detaljeret og grundig analyse af selve de processer, som foregår i case-arbejdspraksis – både hvad angår professionelle, juridiske, økonomiske og moralske overvejelser i arbejdet.

6.3.4 Implementering og økonomi

Studierne indeholder ikke noget om økonomi og implementering.

6.4 Integrated Care

6.4.1 Formål og målgruppe

Integrated Care beskriver indsatser, der adresserer en borgers problemstillinger ud fra en personcentreret og koordineret støtte (Savic et al., 2017:2). Det indebærer fx koordination af indsatsen på tværs af services, der normalt opererer adskilt, og en forståelse for, at personer i misbrug ofte har komplekse problemstillinger, der kræver kontakt til andre støtteflader.

6.4.2 Forløb

Integrated Care er ikke en bestemt model eller metode, om hvilken der er konsensus. Derimod eksisterer en pluralitet af indsatser, der skriver sig ind i dette felt (Savic et al., 2017:2). Der er dog fællestræk i tilgangene. Ofte anlægges et 'harm reduction'-perspektiv, der søger at forbedre borgerens livskvalitet uanfægtet vedkommendes ønske om nedsat misbrug eller ej. Desuden er der et udpræget fokus på koordination og samarbejde.

6.4.3 Virkning og erfaring

I 2017 blev et review af Integrated Care-indsatser foretaget, hvori virkninger og erfaringer fra forskellige indsatser beskrives. Reviewet finder, at der er god dokumentation for virkningen af Integrated Care, når dette baserer sig på samarbejdet mellem psykiatriske/psykologiske indsatser og støtte til misbrug (Sevic et al., 2017:3). Imidlertid er der mindre dokumentation, når det drejer sig om samarbejde mellem misbrugsområdet og andre sociale services såsom boligstøtte, hjemløshed og beskæftigelse. Dog viser et studie positive effekter på brug af støtteindsatser relativt til andre i målgruppen og større tilbøjelighed til afholdenhed fra misbrug (Sevic et al., 2017:3).

6.4.4 Implementering

Reviewet identificerer en række strategier, som i praksis har vist sig gode i forhold til at implementere en integreret indsats mellem misbrugsområdet og andre socialområder. På det organisatoriske niveau fremhæves fælles mål, tværgående relationer og en samlet fysisk lokation for forskellige indsatser som gode erfaringer (Sevic et al. 2017:6). I forhold til leveringen af støtte understreges bl.a. case management, henvisninger, professionelle netværk og informationsdeling på tværs som afgørende (Sevic et al. 2017:7-8). Desuden beskrives det, at screening, fælles helhedsorienteret planlægning og supervision af personale er vigtige komponenter i sundhedssektoren. Sluttelig kan det fremme integrerede indsatser, hvis der er fælles finansiering på tværs (Sevic et al. 2017:5).

Forfatterne konkluderer, at implementeringen af integrerede indsatser har bedst mulighed for succes, hvis strategierne ikke anvendes isoleret, men som pakkeløsninger, da de gensidigt styrker hinanden (Sevic et al. 2017:10).

Tilgangen er afprøvet i et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation, og der er gennemført en omfattende evaluering i 2016 (Buch et al., 2016).

6.5 Forløbspartner

6.5.1 Forløb og målgruppe

”Sammen om min vej” er et udviklingsprojekt fra Lolland og Guldborgsund Kommuner. En del heraf fokuserer på en koordineret støttefunktion til sårbare borgere, som har komplekse problemstillinger, der kræver involvering af flere aktører (Binzer & Hansen, 2018a:27; 2018b:7). Dette indebærer, at borgeren tildeles en forløbspartner, som støtter i at navigere i systemet, dels ved at fungere som bindeled mellem forskellige aktører og organisationer – fx kommuner og sygehuse – dels ved at agere bisidder og tovholder. Målsætningen med forløbspartneren er desuden at sikre, at de forskellige støttetilbud tager udgangspunkt i den individuelle borgers ressourcer, udfordringer og behov.

Projektets målsætning var inspireret af ’Triple Aim’-tilgangen, hvilket indebærer et fokus på en bedre sundhedstilstand, styrket oplevelse af kvalitet hos borgeren, og at ressourcer bruges relevant, herunder et større fokus på forebyggelse og ambulant behandling (Binzer & Hansen, 2018a:28).

6.5.2 Forløb

Deltagere tilbydes et møde i hjemmet, hvor forløbspartner og borger sammen får overblik over problembillede og ressourcer og derefter i samarbejde lægger en fremadskuende plan. Inden mødet er der ikke taget beslutning om indsatser.

Forløbspartneren tilgår forløbet med en faseinddelt tænkning med et fokus på at udarbejde fleksible løsninger med rod i en recovery- og empowerment-orienteret tankegang (Binzer & Hansen 2018a). Disse er 1) afklaring af borgerens behov, ressourcer og præferencer, 2) opbygning og igangsætning af indsatser og 3) afprøvning og tilpasning (Binzer & Hansen, 2018b). Fleksibilitet er et nøgleord for indsatsen, da et mål også er at søge løsninger, der kan fungere på tværs af forskellige lovgivninger, hvilket indebærer et stort krav til fleksibilitet blandt aktører. Når der er to eller flere aktører i en borgers forløb, udarbejdes en koordinerende indsatsplan, som er et værktøj, der også kan tage højde for somatiske tematikker.

En del af den koordinerende funktion består også i øget adgang til forskellige faggruppers dokumentationssystemer. For eksempel lykkedes projektet at etablere ’se-adgang’ på tværs af forvaltningsområder, hvilket gav større indblik i den enkelte borgers behov.

6.5.3 Virkning og erfaring

Evalueringen af projektet viser, at selvrapporteret trivsel og sundhed forbedrede sig i løbet af projektperioden sammen med en øget patientoplevet kvalitet og bedre sammenhæng på tværs (Binzer & Hansen, 2018a). For eksempel resulterede den koordinerede støtte på tværs af social- og sundhedsområdet, at en gruppe deltagere efter få måneder fik mindre behov for behandling på sygehus.

Desuden erfarede medarbejdere, at projektet bidrog til, at kontakten blev lettet over tid, herunder at de organisatoriske rammer blev mere smidige. Dette resulterede i, at løsninger hurtigere kunne findes, og sideløbende at samarbejde i andre sammenhænge blev styrket.

6.5.4 Implementering og økonomi

”Sammen om min vej” er et tværsektorielt udviklingsprojekt, hvorfor en styregruppe på tværs af sektorer og forvaltningsområder fremhæves som afgørende for en god implementering (Binzer & Hansen, 2018b:6). Ligeledes er projektmedarbejdere forankret i et flerfagligt projektteam med inklusion af det socialfaglige og pædagogiske område, psykiatri og sygepleje. En projektleder er ansat med henblik på daglig projektledelse. Alt i alt udgjorde projektgruppen 7 årsværk i 2017.

De samlede udgifter på tværs af region og kommuner beskrives som uændrede i løbet af projektperioden (Binzer & Hansen, 2018a:30). Dog var det ikke muligt at reducere udgifter i forbindelse med sygehuse og akut aktivitet – trods øget fokus på mindre behov for akut behandling og mere forebyggelse.

6.6 Koordinerende indsatsplaner

6.6.1 Formål og målgruppe

I Region Syddanmark har man arbejdet med at styrke det tværsektorielle arbejde i relation til indsatser for psykisk syge borgere, som samtidig er i misbrugsproblemer (Vedel & Ryttov, 2018:16). Formålet hermed var at adressere den udbredte problemstilling, at borgere med psykiske lidelser afvises af psykiatrien med argumentation om, at man bør afruses først, og omvendt at misbrugscentre afviser borgere grundet manglende behandling af deres psykiske lidelser (Vedel & Ryttov, 2018:16). Konkret søges problematikken løst gennem et tværsektorielt samarbejde, der baserer sig på koordinerede indsatsplaner mellem psykiatri og kommuner for dobbeltdiagnosticerede borgere.

6.6.2 Forløb

I forbindelse med implementeringen af projektet blev 20 særlige forløbskoordinatorer ansat i den regionale psykiatri og i den kommunale sektor. Disse havde erhvervsmæssige baggrunde som fx socialrådgivere, sygeplejersker eller ergoterapeuter. Opgaven for forløbskoordinatoren består i at hjælpe borgere i målgruppen til støtte ved at skabe kontakt til kommunen og øvrige relevante aktører og således bidrage til udformningen af den koordinerende indsatsplan. Desuden er ideen med forløbskoordinatorerne, at fx praktiserende læger eller dagtilbud kan kontakte dem, når en borger i målgruppen henvender sig (Vedel & Ryttov, 2018:22).

6.6.3 Virkning og erfaring

Det fremhæves, at der er en udbredt oplevelse af, at indsatsen for borgere i målgruppen hjælpes godt på vej, når den skræddersys til den enkelte i samarbejde med borgeren og kommunale samarbejdspartnere (Vedel & Ryttov, 2018:24). Desuden hjælper det at inddrage borgeren selv, vedkommendes pårørende og andre interessenter, der også nærer et ønske om et godt patientforløb i fx psykiatrien. Personlige kompetencer, der beskrives som afgørende for forløbskoordinatorernes succes, er åbenhed, tålmodighed og evnen til at se borgerens ressourcer frem for mangler (Vedel & Ryttov, 2018:23).

6.6.4 Implementering

Implementeringen af projektet fandt sted gennem et systematiseret samarbejde mellem psykiatrien i Region Syddanmark og regionens 22 kommuner. Kommunerne udpegede en fælles

repræsentant, som i samarbejde med en regional partner fik ansvar for at implementere den samlede aftale. På den måde sikredes stærk ledelsesmæssig opbakning i begge sektorer (Vedel & Ryttov, 2018:19). Desuden er et psykiatrisk dialogforum blevet etableret, hvor forskellige interessenter, herunder politikere og patientorganisationer, kunne drøfte problematikker vedrørende målgruppen og udveksle synspunkter. I 2015 blev et aftalepapir udformet, hvor det slås fast, at patienter i misbrugscentre eller psykiatrien ikke må afvises på grund af, at andre problemer først skal afhjælpes. Bag aftalepapiret er der bred opbakning fra alle interessenter inkl. patient- og pårørendeorganisationer (Vedel & Ryttov, 2018:19).

6.7 SIP (Samordnad individuell plan)

6.7.1 Formål og målgruppe

SIP er en indsats, som er blevet tilbudt i Sverige siden 2010, der fokuserer på at udarbejde en individuel koordinerende handleplan, som tager højde for den enkelte borgers behov, herunder hvem der skal have ansvar for de enkelte dele og for opfølgning (Bringlöv & Christophs 2020:2). Formålet med SIP er dels at koordinere en indsats, dels at give borgeren et overblik over de forskellige bestanddele af støtten – og letter dermed borgerens kontakt med forskellige støttetilbud[9].

Målgruppen for SIP er ikke specifikt rettet mod borgere, der har komplekse behov som fx samtidigt misbrug og psykisk sårbarhed. Et svensk studie viser imidlertid, at en udfordring for indsatsen består i, at den baserer sig på koordination af eksisterende tilbud, hvilke ikke nødvendigvis er tilpasset denne målgruppe (Bringlöv & Christophs, 2020).

6.7.2 Forløb

SIP-processen består i at udvikle koordineret pleje baseret på individets behov, problembillede og ønsker. Centralt for processen er SIP-møder, hvor alle relevante aktører for støtte inddrages med henblik på at udarbejde en fælles plan. Planen skal præcisere ansvarsområder og tidspunkter for støtte. Aktørerne mødes igen på opfølgningsmøder, hvor der følges op på, hvorvidt planen er blevet fulgt, og hvad afvigelser skyldes. Fokus for SIP-processen er således at sikre udarbejdelsen af en sammenhængende plan på tværs af støttetilbud, og at planen reelt følges (Bringlöv & Christophs, 2020).

En koordinerende indsatsplan er et redskab, der hjælper med at koordinere og skabe sammenhæng i de sociale og sundhedsmæssige indsatser, som brugere, der lever med både psykisk lidelse og et misbrug af alkohol og/eller andre rusmidler, tilbydes på tværs af region og kommune.

De eksisterende behandlings- og handleplaner samles, og der laves en prioritering over, hvad der er behov for at arbejde med fremadrettet.

Den koordinerende indsatsplan er borgerens plan. Indsatsplanen udarbejdes på et koordinationsmøde, hvor borgeren, fagprofessionelle og andre relevante personer i borgerens netværk (pårørende mv.) deltager.

[9] Vi kender dem i Danmark som koordinerende indsatsplaner.

Tilbuddet om SIP er frivilligt for borgeren, og det er ligeledes borgeren, som beslutter, hvem der skal inviteres til deres SIP-møde. Modsat er støttepersonerne forpligtede til at deltage. Borgerens netværk, fx familiemedlemmer, kan inddrages, hvis det skønnes at være en god idé.

6.7.3 Virkning og erfaring

Oftest fungerer et SIP-forløb bedst, hvis borgeren har gode betingelser for bedring, fx hvis vedkommende har fast bolig eller et socialt netværk. Der er derfor behov for, at det i den konkrete sag vurderes, hvorvidt SIP er den rigtige løsning, eller om en anden indsats bør gives (Bringlöv & Christophs, 2020:50). Ifølge medarbejdere, der har erfaring med SIP, kan indsatsen være en udfordring i forbindelse med målgruppen, idet indsatsen ikke i sig selv løser udfordringen, som forskning påpeger, navnlig at målgruppen kan have lav motivation for bedring og derved har svært ved at engagere sig i etablerede støtteindsatser (Bringlöv & Christophs, 2020:48).

Dog erfares det også, at indsatsen kan være med til at bryde organisatoriske barrierer, og derved har SIP potentiale til at styrke samarbejdet på tværs (Bringlöv & Christophs, 2020:51).

6.7.4 Implementering

Forskellige implementeringer af SIP har resulteret i relativt forskellige udformninger af metoden i praksis. Studier af SIP fremhæver, at den plan, som udformes, ofte bliver personalets plan – og ikke borgerens plan eller møde. Det er derfor nødvendigt at sikre, at implementeringen ikke blot bliver operationel, men at princippet om borgerinddragelse og medbestemmelse reelt følges i praksis (Bringlöv & Christophs, 2020:6).

6.8 Åben Dialog i netværksmøder

6.8.1 Formål og målgruppe

ODIN (Open Dialogues In Network Meetings[10]) er en norsk udviklet model af netværksmøder målrettet borgere med lang rusmiddelproblematik og samtidige psykiske problemer. Målet med ODIN er at mobilisere borgerens egne kræfter og sociale ressourcer og søger bl.a. at bidrage til borgerens mestring af eget liv, reduktion af misbrug, at give let adgang til hjælp og at forbedre livskvaliteten (Hopfenbeck et al., 2015:6). En anden målsætning med modellen er at forbedre samarbejdet og at skabe en helhedsorienteret og koordineret indsats.

I dansk sammenhæng er Åben Dialog implementeret en række steder både inden for den kommunale og regionale psykosociale indsats, og i perioden 2014-2016 blev metoden afprøvet i forhold til borgere med svære psykiske lidelser under temaet "Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser" – og evalueret i 2016 (Lægsgaard et al., 2017).

6.8.2 Forløb

ODIN er bygget op omkring netværksmøder, hvor indsatser planlægges i samarbejde og kontakt gives til andre behandlingstiltag. Centralt for netværksmøder er deltagerskaren, som inkluderer både borgerens eget sociale netværk – fx familiemedlemmer, støttende venner o.l. – og fagprofessionelle såsom deltagere fra social- og sundhedsområdet. Ydermere fordres en åben dialog på disse møder, hvilket skaber unikke rammer for samarbejde på tværs af uformel og formel

[10] Metoden 'Open Dialogue' (dansk: Åben Dialog) er oprindeligt udviklet i Finland (Seikkula, 2008) og har været benyttet gennem de sidste ca. 30 år, særligt i Finland og i Norge, men også i Danmark. Den er beskrevet som en lovende metode, dog uden stærk evidens for effekt (Bengtsson & Gregersen, 2013:8).

støtte (Hopfenbeck et al., 2015:18). Det fremhæves også, at netværksmøderne er effektive i forhold til udveksling af information til forskellige fagprofessionelle.

Dagsorden og tema for netværksmødet sættes af borgeren selv, som også bestemmer, hvem der deltager, og hvor mødet holdes. Der er således en høj grad af borgerinddragelse i ODIN-modellen. Dette indebærer også, at størstedelen af deltagerne til mødet er fra borgerens private netværk, hvilket stiller en række krav til de fagprofessionelle, som deltager på lige fod. Frem for et fokus på målsætninger og nødvendige tiltag lægges der vægt på at understrege styrker og relationer (Hopfenbeck, et al. 2015:20).

6.8.3 Virkning og erfaring

Udviklerne af ODIN fremhæver en række virksomme faktorer for netværksmøder såsom nærvær, forståelse, åbenhed, indsigt, normalisering og åben diskussion (Hopfenbeck et al., 2015:19). Ligeledes er en ligeværdig dialog mellem fagprofessionelle, det private netværk og borgeren vigtig, da den kan bidrage til at skabe en fælles forståelsesramme for den aktuelle situation.

Det understreges yderligere, at det er vigtigt, at fagprofessionelle giver plads til det private netværk, herunder tænkepauser og diskussion, da netværket ofte har gode løsninger, hvis de får tid til at finde frem til dem. Det fremhæves også, at dette kan bidrage til at aflaste de fagprofessionelle, idet det private netværk engageres i støtten til borgeren (Hopfenbeck et al., 2015:40). Grundlæggende er erfaringen således, at der ofte er ressourcer at trække på i det private netværk, som støttepersoner kan få indblik i via netværksmøder.

Evalueringen fra Danmark viste, at Åben Dialog bidrager positivt til borgernes recovery-proces, og at det ser ud til at bidrage til borgernes recovery-proces, ligesom borgerne generelt vurderer metoden positivt (Lægsgaard et al., 2017).

6.8.4 Implementering

For at sikre en god implementering af ODIN beskriver litteraturen forankring i hele organisationen og ledelsen som central. Dette kan fx opnås via temadage, reflekterende processer på personalemøder eller deltagelse i videreuddannelse (Hopfenbeck et al., 2015:81). Derudover foreslås det, at der etableres regionale samarbejdsteams med fokus på rusmiddel og psykisk sårbarhed, da det kan give et overblik over målgruppen og den aktuelle regionale tilbudsvifte. I denne forbindelse kan udpegelse af en netværkskoordinator være fordelagtig, da denne kan fremme ODIN som metode samt sætte netværksmødeledere i regionen i kontakt, når der er brug for det.

Evalueringen fra Danmark formidler erfaringer fra implementeringen af Åben Dialog, som er af direkte relevans for praksis.

6.9 Housing First

6.9.1 Formål og målgruppe

Den recovery-orienterede tilgang 'Housing First' er en støttetilgang målrettet borgere i hjemløshed i kombination med komplekse problemstillinger (Benjaminsen & Nandrup, 2020; Cornes et al., 2014:134). Housing First er en tilgang og en indsatsmodel, der har til formål at understøtte borgerne i at komme ud af hjemløsheden og styrke deres øvrige livssituation og reintegration i samfundet. Housing First går ud på, at borgere i hjemløshed allerede i starten af et indsatsforløb tilbydes en varig boligløsning med en tilhørende social støtte, der gør det muligt at imødekomme

borgernes støttebehov. Grundlæggende bryder 'Housing First' med 'Treatment First'-ideen om, at borgeren skal have gennemgået en recovery-proces, før permanent bolig tilbydes, og fokuserer i stedet på at tilbyde bolig, før andre indsatser iværksættes, og er ubetinget af progression på parametre som fx misbrug og psykisk sårbarhed (Cornes et al., 2014:136). Boligtilbuddet skal således anskues som en del af en større støttepakke med vedvarende tilbud om indsatser og som en indgang til grundig udredning af borgerens behov og ønsker. Housing First-tilgangen er baseret på recovery-tilgangen, og Ifølge denne er borgere med psykosociale vanskeligheder – som fx psykiske lidelser eller rusmiddelproblematikker – i stand til helt eller delvist at komme sig, hvis de får en støtte og hjælp, der tager udgangspunkt i deres egne ønsker for deres liv, og hvis støtten samtidig har en udformning og karakter, der kan imødekomme kompleksiteten i borgernes støttebehov (Anthony, 1993; Jensen et al., 2004; Davidson et al., 2009). Med recovery-tankegangen i centrum lægges der i tilgangen vægt på en helhedsorienteret støtte, fx med fokus på livskvalitet, sociale relationer, deltagelse i fællesskaber, individuelt ansvar og adgang til en bred tilbudsvifte.

6.9.2 Forløb

Britisk forskning foreslår en tilgang til målgruppen, der integrerer tre dele til en individuelt tilpasset recovery-orienteret 'Housing First'-tilgang (Cornes et al., 2014:141). Fundamentet i denne tankegang består i den ubetingede bostøtte forstået som en borgerret, som bør kombineres med individuel støtteplanlæggelse gennem case management. Planlægningen af indsatser skal sigte efter den rette balance mellem målsætninger om forandring mod vedligeholdelse, kontinuitet og forebyggelse. Desuden lægges der vægt på, at der bør arbejdes på de målsætninger, som borgeren selv udtrykker, da inddragelsen af borgeren kan føre til øget ansvars- og uafhængighedsfølelse og en oplevelse af at indgå i et samarbejde med støttepersoner.

Housing First-tilgangen er de seneste år blevet implementeret i Odense Kommune, hvor der blev arbejdet med at sammenkoble boligindsatsen med de sociale støttemetoder. Den konkrete udformning i Odense Kommune kan karakteriseres ved at være baseret på tre centrale kerneelementer:

1. Et samarbejde mellem kommunen og boligorganisationerne om at skaffe boliger til indsatsen og boligplacere borgerne
2. Tilgængeligheden af social bostøtte for de borgere, som boligplaceres
3. En stærk organisering omkring indsatsen både internt i kommunen og i form et veludviklet samarbejde mellem kommunen og civilsamfundets organisationer og tilbud på udsatteområdet samt på et 'mind-shift' i tilgangen på mange niveauer, både i forhold til at arbejde med boligplaceringer, i organiseringen og i den daglige praksis (Benjaminsen & Nandrup, 2020:22).

6.9.3 Virkning og erfaring

Et britisk studie af recovery-orienterede tilgange viste, at det ubetingede aspekt i 'Housing First' udfordres i praksis, da støttepersoner ofte understreger vigtigheden af et ønske om forandring fra borgerens side (Cornes et al., 2014:140). Dette har endnu den implikation, at fx kronisk syge hjemløse indirekte ekskluderes fra tilbud om støtte. Den recovery-orienterede tankegang bør således ikke stå alene, da der er risiko for, at de mest udsatte borgergrupper ikke tilbydes støtte grundet et ensidigt fokus på forandring.

Erfaringer fra Odense Kommune viser, at det gennem indsatsen er lykkedes at placere et stort antal borgere i bolig fra opstarten af indsatsen i 2010 og frem til i dag, og at det i samme periode er lykkedes at nedbringe hjemløsheden i Odense væsentligt, hvilket formentlig kan tilskrives anvendelsen af Housing First-tilgangen i kommunen (Benjaminsen og Nandrup, 2020).

6.9.4 Implementering

Implementering diskuteres ikke i Cornes et al. (2014), da den peger på en indsats ud fra et empirisk grundlag af udsatte borgeres perspektiver.

Den danske evaluering peger på, at implementering af Housing First-tilgangen kræver en større organisatorisk omstilling, hvor tilgangens grundprincipper forankres i de forskellige led, der indgår i indsatsen. Særligt fremhæves 'den faglige og kulturelle omstilling, der ligger i at gøre op med den tidligere udbredte praksis om at kræve forudgående boevne og boligparathed som betingelse for en boligplacering, og i stedet tilbyde udsatte borgere i hjemløshed en bolig og den sociale støtte, der skal til, for at borgeren kan opøve og udvikle boevnen ved rent faktisk at bo i en bolig' (Benjaminsen og Nandrup, 2020:13).

6.10 Botilbud

6.10.1 Formål og målgruppe

I Norge er der foretaget en undersøgelse af fire kommuners arbejde med at etablere boliger målrettet borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Målet med projektet er at anvende den eksisterende akkumulerede viden om målgruppens ønsker og behov til botilbud på tværs af kommunerne ved bl.a. at etablere erfaringskonferencer med deltagende fra de fire kommuner. Videns- og erfaringsdelingen førte dels til erfaringsdeling mellem kommuner, dels til at forfatterne kunne formulere en række anbefalinger til kommunerne, så de kan få etableret det mest optimale botilbud til målgruppen (Wågø, Høyland & Bø, 2020:3).

6.10.2 Forløb

Projektet søgte at skabe en arena for samarbejde og erfaringsdeling for kommuner og andre myndigheder og samtidig at følge kommunernes proces i opstarten af botilbuddene, hvorfor der blev afholdt opstartsmøder, erfaringsseminarer og slutseminarer (Wågø, Høyland & Bø, 2020:8). I rapporten findes opsummeringer af møderne, hvor erfaringer og anbefalinger i de enkelte kommuner uddybes (Wågø, Høyland & Bø, 2020:30).

6.10.3 Virkning og erfaring

Erfaringer fra projektet viser, at der ikke findes én boligløsning eller lokalisering, som vil passe til alle borgere i målgruppen. Derimod fremhæves et behov for at tage hensyn til det enkelte individs udfordringer og behov samt at inkludere borgeren selv. Inddragelsen af borgeren medfører til en styrket fornemmelse af værdighed, mestring og at blive hørt (Wågø, Høyland & Bø, 2020:32). Desuden fremhæves kommunikationsformen vedrørende botilbud som afgørende for, hvordan de opfattes af borgerne. Derudover fremhæves omgivelser, der giver anledning til en omsorgsrelation – fx venskab til andre beboere – som positive. Sluttelig ønskes et tværfagligt og tværkommunalt samarbejde for at forbedre etableringen af botilbud (Wågø, Høyland & Bø, 2020:32).

6.10.4 Implementering

For at botilbuddet skal lykkes, vurderes en tydelig opgave- og ansvarsfordeling mellem myndigheder som central. Desuden fremhæves det, at kommunen bør 'tale med én stemme' og etablere fælles mål med botilbuddet funderet i fx en kommuneplan eller en boligpolitisk handleplan (Wågø, Høyland & Bø, 2020:4). På den måde sikres bred politisk opbakning til botilbuddet. Der bør ligeledes etableres en informationsstrategi fra kommunens side, særligt med fokus på, hvordan der formidles til de pågældende nabolag, som botilbuddet skal etableres i. Endelig fremhæves grundig kortlægning af målgruppen inden for kommunens rammer som et fundament for etableringen af et succesfuldt botilbud (Wågø, Høyland & Bø, 2020:34).

6.11 Integrerede indsatser

6.11.1 Formål

Målrettet gruppen af borgere med dobbeltdiagnoser og komplekse problemstillinger arbejder integrerede indsatser sideløbende med de forskellige aspekter i problembilledet (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010:17). Der er således tale om ikke at anskue indsatsforløbet sekventielt, men i højere grad helhedsorienteret, hvorfor borgeren bør støttes, fx både i forhold til sit misbrug og samtidig hjemløshed. Desuden karakteriseres integrerede indsatser ved, at indsatsen samles hos en enkelt leverandør, hvilket giver en række organisatoriske fordele såsom et lavere koordineringsbehov på tværs af sektorer og forvaltninger (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010:17).

Særligt to modeller inden for integrerede indsatser fremhæves: IDDT (Dual Diagnoses Treatment Model) og CCISC (The Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care).

6.11.2 Forløb og målgruppe

IDDT består af en række komponenter såsom socialpsykiatri, klinisk undervisning, integreret forskning, evaluering af modeller og en behandlingstilgang, som er inddelt i 4 trin: 1) engagering, 2) overtalelse, 3) aktiv behandling og 4) forebyggelse af tilbagefald. Desuden baserer metoden sig på et helhedsorienteret behandlingsteam, som udgøres af borgeren, dennes pårørende, sagsbehandler, psykiater og sygeplejersker (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010:17).

CCISC-modellen har et andet sigte, bl.a. psykiatrisk og psykologisk vurdering, rådgivning, erhvervsmæssig støtte, støtte i hjemmet og medicinsk behandling. Desuden anvender modellen systematiske udskrivningsplaner (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010:17).

6.11.3 Virkning og erfaring

I forskningen findes positive dokumenterede effekter af både IDDT- og CCISC-modellerne, og overordnet findes effekterne inden for de samme områder. Særligt kan det fremhæves, at forbedring af borgerens boligsituation og progression på misbrug er påvist for begge modeller. Dog har IDDT også positive udfald på kriminalitet, antal indlæggelsesdage og psykiske symptomer, hvor CCISC har positive effekter i forhold til beskæftigelse, psykiatriske symptomer og borgerens tilfredshed med indsatsen (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010:17).

6.11.4 Implementering

Danske Kommuner har anbefalet, at indsatsen mod notatets målgruppe bør fokusere på et forbedret samarbejde mellem faggrupper, herunder som fysisk deler arbejdsplads i hverdagen. Samtidig understreger Socialt Udviklingscenter (SUS), at flere indsatser paradoksalt kan føre til en dårligere indsats, da det kræver større koordination (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010:21-23). Integrerede indsatser med én samlet leverandør kan således være med til at adressere denne anbefaling, hvorfor IDDT og CCISC bør afprøves og implementeres (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010:31).

6.12 Opsummering

Vi har via litteratursøgning identificeret og udvalgt 11 forskellige faglige tilgange og modeller for indsatser til målgruppen. De er fundet blandt de studier, som litteratursøgningen har resulteret i, og dermed dækker de ikke alle eksisterende og muligt relevante indsatser. Desuden er ikke alle danske erfaringer og evalueringer refereret her. Præsentationen af de 11 indsatser har primært til formål at give inspiration og et overordnet indblik i et udvalg af indsatser.

Trods deres forskellighed er et fællestræk ved disse indsatser, at de anerkender og opererer med samarbejde på tværs af fagligheder, organisationer og sektorer og med inddragelse af borgeren og dennes perspektiver, ressourcer og netværk – faktorer, der anses som væsentlige forudsætninger for en samlet indsats af høj kvalitet. Der er tale om tilgange og modeller, der er gode erfaringer med i forhold til målgruppen, og en del af dem kender vi allerede i Danmark, herunder – men ikke kun – FACT (i den regionale distriktspsykiatri), Åben Dialog (Lægsgaard et al., 2017) og Integrated Care (Buch et al., 2016).

Indsatserne udgør langt hen ad vejen nogle mulige svar på den efterspørgsel efter helhedsorientering og samarbejde på tværs, som VISO-specialisterne og de fagprofessionelle pegede på i kapitel 5.

7 Den relationelle dimension i det faglige arbejde

I det følgende præsenterer vi de fund fra litteratursøgningen, som omhandler den relationelle dimension i det faglige arbejde med målgruppen. Der er i alt tre studier, som har det tilfælles, at de belyser betydningsfulde faktorer for etablering af et godt samarbejde med borgerne, hvilket er essentielt for at kunne gennemføre udredninger. Særligt interessant for denne undersøgelse er, at studierne giver bud på, hvad en god relation til målgruppen indebærer, og hvordan fagprofessionelle kan arbejde med at etablere en sådan. De fokuserer på forskellig vis på 'tillid' og 'anerkendelse' som helt afgørende forudsætninger og pejlemærker for et godt samarbejde med borgerne.

7.1 Relationers betydning i udredning

7.1.1 Formål og målgruppe

Klaris beskriver i sin artikel, hvordan arbejdet med borgere, som er diagnosticeret med afhængighedssyndrom og psykiske lidelser samtidig, i høj grad bør have for øje, hvordan relationen er mellem behandler og patient (Klaris, 2015). Dette skyldes, at etableringen af kontakt kan bidrage til et godt udredningsforløb, og omvendt at en mangelfuld relation kan føre til tilbageholdelse af information og uærlige svar til udrederen (Klaris, 2015). Formålet med artiklen er at beskrive, hvordan fagprofessionelle kan opnå en bedre relation til borgeren, som skal udredes. Det erfaringsmæssige udgangspunkt består i et projekt fra Region Midtjylland, der med satspuljemidler skulle etablere en styrket psykiatrisk indsats over for patienter med dobbeltdiagnose.

7.1.2 Forløb

Patienter i sundhedssystemet mødes ofte med fordomsfuldhed, afstandtagen og kritik, når de fortæller om deres misbrug, hvilket ikke bidrager til et godt forløb (Klaris, 2015). Med afsæt i Carl Rogers' klient-centrerede tilgang argumenterer Klaris derimod for, at dobbeltdiagnosticerede patienter bør mødes med en empatisk og ubetinget anerkendende tilgang, hvilket inkluderer en accept af personens brug af rusmidler (Klaris, 2015). Dette er særligt vigtigt, da målgruppen er præget af at have oplevet svigt i opvæksten, hvorfor de har en grundlæggende mistillid til andre. Af samme årsag er det vigtigt, at fagpersonen er opmærksom på, at det vil tage tid, før patienten åbner op, og at de oprigtige svar og samtaler måske først kommer efter et par møder. En anden faldgrube i arbejdet med målgruppen består i patientens oplevelse af en fastlagt dagsorden og skemalagte spørgsmål, hvilket kan være udfordrende med det stigende krav til standardiserede værktøjer o.l. (Klaris, 2015). Endelig bør udreder være opmærksom på, at mange i misbrug anvender rusmidler til at dulme følelser, hvorfor de muligvis ikke har forholdt sig til egen følelsesverden i mange år. Derfor kan et udredningsforløb med et fokus på at sætte ord på netop dette opleves som grænseoverskridende. Af denne årsag er der ofte behov for længerevarende forløb med vedvarende anerkendelse for at opbygge en tillidsfuld relation (Klaris, 2015).

7.1.3 Virkning og erfaring

Det beskrives, at opbygningen af en relation i samtalerummet mellem fagperson og patient kan bidrage til, at vedkommende også i andre sammenhænge udvikler bedre relationer (Klaris, 2015). Den anerkendende tilgang, kombineret med at betragte patienten som en samarbejdspartner, kan ligeledes bidrage til patientens egen tro på forandring og mindre modstand grundet patientens eventuelle udfordringer med autoriteter (Klaris, 2015). Det beskrives ydermere, at

en anerkendende og tålmodig tilgang til udredning kan bidrage til et mere validt resultat i sidste ende og dermed en mere valid diagnostisk afklaring (Klaris, 2015).

7.1.4 Implementering

(Beskrives ikke)

7.2 Tillidspersoner

7.2.1 Formål og målgruppe

Indsatsen med tillidspersoner er et forsøg, som stammer fra Norge. Den er et led i en satsning på at styrke og videreudvikle kommunernes støtte til borgere med rusproblemer og komplekse problemstillinger, som har behov for en koordineret indsats (Stavseng et al., 2011:1). Tillidspersonens rolle er at fungere som brobygger og koordinator mellem borgeren og de forskellige indsatser, vedkommende har behov for. Formålet er således at støtte borgeren i at opnå sine egne mål i mødet med indsatserne. Der arbejdes ud fra en forståelse for vigtigheden i at skabe en tillidsbaseret relation til borgeren, hvilket muliggør borgerens aktive og myndige indblanding i egen forandringsproces (Stavseng et al., 2011:1). Desuden er det tillidspersonens opgave at holde myndighederne ansvarlige i forhold til de indsatser, borgeren har behov for og ret til.

7.2.2 Forløb

Et hovedelement i indsatsen er at alle borgere som har ret til, og ønsker det, får udarbejdet en individuel plan (Stavseng et al., 2011:34). Denne bør udformes så konkret og enkel som muligt, da det medvirker til at borgeren kan gennemskue dens elementer og nytte. Desuden fungerer den individuelle handleplan som en måde at sikre aktiv indblanding af borgeren, planlægning af indsatser, og sikrer at myndighederne lever op til sine forpligtelser for borgeren (Stavseng et al., 2011:2). Handleplanen er ligeledes central for at tillidspersonen kan få udredt borgerens ønsker og behov, og muliggør et overblik over de tjenester, som borgeren bør henvises til.

7.2.3 Virkning og erfaring

Tillidsperson-indsatsen arbejder både på individ- og systemniveauet. Evaluering af indsatsen peger på virkninger på systemniveau, såsom at tillidspersoner har bidraget til et styrket samarbejde mellem tjenester, og at tillidspersonen har fungeret som brobygger ved at mobilisere flere indsatser over for den enkelte borger (Stavseng et al., 2011:3). Dette udmøntede sig i nye samarbejdspraksisser i flere kommuner. Ydermere har inddragelsen af borgerne i koordineringen af egen støtte bidraget til at etablere mere tilgængelige, helhedsorienterede og individuelt tilpassede indsatser.

På individniveau påpeger evalueringen, at flere borgere tilknyttet indsatsen blev udskrevet, fordi deres behov blev varetaget af andre tjenester. Dette indikerer, at tillidsperson-indsatsen lykkes med at tilvejebringe og kontakte nødvendig hjælp til borgerne (Stavseng et al., 2011:3). Desuden fremhæves selvrapporteret forbedring på parametre som rusmestring, social aktivitet, økonomi, boligsituation, psykisk sundhed m.fl. (Stavseng et al., 2011:4). Tillidspersonernes fokus på at skabe tillid til borgeren vurderes også at have medvirket til en øget oplevelse af borgerinddragelse.

7.2.4 Implementering

Implementeringen af indsatsen har i høj grad været skræddersyet til de lokale forhold i de norske kommuner, hvorfor de varierer både i forhold til målgruppe, organisatorisk forankring mv. (Stavseng et al., 2011:2). Det fremhæves, at opsøgende arbejde, samtaler, vejledning om rettigheder og tilbud og udvikling af individuel handleplan har været centrale for at opnå målet med indsatsen. Tid og tilgængelighed til tillidspersonen beskrives også som afgørende (Stavseng et al., 2011:3). De kommuner, som er lykkes bedst med at anvende de individuelle handleplaner, har været dem, hvor værktøjet ikke har været for omfattende, men i stedet er blevet forenklet og holdt konkret (Stavseng et al., 2011:2).

7.3 Værktøjer i relationsarbejdet

7.3.1 Formål og målgruppe

Minna Anneli Sorsas undersøgelse af et tilbud til dobbeltdiagnosticerede borgere i Finland fokuserer på de værktøjer, som personalet anvender i dets relationsarbejde til borgeren med et fokus på empati, medfølelse og følsomhed (Sorsa, 2019:209). Undersøgelsen tager afsæt i spændingen mellem et personales professionelle ønske om at møde borgeren med en forstående, respekterende og anerkendende attitude, samtidig med at personale ofte føler hjælpeløshed og frustration i arbejdet med den komplekse målgruppe (Sorsa, 2019:209). Denne spænding kræver en konstant forhandling mellem den professionelles faglige attitude og evnen til at mestre egne følelser.

7.3.2 Forløb

Undersøgelsen identificerer en række værktøjer, som personalet anvender i dets relationsarbejde: 1) at møde borgeren på en positiv facon, hvilket indebærer anerkendelse af deres person uanset personalets foragt for personens handlinger, 2) at anerkende sårbarhed ved bl.a. at anskue borgerens livshistorie bredt, 3) forståelse for at relationen mellem borger og personale kan være sårbar for begge parter, eksempelvis når fagpersonen har modstridende følelser om borgeren og dennes negative handlinger, 4) at forhandle sårbarhed i konkrete situationer, når personale navigerer mellem rollen som omsorgsgiver og som privatperson, fx ved spørgsmål om tilgængelighed i døgnet, og 5) at personalet påtager sig borgerens smerte ved at indgå i en relation, hvor fortvivlelse og smerte i både fortid og i nutid deles mellem borger og personale (Sorsa, 2019:211-214).

7.3.3 Virkning og erfaring

Det fremhæves, at en positiv, refleksiv og anerkendende tilgang til relationen mellem borger og personale er afgørende. Dette indebærer, at personalet bør undgå at fordømme borgerens livssituation og handlinger, da fordømmelse kan føre til, at borgeren anskuer personalet som kontrollerende og dermed distancerer sig (Sorsa, 2019:214). Relationen bør ligeledes basere sig på et ønske om større forståelse for og accept af borgerens situation. Dette mål kan realiseres gennem at tillade gensidig sårbarhed i relationen mellem borger og personale, da denne anerkendelse leder til empatiske relationer (Sorsa, 2019:214). Grundlæggende bør der således ikke være et ensidigt paternalistisk fokus på at udpege problematikker i borgerens livssituation, men i stedet indgå i en mere ligeværdig relation, der anerkender det enkelte individ og dettes ansvar for eget liv (Sorsa, 2019:215-216).

7.3.4 Implementering

For at personale kan indgå i en mere ligeværdig og anerkendende relation, fremhæves træning af personalet i at arbejde med borgere i psykisk sårbarhed – særligt i kombination med stofmisbrug – som afgørende (Sorsa, 2019:216).

7.4 Opsummering

Hvad en god relation til målgruppen er, og hvorfor er den vigtig, er centrale spørgsmål, som de tre studier forholder sig til. Fælles er, at de alle fokuserer på 'tillid' og 'anerkendelse' som væsentlige elementer i et godt samarbejde med borgeren. Screening og udredning er helt afgørende for tilrettelæggelsen af en passende og god indsats for borgeren. I screening og udredning, som ligger til grund for vurdering af behov, er det uomgængeligt for denne målgruppe, at der arbejdes relationelt med at sikre motivation og fastholdelse i et forløb og at skabe engagement for borgeren (SAMHSA, 2020).

At arbejde relationelt med denne målgruppe forudsætter, ifølge alle tre studier, at den professionelle søger at møde borgeren i øjenhøjde, at arbejde så fordomsfrit som muligt og anerkendende, og den fagprofessionelle accepterer borgerens vanskeligheder og adfærd. Mange i målgruppen har i udgangspunktet en lav grad af tillid til primærpersoner, fx professionelle omsorgspersoner, hvilket er vigtig viden i mødet med disse borgere.

Samtidig er tålmodighed og vedholdenhed fra den professionelle side helt central i en udredningsproces, og uden dette bliver opbygningen af tillid fra borgerens side særdeles vanskelig.

En konkret udmøntning i specifik rolle og funktion findes i 'tillidsperson' som beskrevet i Stavseng et al. (2011), der både fungerer på det individuelle og relationelle niveau og på systemniveauet, nemlig som brobygger og koordinator. Her betones betydning af den tillidsfuldbaserede relation, hvor også borgerens egne ønsker og behov må indgå i en forandringsproces, som forudsætter borgerens konstante og vedvarende engagement, hvilket kan styrkes af tillid.

Sorsa (2019) og Klaris (2015) fremhæver ligeledes det afgørende i anerkendelse og fravær af fordømmelse og fordomsfuldhed over for borgeren som væsentligt. Samtidig er ambitionen om at skabe en ligeværdig relation væsentlig, hvor borgerens ansvar for eget liv bliver anerkendt.

8 Konklusion og opmærksomhedspunkter

I dette afsluttende kapitel konkluderer vi og samler vi op på udvalgte overordnede opmærksomhedspunkter og udviklingspotentialer, som undersøgelsen har bidraget med.

Nedenstående skal derfor ses som en opsamling på hovedfundene fra analysens fire dele:

a) Beskrivelse af målgruppens karakteristika baseret på udvalgt nordisk litteratur
b) Faglige tilgange og metoder til udredning af målgruppen identificeret i international litteratur
c) Kvalitative analyser af de fagprofessionelles viden og erfaringer med målgruppen
d) Journalanalyser af 19 borgeres VISO-forløb.

Hovedfundene er relevante for fagprofessionelle, ledere og beslutningstagere og kan fungere som videns-input til fortsat udvikling af udredningspraksis i forhold til projektets målgruppe – borgere med meget komplekse problematikker. Den samlede undersøgelse havde til formål at besvare nedenstående tre spørgsmål:

1. Hvordan kan målgruppen karakteriseres inden for kompleks social udsathed?
2. Hvordan kan et bedre kendskab til og forståelse for kompleksiteten lægges til grund for indretningen af indsatserne over for målgruppen?
3. Hvilke virksomme tilgange, metoder og redskaber kan sættes i anvendelse i forhold til udredningen af målgruppens behov og udfordringer?

Det er i forlængelse heraf vigtigt at gøre opmærksom på, at selvom forløbene og problematikkerne for de borgere, som kommer gennem et VISO-forløb, er ganske komplekse og vanskelige for de fagprofessionelle, er de ikke nødvendigvis fyldestgørende for alle typer af sammensatte kompleksiteter og borgerforløb, som er indeholdt i målgruppen. Ikke desto mindre kan læring fra de meget vanskelige og komplekse forløb, hvor VISO har været involveret, give anledning til læring og inspiration til de fagprofessionelles arbejde.

Undersøgelsen har generelt vist, at der findes relevant viden med potentiale til at kunne styrke eksisterende praksis i Danmark. Praksis omkring udredninger, som ifølge undersøgelsen er central for VISO's arbejde og meget vigtig for borgernes muligheder for at opnå relevant behandling, kan eksempelvis styrkes gennem en generel forståelse af og viden om målgruppens forskellige karakteristika, behov, udfordrede livsforløb og ofte kaotiske og vanskelige møder med systemet. Således fremhæver undersøgelsen konkrete metoder og tilgange til udredninger af borgere i målgruppen, som kan bidrage til at begrænse eller måske bringe en fortsat eskalering af problemstillinger for nogle af disse borgere helt til ophør.

I det følgende konkluderer vi på undersøgelsens centrale vidensmæssige bidrag.

8.1 Karakteristika ved målgruppen og forløb

Der er en række gennemgående årsager til, at voksne i målgruppen oplever en så udsat social situation, som i mange tilfælde volder de fagprofessionelle og andre frontmedarbejdere store udfordringer, og selvom der via journalerne beskrives en række karakteristika, som mange forløb har tilfælles, fx psykisk lidelse, stofmisbrug, utilpassethed og frygt for fremtiden, er selve

borgerforløbene yderst unikke og derfor også vanskelige at kategorisere entydigt. Derfor var det også selve målet for undersøgelsen at bidrage til at styrke vidensgrundlaget for praksis i forhold til, hvad denne sammensatte kompleksitet indebærer for borgeren og for de tilgange, som de fagprofessionelle anvender i udredning og indsats.

Ud over at målgruppen dækker over et bredt aldersspænd, er den karakteriseret ved en række forskelle i baggrunden for den udsathed, som borgerne oplever i voksenlivet og de sammensatte problematikker. En række generelle kendetegn ved målgruppen er:

1. Opvækst i en ressourcesvag familie med stofmisbrug og/eller psykisk sygdom hos en eller begge forældre, herunder også familier med minoritetsbaggrund, som er flygtet fra borgerkrig
2. Traumer som følge af overgreb, seksuelle krænkelser og vold under opvæksten og/eller vold i ungdoms- og/eller voksenlivet
3. Utilpasset skolegang, sandsynligvis præget af mobning og få eller ingen faglige succesoplevelser og afsluttet uden folkeskolens afgangseksamen og uden opstart på en ungdomsuddannelse
4. Symptomer på ADHD eller andre psykiske (adfærdsrelaterede) udfordringer, som medfører negative sociale konsekvenser
5. Kriminalitets-opstart i relativ unge alder (under den kriminelle lavalder) og løst tilhør til en kriminel gruppering
6. Tidlig debut med alkohol eller andre rusmidler (ned til 12-13-årsalderen).

Målgruppens komplekse problemstillinger relaterer sig således både til en form for ”social arv”, idet forældrenes udsathed kommer til at præge børnenes muligheder, herunder særligt ved at påføre børnene traumer, som forbliver ubehandlede, strukturelle udfordringer, bl.a. i forbindelse med skolegang, psykiske problemstillinger, kriminalitet og stofmisbrug. Samtidig er målgruppen karakteriseret ved komorbiditet af to eller flere typer problemstillinger, hvilket gør det meget vanskeligt at tilbyde enkeltstående indsatser, som virker. Samtidig fremstår relevante udredninger som en vigtig forudsætning for relevante handleplaner og effektive behandlingsindsatser.

Både analysen af journalmaterialet og interviewene med de fagprofessionelle fremhæver ovenstående karakteristika, og at der trods store individuelle variationer mellem borgerne (hvilket er en vigtig pointe i sig selv), deres alder og levede liv, er en række andre karaktertræk, som også gælder. De fagprofessionelle peger også på, at man grundet borgernes forskelligartede problemstillinger i forskellige konstellationer vanskeligt kan tale om én enkelt målgruppe. I forhold til gennemførelsen af indsatser anbefaler flere fagprofessionelle at foretage en differentiering af målgruppen, særligt i forhold til alder grundet risiko for, at borgerne præger hinanden negativt, fx i forhold til misbrugssammenhænge.

Borgere med meget komplekse problemstillinger ønsker ligesom borgere uden samme kompleksitet et godt liv og at vågne om morgenen uden bekymringer for, hvad dagen skal bringe. Og undersøgelsen fremhæver også, at flere af de mest udsatte borgere gerne vil reducere deres stofbrug og leve et liv med færre eller helt uden illegale rusmidler. Samtidig støtter undersøgelsen op om eksisterende forskning, som påpeger, at borgere med komplekse problemstillinger skal have dækket deres mest basale behov for bedre at kunne profitere af de socialfaglige indsatser – eksempelvis en bolig, et trygt netværk og relevant medicinering. Ofte er de mest udsatte borgeres hverdag præget af usikkerhed i forhold til de mest basale dagligdagsbehov som fx at kunne spise sig mæt, sove i en seng, komme i bad – og så kan det være vanskeligt at trænge igennem med relevant behandling.

Det er kendetegnende for målgruppen, at borgerne har haft en svær og problemfyldt opvækst, og at de lever med psykiske problemstillinger, som sjældent er blevet tilstrækkelig udredt. De er i høj risiko for at udvikle et dårligt somatisk helbred, har ofte tilknytningsvanskeligheder og har misbrug og/eller overforbrug af rusmidler, og nogle er betydeligt kognitivt udfordrede. Derudover er målgruppen kendetegnet ved at have dårlig økonomi (ofte er de uden for arbejdsmarkedet) og et manglende socialt netværk.

Mange har både oplevet forskellige former for svigt i barndommen og i ungdommen og følt sig svigtet af det system, som de mente, skulle hjælpe dem. Blandt andet derfor mødes repræsentanter, fx fagprofessionelle fra systemet, ofte med mistro og mistillid. Dette nødvendiggør, at professionelle i mødet skal være omhyggelige med at gå ind i relationen med en høj grad af anerkendelse og tillid – og undgå at komme til at give udtryk for fordomme.

I forhold til mennesker med både psykiske vanskeligheder, stofmisbrug og andre komplekse problemstillinger refererer vi med begrebet 'borgerforløb' til det omfattende og langvarige livsforløb, som har inkluderet et betydeligt antal kontakter til velfærdssystemet. Men med begrebet mener vi ikke, at der er tale om en række af sammenhængende begivenheder og indsatser med en begyndelse og slutning. Fordi det er der netop ikke tale om for denne gruppe af borgere, som siden deres første kontakt med systemet er gået ind og ud af indsatser og tilbud.

Det er en udbredt erfaring blandt de fagprofessionelle, at borgere i målgruppen ofte ikke tidligere er blevet tilstrækkelig udredt. Dette gør sig også gældende i mange af de analyserede VISO-forløb. Når borgernes udfordringer, problemstillinger og ressourcer aldrig er blevet udredt, eller det er sket meget sent i livet, forekommer en øget risiko for, at borgeren ikke har fået den hjælp og støtte, som ville have været relevant i forhold til at sikre deres udviklingsmuligheder og trivsel. Dette har ofte som konsekvens, at når der skal tilrettelægges en relevant indsats for en borger, er grundlaget for at udarbejde den ganske utilstrækkeligt.

Denne kompleksitet og sammensathed af problematikker gør det ofte meget vanskeligt at gennemføre relevant psykiatrisk udredning, uanset at barrieren mellem borgernes symptomer på psykisk lidelse og den psykiatriske udredning skyldes borgernes (aggressive) adfærd eller en eventuel institutionaliseret utilpassethed. Derfor kan vi pege på, at supplementer til psykiatriske udredninger kan overvejes, fx i form af skadesreducerende og øvrige sociale indsatser, fx i kombination med nogle af de screenings- og udredningsmetoder, som denne undersøgelse har peget på. Det betyder dog ikke, at relevant psykiatrisk udredning skal fravælges, når en sådan faktisk kan gennemføres.

8.2 Opmærksomhedspunkter og udviklingspotentialer i udredningen af borgeren

Undersøgelsen viser, at der med fordel kan arbejdes med forslag til metoder, teknikker, tilgange og samarbejdsformer, som kan forventes at støtte borgerne i deres dagligdag. Der kan her peges på vigtigheden i at udvikle på og indføre måder, fx interaktionsteknikker og principper herfor, som kan virke befordrende på borgernes adfærd og understøtte deres interesse i at indgå i et samarbejde med den fagprofessionelle – og evner til at indgå i en række sociale sammenhænge. Det kan fx være på det relationelle niveau, hvor det er meget væsentligt – men ikke altid praktiseret – at læne sig op ad viden om, hvordan man fastholder borgeren i en indsats, når de ofte i udgangspunktet ingen tiltro har til, at nogen kan hjælpe dem. Nogle borgere har svært ved menneskelige relationer og kan have ganske lav tillid og tiltro til omverdenen. I det følgende opsummerer vi de væsentlige fund.

Relationers betydning i udredningen

Forskellige professionelles relationer til borgerne både i perioden forud for VISO's involvering og undervejs i VISO-forløbene fremstår som yderst centrale og determinerende for borgernes liv. Ofte er kontrollerende og konfrontatoriske relationer til borgerne i barndommen (fx fra omsorgsgivere, men også i nogen grad fra uddannelsesinstitutioners side) medvirkende til, at borgerne begynder at "afvige" radikalt fra deres jævnaldrende. Ofte er kaotiske relationer (fx mellem udadreagerende borgere og frontpersonale – men også mellem borgere og andre brugere af herberger og behandlingssteder) den udslagsgivende årsag til, at VISO kontaktes. Ofte begrænses VISO's forløb af borgernes begrænsende følelser af afmagt over for at skulle møde op og deltage i omfattende udredninger, som også er udtryk for dysfunktionelle relationer. Og ofte peger VISO's anbefalinger på baggrund af et gennemført forløb netop på nye betingelser for og måder at indgå i relations-arbejdet med borgerne. Det kan ikke tages for givet, at enhver professionel kan møde disse borgerne i øjenhøjde, da det kræver nogle særlige kompetencer og viden. De fagprofessionelle pointerer, at det at møde borgerne i øjenhøjde, at være tålmodig, nærværende, empatisk og anerkendende, er vigtigt i arbejdet med målgruppen. Det er vigtigt at søge at 'finde frem til mennesket bag' de psykiske vanskeligheder og misbruget og facilitere de alment menneskelige faktorer, som har betydning for trivsel. Relationers betydning for udredningen af borgerne fremstår således som særlig central (både før, under og efter VISO's arbejde) og som et område, som med fordel kan gives endnu mere fokus i fremtiden.

Tillid og anerkendelse i relationer

Opbygning af tillid er et kerneelement og helt afgørende for etablering af gode relationer mellem borger og fagprofessionel. De fagprofessionelle påpeger i interviewene, at det tager tid at etablere en tillidsfuld relation til en borger, særligt til de borgere med de mest komplekse problemstillinger, og langt hen ad vejen er tillid noget, man som professionel skal 'gøre sig fortjent til'. Tillid tager tid. En væsentlig barriere for opbygning af tillid mellem borger og fagprofessionel er – ud over mangel på tid – at borgerne ofte har dårlige erfaringer med svigt fra primære omsorgspersoner, fagprofessionelle og andre. At opbygge en tillidsfuld relation beror derfor på tålmodighed og tid. Derudover er det afgørende for de professionelle at møde borgerne med nærvær, empati og anerkendelse.

I relationen til borgeren må det fremhæves, at det at gøre noget aktivt med og for disse borgere, som giver mening for dem, kan være en måde at skabe en tillidsfuld relation på. En anden måde at udtrykke netop dette på er at søge at 'møde borgeren i øjenhøjde', frem for at den professionelle giver indtryk af at vide bedst. Således er en relationel dimension helt afgørende for en konstruktiv udredning. Nogle af de fagprofessionelle peger på, at samarbejdet med borgeren fungerer bedst, når de professionelle og borgeren mødes fysisk rundt om samme bord.

Et opmærksomhedspunkt for den fagprofessionelle er at søge at 'finde frem til mennesket bag' de psykiske vanskeligheder, misbruget og de andre komplekse problemstillinger. Hvad er det, borgeren finder glæde og mening ved at gøre? Hvilke interesser havde borgeren før, eksempelvis før hjemløsheden eller sit store misbrug? Spørgsmål af denne karakter bør afdækkes i samarbejde med borgeren, og derved finder man frem til, hvad der kunne være en meningsfuld opgave eller plan, som borgeren kan se sig selv i.

Tidlig udredning og inddragelse af borgeren

Ofte kan borgerens problematikker ses i opvæksten eller i skoletiden. I forhold til tilrettelæggelse af forebyggende strategier og indsatser for borgere i risiko for at blive del af målgruppen er et afgørende opmærksomhedspunkt, som vi har identificeret i forbindelse med undersøgel-

sen, at der tidligt igangsættes kvalificerede og relevante udredninger, hvilket er et vigtigt grundlag for, at borgeren kan få et godt og meningsfyldt liv med optimal støtte. Noget tyder på, at mange enten får en for sen udredning, mens der andre gange ikke tidligere har været gennemført en udredning. Begge situationer kan potentielt have alvorlige konsekvenser for den enkeltes forløb og aktuelle situation. Det er erfaringen blandt de fagprofessionelle, at udredninger som oftest kommer alt for sent i livet. At 'investere' i tidlig udredning er således afgørende for målet om at forbedre trivslen for målgruppen og forebygge eventuelle psykiske lidelser og følgediagnoser, udvikling af andre problemstillinger og sikre borgeren et godt liv.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at grundige udredninger – som fx dem fra VISO – kan udgøre en nyt og vigtigt grundlag for tilrettelæggelsen af en målrettet indsats for borgeren. I flere tilfælde er VISO's udredning den første egentlige udredning, der er gennemført i den voksne borgers liv.

Der er fx eksempler på, at VISO-udredninger har problematiseret eller helt har omstødt tidligere udrednings- og problemanalyser af borgere, hvor der blev afsøgt og sandsynliggjort mulige årsager til borgerforløb og borgerens problematikker. Der er også eksempler på, at VISO-udredninger anvender nogle andre udredningsmetoder, som ikke tidligere er benyttet til borgeren, og som giver nogle nye perspektiver og en ny viden som et grundigt fundament for en fremadrettet indsats.

Nye og bedre metoder i udredningen

De fagprofessionelle, som er interviewet påpeger, at der ofte mangler helhedsforståelse af borgeren og dennes komplekse problemstillinger, og de mangeartede screenings- og udredningsmetoder, som anvendes forskellige steder i systemet, forstår og tolker borgeren ret forskelligt med de forskellige tilgange til borgere, hvilket hæmmer den helhedsorienterede tænkning. På trods heraf må vi fremhæve et potentiale for at styrke tilgangen til målgruppen, hvis den bliver mere systematisk og helhedsorienteret.

De fagprofessionelle fortæller, at de mange forskellige metoder og tilgange i aktuel praksis og et uhensigtsmæssigt fravær af en fælles referenceramme gør, at karakteren af beskrivelserne af borgeren i de specifikke udredninger er meget afhængige af, hvem som er den aktuelle behandler. Samtidig konstaterer nogle fagpersoner, at ikke alle anvender egentlige udredningsredskaber og metoder, men betoner det vigtige i at møde og søge at forstå borgeren.

Flere fagprofessionelle efterlyser udredninger, som kan give et helhedsbillede af borgeren i stedet for forskellige, hvor relevant viden indsamles og samles i én udredningsmetode, der ikke er for krævende for borgerne at deltage i. Der bør tilbydes metoder for fagprofessionelle, som ikke er så ressourcekrævende, at borgerne ikke kan overskue at deltage eller må springe fra, fordi deltagelse kræver for lang tid og for mange mentale ressourcer, som måske ikke er til rådighed på tidspunktet for udredningen.

Samlet set kan det konkluderes, at de fagprofessionelle ikke ønsker for 'tunge redskaber' i udredningen, men at de vurderer, at mindre tunge redskaber i kombination med en vis metodefrihed er at foretrække. Derved kan de fem forskellige screenings- og udredningsredskaber, som præsenteres i kapitel 5, ses som mulige at anvende i forhold til målgruppen og dens komplekse problemstillinger, idet de har det til fælles, at de adresserer dobbeltproblematikken og på forskellig vis søger at give et helhedsbillede af den enkeltes borgers ressourcer og problematikker. Samtidig forholder de sig til både misbrug, psykiske vanskeligheder samt øvrige forhold i borgerens liv, og de er relativt lette at lære at anvende.

Det forekommer, at der i de 19 journaler, som indgår i denne undersøgelse, er en klar tendens til, at "henvenderne" og de frontmedarbejdere, som kender borgerne bedst, mistænker borgerne for at have kognitive funktionsnedsættelser, og at disse funktionsnedsættelser udgør en slags årsag til borgernes udsathed og kompleksitet. I nogle få tilfælde underbygges mistanken om kognitive funktionsnedsættelser, og VISO's anbefalinger tager relevant afsæt heri. De screeningsmetoder, som anvendes i VISO-udredningerne, er mange og forskellige, men fælles er, at de har en psykologisk karakter. De potentielle metoder til udredning, som undersøgelsen har afdækket, anlægger også et grundlæggende psykologisk perspektiv på forståelsen af borgerne. Litteratursøgningen har således afdækket metoder med et bredere perspektiv på borgeren, som kan rumme et samtidigt misbrug og psykiske lidelser og give et mere fyldestgørende billede af borgeren end metoder, som fx alene er fokuseret på borgernes kognitive funktionsniveau.

Et eksempel på et studie, som adresserer en mere holistisk tilgang til borgerne, er et review i Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), som er en protokol over tilgængelige screenings- og udredningsredskaber i litteraturen vedrørende personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. På baggrund af kortlægningen af tilgængelig viden på området formuleres i alt 12 trin, som udgør et best-practice udredningsforløb, der bygger på dokumenteret viden, som de fagprofessionelle anbefales at tage i brug i deres arbejde. Ved at gennemgå alle 12 trin fremhæves det, at fagpersonen får et detaljeret kronologisk billede af borgerens historik vedrørende mental sundhed, diagnoser og indsatser – særligt med fokus på, hvordan disse tager sig ud i perioder, hvor borgeren er enten i eller uden for misbrug (SAMHSA 2020:36). Desuden opnås et dybdegående indblik i styrker, svagheder, barrierer og begrænsninger ved at udrede for borgerens biopsykosociale situation.

Netværksdannelse

Et opmærksomhedspunkt er vigtigheden i at bistå borgeren i at etablere og sammensætte sit eget netværk. Ofte har borgerne brudte og komplicerede relationer til familien, og for nogle borgere er deres eneste netværk fx andre i misbrugsmiljøet. Åbne dialogformer og netværksorienterede tilgange kan være konstruktive for netværksdannelse, hvor borgere i sociale tilbud selv har mulighed for at vælge, hvem af de fagprofessionelle og hvem fra deres nære netværk, som de vil have med ind i samarbejdet omkring deres indsats. Der er gode erfaringer med at sikre, at alles perspektiver har lige stor værdi. Tilgangen Åben Dialog (ODIN) i afsnit 6.8 er et eksempel på en sådan tilgang.

Systematisk helhedsorienteret udredning og indsats

Et andet væsentligt opmærksomhedspunkt er en udpræget mangel på systematik, sammenhæng og samarbejde i relation til udførelsen af en god, grundig og systematisk udredning af en borger i målgruppen. Der efterspørges en højere grad af koordinerede og samtidige indsatser, som samler de enkeltstående indsatsers viden, metoder, redskaber og tilgange. Samarbejde på tværs af velfærdsområder og faggrupper, strukturer, ressourcer og organisatoriske rammer kan være udfordrende og skabe barrierer, når fagprofessionelle arbejder med og tilrettelægger indsatser til borgere med komplekse problemstillinger.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt i arbejdet med målgruppen er, at indsatser og tilbud skal tilpasses og målrettes efter borgerens problemstillinger, individuelle behov og hensyn. Og ikke omvendt, hvor man forsøger at få borgeren til at ´passe ind´ eller tilpasse sig et specifikt tilbud eller indsats. Den fleksibilitet kan i mange tilfælde være nødvendig. Ligeså vel efterlyses et bedre overblik over indsatser og muligheder på tværs af sektorer.

Mange af de interviewede VISO-specialister og de interviewede fagprofessionelle har generelt en stor berøringsflade med andre fagprofessionelle fra en lang række velfærdsområder, som bliver involveret i de enkelte sagsforløb i forhold til at tilrettelægge indsatser og yde andre former for støtte til borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger. De interviewede fagprofessionelle giver eksempler på, at samarbejde på tværs af faggrupper og organisationer i høj grad kan lykkes, og et eksempel herpå er i de situationer, hvor fagprofessionelle fra andre velfærdsområder inviteres ind omkring en borger.

Der kan på baggrund af det systematiske litteraturreview identificeres en række bud på systematiske helhedsorienterede tilgange eller multimodale tilgange, som kan understøtte udredning og indsats i relation til målgruppen.

Et eksempel herpå er FACT, der er en recovery orienteret indsats, som kombinerer den teambaserede opfølgning fra ACT med egentlig case management. Sammen med fx Brukerplan, som er udviklet i Norge, afdækkes forskellige typer af problematikker, identificeres borgere med de mest komplekse problemstillinger og muliggør et tilbud om et FACT-forløb og udarbejdelse af en nuanceret handleplan (jf. afsnit 6.1).

Et andet eksempel på en sådan tilgang er integrererede indsatser (afsnit 6.11). Der er her tale om indsatser, som adresserer en borgers problemstillinger ud fra en personcentreret og koordineret støtte, fx gennem koordination af indsatsen på tværs af services, der normalt opererer adskilt og gennem en etableret forståelse for, at personer i misbrug ofte har komplekse problemstillinger, der kræver kontakt til andre støtteflader. Et review (Sevic et al., 2017) finder, at der er god dokumentation for virkningen af Integrated Care, når tilgangen implementeres som et samarbejde mellem psykiatriske/psykologiske indsatser og støtte til misbrug, men samtidig er dokumentationen mere sparsom, når det drejer sig om samarbejdet mellem misbrugsområdet og andre sociale services såsom boligstøtte, hjemløshed og beskæftigelse. Her viser den danske evaluering, at trods Odense Kommune i projektperioden var frikommune, var der væsentlige udfordringer med implementeringer, bl.a. fordi det var vanskeligt at ændre indgroede samarbejdsmønstre, krav fra dagligdagsdriften og mange andre opgaver, som kræver aktørers tid og opmærksomhed (Buch et al., 2016).

Vi har beskrevet, hvordan fagpersoner og VISO-specialister peger på, at der efterlyses et helhedsorienteret, brugerrettet og systematisk fokus i den samlede indsats over for målgruppen, og det betones, at det er væsentligt med en vis metodefrihed i de fagprofessionelles arbejde med målgruppen.

Litteratur

Alfano, C.A. & Beidel, D.C. (2011). *Social Anxiety in Adolescents and Young Adults: Translating Developmental Science into Practice*. Washington DC: American Psychological Association.

Andrade, S., Casier, F. & Skov, P.R. (2020). *Risici og konsekvenser ved voldsforbrydelser: En statistisk kortlægning af ofre of deres familiers liv i Danmark*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analyseinstitut for Velfærd.

Andrade, S. & Järvinen, M. (2020). Moderate stable, fling or chronic high: alcohol trajectories among young people in an intoxication-oriented drinking culture*. Addiction Research & Theory*, 1-10.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.

Bakke, L.H. & Strand, G. (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team*. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) & Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Benjaminsen L., Dyrby, T.M., Enemark, M.H., Thomsen, M.T., Dalum, H.S. & Vinther, U.L. (2017). *Housing First i Danmark: Evaluering af implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd & Rambøll.

Benjaminsen, L. & Lauritzen, H.H. (2015). *Hjemløshed i Danmark 2015: National kortlægning*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Benjaminsen, L. & Nandrup, A.B. (2020). *Housing First i Odense: En undersøgelse af indsatsens resultater og økonomiske aspekter.* København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Bengtsson, S. & Gregersen, S.Ø. (2013). *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser: En forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Berger, N.P., Aagaard, N. & Bank, H. (2021). *Inspiration til arbejdet med meget udsatte: Tilgange til borgere med misbrug, psykiske vanskeligheder og komplekse sociale problemer.* København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Berger, N.P., Bom, L.H., Fynbo, L. & Abildtoft, M.K. (2019). *Effektive metoder til misbrugsbehandling af borgere med ADHD: En kortlægning af viden fra forskning, eksperter og praktikere*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Berger, N.P & Fynbo, L. (2019). *Stofmisbrug og ADHD*. Virum: Bestpractice Nordic.

Binzer, K. & Hansen, M.S. (2018a). Bedre sundhed og trivsel for sårbare borgere. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 94*(6), 27-37.

Binzer, K. & Hansen, M.S. (2018b). Systemet skal tilpasses sårbare borgere - ikke omvendt. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 94*(1), 4-15

Bjerge, B. (2018). "Det handler om at gå den der ekstra mil". *Stof, 31*, 6-11.

Bjerge, B. & Houborg, E. (red.) (2019). *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder: I krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Bringlöv, Å. & Christophs, I. (2020). *Blir det bättre om vi samverkar? En studie av tillämpningen av SIP för personer med psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Botkyrka: FoU Södertörn.

Buch, M.S., Petersen, A., Bolvig, I. & Kjellberg, J. (2016). *Integrated Care-modellen – slutevalueringens resultater og konklusioner: Et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation.* København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Cherry, A.L. & Dillon, M.E. (2019). The AC-OK cooccurring screen: Reliability, convergent validity, sensitivity, and specificity. *Journal of Addiction, 2013*, 1-9.

Cornes, M., Manthorpe, J., Joly, L. & O'Halloran, S. (2014). Reconciling recovery, personalisation and housing first: Integrating practice and outcome in the field of multiple exclusion homelessness. *Health & Social Care in the Community, 22*(2), 134-143.

Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M.S., O'Connell, M.J.O. & Rowe, M. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. New York: Oxford University Press.

Eplov, L.F., Korsbek, L., Petersen, L. & Olander, M. (red.) (2010). *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering: En recoveryorienteret tilgang*. København: Munksgaard.

Evjen, R., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: Om ruslidelser og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fynbo, L. & Kohl, K.S. (2021, planlagt). *Screening af rusmiddelbehandling til de mest belastede unge med samtidigt misbrug og psykiske vanskeligheder og/eller komplekse problemer*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Gough, D., Oliver, S. & Thomas, J. (2012). *An Introduction to Systematic Reviews*. London: Sage Publications.

Gullotta, T.P. & Adams, G.R. (red.) (2005). *Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidens-Based Approaches to Prevention and Treatment*. New York: Springer.

Hagensen, P., Henriksen, J. & Christensen, I. (2010). *Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Hansen, G.V. & Ramsdal, H. (2014). Bedre samhandling - er løsningen nye arenaer? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 10*(1), 30-42.

Hasin, D., Shmulewitz, D., Stohl, M., Greenstein, E., Roncone, S., Aharonovich, E. & Wall, M. (2020). Test-retest reliability of DSM-5 substance disorder measures as assessed with the PRISM-5, a clinician-administered diagnostic interview. *Drug and alcohol dependence*, *216*, 1-9.

Hasin, D., Trautman, K., Miele, G.M., Samet, S., Smith, M. & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for Substance Abusers. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1195–1201.

Hopfenbeck, M., Donsted, M., Eivik, A.L., Grøneng, H., Nilsen, P.Å., Nysveen, B., Singhofen, M., Økland, G.S.M. & Van der Veen-Nijmeijer, M. (2015). *Åpne dialoger i nettverksmøter: En modell for samhandlende tjenester til personer med rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Iversen, K., Kloppenborg, H.S. & Thau, M. (2019). *Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet: Kortlægning af området for udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Jensen, P., Jensen, K.B., Olsen, E. & Sørensen, D. (2004). *Recovery på dansk: At overvinde psykosociale handicap*. København: Systime Academic.

Johansson, K. & Wirbing, P. (2005). *Riskbruk och missbruk: Alkohol, Läkemedel, Narkotika*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Kaminer, Y. (red.) (2016). *Youth Substance Abuse and Co-occuring Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Karlsson, B. (2016). *Det går for sakte… i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid: Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Klaris, G. (2015). *Når relationen er afgørende*. Tilgået juni 2020: https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/fagartikler-psykologi-viden/naar-relationen-er-afgoerende/

Landheim, A. & Odden, S. (2016). *Evaluering av ROP Vestfold: Et samhandlingsteam for personer med alvorlig rusmisbruk og psykiske lidelser*. Brumunddal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) & Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helse.

Landheim, A. & Odden, S. (red.) (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge – sluttrapport*. Brumunddal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) & Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helse.

Lie, T.W. (2020). *Nytt kartleggingsverktøy lansert: ROP-screen*. Tilgået juni 2020: https://rop.no/aktuelt/nytt-screeningverktoy-lansert/

Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lægsgaard, M.M., Balleby, M., Nørbæk, A. & Pilegaard, K. (2017). *Kvalitet i den kommunale indsats over borgere med svære psykiske lidelser: Åben dialog*. Odense: Socialstyrelsen.

Løvaas, E.K. & Dahl, T. (2013). *Rusmiddelbrug og ADHD: Hvordan forstå og hjælpe?* Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Mestre-Pintó, J.I., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., Torrens, M. (2014). PsyCoBarcelona Group. Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument. *European Addict Research, 20*(1), 41-48.

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2020). *Utredning*. Tilgået juni, 2020: https://rop.no/utredning/

Nygaard-Christensen, M., Bjerge, B. & Oute, J. (2018). A Case Study of Casework Tinkering. *Qualitative Studies, 5*(2), 57-71.

Pallesen, J., Løkke, K., Schriwer, T. & Merinder, L. (2009). *Dobbeltdiagnose: Håb, afklaring, handling*. Aarhus: Aarhus Universitetshospital Risskov.

Pedersen, M.U. & Pedersen, M.M. (2018). *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, M.U., Skov, K.B.E., Frederiksen, K.S., Pedersen, M.M. & Karsberg, S.H. (2020). *MapPlan manual: Afdækning og behandlingsplanlægning i rusmiddelbehandlingen*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, M.U., Thomsen K.R., Pedersen, M.M. & Hess, M. (2017). Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap12. *Addict Behaviors, 65*, 40-50.

Phillips, P., McKeown, O. & Sandford, T. (red.) (2010). *Dual Diagnosis: Practice in context*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Piuva, K., & Åberg, M. (2009). *Att inte släppa taget. En utvärdering av SAM-teamet - ett Case management projekt i Järfälla och Upplands-Bro 2006-2008: Slutrapport 2009*. Sollentuna: FoU-Nordväst.

Rognli, E.B., Krajci, P., Lie, T.W., Linderoth, L., Lien, L., Bramness, J.G & Landheim, A.S. (2016). Å skille rus og psykopatologi: Diagnoseintervjuet PRISM i norsk elektronisk versjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 53*(12), 1000-1005.

SAMHSA. (2020). *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders: Treatment improvement protocol. Updated 2020*. Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Savic, M., Best, D., Manning, V., & Lubman, D.I. (2017). Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: A systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy, 12*(1), 1-12.

Seikkula, J. (2008). *Åben dialog og netværksarbejde: Laplandsmodellen i psykiatri og socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.

Sorsa, M.A. (2019). Carriers of pain: Vulnerable meetings between staff and clients with a dual diagnosis. *Nordic Journal of Nursing Research, 39*(4), 209-217.

Stallvik, M. (2015). *Assessing patients for optimal treatment by utilising and testing ASAM Criteria for substance use disorder and co-occurring psychiatric disorders. Validity of*

ASAM Criteria. Ph.d. afhandling. Trondheim: NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Stallvik, M. & Nordahl, H.M. (2014). Convergent validity of the ASAM criteria in co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis, 10*(2), 68-78.

Stavseng, G., Aspelund, G., Dyrkorn, K. & Anker, J. (2011). *Evaluering av tillitspersonforsøket. Sluttrapport: Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer - Tillitspersonforsøket, 2009-2011*. Oslo: Rambøll & Helsedirektoratet.

Søndergaard, B. (red.) (2016). *Psykiatrisk sygdomslære*. København: Munksgaard.

Vedel, K. & Ryttov, O. (2018). Tværsektorielt samarbejde hjælper psykisk syge med misbrugsproblemer. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 94*(1), 16- 25.

Wågø, S.I., Høyland, K. & Bø, L.A. (2020). *Etablering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser – erfaringer fra norske kommuner*. Oslo: SINTEF akademisk forlag.

Bilag 1 Metode og design

Denne rapport bygger på data fra flere forskellige kilder, som har til formål at supplere og informere hinanden: a) en systematisk litteratursøgning om tilgange, metoder og redskaber til udredning af komplekse udsatte borgeres behov og udfordringer, b) litteratursøgning efter nordisk forskning og undersøgelser af viden om målgruppen, c) en tværgående analyse af 19 borgerforløb baseret på sagsnotater fra kommuner og fra VISO, samt d) en kvalitativ indholdsanalyse af fem fokusgruppeinterview med VISO-specialister og fagspecialister.

Kapitlet beskriver fremgangsmåden for brugen af disse forskellige metoder til datagenerering og udgør således dokumentation for den forskningsproces, som ligger til grund for rapporten. Afsnit 1 gennemgår den systematiske litteratursøgning, afsnit 2 beskriver metoden for de kvalitative fokusgruppeinterview, mens afsnit 3 redegør for den metodiske fremgangsmåde for dokumentanalyse af 19 borgerforløb.

1. Systematisk litteratursøgning

Vi gennemførte en systematisk international litteratursøgning om tilgange, metoder og redskaber til udredning af komplekse udsatte borgeres behov og udfordringer. Denne søgning resulterede i en samlet bruttoliste på 2.184 publikationer, som efterfølgende blev gennemgået (se søgedokumentation i Bilag 6). Publikationerne fra denne bibliotekssøgning blev gennemgået med to formål for øje, nemlig for at gennemføre:

1. et forskningsreview, som kortlægger den eksisterende litteratur om dokumenterede positive erfaringer med udredning af målgruppens problemer
2. en litteratursøgning efter viden om voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse problemstillinger og deres karakteristika.

Vi har anvendt en bred litteratursøgningsmetode, der inkluderer både videnskabelige og ikke-videnskabelige studier, og kvantitative såvel som kvalitative studier indgår i form af både videnskabelige og fagfællebedømte studier samt grå litteratur. Vi har gjort dette med henblik på at opnå så omfattende en kortlægning af den eksisterende viden på området som muligt.

Processen for udvælgelse af studier er bygget op omkring fire faser, der gælder for begge søgninger/kortlægninger:

Fase 1: Fremsøgning af relevant litteratur

Fase 2: Screening og vurdering af studiernes relevans på baggrund af eksklusions- og inklusionskriterierne foretaget ud fra studiernes titel og abstract

Fase 3: Vurdering af studiernes relevans på baggrund af eksklusions- og inklusionskriterierne gennem nærlæsning af studiernes abstract og fuldtekst

Fase 4: Endelig udvælgelse af studier på baggrund af relevansen af indholdet samt studiernes metodiske kvalitet.

Første fase af kortlægningsarbejdet bestod af en indledende søgning efter potentielt relevante studier i relevante elektroniske databaser og hjemmesider. Denne indledende fremsøgning af relevant litteratur er sket i samarbejde med VIVE Bibliotek, der er specialister i gennemførelse af litteratursøgninger. Som nævnt blev der fremsøgt 2.184 studier foruden en samling grå litteratur i bogform, som blev fremsøgt manuelt.

Der blev opstillet inklusions- og eksklusionskriterier for screenings- og vurderingsprocessen af de 2.184 fremsøgte studier for at sikre, at de identificerede studier var relevante i forhold til projektets formål. Inklusions- og eksklusionskriterierne definerede krav til studiernes udgivelsestidspunkt, sprog, geografiske kontekst, alder og problematik for studiernes målgruppe samt studiernes fokus og typer. De opstillede inklusions- og eksklusionskriterier fremgår i skemaer under afsnittene for kortlægning af henholdsvis målgruppekarakteristika og udredningslitteratur.

I Bilagstabel 1.1 fremgår de afsøgte databaser og hjemmesider, der resulterede i første fases fremsøgning af de 2.184 relevante referencer.

Bilagstabel 1.1 Afsøgte databaser og hjemmesider

Databaser	Hjemmesider
Sociological Abstracts	Danske hjemmesider:
SocIndex	Alkohol og Samfund
PsychInfo	Bedre Psykiatri
Academic Search Premier	Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet:
SwePub	Dansk Fagligt Netværk for Dobbeltdiagnose:
PubMed	Danske Regioner:
IBSS	Foreningen Misbrugsportalen:
Cinahl	KABS - behandlingscenter for stofbrugere
The Campbell Library	KL - Kommunernes Landsforening
The Cochrane Library	Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser, Region H: Metodecentret: https://metodecentret.dk/ - 1 fund
SveMed	Projekt Udenfor
DanBib (danske bibioteksdatabaser)	Rådet for Socialt Udsatte
ORIA/BibSys (norske biblioteksbaser)	Socialstyrelsen, DK
LIBRIS (svenske biblioteksdatabaser)	Socialt Udviklingscenter SUS, DK
Den Danske Forskningsdatabase	Sundhedsstyrelsen, DK
NORA	VIVE (tidl. KORA/SFI), DK
	Norske hjemmesider:
	FolkehelseinstituttetForebygging.no
	Helse.no
	Helsedirektoratet
	Helsetilsynet
	Kompetansesenter - RUS
	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
	SINTEF Helse & Velferd
	Svenske hjemmesider:
	SBU, Sverige
	Socialstyrelsen, Sverige
	FoU Välfärd
	Internationale – ikke-nordiske:
	CAMH - Centre for Addiction and Mental Health, Canada
	EPPI Centre, UK
	International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA Foundation), The Netherlands
	National Institute on Drug Abuse, USA
	SAMHSA. Substance abuse and Mental Health Services Administration, USA
	SCIE - Social Care Institute for Excellence, UK
	The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Alle 2.184 referencer blev i kortlægningens anden fase vurderet i forhold til de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier i henhold til henholdsvis kriterierne for målgruppekarakteristika og for udredningslitteratur. Kriterierne på tværs af disse to fokuspunkter for kortlægningen differentierer hovedsageligt i henhold til studiernes fokus, sprog og den geografiske kontekst. I anden fase af litteraturkortlægningen foregik vurderingen ud fra kriterierne på baggrund af studiernes titel og abstract.

Litteratursøgning om målgruppen

Denne del af kortlægningen har sigtet efter at danne et overblik over nyere dansk og nordisk litteratur, der belyser viden om projektets målgruppe og denne gruppe borgeres karakteristika. Formålet med denne del af litteraturkortlægningen er at tilvejebringe viden, der karakteriserer målgruppen, voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse problemstillinger.

Søgningen har særligt fokus på nyere danske studier, men der indgår også udvalgte relevante nordiske studier.

I modsætning til kortlægningen af udredningslitteratur har denne litteratursøgning karakter af en oversigtssøgning, hvor feltet bliver afdækket.

Ud af de 2.184 studier, der blev fremsøgt under kortlægningens første fase, blev der foretaget en vurdering af 767 studier på baggrund af kriterierne for studier, der beskriver målgruppekarakteristika. Eftersom denne del af kortlægningen har fokus på dansk og nordisk litteratur om målgruppens karakteristika, blev vurderingen udelukkende foretaget ved de 767 studier, der er fremsøgt inden for danske og nordiske elektroniske databaser og hjemmesider (for detaljeret søgedokumentation om afsøgning af hjemmesider til denne søgning se Bilag 6).

Nedenfor fremgår de eksklusions- og inklusionskriterier, der blev anvendt kortlægningens anden fase, og som studiernes titel og abstract blev vurderet ud fra.

Bilagstabel 1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier for litteratursøgning om målgruppekarakteristika

	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Udgivelsestidspunkt	2009-2019	Før 2009
Sprog	Dansk, svensk, norsk	Studier på øvrige sprog
Målgruppens alder	Studier, der primært undersøger voksne personer (over 18 år)	Studier, der primært undersøger børn og unge under 18 år
Målgruppens problematikker	Studier, der omhandler personer med 1) psykiske vanskeligheder og 2) stofmisbrug	Studier, der omhandler personer med blot én af de to problematikker
Studietyper	Peer-reviewed videnskabelige artikler, peer-reviewed fagbøger, konsulentrapporter, evalueringer eller myndighedsudgivelser	Pilotstudier, uafsluttede studier, speciale- og bachelor-opgaver, upublicerede konferencepapirer.

Under fase 2 blev en række studier ekskluderet på baggrund af de nævnte inklusions- og eksklusionskriterier. Ved denne screeningsproces blev i alt 89 studier vurderet "relevante", mens 189 studier blev vurderet "måske relevante". Efter endelig gennemgang blev i alt udvalgt 16 større værker, som indgår, fordi de grundigt redegør for målgruppens særlige karakteristika med hensyn til sammensathed, baggrundshistorik og forskellige typer af individuelle såvel som sociale forhold.

Forskningsreview om udredning

Undersøgelsens kortlægning bygger også på et forskningsreview af eksisterende litteratur om dokumenterede positive erfaringer med udredning af borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse problemstillinger. Kortlægningen søger at danne overblik over nyere litteratur, som beskriver tilgange og metoder til at udrede målgruppens situation, ressourcer og udfordringer, samt afsøge viden om særlige opmærksomhedspunkter i udredningen af denne borgergruppe. Denne del af kortlægningen knytter sig således til rapportens undersøgelsesspørgsmål 2.

Formålet med denne del af litteraturkortlægningen er at tilvejebringe viden om virksomme metoder og tilgange til udredning af målgruppens behov og udfordringer. Når vi i denne del af litteraturkortlægningen taler om virksomme metoder og tilgange, er der fokus på studier, der belyser udredningsmetoderes effekter. Vi abonnerer på en bred forståelse af effekt, hvilket vil sige, at vi inkluderer studier med alle typer af forskningsdesigns, og at vi accepterer studier, der undersøger effekter, virkninger og resultater i bred forstand. Der er således ikke opstillet begrænsninger i forhold til, hvilke typer af effekter der er relevante, eller hvordan de bør måles.

Der er tale om en systematisk international litteratursøgning i forskningsdatabaser, der identificerer dokumenterede positive erfaringer med udredningsmetoder og -tilgange til målgruppen (for detaljeret søgedokumentation for afsøgning af hjemmesider til denne søgning se Bilag 6).

Metodisk set kan vi tale om, at vi har benyttet en systematisk litteratursøgning med en narrativ syntese (Gough, Oliver & Thomas, 2012), som er særlig velegnet til at håndtere studier med flere forskellige forskningsdesigns.

Det systematiske forskningsreview af relevant udredningslitteratur baserer sig på samtlige de 2.184 kilder, der blev søgt frem under kortlægningens første fase. Ved de danske og nordiske databaser blev der således screenet for relevans i relation til målgruppekarakteristika såvel som udredningsbeskrivelser. De internationale referencer, der blev søgt frem under kortlægningens første fase, indgik udelukkende i det systematiske forskningsreview.

Den beskrevne screeningsproces foregik ud fra nedenstående inklusions- og eksklusionskriterier.

Bilagstabel 1.3 Inklusions- og eksklusionskriterier for litteratursøgning om udredning af målgruppen

	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Udgivelsestidspunkt	2009-2019	Før 2009
Sprog	Dansk, svensk, norsk og engelsk	Studier på øvrige sprog
Geografisk kontekst	Studier, der er blevet foretaget i vestlige lande, dvs. Europa, Nordamerika, New Zealand og Australien	Studier, der er gennemført uden for Europa, Nordamerika, New Zealand og Australien
Målgruppens alder	Studier, der primært undersøger voksne personer over 18 år	Studier, der primært undersøger børn og unge under 18 år
Målgruppens problematikker	Studier, der omhandler personer med overlappende psykiske vanskeligheder, misbrug og sociale problemer	Studier, der omhandler personer med dobbeltdiagnoser/dobbeltproblematik, men ingen sociale problemer
Studiets fokus	Studier, der omhandler udredning eller problematikker vedrørende udredning af målgruppen	Studier, der ikke omhandler udredning Medicinske studier

	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studietyper	Peer-reviewed videnskabelige artikler, peer-reviewed fagbøger, konsulentrapporter, evalueringer eller myndighedsudgivelser	Pilotstudier, uafsluttede studier, speciale- og bachelor-opgaver, upublicerede konference-papirer
Kvaliteten af studiet	Studier, der overvejende lever op til Socialstyrelsens metodeudviklingsstrategi (2017), som beskrevet i 'Drejebog for national udvikling af sociale indsatser' (SUSI)	Studier, der ikke lever op til SUSI, vil ikke blive ekskluderet, men vil blive vægtet ud fra, i hvilken grad de lever op til SUSI
Virkning	Studier, der beskriver afprøvede og virksomme metoder/tilgange/redskaber til udredning	Studier, hvor metoderne/tilgangene/redskaberne ikke har haft en virkning eller har haft negativ virkning

Efter første gennemgang af studierne, der blev foretaget på baggrund af studiernes titel og abstract, blev 176 relevante studier og 528 måske relevante studier valgt ud. De 528 studier, der blev vurderet som måske relevante, blev gennemgået en ekstra gang på baggrund af titel og abstract, hvilket resulterede i, at 124 af disse studier blev vurderet som relevante. Det samlede antal af relevante studier efter denne screeningsfase landede således efter fase 2 på 300 studier.

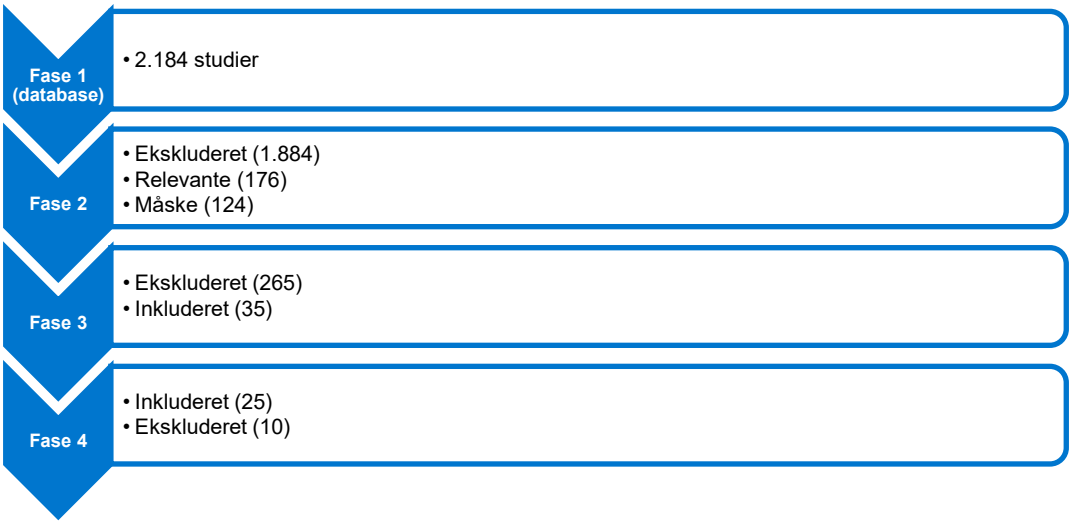
På baggrund af den systematiske litteratursøgning er der identificeret i alt 20 studier fordelt på i alt 20 socialfaglige eller psykologiske metoder og tilgange, som er afprøvet over for eller udviklet til voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger. Disse 20 studier er kodet på baggrund af et overordnet kodeark som tidligere vist. Opdelt på søgefaser så processen således ud.

Fase 1: Indledende søgning gav 2.184 studier.

Fase 2: Screeningen på titel og abstract gav 300 relevante studier

Fase 3: Læsning af abstract og fuldtekst endte på 35 publikationer fordelt på 25 tilgange/metoder

Fase 4: Fundene fra fase 3 drøftes med VISO med henblik på endelig udvælgelse af mellem 15-25 studier ud fra relevanskriterier.



2. Journalanalyse

I det følgende uddybes undersøgelsens metode, datagrundlag og analytiske fremgangsmåde, således at det er transparent, hvordan vi er gået til de omfattende datamængder. Sagernes længde varierer fra nogle få hundrede sider til op mod 800 sider, hvoraf en del notater fremgår flere gange, hvilket skyldes den måde, som journalerne er trukket ud af systemet på. Derfor har læsningen af journalerne også krævet, at vi først har skullet skabe os et overblik over struktur og indhold, dernæst af typer af notater og de forskellige deles placering både generelt, men også i hver enkelt sag, for så at kunne finde frem til de oplysninger, som har været en forudsætning for at kunne foretage analyser af forløbene.

Grundlaget for denne del af undersøgelsen består af 19 forløb, hvor VISO senest – i 2019 eller 2020 – har afsluttet udredningsforløbet. Nogle af sagerne er langvarige og er startet i VISO-regi før 2019. Det har været afgørende, at vi ikke blot udvalgte 19 mere eller mindre tilfældige sager, men at de levede op til følgende forudsætninger:

1. At sagerne er velbeskrevet, at der fx foreligger en eller flere VISO-udredninger. Det vil altså sige, at der foreligger relevant tekst i tilstrækkeligt omfang. Da materialet har været så omfangsrigt, antager vi, at det – til trods for en del gentagelser – i en vis udstrækning dækker over et borgerforløb af en høj grad af kompleksitet, og at det er nogle langvarige forløb med kontakt til velfærdssystemet i bred forstand, idet projektet jo har til formål at afdække borgerforløb for en målgruppe, som ofte repræsenterer nogle komplekse sager for velfærdssystemet.
2. Det har været et mål, at sagerne i videst mulig udstrækning afspejler variationen i de øvrige VISO-sager.
3. At sagerne har en vis spredning hvad angår alder, geografi og køn.
4. At sagerne er af nyere dato (afsluttet i 2019-2020).

Sagsmaterialets indhold

Gennemgangen af sagerne viste, at det er meget forskelligt, hvor meget forudgående sagsmateriale der har foreligget, da VISO bliver involveret. Det vil sige, at sagerne indeholder forskellige niveauer af baggrundsviden. En del af sagerne indeholder ikke oplysninger om eventuelle tidligere udredninger, hvilket selvfølgelig kan skyldes, at der ikke tidligere er gennemført – og dokumenteret – en udredning, men det kan jo også skyldes måden, hvorpå data er trukket, og de kilder der er adgang til. For eksempel er der kun journaler fra sundhedsområdet, hvis de har ligget som kopi på den kommunale sag.

Materialet giver indblik i, hvordan borgernes problematikker beskrives og forstås i eventuelle tidligere udredninger og i, hvornår og med hvilke begrundelser og formål VISO inddrages. Herudover giver sagerne et indblik i, hvordan og med hvilke tilgange og redskaber VISO gennemfører udredningerne, borgeren beskrives, hvad udredningen konkluderer og eventuelt hvilken ny viden, som herved er frembragt.

De 19 sager omhandler 12 mænd og 7 kvinder i alderen 22-67 år med en gennemsnitsalder på 35 år. Sagerne kommer fra forskellige kommuner. For nogle har tidspunktet for den første kontakt til det sociale system været som barn og før fyldte 10 år, mens andre har den første kendte kontakt i løbet af 20-årsalderen.

Kodning af sager

Sagerne er løbende blevet kodet med udgangspunkt i den overordnede tematiske struktur og med udgangspunkt i, hvor journalerne belyser de spørgsmål, som er indeholdt:

1. Baggrundsoplysninger (alder, køn og alder ved første kontakt med det sociale system)
2. Målgruppeoplysninger (borgerens særlige karakteristika)
3. Hvor første kontakt med det sociale system opstår, og hvilke udredninger der er gennemført
4. Hvilken baggrundsviden der findes om borgerens livsforløb og opvækst
5. Hvilken viden som lægges til grund for a) henvendelsen til VISO, b) for VISO's faglige leverancebeskrivelse
6. Hvilken type af udredning VISO har gennemført (i forhold til metoder og/eller andre tiltag)
7. Hvad VISO konkluderer
8. Om VISO har leveret ny viden
9. Hvad der bliver/forventes af umiddelbare konsekvenser for borgeren af VISO's udredningsrapport.

Kodningen er sket gennem brug af et Excel regneark, som har givet mulighed for at sammenligne de enkelte sager og læse "på tværs af materialet". Disse kodninger har dannet baggrund for journalanalysen i kapitel 3.

I det følgende afsnit præsenteres analysen af fokusgruppeinterviewene med fagprofessionelle og VISO-specialister.

3. Fokusgruppeinterview med fagprofessionelle og VISO-specialister

Formålet med at gennemføre fokusgruppeinterview med udvalgte fagprofessionelle fra forskellige områder og med VISO-specialister er at få indblik i og bringe den viden i spil, som de professionelle har qua deres indgående erfaringer med målgruppen. Dermed er tanken, at der dels skabes en 'platform' for videns- og erfaringsudveksling om, hvordan de forskellige fagprofessionelle – trods de mange komplekse udfordringer i arbejdet – alligevel og på daglig basis finder på kreative løsninger i arbejdet med målgruppen, dels validere gennemgående tilgange/metoder til og forståelser af målgruppen.

Interviewundersøgelsen består af fokusgruppeinterview med henholdsvis VISO-specialister og andre fagprofessionelle. Fælles for interviewene er, at de har fokus på målgruppens karakteristikker, udfordringer og ressourcer samt faktorer, der er væsentlige for arbejdet med målgruppen. Fokusgruppeinterviewene indkredser herigennem tværgående erfaringer fra arbejdet med målgruppen og giver bud på væsentlige opmærksomhedspunkter i de faglige tilgange og/eller forståelser, der er fælles for de fagprofessionelle, der møder borgerne.

Interviewundersøgelsen skal supplere den viden, der er blevet genereret i vidensprojektets fase I, dvs. i både litteratursøgningerne og den kvalitative analyse af udvalgte VISO-sager, samt at kvalificere og fagligt underbygge eventuelle gennemgående elementer fra litteraturen og de undersøgte VISO-forløb.

Fokusgruppeinterview med VISO-specialister

VIVE gennemfører fokusgruppeinterview med VISO-specialister fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), Socialstyrelsen. VISO-specialister kan både være leverandører til VISO eller ansatte i VISO, og det tilstræbes at sammensætte en gruppe af interviewpersoner, som tilsammen har mest mulig erfaring med målgruppen, som indgår i forløb med VISO. Formålet er som nævnt at få indblik i den specialiserede viden, som VISO-specialisterne har om målgruppen.

Interviewene med VISO-specialister havde særligt fokus på:

I. Hvad der karakteriserer målgruppen
II. Hvilke typiske udfordringer VISO-specialister støder på i arbejdet med målgruppen
III. Hvilke særlige opmærksomhedspunkter eller beskyttende faktorer, man bør iagttage, når man arbejder med og tilrettelægger indsatser til målgruppen
IV. Egnede indsatser, metoder og/eller tilgange til udredning og målgruppens problematikker.

Fokusgruppeinterview med fagprofessionelle

Ud over fokusgruppeinterview med VISO-specialister gennemføres også interview med øvrige fagprofessionelle. Fagprofessionelle består i denne henseende af personer fra forskellige velfærdssystemer, eksempelvis stofbehandling, psykiatrien, socialforvaltningen eller tværsektorielle tilbud, som alle har erfaringer og kendskab til målgruppen. Baggrunden for at inddrage forskellige fagprofessionelle i interviewene er, at socialfaglige og psykologiske udredninger og indsatser ofte gennemføres i samarbejde mellem mange forskellige fagprofessionelle grundet målgruppens komplekse problemstillinger. Det er derfor vigtigt at inddrage forskellige faggrupper i vidensprojektet for at få viden om eventuelle variationer i faglige vurderinger og få belyst muligheder og udfordringer i det tværfaglige samarbejde om borgerens komplekse problemstillinger.

Inddragelsen af disse fagprofessionelle sker også ud fra et rationale om at komme så tæt på praksis (og borgernes udfordringer og ressourcer) som muligt. De fagprofessionelle besidder en særlig viden om borgernes dagligdag, ønsker og behov, som kan supplere projektets andre fund.

Interviewene med andre fagprofessionelle vil særligt omhandle:

I. Hvad der karakteriserer målgruppen
II. Hvilke typiske udfordringer de fagprofessionelle støder på i arbejdet med målgruppen
III. Hvilke særlige opmærksomhedspunkter eller beskyttende faktorer, man bør iagttage, når man arbejder med og tilrettelægger indsatser til målgruppen
IV. Egnede indsatser, metoder og/eller tilgange til udredning og målgruppens problematikker.

Planen var oprindelig at gennemføre ét fokusgruppeinterview med VISO-specialister og tre fokusgruppeinterview med andre fagprofessionelle fra forskellige velfærdssystemer. Efter planen skulle alle fire fokusgruppeinterview gennemføres med fysisk tilstedeværelse. Derudover skulle fokusgrupperne sammensættes således, at de fordrede forskellighed frem for ensartethed. Sammensætningen af fokusgrupperne skulle oprindeligt afspejle noget af den diversitet af forskellige områder, som målgruppen ofte har kontakt med, ligesom det potentielt ville gøre det muligt at fremhæve både tværsektorielle barrierer og fordele.

Det viste sig imidlertid vanskeligt grundet covid-19-situationen, og derfor ændrede vi strategi, således at alle fokusgruppeinterview blev gennemført virtuelt ved brug af videokommunikationsplatformen Zoom.

Beslutningen om at afholde virtuelle fokusgrupper resulterede i to ændringer. For det første besluttede vi at gennemføre i alt fem fokusgruppeinterview i stedet for de oprindelige fire. Vi besluttede at fastholde de tre fokusgrupper med andre fagspecialister, men vi gennemførte i alt to fokusgruppeinterview med VISO-specialister af den årsag, at der var for mange deltagere til ét interview, når det skulle foregå virtuelt. Der er en hårfin balance mellem på den ene side at have for mange deltagere i en virtuel fokusgruppe, hvor det kan være svært at skabe både rum og taletid til alle deltagere, mens det på den anden side er vigtigt at være nok deltagere, til at der samtidig kan udveksles erfaringer og opnås en vis dynamik mellem deltagere, som fordrer en god interaktion. For det andet valgte vi at sammensætte de fem fokusgrupper ud fra et princip om ensartethed frem for forskellighed. Gruppernes sammensætning består derfor af deltagere med nogenlunde samme baggrund og genskabsgrad til målgruppen. Således skulle deltagerne ikke bruge samme tid på at spore sig ind på hinanden og fagområderne.

De forskellige fagligheder vil bidrage til tværfaglige diskussioner og vil også betyde, at den viden, der produceres i interviewene, og efterfølgende vil indgå i et inspirationskatalog, vil have relevans for forskellige sektorer frem for blot ét område.

Rekruttering og datagrundlag

VIVE gennemførte dermed i alt fem fokusgruppeinterview, hvoraf to interview er gennemført med VISO-specialister og tre er gennemført med andre fagprofessionelle fra forskellige velfærdsområder.

Udvælgelsen af interviewpersoner til fokusgruppeinterviewene med VISO-specialister blev varetaget af VISO's egne folk ud fra principperne om, at interviewpersonerne skulle være leverandører til VISO eller ansatte i VISO og derudover skulle have erfaring med voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger. Dette resulterede i fem VISO-specialister, som ønskede at deltage i et interview, og som samtidig ikke oversteg det ønskede antal interviewdeltagere pr. interview.

Rekrutteringen af interviewpersoner til fokusgrupperne med andre fagprofessionelle er forløbet ved telefonisk kontakt til diverse organisationer og velfærdsområder såsom socialpsykiatrien, tværsektorielle tilbud, distriktspsykiatrien, socialområdet, forsorgshjem og herberger, misbrugsområdet mv. Alle interesserede fik tilsendt et informationsbrev om VIVEs undersøgelse, herunder interviewundersøgelsen (se Bilag 4). Langt hovedparten af de kontaktede reagerede positivt og ønskede at deltage i et virtuelt fokusgruppeinterview. Dog var der enkelte, som var positivt indstillet for at deltage, men hvor det desværre ikke var muligt at koordinere de fagprofessionelles kalendere, således at alle kunne deltage på de samme tidspunkter.

De organisationer/institutioner, som vi kontaktede med henblik på at deltage i et interview, har selv fået lov at pege på, hvem fra deres organisation/institution, som det var mest relevant for VIVE at tale med. Et kriterie for rekruttering af interviewpersoner var dog, at de skulle have betydelig erfaring fra arbejde med målgruppen, men ikke nødvendigvis også med deltagelse i eller på anden vis at have tilknytning til egentlige VISO-forløb.

Det resulterede i interviewpersoner på både medarbejder- og lederniveau, erfaringer fra Københavnsområdet samt fra større og mindre provinsbyer både på Sjælland, Fyn og i Jylland.

Bilagstabel 1.4 viser de gennemførte fokusgruppeinterview og interviewpersoner.

Bilagstabel 1.4 Oversigt over fokusgruppeinterview og informanter

Nr.	Informantgruppe	Område	Tid og antal
1	VISO-specialister	Leverandører til VISO	2 interviewpersoner
2	VISO-specialister	Leverandører til VISO	3 interviewpersoner
3	Andre fagprofessionelle	Psykiatri og tværsektorielle tilbud	4 interviewpersoner
4	Andre fagprofessionelle	Hjemløse-/socialområdet	3 interviewpersoner
5	Andre fagprofessionelle	Misbrugs- og socialområdet	2 interviewpersoner

Anm.: Som det fremgår af tabellen, deltog 2-4 deltagere i hvert fokusgruppeinterview. Interviewene havde en varighed på 90-130 minutter. Alle interviewpersoner er anonyme. Det gælder også de organisationer og institutioner, de repræsenterer. Derudover er alle interview optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet.

Analyse

Et enkelt af fokusgruppeinterviewene er gennemført med en enkelte VIVE-medarbejdere. De resterende fire fokusgruppeinterview er gennemført med to VIVE-medarbejdere, da det gav mulighed for at supplere hinanden undervejs i interviewene og efterfølgende diskutere de fund, der blev frembragt under interviewene. Analyseprocessen blev således påbegyndt efter hvert afsluttende interview. Yderligere tager analysen af de fem interview afsæt i dybdegående gennemlæsning og kvalitativ kodning i tematikker.

Interviewguider

Alle fokusgruppeinterview er gennemført ved hjælp af en semistruktureret interviewguide, som har været tematisk opdelt med centrale spørgsmål og underspørgsmål. Der er udarbejdet to interviewguider – en til fokusgruppeinterviewet med VISO-specialister og en til fokusgruppeinterviewet med andre fagprofessionelle. De to interviewguider er udarbejdet efter de samme tematikker og centrale spørgsmål, men de enkelte underspørgsmål er tilpasset hvert enkelt interview afhængig af de pågældende interviewpersoner. Da der er tale om semistrukturerede interviewguider, har der således også været tid og plads til, at de pågældende interviewpersoner kunne tale frit i forhold til deres respektive syn og vinkler på deres arbejde med målgruppen.

Under udarbejdelsen af de to interviewguider blev udkast af disse forelagt for VISO, som har rekvireret og finansieret projektet og dermed fik mulighed for at kommentere herpå. Det resulterede i nogle få, men gode og konkrete ændringer, som gjorde de to interviewguider mere præcise og målrettede. De to interviewguider kan findes i henholdsvis Bilag 2 og Bilag 3.

Bilag 2 Endeligt udvalg af metoder, tilgange og modeller i udredningen af målgruppens komplekse problemstillinger og behov

SAMHSA

SAMHSA. (2020). *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders: Treatment improvement protocol. Updated 2020*. Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

AC-OK Co-occuring Screen

Cherry, A.L. & Dillon, M.E. (2019). The AC-OK cooccurring screen: Reliability, convergent validity, sensitivity, and specificity. *Journal of Addiction, 2013*, 1-9.

MapPlan

Pedersen, M.U., Skov, K.B.E., Frederiksen, K.S., Pedersen, M.M. & Karsberg, S.H. (2020). *MapPlan manual: Afdækning og behandlingsplanlægning i rusmiddelbehandlingen*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.

ROP Vestfold – en patientudredningspakke

Landheim, A. & Odden, S. (2016). *Evaluering av ROP Vestfold: Et samhandlingsteam for personer med alvorlig rusmisbruk og psykiske lidelser*. Brumunddal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) & Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helse.

ROP Screen

Lie, T.W. (2020). *Nytt kartleggingsverktøy lansert: ROP-screen*. Tilgået juni 2020: https://rop.no/aktuelt/nytt-screeningverktoy-lansert/

PRISM

Rognli, E.B., Krajci, P., Lie, T.W., Linderoth, L., Lien, L., Bramness, J.G & Landheim, A.S. (2016). Å skille rus og psykopatologi: Diagnoseintervjuet PRISM i norsk elektronisk versjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 53*(12), 1000-1005.

ASSAM

Stallvik, M. (2015). *Assessing patients for optimal treatment by utilising and testing ASAM Criteria for substance use disorder and co-occurring psychiatric disorders. Validity of ASAM Criteria*. Ph.d. afhandling. Trondheim: NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Stallvik, M. & Nordahl, H.M. (2014). Convergent validity of the ASAM criteria in co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis, 10*(2), 68-78.

Kapitel 6 - faglige tilgange og modeller

FACT

Landheim, A. & Odden, S. (red.) (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge – sluttrapport*. Brumunddal: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) & Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helse.

Bakke, L.H. & Strand, G. (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team*. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) & Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

En ikke-lineær tilgang

Hansen, G.V. & Ramsdal, H. (2014). Bedre samhandling - er løsningen nye arenaer? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 10*(1), 30-42.

Pragmatik og ad-hoc

Bjerge, B. (2018). "Det handler om at gå den der ekstra mil". *Stof, 31*, 6-11.

Bjerge, B. & Houborg, E. (red.) (2019). *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder: I krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Nygaard-Christensen, M., Bjerge, B. & Oute, J. (2018). A Case Study of Casework Tinkering. *Qualitative Studies, 5*(2), 57-71.

SIP (Samordnad individuell plan)

Bringlöv, Å. & Christophs, I. (2020). *Blir det bättre om vi samverkar? En studie av tillämpningen av SIP för personer med psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Botkyrka: FoU Södertörn.

Sammen om min vej

Binzer, K. & Hansen, M.S. (2018a). Bedre sundhed og trivsel for sårbare borgere. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 94*(6), 27-37.

Binzer, K. & Hansen, M.S. (2018b). Systemet skal tilpasses sårbare borgere - ikke omvendt. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 94*(1), 4-15

Netværksmøder (ODIN)

Hopfenbeck, M., Donsted, M., Eivik, A.L., Grøneng, H., Nilsen, P.Å., Nysveen, B., Singhofen, M., Økland, G.S.M. & Van der Veen-Nijmeijer, M. (2015). *Åpne dialoger i nettverksmøter: En modell for samhandlende tjenester til personer med rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Housing First

Benjaminsen, L. & Nandrup, A.B. (2020). *Housing First i Odense: En undersøgelse af indsatsens resultater og økonomiske aspekter.* København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Cornes, M., Manthorpe, J., Joly, L. & O'Halloran, S. (2014). Reconciling recovery, personalisation and housing first: Integrating practice and outcome in the field of multiple exclusion homelessness. *Health & Social Care in the Community, 22*(2), 134-143.

Integrerede indsatser

Hagensen, P., Henriksen, J. & Christensen, I. (2010). *Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Integrated Care

Savic, M., Best, D., Manning, V., & Lubman, D.I. (2017). Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: A systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy, 12*(1), 1-12.

Koordinerende indsatsplaner mellem psykiatri og kommuner med APL

Vedel, K. & Ryttov, O. (2018). Tværsektorielt samarbejde hjælper psykisk syge med misbrugsproblemer. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 94*(1), 16- 25.

Etablering af bolig til mennesker med psykiske lidelser i samtidigt misbrug

Wågø, S.I., Høyland, K. & Bø, L.A. (2020). *Etablering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser – erfaringer fra norske kommuner*. Oslo: SINTEF akademisk forlag.

Kapitel 7 - den relationelle dimension i det social faglige arbejde

Relationers betydning i udredning

Klaris, G. (2015). *Når relationen er afgørende*. Tilgået juni 2020: https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/fagartikler-psykologi-viden/naar-relationen-er-afgoerende/

Tillidspersoner

Stavseng, G., Aspelund, G., Dyrkorn, K. & Anker, J. (2011). *Evaluering av tillitspersonforsøket. Sluttrapport: Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer - Tillitspersonforsøket, 2009-2011*. Oslo: Rambøll & Helsedirektoratet.

Værktøjer i relationsarbejdet

Sorsa, M.A. (2019). Carriers of pain: Vulnerable meetings between staff and clients with a dual diagnosis. *Nordic Journal of Nursing Research, 39*(4), 209-217.

Bilag 3 Interviewguide til fokusgruppe med VISO-specialister

Tematikker	Spørgsmål
Intro	Præsentation af projekt Præsentation af interviewere fra VIVE Formål med fokusgruppeinterview: At skabe indblik i professionelles viden og erfaringer om mennesker med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger og denne målgruppes specifikke problematikker, og hvilken betydning de sammensatte problematikker har for borgerne og jeres tilgang til at arbejde med målgruppen. Jeres viden om borgernes dagligdag, ønsker og behov skal supplere projektets andre fund. Om interviewet: Forventet varighed Optagelse på diktafon Samtykke Anonymitet Behandling, brug og opbevaring af data Har I spørgsmål, inden vi går i gang?
Præsentation	Præsentationsrunde af deltagere: Kan I fortælle lidt om, hvem I er (navn, beskæftigelse)?
Målgruppen	Hvem er målgruppen? Hvad er målgruppens karakteristika? Hvad er dit kendskab og dine erfaringer med målgruppen? Hvilke ønsker og behov oplever I, at denne målgruppe har (hvis det er muligt at sige noget generelt om dette)? Kendskab til målgruppen: Oplever I, at I har tilstrækkeligt kendskab til målgruppen? Hvis ikke, hvad er det, der mangler og hvorfor? Underopdeling: Når vi taler om målgruppen, giver det så bedre mening at underopdele målgruppen? Eksempelvis I forhold til typer af problemstillinger, tyngde i forhold til misbrug vs. psykiske vanskeligheder mv.? Forløb: Er der typiske forløb? Og hvad består disse eventuelt typisk af – beskriv?
Problematikker	Specifikke problematikker: Kan I fortælle om, hvad det er for nogle specifikke problematikker/udfordringer, som målgruppen ofte har (måske I har svaret under 'målgruppen')? Hvad har disse problematikker af betydning for borgerne og deres forløb? Hvad har problematikkerne af betydning for dit daglige arbejde med målgruppen? Hvad kan I som specialister anbefale af god praksis i forhold til de nævnte problemstillinger?
Funktionsevne og kognitiv funktionsnedsættelse	Har borgernes kognitive funktionsnedsættelser betydning for et udredningsforløb? Hvorfor/hvorfor ikke?

Tematikker	Spørgsmål
	Hvad gør I eventuelt anderledes, når det er tilfældet sammenlignet med forløb, hvor der ikke er tale om kognitiv funktionsnedsættelse? Oplever I, at borgerne bliver mødt med krav, der ligger over deres funktionsevne? (Stiller I krav, som I ved, at borgeren kan have svært ved at opfylde? Hvorfor?) og hvor sker det henne? Kan I fortælle om udfordringer? Konkrete eksempler på, hvad I gjorde/burde have gjort set tilbage på den specifikke case?
Psykiske lidelser	Hvilke problematikker møder I i forhold til borgere med psykiske lidelser? Er der nogen særlige tiltag/metoder, der sættes I værk? Er der metoder/tilgange? Noget, der med fordel kunne være anderledes for at skabe de bedst mulige forløb?
Misbrug	Hvad oplever I, kan være barrierer i behandlingen/udredningen/forløbet for borgere med misbrug? Oplever I, at manglende viden eller fordomme om misbrug kan skabe barrierer? (Det kan være på socialpsykiatriske bosteder?) Har I bud på, hvad man kan gøre for at undgå misforståelser/få mere viden? Hvilken viden vurderer I, som er vigtig i arbejdet med målgruppen? Differencering af misbrug: Har årsagerne/baggrunden for misbruget betydning for deres forløb og hvordan? Eksempelvis misbrug som selvmedicinering vs. Misbrug, som er orienteret mod at forsvinde fra verden. Påvirker det VISO-forløb og hvordan? Er der forskel på, hvorvidt man er ny misbruger eller har haft et langvarigt misbrug i forhold til VISO-forløb?
Dobbelt diagnoser/ dobbeltproblema-tikker	Hvordan spiller samtidigt stofmisbrug og psykiske vanskeligheder ind i borgernes forløb? Hvilke udfordringer/bekymringer kan der være? Kan I fortælle om de udfordringer, I møder, når I skal hjælpe mennesker med dobbelt diag-noser/dobbeltproblematikker? Er der viden, som I oplever at mangle, der kan styre borgerforløb? Kan I give eksempler på gode forløb for mennesker med dobbeltdiagnoser/dobbeltproblema-tikker? Hvad gjorde I specifikt i denne/disse situationer? Hvad virkede/virkede ikke og hvorfor?
Kompleksitet og tværfagligt samar-bejde	Hvilke udfordringer støder I på, når I arbejder med mennesker, hvor misbrug, psykiske van-skeligheder og sociale problemer spiller ind? Hvad er et komplekst borgerforløb og hvorfor? Hvad mangler der af viden på området? Hvilke udfordringer oplever I i det tværfaglige samarbejde om borgernes komplekse pro-blemstillinger? Hvilke muligheder er der i det tværfaglige samarbejde? Giv gerne konkrete eksempler fra jeres hverdag med målgruppen

Tematikker	Spørgsmål
VISO-forløb	VISO-forløb forsøger at gå på tværs af velfærdssamfundets centrale sektorer (misbrugs-, social- og psykiatriområdet). Er der noget, der kendetegner et typisk VISO-forløb? Typiske udfordringer? Kan I hjælpe med at belyse, om og hvorfor oplevelser af manglende viden i en sektor kan føre til udfordringer i behandling af borgere i andre sektorer? Giv gerne konkrete eksempler fra din hverdag. Har du eksempler på et godt forløb, og hvad der skabte et godt forløb? Er der særlige opmærksomhedspunkter, når man arbejder med og tilrettelægger indsatser til målgruppen? Kan I fortælle om egnede metoder og tilgange til udredning? Giv gerne konkrete eksempler. Projektets andre fund (jeg ved endnu ikke, hvad disse fund består af) Hvordan fundene fra litteratursøgningen afspejler den virkelighed, specialisterne møder? Hvordan fundene fra forløbsanalysen afspejler de sager og den praksis, som specialisterne hyppigst møder på tilbuddene?
Viden og faglig tilgang	Hvilken viden mener I, at I kunne have gavn af for bedre at kunne hjælpe og tilrettelægge forløb for denne gruppe af borgere i dit arbejde? Hvilken faglig viden er vigtig at have for personer, som arbejder med målgruppen? Hvilke metoder, tilgange eller redskaber har du gode erfaringer med at anvende i forhold til udredning af komplekse udsatte borgeres behov og udfordringer?
Afrunding	Så er vi ved vejs ende: Har I nogle spørgsmål? Noget, I synes, vi mangler at afdække/spørge ind til? Anonymitet

Bilag 4 Interviewguide til fokusgruppe med andre fagprofessionelle

2. oktober 2020

Tematikker	Spørgsmål
Intro	Præsentation af projekt Præsentation af interviewere fra VIVE Formål med fokusgruppeinterview: At skabe indblik i professionelles viden og erfaringer om mennesker med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger og denne målgruppes specifikke problematikker, og hvilken betydning de sammensatte problematikker har for borgerne og jeres tilgang til at arbejde med målgruppen. Jeres viden om borgernes dagligdag, ønsker og behov skal supplere projektets andre fund. Om interviewet: Forventet varighed Optagelse på diktafon Samtykke Anonymitet Behandling, brug og opbevaring af data Har I spørgsmål, inden vi går i gang?
Præsentation	Præsentationsrunde af deltagere: Kan I fortælle lidt om, hvem I er (navn, beskæftigelse)?
Målgruppen	Hvem er målgruppen? Kan I beskrive/uddybe målgruppens karakteristika (mennesker med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger)? Hvad er dit kendskab og dine erfaringer med målgruppen? Hvilke ønsker og behov oplever I, at denne målgruppe har (hvis det er muligt at sige noget generelt om dette)? Kendskab til målgruppen: Oplever I, at I har tilstrækkeligt kendskab til målgruppen? Hvis ikke, hvad er det, der mangler og hvorfor? Underopdeling: Når vi taler om målgruppen, giver det så bedre mening at underopdele målgruppen? Eksempelvis I forhold til typer af problemstillinger, tyngde i forhold til misbrug vs. psykisk vanskeligheder mv.? Forløb: Er der typiske forløb? Og hvad består disse eventuelt typisk af?
Problematikker	Specifikke problematikker: Kan I fortælle om, hvad det er for nogle specifikke problematikker/udfordringer, som målgruppen ofte har (måske I har svaret under 'målgruppen')? Hvad har disse problematikker af betydning for borgerne og deres forløb? Hvad har problematikkerne af betydning for dit daglige arbejde med målgruppen? Hvad kan I som specialister eventuelt anbefale af god praksis i forhold til de nævnte problemstillinger?

Tematikker	Spørgsmål
	Indsatser/metoder/tilgange i forhold til målgruppens problematikker: Er der særlige opmærksomhedspunkter, når man arbejder med og tilrettelægger indsatser til målgruppen? Kan I fortælle om egnede metoder og tilgange til udredning? Giv gerne konkrete eksempler. Hvad er det, der gør, at disse metoder og tilgange virker til netop denne målgruppe? Henvis til litteratur, som beskriver det. Ud fra denne snak rundt om bordet, oplever I så at have forskellige tilgange til borgerne? Hvad adskiller jeres metoder/tilgange, og hvor ligner de hinanden? – Fordele/ulemper?
Funktionsevne og kognitiv funktions-nedsættelse	Har borgernes kognitive funktionsnedsættelser betydning for et udredningsforløb? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvad gør I eventuelt anderledes, når det er tilfældet sammenlignet med forløb, hvor der ikke er tale om kognitiv funktionsnedsættelse? Oplever I, at borgerne bliver mødt med krav, der ligger over deres funktionsevne? (Stiller I krav, som I ved, at borgerne kan have svært ved at opfylde? Hvorfor?) – og hvor henne præ-cist? Kan I fortælle om udfordringer? Konkrete eksempler på, hvad I gjorde/burde have gjort set tilbage på den specifikke case?
Psykiske lidelser	Hvilke problematikker møder I i forhold til borgere med psykiske lidelser? Er der nogen særlige tiltag/metoder, der sættes i værk? (Afhængigt af, hvad de besvarer, så kunne man her med fordel være nysgerrig på, hvilke metode/tilgange og gerne uddybning af dem) Noget, der med fordel kunne være anderledes for at skabe de bedst mulige forløb?
Misbrug	Hvad oplever I, kan være barrierer i behandlingen/udredningen/forløbet for borgere med mis-brug? Oplever I, at manglende viden eller fordomme om misbrug kan skabe barrierer? (Det kan være på socialpsykiatriske bosteder?) Har I bud på, hvad man kan gøre for at undgå misforståelser/få mere viden? Hvilken viden, vurderer I, er vigtig i arbejdet med målgruppen? Differencering af misbrug: Påvirker årsagerne/baggrunden for misbruget borgernes forløb og hvordan? Er der forskel på, hvorvidt man er ny misbruger eller har haft et langvarigt misbrug i forhold til VISO-forløb?
Dobbelt diagnoser/ dobbeltproblema-tikker	Hvordan spiller samtidigt stofmisbrug og psykiske vanskeligheder ind i borgernes forløb? Hvilke udfordringer/bekymringer kan der være? Kan I fortælle om de udfordringer, I møder, når I skal hjælpe mennesker med dobbeltdiagno-ser/dobbeltproblematikker? Er der viden, som I oplever at mangle, der kan styrke borgerforløb? Hvilken faglig viden er vigtig at have for personer, som arbejder med målgruppen?

Tematikker	Spørgsmål
	Kan I give eksempler på gode forløb for mennesker med dobbeltdiagnoser/dobbeltproblematikker? Og hvor? Hvad gjorde I specifikt i denne/disse situationer? Hvad virker/virkede ikke, og hvorfor?
Tværfagligt samarbejde	Samarbejde på tværs: Kan I fortælle om det tværfaglige samarbejde, I er en del af i det daglige omkring borgerne? Hvilke udfordringer oplever I i det tværfaglige samarbejde om borgernes komplekse problemstillinger? Hvilke muligheder er der i det tværfaglige samarbejde? Giv gerne konkrete eksempler fra jeres hverdag med målgruppen. Kan I hjælpe med at belyse, om og hvorfor oplevelser af manglende viden i en sektor kan føre til udfordringer i behandling af borgere i andre sektorer? Indsatser/metoder/tilgange i forhold til tværfagligt samarbejde: Er der særlige opmærksomhedspunkter, når man arbejder med og tilrettelægger indsatser til målgruppen? Kan I fortælle om egnede metoder og tilgange til udredning? Giv gerne konkrete eksempler. Hvad er det, der gør, at disse metoder og tilgange virker til netop denne målgruppe? Henvis til litteratur, som beskriver det. Ud fra denne snak rundt om bordet, oplever I så at have forskellige tilgange til borgerne? Hvad adskiller jeres metoder/tilgange, og hvor ligner de hinanden? – Fordele/ulemper?
VISO-forløb	Erfaringer og viden om VISO-forløb: Har I erfaringer med VISO-forløb? Hvilke? VISO-forløb forsøger at gå på tværs af velfærdssamfundets centrale sektorer – er det din oplevelse, at de rent faktisk gør det? (måske det er et irrelevant spørgsmål?) Har I som fagpersoner haft brug for rådgivning fra VISO? Det kan være rådgivning om grupper af borgere? Rådgivning fordi, man som medarbejdere har stået over for en faglig udfordring? Rådgivning om sagsbehandling? VISO kan rådgive om socialfaglig kvalitet i sagsbehandlingen i sager med bl.a. højkonflikt, samarbejdsvanskeligheder, komplekse problemstillinger, langvarige forløb og andet. Har du fået rådgivning? Eller haft brug for det, men ikke fik det?
Viden og faglig tilgang	Viden: Hvilken viden mener I, at I kunne have gavn af for bedre at kunne hjælpe og tilrettelægge forløb for denne gruppe af borgere i jeres arbejde?
Afrunding	Så er vi ved vejs ende Har I nogle spørgsmål? Noget I synes vi mangler at afdække/spørge ind til? Anonymitet

Bilag 5 Informationsbrev til informanter om interviewundersøgelse

Information om undersøgelse og fokusgruppeinterview

VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd gennemfører i øjeblikket et vidensprojekt om voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger. Projektet udarbejdes for VISO (den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation) i Socialstyrelsen og skal give et stærkt vidensgrundlag om målgruppen og dens særlige problemstillinger. Dette med henblik på at bidrage med viden, som fagprofessionelle kan bruge til at kvalificere deres praksis, problemforståelser af og tilgang til målgruppen.

Det kan være vanskeligt at tilbyde den rette hjælp til individuelle borgere med komplekse problemstillinger, da der ofte er udfordringer med udredning og med levering af indsatser og tilbud. Baggrunden for dette projekt er et behov blandt fagprofessionelle på det sociale område. De fagprofessionelle har behov for yderligere målgruppespecifik viden for at kunne tilbyde mere effektive sociale indsatser og behandlingstilbud. For at skabe mere viden på området har vi brug for din deltagelse i et fokusgruppeinterview.

Formål med virtuelt fokusgruppeinterview

Formålet med at gennemføre et fokusgruppeinterview er at få indblik i fagprofessionelles viden og erfaringer om målgruppens specifikke problematikker, og hvilken betydning de sammensatte problematikker har for borgerne og jeres tilgang til at arbejde med målgruppen. Jeres tilgange og arbejde med borgeren og jeres viden om borgernes dagligdag, ønsker og behov skal supplere projektets andre fund. Projektet vil bidrage med ny viden på baggrund af fagprofessionelles viden og erfaringer med målgruppen. Derfor vil VIVE gennemføre i alt 5 virtuelle fokusgruppeinterview med fagprofessionelle fra forskellige områder. VISO's tilknyttede specialister og med andre fagprofessionelle fra forskellige sektorer vil indgå i disse fokusgruppeinterview.

Vi har brug for din hjælp

Fokusgruppeinterviewet vil foregå virtuelt (fx via Teams eller Skype), og der vil være 3-4 deltagere i hver fokusgruppe. Vi skal bl.a. tale om målgruppen og deres specifikke problematikker, samt hvilken betydning de sammensatte problematikker har for borgerne og for din/jeres tilgang til arbejdet med målgruppen. Fokusgruppeinterviewet vil foregå på et tidspunkt, som passer dig og de andre deltagere. Jeg vil foreslå forskellige tidspunkter, og så kan du vælge det tidspunkt, som passer dig. Interviewet forventes at tage 1,5 time og skal foregå snarest muligt i slutningen af september eller starten af oktober 2020.

Brug og opbevaring af data

Alle oplysninger bliver behandlet fortroligt i henhold til persondataloven. Alle oplysninger bliver dermed opbevaret forsvarligt, og de deltagende organisationer vil blive anonymiseret. Data fra fokusgrupperne bliver anvendt til at udarbejde en baggrundsrapport, som dokumenterer og præsenterer undersøgelsen, datagrundlag, metoder og resultater, samt et inspirationskatalog der formidler projektets resultater til praksis og giver anbefalinger til den fremadrettede udvikling af den faglige praksis over for projektets målgruppe.

De bedste hilsner

Iben Emilie Christensen og resten af projektteamet i VIVE
Projektleder, sociolog og ph.d.-studerende

E-mail: iech@vive.dk og telefon 41 39 35 03
VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Bilag 6 Endelig søgedokumentation

Søgedokumentation – Voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemer

Tidsbegrænsning: 10 år. Sprog: dansk, engelsk, norsk, svensk. Aldersbegrænsning til relevant aldersgruppe hvor muligt. RefWorks-referencedatabase: 301570vive/refworks. Dubletter frasorteres via Refworks, så bedste reference med hensyn til abstract/emneord bevares.

Skandinaviske databaser (søgt i perioden 14. maj til 3. juni 2020)

DanBib/bibliotek.dk:

#1 Fritekstsøgning: ((sindslid* or "psykisk syg*" or "psykisk lidelse*" or "psykiske lidelser*" or "psykiske sygdomme*" or "psykisk forstyr*" or "psykiske forstyrrelser*" or "psykisk diagnos*" or "psykiatrisk diagnos*" or "psykisk problem*" or "psykiske problemer*" or "psykiske vanskeligheder" or "psykisk belast*" or "psykiske belastninger*" or "psykisk sundhed" or "mental sundhed" or "mental syg*" or "mentalt syg" or "mentale problemer" or "personlige problemer" or "mentale lidelser" or "kognitivt udfordret" or skizofren* or psykose* or "ocd" or angst* or depress* or borderline* or personlighedsforstyrrelse* or opmærksomhedsforstyrrelse* or opmærksomhedsproblem* or ADHD or PTSD or adfærdsforstyrrelse* or adfærdsproblem*) and (rusmid* or stofmisbrug* or stofbrug* or alkohol* or afhængig* or narkotika* or euforiserende or centralstimulerende or psykofarmaka or selvmediciner* or "skadelig brug" or "skadeligt forbrug")), år>"2008" – maj 2020: (1332), heraf *tidsskriftsartikel or online tidsskriftsartikel*, (123), gennemset, til RW: **50 fund** samt *faglitteratur, bog or e-bog, fagligt niveau or forskningsniveau*: (120), gennemset, til RW: **42 fund.**

#2 Fritekstsøgning: (Dobbeltdiagnos* or dobbeltproblematik* or dobbeltbelast*), år>"2008"- maj 2020, *faglitteratur, bog or e-bog or tidsskriftsartikel or online tidsskriftsartikel, fagligt niveau or forskningsniveau*: (65), gennemset, til RW: **13 fund.**

#3 "Dual diagnosis", *, år>"2008"- maj 2020, *faglitteratur, bog or e-bog or tidsskriftsartikel or online tidsskriftsartikel:* (17), gennemset, til RW: **3 fund.**

Den Danske Forskningsdatabase:

#1 (sindslid* or "psykisk syg" or ”psykisk sygdom” or ”psykiske sygdomme” or ”psykiske sygdommes” or "psykisk lidelse" or "psykiske lidelser" or "psykiske lidelsers" or "psykisk forstyrrelse" or "psykiske forstyrrelser" or "psykisk diagnose" or ”psykiske diagnoser” or ”psykiske diagnosers” or "psykiatrisk diagnose" or ”psykiatriske diagnoser” or "psykisk funktionsnedsættelse" or "psykiske funktionsnedsættelser" or "psykisk problem" or "psykiske problemer" or "psykiske vanskeligheder" or "psykisk belastning" or "psykiske belastninger" or "psykisk belastet" or "psykisk sundhed" or "mental sundhed" or "mental sygdom" or "mentalt syg" or "mentale problemer" or "personlige problemer" or ”mental lidelse” or "mentale lidelser" or "kognitivt udfordret" or skizofren* or psykose* or ocd or angst* or depress* or borderline* or personlighedsforstyrrelse* or opmærksomhedsforstyrrelse* or opmærksomhedsproblem* or ADHD or PTSD or adfærdsforstyrrelse* or adfærdsproblem*) and (rusmid* or stofmisbrug* or stofbrug* or misbrug* or alkohol* or afhængig* or narkotika* or euforiserende or centralstimulerende or psykoaktiv* or psykofarmaka or selvmediciner* or "skadelig brug" or "skadeligt forbrug"): (175), begrænset til: udgivelsesår 2009 - maj 2020, videnskabeligt niveau: (89), gennemset, dubletter samt medicinske/kliniske artikler frasorteret: **48 fund.**

#2 ("mental health problem" or "mentally ill" or "mental illness" or "mental disorder" or "personality disorder" or “attention deficit disorder” or “attention-deficit/hyperactivity disorder” or ADHD or schizophrenia or depression or anxiety or “obsessive-compulsive disorder” or OCD or “post-traumatic stress disorder” or PTSD or vulnerab* or marginali*ation or marginali*ed or “social exclusion” or “socially excluded”) and (“drug abuse" or "substance dependent" or "substance dependence" or "substance abuse" or “substance use” or “substance abuser” or “substance abusers” or "drug dependency" or “drug dependant” or “drug addiction” or “drug use” or alcoholism or “alcohol dependence” or “alcohol dependant” or “alcohol abuse” or alcoholic or “alcohol addiction” or “alcohol addict” or SUD or narcotic): (1.014), begrænset til: udgivelsesår 2009 - maj 2020, videnskabeligt niveau, peer review: (750), heraf: review-article: (36), gennemset, ingen valgt / bogkapitel: (14), gennemset, evt. relevante haves / tidsskriftsartikel, område Samfundsvidenskab: (164), gennemset, til RW: **56 fund.**

NORA (norske vitenarkiv):

#1 (”mental lidelse” OR ”mentale lidelser” OR ”psykisk syk” OR "psykisk syke" OR "psykisk sykdom" OR "psykisk sykdommer" OR "psykisk helse" OR ”psykisk helseproblem” OR ”psykiske helseproblemer” OR ”psykisk lidelse” OR ”psykiske lidelser” OR ”psykisk problem” OR ”psykiske problemer” OR ”psykiske vansker” OR ”psykiske symptomer” OR ”kognitiv fungering” OR ”kognitiv funksjon” OR ”kognitiv svikt” OR sinnevansker* OR ”affektiv lidelse” OR schizofren* OR bipolar* OR depresjon* OR angst* OR adferdsforstyrrelse* OR personlighetsforstyrrelse* OR ADHD OR OCD OR PTSD) AND (Rusmisbruk* OR rusavhengig* OR avhengighet* OR rusmiddelavhengig* OR rusmiddelproblem* OR rusproblem* OR narkotikavhengig* OR misbruk* OR stoffmisbruk* OR ” bruk av stoff” OR cannabismisbruk* OR alkoholmisbruk* OR alkoholbruk* OR alkoholavhengig* OR alkoholproblem* OR ”forbruk av alkohol” OR ”skadelig bruk” OR ”høyt alkoholinntak” OR alkoholisme* OR selvmedisinering*) - uden studentarbeider: (907) Rapporter: (121), gennemset: **4 fund**, Arbeidsnotat: (15), gennemset: **1 fund,** Tidsskriftsartikkel, Academic: (51), gennemset: **2 fund**, Bok: (10), ingen relevante.

#2 (“Mental health” OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disability" OR "mental disabilities" OR "psychiatric disability" OR schizophrenia* OR depression* OR anxiety* OR “personality disorder” OR borderline OR" attention deficit hyperactivity disorder" OR ADHD OR OCD OR PTSD) AND (dependen* OR addict* OR drug* OR alcohol* OR drinking OR "substance misuse" OR "substance use" OR “substance abuse”): (1.347), heraf: Norwegian: (169) – gennemset Avhandlinger og Annet: ikke relevante, øvrige: studentarbeid: ikke relevante / English: (946), heraf Tidskriftsartikkel 2009-maj 2020: (603), gennemset titler fra evt. relevante institutioner, valgt til RW: **16 fund,** Rapporter/arbeidsnotat/bok: (5), gennemset, **1 fund,** Annet: (11), ingen valgt, Avhandlinger: (104), gennemset, **3 fund.**

#2 (dobbeltdiagnos* OR ROP* OR ”dual diagnosis”), uden studentarbeider: (667), heraf: Rapporter: (19), gennemset: **1 fund**, Bok: (14), ingen relevante, Arbeidsnotat: (15), ingen relevante, Avhandlinger: (151), gennemset: **2 fund**, Tidsskriftartikkel: (467), gennemset titler, valgt: **3 fund** - (I alt fra NORA: **33 fund).**

ORIA – national norsk biblioteksbase:

#1 Tittel inneholder: (”mental lidelse” OR ”mentale lidelser” OR ”psykisk syk” OR "psykisk syke" OR "psykisk sykdom" OR "psykisk sykdommer" OR "psykisk helse") OG Tittel inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig* OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (93), gennemset, valgt: **17 fund.**

#2 Emne inneholder: (”mental lidelse” OR ”mentale lidelser” OR ”psykisk syk” OR "psykisk syke" OR "psykisk sykdom" OR "psykisk sykdommer" OR "psykisk helse") OG Emne inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig* OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (158), gennemset, valgt: **20 fund.**

#3 Tittel inneholder: (”psykisk helseproblem” OR ”psykiske helseproblemer” OR ”psykisk lidelse” OR ”psykiske lidelser” OR ”psykisk problem” OR ”psykiske problemer” OR ”psykiske vansker”) OG Tittel inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig* OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (99), gennemset, valgt: **25 fund.**

#4 Emne inneholder: (”psykisk helseproblem” OR ”psykiske helseproblemer” OR ”psykisk lidelse” OR ”psykiske lidelser” OR ”psykisk problem” OR ”psykiske problemer” OR ”psykiske vansker”) OG Emne inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig* OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (148), gennemset, valgt: **21 fund.**

#5 Tittel inneholder: (”psykiske symptomer” OR ”kognitiv fungering” OR ”kognitiv funksjon” OR ”kognitiv svikt” OR ”affektiv lidelse”) OG Tittel inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig* OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (1), ikke relevant.

#6 Emne inneholder: (”psykiske symptomer” OR ”kognitiv fungering” OR ”kognitiv funksjon” OR ”kognitiv svikt” OR ”affektiv lidelse”) OG Emne inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig* OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (0/ingen fund).

#7 Tittel inneholder: (schizofren OR schizofrene OR bipolar OR bipolare OR depresjon* OR angst*) OG Tittel inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig OR avhengige OR avhengighet OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (30), gennemset, valgt: **2 fund.**

#8 Emne inneholder: (schizofren OR schizofrene OR bipolar OR bipolare OR depresjon* OR angst*) OG Emne inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig OR avhengige OR avhengighet OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (93), gennemset, valgt: **6 fund.**

#9 Tittel inneholder: (adferdsforstyrrelse* OR personlighetsforstyrrelse* OR ADHD OR OCD OR PTSD) OG Tittel inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig OR avhengige OR avhengighet OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (19), gennemset, valgt: **7 fund.**

#10 Emne inneholder: (adferdsforstyrrelse* OR personlighetsforstyrrelse* OR ADHD OR OCD OR PTSD) OG Emne inneholder: (Rus* OR misbruk* OR avhengig OR avhengige OR avhengighet OR alkohol* OR stoff* OR narkotika*), 2009-26.5. 2020: (56), gennemset, valgt: **8 fund.**

Libris (svensk national biblioteksbase):

#1 (AMNE:(Psykiska sjukdomar) OR AMNE:(Psykiska störningar) OR AMNE:(Psykisk hälsa) OR AMNE:(Mentalt sjuka personer) OR AMNE:(Personer med psykisk funktionsnedsättning) OR AMNE:(Personlighetsstörningar) OR AMNE:(Schizofreni) OR AMNE:(Ångest) OR AMNE:(Depression Mental) OR AMNE:(Personer med depression) OR AMNE:(Adhd) OR AMNE:(Attention deficit hyperactivity disorder) OR AMNE:(Compulsive Behavior / Obsessive Compulsive Disorder) OR AMNE:(Tvångssyndrom) OR AMNE:(Posttraumatiskt stressyndrom) OR AMNE:(Komorbiditet) OR dubbeldiagnos* OR ”Psykiskt sjuka” OR ”psykiskt störda” OR ”psykisk störning” OR ”psykisk ohälsa” OR ”psykisk funktionshinder” OR ”psykiska funktionshinder” OR ”psykiskt funktionshindrade” OR ”psykisk funktionsnedsättning” OR ”psykiskt handikappade” OR ”mentalt sjuka” OR ”mentala sjukdomar” OR sårbar* OR marginaliser*) AND (AMNE:(Missbrukare) OR AMNE:(Missbruk) OR AMNE:(Narkotikamissbruk) OR AMNE:(Drogberoende) OR AMNE:(Bero-

endeframkallande medel) OR AMNE:(Drogmissbruk) OR AMNE:(Droger) OR AMNE:(Alkoholmissbruk) OR AMNE:(Alkoholism) OR missbruk* OR drogmissbruk* OR riskbruk* OR riskkonsumtion* OR alkoholproblem* OR drogproblem* OR narkotikaproblem* OR narkotikamissbruk* OR narkotikaanvändning* OR ”problem med missbruk” OR substansanvändning* OR substansmissbruk*) AND (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019 OR ÅR:2020): (182), gennemset, valgt: **32 fund.**

#2 (AMNE:(Mental illness) OR AMNE:(Mentally ill) OR AMNE:(People with mental disabilities) OR AMNE:(Mental health) OR AMNE:(Schizophrenia) OR AMNE:(Psychoses) OR AMNE:(Borderline personality disorder) OR AMNE:(Anxiety) OR AMNE:(Depressed persons) OR AMNE:(Depression Mental) OR AMNE:(ADHD) OR AMNE:(Attention deficit hyperactivity disorder) OR AMNE:(Compulsive Behavior / Obsessive Compulsive Disorder) OR AMNE:(OCD) OR AMNE:(Post traumatic stress disorder) OR AMNE:(PTSD) OR "psychiatric disability" OR "mental health problem" OR “mental health problems” OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disability" OR "mental disabilities") AND (AMNE:(Substance abuse) OR AMNE:(Drug abuse) OR AMNE:(Alkoholism) OR AMNE:(Alcohol consumption) OR “drug dependence” OR “drug abuse” OR “drug addiction” OR "substance dependent" OR "substance dependence" OR "substance abuse" OR substance-related OR addict*) AND (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019 OR ÅR:2020): (443), gennemset, valgt: **29 fund.**

#3 AMNE:(Dual diagnosis) OR AMNE:(Dubbeldiagnos psykiatri) AND (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019 OR ÅR:2020): (29), gennemset, ingen valgt.

SwePub:

#1 ("Psychiatric disability" OR "mental health problem" OR “mental health problems” OR "mentally ill" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental disability" OR "mental disabilities" OR schizophrenia* OR psychos* OR borderline* OR “personality disorder” OR anxiety OR depress* OR ADHD OR OCD OR PTSD) (“drug dependence” OR “drug abuse” OR “drug addiction” OR "substance dependent" OR "substance dependence" OR "substance abuse" OR substance-related OR addict* OR “narcotic drug”) (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019 OR ÅR:2020): (452), gennemset, valgt til RW: **108 fund.**

#2 (”psykisk sjukdom” OR ”psykiskt sjuka” OR ”psykiskt störda” OR ”psykisk störning” OR ”psykiska störningar” OR ”psykisk ohälsa” OR ”psykisk funktionshinder” OR ”psykiska funktionshinder” OR ”psykiskt funktionshindrad” OR ”psykiskt funktionshindrade” OR ”psykisk funktionsnedsättning” OR ”psykiskt handikappade” OR ”mentalt sjuka” OR ”mentala sjukdomar” OR ångest* OR depression* OR psykos* OR ”psykotisk störning” OR schizofren* OR personlighetsstörning* OR ADHD OR OCD OR PTSD OR sårbar* OR marginaliser*) (droganvändning* OR drogproblem* OR drogberoende* OR "alkohol- och drogproblem" OR rusproblem* OR alkoholproblem* OR alkoholkonsumtion* OR alkoholberoende* ”problem med alkohol” OR narkotikaproblem* OR narkotikamissbruk* OR narkotikaanvändning* OR missbruk* OR substansberoende* OR substansanvändning* OR substansmissbruk*OR drogmissbruk* OR riskbruk* OR riskkonsumtion*) (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019 OR ÅR:2020): (68), gennemset, valgt: **14 fund.**

#3 (komorbiditet* OR samsjuklighet* OR dubbeldiagnos* OR ”dubbla diagnoser”) (ÅR:2009 OR ÅR:2010 OR ÅR:2011 OR ÅR:2012 OR ÅR:2013 OR ÅR:2014 OR ÅR:2015 OR ÅR:2016 OR ÅR:2017 OR ÅR:2018 OR ÅR:2019 OR ÅR:2020): (40), gennemset, valgt: **6 fund.**

Internationale databaser (søgt i perioden 4. juni til 19. juni 2020)

Academic Search Premier (Ebsco):

#1 (DE "PSYCHIATRIC diagnosis" OR DE "PEOPLE with mental disabilities" OR DE "MENTAL illness" OR DE "MENTALLY ill" OR DE "MENTAL health" OR DE "DEPRESSED persons" OR DE "AFFECTIVE disorders" OR DE "PERSONALITY disorders" OR DE "BIPOLAR disorder" OR DE "ANXIETY" OR DE "SCHIZOPHRENIA" OR DE "ATTENTION-deficit hyperactivity disorder" OR DE "ATTENTION-deficit disorder in adults" OR DE "POST-traumatic stress disorder" OR DE "OBSESSIVE-compulsive disorder" OR DE "COGNITION disorders" OR DE "BEHAVIOR disorders" OR DE "DUAL diagnosis" OR DE "DUAL diagnosis patients" OR DE "COMORBIDITY" OR DE "MEDICALLY complex patients"): (358,068).

#2 TI mentally ill OR TI mentally disabled OR TI mentally disordered OR TI mental illness OR TI mental disorder* OR TI psychiatric illness OR TI psychiatric disorder* OR TI mental health OR TI dual diagnos* OR TI comorbid*: (94,430).

#3 (#1 OR #2): (403,092).

#4 (DE "ADDICTIONS" OR DE "ADDICTS" OR DE "DRUG addiction" OR DE "DRUG abuse" OR DE "SUBSTANCE abuse diagnosis" OR DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "MEN -- Substance use" OR DE "WOMEN -- Substance use" OR DE "ALCOHOLISM" OR DE "ALCOHOL drinking" OR DE "ALCOHOLICS" DE "ALCOHOL-induced disorders" OR DE "INHALANT abuse" OR DE "AMPHETAMINE abuse" OR DE "COCAINE abuse" OR DE "HEROIN abuse" OR DE "INTRAVENOUS drug abuse" OR DE "MARIJUANA abuse" OR DE "MEDICATION abuse" OR DE "METHADONE abuse" OR DE "MORPHINE abuse" OR DE "OPIOID abuse" OR DE "OPIUM abuse" OR DE "PHENCYCLIDINE abuse" OR DE "SEDATIVE abuse" OR DE "AEROSOL sniffing" OR DE "SELF medication" OR DE "MEDICATION abuse" OR DE "DUAL diagnosis patients" OR DE "COMORBIDITY" OR DE "MEDICALLY complex patients"): (161,654).

#5 TI (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use) OR TI (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction or dual diagnos* or comorbid*): (74,318).

#6 (#4 OR #5): (205,859).

#7 (#3 AND #6): (58,545).

#8 (DE "DUAL diagnosis" OR DE "DUAL diagnosis patients" OR DE "SOCIAL problems" OR DE "VULNERABILITY (Psychology)" OR DE "SOCIAL marginality" OR DE "SOCIAL isolation" OR DE "PEOPLE with social disabilities" OR DE "LONELINESS" OR DE "HOMELESS persons" OR DE "HOMELESS men" OR DE "HOMELESS women" OR DE "MENTALLY ill homeless persons" OR DE "SOCIOECONOMIC factors" OR DE "SOCIAL factors" OR DE "SOCIOCULTURAL factors" OR DE "POVERTY" OR DE "SOCIAL problems" OR DE "UNHEALTHY lifestyles" OR DE "COMORBIDITY" OR DE "MEDICALLY complex patients" OR DE "SUBSTANCE abuse in pregnancy" OR DE "UNEMPLOYMENT" OR DE "LONG-term unemployment" OR DE "UNEMPLOYED" OR DE "MINORITIES" OR DE "IMMIGRANTS" OR DE "CRIME" OR DE "ALCOHOLISM & crime" OR DE "DRUGS & crime" OR DE "CRIME victims" OR DE "CRIMINALS" OR DE

"PROSTITUTION" OR DE "PROSTITUTES" OR DE "MALE prostitutes" OR DE "COMPULSIVE gamblers" OR DE "GAMBLERS" OR DE "GAMBLING behavior" OR DE "COMPULSIVE gambling" OR DE "COMPULSIVE behavior" OR DE "VIOLENCE" OR DE "BATTERING (Abuse)" OR DE "VIOLENCE against women" OR DE "DOMESTIC violence" OR DE "PHYSICAL abuse" OR DE "THREATS of violence" OR DE "VIOLENT crimes" OR DE "VIOLENT criminals" OR DE "DYSFUNCTIONAL families" OR DE "ABUSE of women" OR DE "HARASSMENT" OR DE "INTIMATE partner violence" OR DE "RAPE" OR DE "SEXUAL aggression"): (354,770).

#9 ((TI social N1 problem* OR TI social N1 marginali* OR TI multiple N1 problem* OR TI complex N1 problem* OR TI complex N1 need* OR TI social N1 difficulties OR TI challenging N1 behavi?r OR TI problem behavi?r OR TI health N1 problem* OR TI somatic N1 symptom* OR TI somatic N1 disorder* OR TI (risky behavior or risk-taking behavior or risk behavior)) OR ((KW complex problems OR KW multiple problems OR KW cognitive problems OR KW social challenges)): (24,479).

#10 (#8 OR #9): (376,891).

#11 (#7 AND #8): (38,654).

#12 DE "BEHAVIORAL assessment" OR DE "BEHAVIORAL & Emotional Rating Scale" OR DE "EMOTIONAL Disturbance Decision Tree" OR DE "SCALE for Assessing Emotional Disturbance" OR DE "PSYCHIATRIC rating scales" OR DE "Dual Diagnosis Screening Instrument" OR DE "PSYCHODIAGNOSTICS" OR DE "BEHAVIORAL assessment" OR DE "MENTAL status examination" OR DE "PERSONALITY assessment" OR DE "PSYCHIATRIC diagnosis" OR DE "PSYCHIATRIC rating scales" OR DE "DIAGNOSTIC Assessment for the Severely Handicapped (Test)" OR DE "DIAGNOSTIC tests (Education)" OR DE "DIAGNOSTIC examinations") OR DE "PSYCHOLOGICAL tests" OR DE "DISABILITY identification" OR DE "ROUTINE diagnostic tests" OR DE "ASPERGER Syndrome Diagnostic Scale" OR DE "DIAGNOSTIC services" OR DE "DIAGNOSTIC Interview Schedule" OR DE "SEVERITY of illness index" OR DE "CLASSIFICATION of mental disorders": (55,869).

#13 TI ((problem* OR mental* OR diagnos* OR complexity) N1 (assessment* OR manual* OR method* OR screening* OR classification* OR intervention* OR initiative*)) OR AB ((problem* OR mental* OR diagnos* OR complexity) N1 (assessment* OR manual* OR method* OR screening* OR classification* OR intervention* OR initiative*)): (86,693).

#14 (#12 OR #13): (140,204).

#15 (#11 AND #14): (2,831), Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Published Date: 20090101-20201231, Expanders - Apply equivalent subjects, Narrow by Language: - English: (486), gennemset, valgt til RW: **79 fund.**

PsycInfo (Ebsco):

#1 DE mental health OR DE "Psychiatric Patients" OR DE "Psychiatric Symptoms" OR DE "Mental Disorders" OR DE "Chronic Mental Illness OR DE "Schizophrenia" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Attention Deficit Disorder" OR DE "Behavior Disorders" OR DE Emotional Disturbances OR DE "Adjustment Disorders" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Stress and Trauma Related Disorders" OR DE "Depression (Emotion)" OR DE "Major Depression" OR DE "Dual Diagnosis" OR KW mental health OR KW mental disorders OR KW mental illness OR KW mental problems OR KW mentally ill OR KW psychiatric illness: (265,598).

#2 DE "Addiction" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Drug Usage" OR DE "Intravenous Drug Usage" OR DE "Substance Use Disorder" OR DE "Substance Related and Addictive Disorders" OR DE "Alcohol Use Disorder" OR DE "Cannabis Use Disorder" OR DE "Heroin Addiction" OR DE "Marijuana Usage" OR DE "Morphine Dependence" OR DE "Polydrug Abuse" OR DE "Prescription Drug Misuse" OR DE "Drinking Behavior" OR DE "Alcohol Abuse" OR DE "Alcoholism" OR DE "Binge Drinking" OR DE "Dual Diagnosis": (143,550).

#3 KW (drug addiction or drug abuse or substance abuse or drug dependency or drug addict or substance use or drug use) OR KW (alcoholism or alcohol dependence or alcohol dependency or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction): (73,748).

#4 (#2 OR #3): (153,728).

#5 (#1 AND #4): (16,037).

#6 DE "Treatment" OR DE "Intervention" OR DE "Community Services" OR DE "Integrated Services" OR DE "Mental Health Programs" OR DE "Community Welfare Services" OR DE "Social Services" OR DE "Social Programs" OR DE "Human Services" OR DE "Mental Health Services" OR DE "Community Mental Health Services" OR DE "Social Casework" OR DE "Government Programs" OR DE "Case Management" OR DE "Addiction Treatment" OR DE "Substance Use Treatment" OR DE "Alcohol Treatment" OR DE "Needs Assessment" OR DE "Testing Methods" OR DE "Testing" OR DE "Measurement" OR DE "Treatment Planning" OR DE "Client Treatment Matching" OR DE "Clinical Judgment (Not Diagnosis)" OR DE "Social and Interpersonal Measures" OR DE "Psychological Assessment" OR DE "Mental Health and Illness Assessment" OR DE "Cognitive Assessment" OR DE "Psychodiagnostic Typologies" OR DE "Diagnostic Interview Schedule" OR DE "Symptom Checklists" OR DE "Screening" OR DE "Psychiatric Evaluation" OR DE "Psychological Screening Inventory" OR DE "Screening Tests" OR DE "Motivation Measures" OR DE "Neuropsychological Assessment" OR DE "Psychodiagnostic Interview" OR DE "Personality Measures" OR DE "Drug Usage Screening" OR DE "Substance Abuse and Addiction Measures" OR DE "Decision Support Systems" OR DE "Problem Solving" OR DE "Decision Making" OR DE "Psychometrics": (579,584).

#7 (#5 AND #6): (5,550).

#8 DE Program evaluation OR DE Mental health program evaluation OR DE Treatment outcomes OR DE Best practice OR DE Treatment effectiveness OR DE Evidence based practice OR DE Clinical Trials OR DE "Literature Review" OR DE "Experimental Methods" OR DE "Empirical Methods" OR DE "Systematic Review": (120,700).

#9 TI (effect* OR control group* OR experiment* OR evaluat* OR "program assessment" OR "method assesment" OR meta-analysis OR meta analysis study OR trial* OR RCT): (516,347).

#10 (#8 OR #9): (607,613).

#11 (#7 AND #10): (858), Limiters - Published Date: 20090101-20200631; Peer Reviewed; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adulthood (18 yrs & older): (205), dubletter frasorteret, i RW: **196 fund.**

#12 (#4 AND TI ((problem* OR mental* OR diagnos* OR complexity) N1 (assessment* OR manual* OR method* OR screening* OR classification* OR intervention* OR initiative*)) OR AB ((problem* OR mental* OR diagnos* OR complexity) N1 (assessment* OR manual* OR method* OR screening* OR classification* OR intervention* OR initiative*)), Limiters - Published Date:

20090101-20200631; Peer Reviewed; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adulthood (18 yrs & older): (138), dubletter frasorteret, i RW**: 120 fund.**

#13 (DE "Test Reliability" OR DE "Test Validity") OR (successful N1 assess* OR successful N1 screening* OR meaningful N1 assess* OR meaningful N1 screening* OR relevant N1 assess* OR relevant N1 screening*): (90,719).

#14 (#4 AND #13), Limiters - Published Date: 20090101-20200631; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adulthood (18 yrs & older): (81), dubletter frasorteret, i RW: **66 fund.**

I alt**: 382 fund.**

SocIndex (Ebsco):

#1 DE "MENTAL illness" OR DE "MENTALLY ill" OR DE "MENTAL disabilities" OR DE "MENTAL depression" OR DE "DEPRESSED persons" OR DE "AFFECTIVE disorders" OR DE "ANXIETY" OR DE "BIPOLAR disorder" OR DE "ATTENTION-deficit hyperactivity disorder" OR DE "POST-traumatic stress disorder" OR DE "EMOTIONAL trauma" OR DE "PSYCHOSES" OR DE "SCHIZOPHRENIA" OR DE "PSYCHOLOGICAL stress" OR DE "COMPULSIVE behavior" OR DE "OBSESSIVE-compulsive disorder" OR DE "MENTAL health": (63,857).

#2 KW (mental health or mental illness or mentally ill or mental disease or mental disorder or psychiatric illness) OR TI (mental health or mental illness or mentally ill or mental disease or mental disorder or psychiatric illness): (27,842).

#3 (#1 OR #2): (76,683).

#4 DE "SUBSTANCE-induced disorders" OR DE "DRUG addiction" OR DE "SUBSTANCE abuse" OR DE "ALCOHOLISM" OR DE "ALCOHOLICS" OR DE "DRUG addicts" OR DE "ADDICTS" OR DE "MEDICATION abusers" OR DE "CROSS-addiction" OR DE "WOMEN drug addicts" OR DE "DRUG addicts -- Alcohol use" OR DE "DRUG abusers" OR DE "MARIJUANA abuse" OR DE "Intravenous drug abuse" OR DE "COCAINE abuse" OR DE "HEROIN abuse" OR DE "MEDICATION abuse" OR DE "AMPHETAMINE abuse": (32,436).

#5 KW (drug addiction or drug abuse or substance abuse or substance use or drug use) OR KW (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction) OR TI (drug addiction or drug abuse or substance abuse or substance use or drug use) OR TI (alcoholism or alcohol dependence or alcohol abuse or alcoholic or alcohol addiction): (45,448).

#6 (#4 OR #5): (64,092).

#7 (#3 AND #6): (6,688).

#8 DE "SOCIAL services -- Practice" OR DE "INTERVENTION (Social services)" OR DE "HEALTH care intervention (Social services)" OR DE "SOCIAL services" OR DE "COMMUNICATION in social work" OR DE "COMMUNITY services" OR DE "COMMUNITY-based social services" OR DE "INTERVIEWING in social services" OR DE "OUTREACH programs" OR DE "PSYCHIATRIC social work" OR DE "PUBLIC welfare" OR DE "SOCIAL case work" OR DE "SOCIAL services case management" OR DE "SOCIAL services utilization" OR DE "SOCIAL work administration" OR DE "SOCIAL work with alcoholics" OR DE "SOCIAL work with criminals" OR DE "SOCIAL work with disabled persons" OR DE "SOCIAL work with drug addicts" OR DE "SOCIAL work with immigrants" OR DE "SOCIAL work with prostitutes" OR DE "SOCIAL work

with sex offenders" OR DE "SOCIAL work with single parents" OR DE "SOCIAL work with the homeless" OR DE "SOCIAL work with the underprivileged" OR DE "SOCIAL work with the unemployed" OR DE "SOCIAL work with women" OR DE "SOCIAL work with youth" OR DE "TASK-centered social work" OR "EVIDENCE-based social work" OR DE "OUTREACH programs" OR DE "SOCIAL work administration" OR DE "SOCIAL work with alcoholics" OR DE "SOCIAL work with men" OR DE "SOCIAL work with women" OR DE "INTERVENTION (Social services)" OR DE "SOCIAL workers" OR DE "COMMUNITY psychiatry" OR DE "COMMUNITY mental health services" OR DE "SOCIAL psychiatry" ORDE "PSYCHOTHERAPY -- Social aspects" OR DE "PSYCHIATRIC social work" OR DE "TESTING" OR DE "PERSONALITY tests" OR DE "PSYCHOMETRICS" OR DE "PURPOSE-in-life Test" OR DE "PSYCHOLOGICAL tests" OR DE "PERSONALITY assessment" OR DE "NEEDS assessment" OR DE "BASIC needs" OR DE "RESOURCE allocation" OR DE "SOCIAL services case management": (86,874).

#9 TI (intervention or strategy or strategies or best practice or treatment or therapy or program or management or care) OR KW (intervention or strategy or strategies or best practice or treatment or therapy or program or management or care) OR SU (intervention or strategy or strategies or best practice or treatment or therapy or program or management or care): (382,401).

#10 TI (assessment or assessment tools or assessment method or assessing) OR SU (assessment or assessment tools or assessment method or assessing) OR KW (assessment or assessment tools or assessment method or assessing) OR AB (assessment or assessment tools or assessment method or assessing): (105,176).

#11 TI ((problem* OR mental* OR diagnos* OR complexity) N1 (assessment* OR manual* OR method* OR screening* OR classification* OR intervention* OR initiative*)) OR AB ((problem* OR mental* OR diagnos* OR complexity) N1 (assessment* OR manual* OR method* OR screening* OR classification* OR intervention* OR initiative*)): (8,168).

#12 (#8 OR #9) OR #10) OR #11): (510,287).

#13 (#7 AND #12): (3,613).

#14 DE "RANDOMIZED controlled trials" OR DE "MENTAL illness treatment -- Evaluation" OR DE "EVALUATION research (Social action programs)" OR DE "EVALUATION of organizational effectiveness" OR DE "EVALUATION of human services programs" OR DE "OUTCOME assessment (Social services)" OR DE "SCHOLARLY peer review" OR DE "PEER review (Professional performance)" OR DE "EVIDENCE-based social work" OR DE "EVIDENCE-based psychology" OR DE "EVIDENCE-based psychiatry" OR DE "SOCIAL impact assessment": (6,305).

#15 TI (effect* OR control group* OR experiment* OR evaluat* OR "program assessment" OR "method assesment" OR meta-analysis OR meta analysis study OR trial* OR RCT): (103,881).

#16 (#14 OR #15): (107,844).

#17 (#13 AND #16): (348), Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Date of Publication: 20090101-20201231; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish: (169), dubletter frasorteret, i RW: **145 fund.**

International Bibliography of the Social Sciences (IBSS) – (ProQuest):

#1 MAINSUBJECT.EXACT("Mental health") OR MAINSUBJECT.EXACT("Mental disorders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Mental depression") OR MAINSUBJECT.EXACT("Bipolar disorder") OR MAINSUBJECT.EXACT("Schizophrenia") OR MAINSUBJECT.EXACT("Psychosis")

OR MAINSUBJECT.EXACT("Obsessive compulsive disorder") OR MAINSUBJECT.EXACT("Post traumatic stress disorder") OR MAINSUBJECT.EXACT("Anxiety disorders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Trauma") OR MAINSUBJECT.EXACT("Anxieties") OR MAINSUBJECT.EXACT("Behavior disorders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Attention Deficit Hyperactivity Disorder") OR MAINSUBJECT.EXACT("Personality disorders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Emotional disorders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Mood disorders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Antisocial personality disorder") OR MAINSUBJECT.EXACT("Comorbidity") OR subject("Mental disorders") OR subject("Mental health") OR if("MENTAL ILLNESS"): (42,706).

#2 MAINSUBJECT.EXACT("Addictive behaviors") OR MAINSUBJECT.EXACT("Self destructive behavior") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug addiction") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug use") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug abuse") OR MAINSUBJECT.EXACT("Alcoholism") OR MAINSUBJECT.EXACT("Alcohol use") OR MAINSUBJECT.EXACT("Ecstasy") OR MAINSUBJECT.EXACT("Hallucinogens") OR MAINSUBJECT.EXACT("Heroin") OR MAINSUBJECT.EXACT("Narcotics") OR MAINSUBJECT.EXACT("Cocaine") OR MAINSUBJECT.EXACT("Prescription drugs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Amphetamines") OR MAINSUBJECT.EXACT("Morphine") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drugs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Alcohol") OR MAINSUBJECT.EXACT("Comorbidity") OR subject("Addiction") OR subject("Alcohol related disorders") OR subject("Alcohol dependence") OR subject("Drug dependence") OR subject("Drug abuse") OR subject("Substance abuse disorders") OR subject("Substance abuse"): (37,673).

#3 (#1 AND #2): (37,673).

#4 MAINSUBJECT.EXACT("Social support") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social work") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social workers") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Public services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Outreach services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Community service") OR MAINSUBJECT.EXACT("Public assistance programs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Human resources") OR MAINSUBJECT.EXACT("Crisis intervention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Correctional treatment programs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Therapy") OR MAINSUBJECT.EXACT("Interprofessional cooperation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Substance abuse treatment") OR MAINSUBJECT.EXACT("Needs analysis") OR MAINSUBJECT.EXACT("Psychological tests") OR MAINSUBJECT.EXACT("Testing") OR MAINSUBJECT.EXACT("Diagnostic tests") OR MAINSUBJECT.EXACT("Decision making") OR MAINSUBJECT.EXACT("Decision making models") OR OR MAINSUBJECT.EXACT("Decision support systems") OR MAINSUBJECT.EXACT("Point of care testing") OR subject("Social work") OR subject("Psychosocial intervention") OR subject("Psychosocial support") OR subject("Outreach programmes") OR subject("Decision making") OR subject("Decision making models") OR subject("Case management") OR subject("Integrated services") OR subject("Interdisciplinary aspects") OR subject("Interagency collaboration") OR subject("Needs assessment") OR subject("Treatment needs") OR subject("Psychometric properties") OR subject("Measurement") OR subject("Measures (Instruments)") OR subject("Questionnaires") OR subject("Professional practices") OR subject("Screening") OR subject("Psychometrics") OR subject("Confirmatory factor analysis") OR subject("Factor analysis") OR subject("Tests") OR subject("Testing") OR subject("Diagnostic tests") OR subject("Test design") OR subject("Personality tests") OR subject("Diagnostic systems") OR if("Assessment") OR if("psychometrics") OR if("screening") OR ti(assessment*) OR ti(test*) OR ti(screening*): (253,764).

#5 (#3 AND #4): (890).

#6 MAINSUBJECT.EXACT("Evidence") OR MAINSUBJECT.EXACT("Evidence-based practice") OR MAINSUBJECT.EXACT("Studies") OR MAINSUBJECT.EXACT("Systematic review") OR MAINSUBJECT.EXACT("Clinical trials") OR MAINSUBJECT.EXACT("Trials") OR MAINSUBJECT.EXACT("Scientific method") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social research") OR MAINSUBJECT.EXACT("Effects") OR MAINSUBJECT.EXACT("Performance evaluation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Project evaluation") OR subject("Experimental methods") OR subject("Evaluation") OR subject("Social work research") OR subject("Validation studies") OR subject("Systematic review") OR MAINSUBJECT.EXACT("Effectiveness studies") OR if("Evaluation Studies"): (499,187).

#7 (#5 AND #6): (149), Applied filters: 2009-01-01 - 2020-06-10, NOT (India AND China AND Mexico AND Peru AND Africa), English: (109), til RW, dubletter frasorteret: **88 fund.**

Sociological Abstracts samsøgt med **Social Services Abstracts - (ProQuest):**

#1 (MAINSUBJECT.EXACT("Mental Illness") OR MAINSUBJECT.EXACT("Mental Health") OR MAINSUBJECT.EXACT("Schizophrenia") OR MAINSUBJECT.EXACT("Personality Disorders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Emotionally Disturbed") OR MAINSUBJECT.EXACT("Anxiety") OR MAINSUBJECT.EXACT("Depression (Psychology)") OR MAINSUBJECT.EXACT("Affective Illness") OR MAINSUBJECT.EXACT("Behavior Problems") OR MAINSUBJECT.EXACT("Attention Deficit Disorder") OR MAINSUBJECT.EXACT("Cognitive Functioning") OR MAINSUBJECT.EXACT("Self Destructive Behavior") OR MAINSUBJECT.EXACT("Compulsivity") OR MAINSUBJECT.EXACT("Psychological Stress") OR MAINSUBJECT.EXACT("Comorbidity") OR subject("Mental disorders") OR subject("Mental illness/Mentally ill") OR subject("Psychological problems") OR subject("Comorbidity") OR su(dual diagnosis) OR if("dual diagnosis")) OR (ti(mentally ill) OR ti(mental illness*) OR ti(mental disorder*) OR ti(mentally disordered) OR ti(mental health) OR ti(comorbid*) OR ti(dual diagnos*) OR ti(psychiatric)): (36,690).

#2 (MAINSUBJECT.EXACT("Addiction") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drugs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug Addiction") OR MAINSUBJECT.EXACT("Narcotic Drugs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug Abuse") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug Injection") OR MAINSUBJECT.EXACT("Opiates") OR MAINSUBJECT.EXACT("Psychedelic Drugs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Heroin") OR MAINSUBJECT.EXACT("Marijuana") OR MAINSUBJECT.EXACT("Cocaine") OR MAINSUBJECT.EXACT("Alcoholism") OR MAINSUBJECT.EXACT("Alcohol Abuse") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drinking Behavior") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drunkenness") OR MAINSUBJECT.EXACT("Comorbidity") OR MAINSUBJECT.EXACT("Self Destructive Behavior") OR subject("Addiction") OR subject("Addictive behaviors") OR subject("Drug abuse") OR subject("Substance abuse disorders") OR subject("Substance abuse") OR subject("Drug dependence") OR subject("Alcohol Abuse") OR subject("Alcohol related disorders") OR subject("Alcohol dependence") OR if("Alcohol abuse") OR if("Alcohol dependence") OR subject("Comorbidity") OR su(dual diagnosis) OR if("dual diagnosis")) OR (ti(addict*) OR ti(substance abus*) OR ti(drug abus*) OR ti(narcotic*) OR ti(drug depend*) OR ti(substance depend*) OR ti(alcohol*) OR ti(comorbid*) OR ti(dual diagnos*)): (32,445).

#3 (#1 AND #2): (4,273).

#4 (MAINSUBJECT.EXACT("Intervention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Treatment Methods") OR MAINSUBJECT.EXACT("Evidence Based Practice") OR MAINSUBJECT.EXACT("Treatment Programs") OR MAINSUBJECT.EXACT("Services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Mental Health Services") OR MAINSUBJECT.EX-

ACT("Social Work") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Workers") OR MAINSUBJECT.EXACT("Delivery Systems") OR MAINSUBJECT.EXACT("Adult Care Services") OR MAINSUBJECT.EXACT("Case Management") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Work Cases") OR MAINSUBJECT.EXACT("Helping Behavior") OR MAINSUBJECT.EXACT("Interdisciplinary Approach") OR MAINSUBJECT.EXACT("Evaluation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Tests") OR MAINSUBJECT.EXACT("Drug Use Screening") OR MAINSUBJECT.EXACT("Measures (Instruments)") OR MAINSUBJECT.EXACT("Psychometric Analysis") OR MAINSUBJECT.EXACT("Items (Measures)") OR MAINSUBJECT.EXACT("Measurement") OR MAINSUBJECT.EXACT("Scales") OR MAINSUBJECT.EXACT("Personality Measures") OR MAINSUBJECT.EXACT("Attitude Measures") OR MAINSUBJECT.EXACT("Questionnaires") OR MAINSUBJECT.EXACT("Minnesota Multiphasic Personality Inventory") OR subject("Treatment Programs") OR subject("Community Mental Health") OR subject("Interdisciplinary Approach") OR subject("Decision making") OR subject("Assessment") OR subject("Psychological tests") OR subject("Measurement") OR subject("Measurement techniques") OR subject("Measures (Instruments)") OR subject("Scales") OR subject("Psychometric properties") OR subject("Confirmatory factor analysis") OR subject("Questionnaires") OR if("Retrospective and prospective measurement") OR if("Psychometrics")) OR (ti(intervention*) OR ti(treatment*) OR ti(program*) OR ti(method*) OR ti(psychosocial*) OR ti(interprofessional*) OR ti(service*) OR ti(social work*) OR ti(test*) OR ti(assess*)): (172,048).

#5 (#3 AND #4): (1,325).

#6 (MAINSUBJECT.EXACT("Evaluation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Program Evaluation") OR MAINSUBJECT.EXACT("Effects") OR MAINSUBJECT.EXACT("Treatment Outcomes") OR MAINSUBJECT.EXACT("Effectiveness") OR MAINSUBJECT.EXACT("Evidence Based Practice") OR MAINSUBJECT.EXACT("Relevance") OR MAINSUBJECT.EXACT("Organizational Effectiveness") OR MAINSUBJECT.EXACT("Research") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Work Research") OR MAINSUBJECT.EXACT("Literature Reviews") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Studies") OR MAINSUBJECT.EXACT("Social Science Research") OR MAINSUBJECT.EXACT("Experiments") OR MAINSUBJECT.EXACT("Random Samples") OR MAINSUBJECT.EXACT("Research Design") OR MAINSUBJECT.EXACT("Research Methodology") OR MAINSUBJECT.EXACT("Treatment Outcomes")) OR (ti(effect*) OR ti(evidence*) OR ti(evaluat*) OR ti(outcome*) OR ti(trial*) OR ti(review*) OR ti(research*) OR ti(assessment*) OR ti(study*) OR ti(experiment*)): (302,514).

#7 (#5 AND #6): (412), Applied filters, 2009-01-01 - 2020-06-10, English, NOT adolescents, - NOT (South Africa AND South Korea AND Taiwan AND Uganda AND Bhutan AND Cambodia AND China AND India AND Johannesburg South Africa AND Mexico AND Nepal AND Vietnam), peer reviewed: (191), til RW, dubletter frasorteret: **173 fund.**

Cinahl - (Ebsco):

#1 (MM "Mental Health") OR (MH "Mental Disorders+") OR MH "Diagnosis, Dual (Psychiatry)" OR (MH "Behavioral and Mental Disorders+") OR (MH "Personality Disorders+") OR (MH "Psychotic Disorders+") OR (MH "Schizophrenia+") OR (MH "Psychological Trauma") OR (MH "Depression+") OR (MH "Bipolar Disorder+") OR (MH "Affective Disorders, Psychotic+") OR (MH "Social Behavior Disorders+") OR (MH "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") OR (MH "Obsessive-Compulsive Disorder+") OR (MH "Compulsive Behavior") OR MH "Diagnosis, Dual (Psychiatry)": (887.003).

#2 (MH "Substance Abuse+") OR (MH "Substance Use Disorders+") OR (Drugs+") OR (MH "Narcotics+") OR (MH "Analgesics, Opioid+") OR (MH "Heroin") OR (MH "Morphine") OR (MH "Opium") OR (MH "Cannabis") OR (MH "Cocaine+") OR (MH "Alcohol-Related Disorders+") OR (MH "Alcohol Abuse+") OR (MH "Alcoholism") OR (MH "Drinking Behavior+") OR (MH "Alcohol Drinking+") OR (MH "Alcohol-Related Disorders+") OR (MH "Cognition Disorders+") OR MH "Diagnosis, Dual (Psychiatry)": (173,114).

#3 (#1 AND #2): (172,941).

#4 (MH "Community Mental Health Services+") OR (MH "Social Workers") OR (MH "Social Work Service") OR (MH "Multidisciplinary Care Team+") OR (MH "Case Management") OR (MH "Patient Care Plans+") OR (MH "Decision Making+") OR (MH "Decision Support Techniques+") OR (MH "Disability Evaluation+") OR (MH "Diagnostic Tests, Routine") OR (MH "Diagnostic Reasoning") OR (MH "Diagnosis, Dual (Psychiatry)") OR (MH "Trauma Severity Indices") OR (MH "Severity of Illness Indices") OR (MH "Performance Measurement Systems") OR (MH "Measurement Issues and Assessments+") OR (MH "Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales") OR (MH "Sociometric Techniques+") OR (MH "Needs Assessment") OR (MH "Decision Making, Computer Assisted+") OR (MH "Health Screening+") OR (MH "Patient Assessment+") OR (MH "Substance Use Rehabilitation Programs+") OR (MH "Drug Rehabilitation Programs+") OR (MH "Alcohol Rehabilitation Programs+") OR (MH "Behavioral Changes") OR (MH "Therapeutics"): (799,751).

#5 (#3 AND #4): (4,218).

#6 TX complex needs OR TX complex problems OR TX complex care OR TI complexity OR TX complexity approach: (53.085).

#7 (#5 AND #6): (1,268).

#8 (MH "Evaluation+") OR (MH "Program Evaluation") OR (MH "Evaluation Research+") OR (MH "Outcome Assessment") OR (MH "Professional Practice, Evidence-Based") OR (MH "Social Service Assessment") OR (MH "Power of a Test") OR (MH "Instrument Validation") OR (MH "Randomized Controlled Trials+") OR (MH "Systematic Review") OR (MH "Validation Studies") OR TI effect* OR TI evaluat* OR TI outcome): (1,013,109).

#9 (#7 AND #8): (181), Limiters - Published Date: 20090101-20200631; Peer Reviewed, English, All adult: (63), gennemset, til RW: (19), dubletter frasorteret: **16 fund.**

#10 TI assess* or evaluat* or measur* or test* or screen*: (498,200).

#11 (#3 AND #10): (10,742).

#12(#8 AND #11): (4,358), Limiters - Published Date: 20090101-20200631; Peer Reviewed; Research Article; Exclude Pre-CINAHL; Exclude MEDLINE records; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland; Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish: (208), gennemset + dubletter frasorteret, til RW: **96 fund.**

Cochrane Database (Reviews):

#1 Cochrane Reviews: Keyword: Assessment, 2009-12.6. 2020: (112), gennemset, ingen valgt.

#2 Browse by topic: Mental health - Mental health in general: (23), gennemset, valgt til RW: **4 fund.**

#3 Browse by topic: Mental health / Diagnostic test accuracy, 2009-15.6. 2020: (24), ingen valgt.

#4 Browse by topic: Mental health / Effective practice systems, 2009-15.6. 2020: (20), gennemset, valgt til RW: **7 fund.**

#5 Browse by topic: Mental health / Schizophrenia & psychosis - Therapy, 2009-15.6. 2020: (19), gennemset, valgt til RW: **3 fund.**

#6 Browse by topic: Mental health / Schizophrenia & psychosis - Management issues, [2000] - 15.6. 2020: (20), gennemset, valgt til RW: **5 fund.**

#7 Browse by topic: Mental health / Depression, 2009-15.6. 2020: (75), gennemset, valgt til RW: **2 fund.**

#8 Browse by topic: Mental health / Bipolar disorder, 2009-15.6. 2020: (18), gennemset, valgt til RW: **1 fund.**

#9 Browse by topic: Mental health / Anxiety disorders, 2009-15.6. 2020: (46), gennemset, valgt til RW: **4 fund.**

Browse by topic: Mental health / Mood disorders (12) + Impulse control disorders (3) + Obsessive compulsive disorder (7) + Adjustment disorders (1): ingen valgt. **I alt: 26 fund.**

Campbell Collaboration (Reviews):

#1 Keyword: Assesment, 2009-16.6. 2020: (18), gennemset, til RW: **4 fund.**

#2 Browse by subject/coordinating group: Social welfare OR Disability, 2009-16.6. 2020: (47), gennemset, til RW: **2 fund.**

#3 Browse by subject/coordinating group: Crime and justice, 2009-16.6. 2020: (48), gennemset, til RW: **1 fund.**

#4 Browse by subject/coordinating group: Knowledge Translation and Implementation (1) OR Methods (1): ingen relevante.

#5 Policy briefs: (6): **1 fund.**

PubMed:

#1 ((((((((((("mental health"[MeSH Terms]) OR "mentally ill persons"[MeSH Terms]) OR "mental disorders"[MeSH Terms]) OR "depression"[MeSH Terms]) OR "anxiety disorders"[MeSH Terms]) OR "psychotic disorders"[MeSH Terms]) OR "schizophrenia"[MeSH Terms]) OR "social behavior disorders"[MeSH Terms]) OR "psychological trauma"[MeSH Terms]) OR "obsessive compulsive disorder"[MeSH Terms]) OR "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms]) OR "compulsive personality disorder"[MeSH Terms]) OR "psychological distress"[MeSH Terms]) OR "personality disorders"[MeSH Terms]) OR "Diagnosis, dual psychiatry"[MeSH Terms]: (1,332,697).

#2 ((((((((((("substance abuse, intravenous"[MeSH Terms]) OR "substance abuse, oral"[MeSH Terms]) OR "morphine dependence"[MeSH Terms]) OR "heroin dependence"[MeSH Terms]) OR "opium dependence"[MeSH Terms]) OR "marijuana abuse"[MeSH Terms]) OR "illicit

drugs"[MeSH Terms]) OR "alcoholism"[MeSH Terms]) OR "drinking behavior"[MeSH Terms]) OR "alcoholics"[MeSH Terms]) OR "diagnosis, dual psychiatry"[MeSH Terms]) OR "drug abuse"[Title/Abstract]) OR "alcohol abuse"[Title/Abstract]) OR "addictive behaviors"[Title/Abstract]) OR "addictive behavior"[Title/Abstract]: (202,391).

#3 (#1 AND #2): (137,841).

#4 ((((((((((((((((("social problems"[MeSH Terms]) OR "homeless persons"[MeSH Terms]) OR "criminals"[MeSH Terms]) OR "unemployment"[MeSH Terms]) OR "social problem"[Title/Abstract]) OR "complex problem"[Title/Abstract]) OR "complexity"[Title/Abstract]) OR "complex case"[Title/Abstract]) OR "complicated case"[Title/Abstract]) OR "complicated problem"[Title/Abstract]) OR "complicated problems"[Title/Abstract]) OR "problematic cases"[Title/Abstract]) OR "problematic case"[Title/Abstract]) OR "difficult cases"[Title/Abstract]) OR "difficult case"[Title/Abstract]) OR "difficult problems"[Title/Abstract]) OR "challenging cases"[Title/Abstract]) OR "challenging case"[Title/Abstract]) OR "challenging problems"[Title/Abstract]) OR "challenging problem"[Title/Abstract]: (480,884).

#5 (#3 AND #4): (14,583).

#6 ((((((((((((((((("social welfare"[MeSH Terms]) OR "community health services"[MeSH Terms]) OR "social adjustment"[MeSH Terms]) OR "case management"[MeSH Terms]) OR ("organization and administration/methods"[MeSH Terms])) OR "rehabilitation"[MeSH Terms]) OR ("diagnostic techniques and procedures"[MeSH Terms])) OR "needs assessment"[MeSH Terms]) OR ("behavioral disciplines and activities"[MeSH Terms])) OR "therapeutics"[MeSH Terms]) OR "interprofessional relations"[MeSH Terms]) OR "social support"[MeSH Terms]) OR "treatment"[Title/Abstract]) OR "social psychological interventions"[Title/Abstract]) OR "social psychological intervention"[Title/Abstract]) OR "intervention"[Title/Abstract]) OR "interventions"[Title/Abstract]) OR "actions"[Title/Abstract]) OR "assessment"[Title/Abstract]: (14,321,332).

#7 (#5 AND #6): (8,563).

#8 ((((((((((((("program evaluation"[MeSH Terms]) OR "evidence based practice"[MeSH Terms]) OR ("outcome and process assessment, health care"[MeSH Terms])) OR "efficiency, organizational"[MeSH Terms]) OR "outcome"[Title]) OR "effect"[Title]) OR "review"[Title]) OR "trial"[Title]) OR "evaluation"[Title]) OR "assessment"[Title]) OR "evidence"[Title]) OR "evidence based"[Title]) OR "control group"[Title/Abstract]) OR "experiment"[Title/Abstract]) OR "systematic review"[Title/Abstract]: (4,204,424).

#9 (#7 AND #8): (1392), Filters: Publication date from 2009/01/01 to 2020/06/18; Danish; English; Norwegian; Swedish; Adult: 19+ years: (373), dubletter frasorteret, derefter: **351 fund.**

SveMed+:

Exp:"dual diagnosis", 2009-19.6. 2020: (83), gennemset, til RW: (44), efter bortsortering af dubletter: **34 fund.**

(Exp:" Mental Disorders" OR exp:"Mental Health" OR exp:"Mentally Ill Persons") AND (komplex* OR kompleks* OR sammensat* OR komplicer* OR complex* OR complicated), 2009-juni 2020: (90) gennemset **2 fund.**

Hjemmesidesøgninger (Danmark, Norge, Sverige, UK, Canada, USA): Voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger – **Målgruppe** (søgt i perioden 14. maj til 12. juni 2020)

Hjemmesiderne er gennemset for eventuelle relevante publikationer ved hjælp af søgeord fra søgestrategien samt via hjemmesidernes egne søgemuligheder, emneindgange, temaer o.l.

Danske hjemmesider:

Alkohol og Samfund: https://alkohologsamfund.dk/ - 1 fund.

Bedre Psykiatri: https://bedrepsykiatri.dk/ - 1 fund.

Center for Rusmiddelforskning: http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-kli-nikker/center-for-rusmiddelforskning - 6 fund.

Dansk Fagligt Netværk for Dobbeltdiagnose: https://dobbeltdiagnose.net/ - 1 fund.

Danske Regioner: https://www.regioner.dk/ - 1 fund.

Foreningen Misbrugsportalen: http://www.misbrugsportalen.dk/forbrug-af-stoffer-unge - 0 fund.

KABS – behandlingscenter for stofbrugere: https://kabs.dk/ - 1 fund.

KL – Kommunernes Landsforening, DK: http://www.kl.dk/ - 3 fund.

Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser, Region H: https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobbeltdiagnoser/Sider/default.aspx - 2 fund.

Metodecentret: https://metodecentret.dk/ - 0 fund.

Projekt Udenfor: https://udenfor.dk/ - 4 fund.

Rådet for Socialt Udsatte: https://www.udsatte.dk/ - 16 fund.

Socialstyrelsen, DK: https://socialstyrelsen.dk/ - 5 fund.

Socialt Udviklingscenter SUS, DK: https://www.sus.dk/udgivelser/ - 3 fund.

Sundhedsstyrelsen, DK: https://www.sst.dk - 5 fund.

VIVE (tidl. KORA/SFI), DK: https://vive.dk - 22 fund.

Norske hjemmesider:

Folkehelseinstituttet: https://www.fhi.no/- 1 fund.

Forebygging.no: http://www.forebygging.no/ - 2 fund.

Helse.no: http://www.helse-it.no/ - 0 fund.

Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/ - 1 fund.

Helsetilsynet: https://www.helsetilsynet.no/ - 0 fund.

Kompetansesenter-RUS: http://kompetansesenterrus.no/ - 1 fund.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse: https://rop.no/ - 2 fund.

SINTEF Helse & Velferd: https://www.sintef.no/helse-og-velferd1/#/: 1 fund.

Svenske hjemmesider:

FoU Välfärd: https://www.fouvalfard.se/ - 1 fund.

SBU, Sverige: http://www.sbu.se/ - 2 fund.

Socialstyrelsen, Sverige: http://www.socialstyrelsen.se/ - 4 fund.

Hjemmesider – internationale – ikke-nordiske:

CAMH - Centre for Addiction and Mental Health, Canada: http://www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspx - 4 fund.

EPPI Centre, UK: http://eppi.ioe.ac.uk/cms/ - 0 fund.

International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA Foundation), The Netherlands: https://www.adhdandsubstanceabuse.org/publications.html: 0 fund.

National Institute on Drug Abuse, USA: https://www.drugabuse.gov/about-nida - 0 fund.

SCIE - Social Care Institute for Excellence, UK: http://www.scie.org.uk/ - 2 fund.

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): https://www.emcdda.europa.eu/ - 4 fund.

Hjemmesidesøgninger (Danmark, Norge, Sverige, UK, Canada, USA): Voksne borgere med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger – **Udredning** (søgt i perioden 14. maj til 12. juni 2020)

Hjemmesiderne er gennemset for publikationer ved hjælp af søgeord fra søgestrategien, samt via hjemmesidernes egne søgemuligheder, emneindgange, temaer o.l.

Danske hjemmesider:

Alkohol og Samfund: https://alkohologsamfund.dk/ - 2 fund.

Bedre Psykiatri: https://bedrepsykiatri.dk/ - 0 fund.

Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet: http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/ - 4 fund.

Dansk Fagligt Netværk for Dobbeltdiagnose: https://dobbeltdiagnose.net/ - 0 fund.

Danske Regioner: https://www.regioner.dk/services/publikationer - 0 fund.

Foreningen Misbrugsportalen: http://www.misbrugsportalen.dk/forbrug-af-stoffer-unge - 0 fund.

KABS - behandlingscenter for stofbrugere: https://kabs.dk/ - 1 fund.

KL – Kommunernes Landsforening: http://www.kl.dk/ - 3 fund.

Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser, Region H: https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobbeltdiagnoser/Sider/default.aspx - 1 fund.

Metodecentret: https://metodecentret.dk/ - 1 fund.

Projekt Udenfor: https://udenfor.dk/ - 1 fund.

Rådet for Socialt Udsatte: https://www.udsatte.dk/ - 2 fund.

Socialstyrelsen, DK: https://socialstyrelsen.dk- 13 fund.

Socialt Udviklingscenter SUS, DK: https://www.sus.dk/udgivelser/ - 4 fund.

Sundhedsstyrelsen, DK: https://www.sst.dk - 7 fund.

VIVE (tidl. KORA/SFI), DK: https://vive.dk - 11 fund.

Norske hjemmesider:

Folkehelseinstituttet: https://www.fhi.no/ - 5 fund.

Forebygging.no: http://www.forebygging.no/ - 0 fund.

Helse.no: http://www.helse-it.no/ - 2 fund.

Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/ - 10 fund.

Helsetilsynet: https://www.helsetilsynet.no/ - 2 fund.

Kompetansesenter-RUS: http://kompetansesenterrus.no/ - 8 fund.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse: https://rop.no/ - 4 fund.

SINTEF Helse & Velferd: https://www.sintef.no/helse-og-velferd1/#/: 1 fund.

Svenske hjemmesider:

SBU, Sverige: http://www.sbu.se/ - 6 fund.

Socialstyrelsen, Sverige: http://www.socialstyrelsen.se/ - 17 fund.

Hjemmesider – internationale – ikke-nordiske:

CAMH - Centre for Addiction and Mental Health, Canada: http://www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspx - 0 fund.

EPPI Centre, UK: http://eppi.ioe.ac.uk/cms/ - 1 fund.

International Collaboration on ADHD and Substance Abuse (ICASA Foundation), The Netherlands: https://www.adhdandsubstanceabuse.org/publications.html: 4 fund.

National Institute on Drug Abuse, USA: https://www.drugabuse.gov/about-nida - 1 fund.

SAMHSA. Substance abuse and Mental Health Services Administration, USA: https://www.samhsa.gov/: 1 fund.

SCIE - Social Care Institute for Excellence, UK: http://www.scie.org.uk/ - 3 fund.

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): https://www.emcdda.europa.eu/ - 2 fund.

Der er desuden i forbindelse med download af publikationer yderligere fundet og indlagt i egen mappe i RW: **23 fund.**

Resultat af samlet søgning: 2.178 fund til gennemsyn.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD