

ADHD

ny viden – forstærket indsats



Opsporing af ADHD blandt udsatte voksne

Evalueringsrapport

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk
www.servicestyrelsen.dk

Forfatter: Lise Bjerre Kyllingsbæk, Therese Marie Dyrby og Carrie Lynne Lautrup
Tryk: Kreativ Grafisk
Udgivelsesår: 2011
1. oplag, 750 stk.

Download rapporten på www.servicestyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-92743-48-0

Digital ISBN: 978-87-92743-49-7

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	1
Om opsporingsprojektet.....	1
Formål med evalueringen	2
Rapportens opbygning.....	3
2. Sammenfatning/konklusion	4
Perspektivering	7
3. Opsporingsprojektet	9
Målgruppen for opsporingsprojektet.....	10
Forløbsmodellen	10
Organisering af projektet.....	17
4. Evalueringsdesign	18
Organisering af evalueringen	19
Dataindsamling	19
Datagrundlag for analysen	20
5. Borgerne i opsporingsprojektet	23
Sociale problemstillinger	24
6. Opsporing af borgere	29
Høj indikation på ADHD-problematik blandt alle målgrupper.....	29
ASRS-testen anvendelig som hurtig indikation.....	32
Øget viden om ADHD har understøttet opsporing	33
Sammenfatning.....	35
7. Primær og diagnostisk udredning	37
Diagnostisk behandling relevant, men utilstrækkelig	38
Meningsfuld, men ressourcekrævende udredning for borgerne	38
Problemer i DAWBA-test skaber u hensigtsmæssig praksis	39
DAWBA har fungeret som et dybere filter	41
Psykiatrien har anvendt materialer fra kommunen i mindre grad.....	41
Sammenfatning	43
8. Den sociale udredning og indsats	45
Viden om ADHD brugt i mødet med borgeren	45
Nye tilbud til borgere er få og vedrører primært medicin.....	46
Der mangler relevante tilbud til borgere med ADHD-problematik	47
Stort diagnostisk fokus i indsatsen.....	48
Sammenfatning	49
9. Det samlede forløb	51
Koordineret, men kompliceret forløb for borgeren	51
Procedure ikke fuldt ud implementeret.....	53
Sammenfatning	55
10. Bilag	57

1. Indledning

Denne rapport er udarbejdet i forbindelse med projekt Ny og forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD, der er et satspulje-finansieret initiativ, som gennemføres i perioden 2009-2013 og er forankret i Socialstyrelsen.

Nærværende rapport præsenterer resultater og erfaringer fra ADHD-projektets indsatsområde "Udvikling og afprøvning af ADHD-opsporingsforløb i tilbud på udsatteområdet"¹, herefter "opsporingsprojektet". Opsporingsprojektet blev gennemført i Slagelse, Vejle og Århus Kommune i januar 2010 – juni 2011 i samarbejde med Socialstyrelsen.

Om opsporingsprojektet

Der er de senere år kommet øget opmærksomhed omkring diagnosen ADHD, og antallet af borgere, der får stillet en ADHD diagnose, er stigende. Det er vanskeligt at give et præcist tal for, hvor mange børn og voksne der har ADHD, men en gennemgang af international forskningslitteratur viser, at tallene for forekomst af ADHD hos børn og unge svinger fra 2-3 pct. til 6-9 pct. For den voksne befolkning ligger tallene på mellem 1-2 pct. og 4-5 pct.²

Stigningen i antallet af ADHD diagnosticerede og den øgede opmærksomhed på ADHD stiller nye og flere krav til den sociale indsats på området. I forlængelse heraf har der vist sig et stort behov for at tilføre såvel beslutningstagere som fagpersoner ny viden og nye redskaber, som kan bidrage til at kvalificere indsatsen over for mennesker med ADHD.

Undersøgelser viser, at voksne med ADHD har statistisk højere risiko for at blive hjemløse og for at havne i misbrug eller i fængsel grundet vold eller anden form for kriminalitet. Endvidere har mennesker med ADHD ofte vanskeligheder med at gennemføre en uddannelse og mange har en løs tilknytning til arbejdsmarkedet.²

Andre projekter og fagmiljøer peger på, at der mangler viden om ADHD blandt fagpersoner i kontakt med udsatte grupper. Fagpersoner kobler ikke en borgers vanskeligheder med at få hverdagen til at fungere, at fastholde et arbejde, et evt. misbrug eller kriminalitet med en ADHD-relateret problemstilling. Hermed kan der ske fejlfortolkninger og fejlbehandlinger.³

¹ For yderligere information om den samlede ADHD-indsats henvises til hjemmesiden www.Socialstyrelsen.dk/adhd

² *ADHD-indsatser – en forskningsoversigt*, Mogens Christoffersen og Ida Hammen, SFI, 11:14.

³ Se bl.a. *Sammenhæng mellem misbrug og voksne med ADHD hos voksne*, Sygeplejersken 6/2009, *Unge med ADHD fylder fængslerne*, Politiken.dk, 29.8. 2009, *Unge med psykiske handicap fylder på herbergene*, Hus Forbi, nr. 3, marts 2010.

ADHD-projektets opsporingsprojekt har til formål at kvalificere tilbuddet til socialt udsatte borgere med ADHD ved at klæde medarbejdere i kommunerne (jobcentre samt tilbud til udsatte) på til at identificere og følge effektivt og målrettet op på problematikker, som karakteriserer ADHD. Målrettet forstået som relevant diagnostisk udredning og sociale indsatser målrettet borgerens ADHD-problematik. I forlængelse heraf er et andet formål at få øget viden om forhold og sammenhænge mellem ADHD og social udsathed.⁴

Opsporingsprojektet har særligt fokus på at udvikle et opsporingsforløb for udsatte borgerne med screening og primær udredning for ADHD-symptomer i kommunalt regi, samt parallel social og diagnostisk udredning med opfølgende indsats i henholdsvis kommunen og psykiatrien. Herunder at bibringe fagpersoner, som er i kontakt med udsatte grupper, øget viden om ADHD og udsathed.

De forventede virkninger af en mere målrettet indsats for borgeren på lang sigt er øget livskvalitet og reduktion af sociale problemer for udsatte borgere. Hypotesen er, at det, at borgeren bliver mødt på relevante problematikker, der ikke har været i fokus i den tidligere indsats, han/hun har modtaget, kan skabe en positiv forandring for borgeren. Og i forlængelse heraf et forbedret samarbejde mellem borgeren og den offentlige indsats.

Formål med evalueringen

Evalueringen har til formål at dokumentere, hvorvidt opsporingsprojektet har opfyldt projektets målsætninger, samt erfaringerne med at arbejde med opsporingsforløbene, herunder hvorvidt opsporingsforløbene blev implementeret efter hensigten. Evalueringen er dermed både en resultat- og procesevaluering.

Evalueringen baserer sig på både kvantitative og kvalitative data. De kvantitative data er registrerede borgerforløb i projektet samt spørgeskemaevaluering af uddannelse til fagpersoner. De kvalitative data er indsamlet via interview med fagpersoner både før og efter projektet, interview med borgere involveret i projektet samt diverse opsamlinger fra møder afholdt i projektet.

Ud over at bidrage med viden om opsporingsprojektets resultater til ADHD-indsatsens opdragsgivere ønsker nærværende rapport at bidrage med viden til kommunale beslutningstagere, der har interesse i at igangsætte opsporing af ADHD blandt udsatte borgere i kommunale tilbud. Herunder at sætte fokus på opmærksomhedspunkter på baggrund af både gode og dårlige erfaringer med opsporingsarbejdet i dette projekt.

⁴ I forbindelse med opsporingsprojektet er endvidere udarbejdet rapporten *Jeg er den jeg er – en interviewundersøgelse om ADHD og udsathed* – se www.Socialstyrelsen.dk/adhd

Evalueringen kan sige meget lidt om virkninger for borgerne på længere sigt, da projektet har haft en relativ kort tidshorisont, og forsinkelser i etableringen af samarbejdet med behandlingspsykiatrien betød en yderligere forkortelse af projektets driftsperiode. Derudover har evalueringen været udfordret af, at det har været svært at få data på den afsluttende del af borgernes opsporingsforløb, som dokumenterer udfaldet af den diagnostiske udredning og ændringer i den sociale indsats på baggrund heraf. Resultaterne for denne del af forløbet må derfor læses med det forbehold, at de baserer sig på forholdsvis få personer. Det gør, at evalueringen kan sige mest om erfaringer og resultater på den første del af opsporingen af borgeren, der giver indikationer på en evt. diagnose, samt ændringer i den sociale indsats over for borgeren i de indledende faser.

Rapportens opbygning

Rapporten indledes med en sammenfatning af projektets resultater og erfaringer, som samtidig fungerer som konklusion på evalueringen. Herefter præsenterer kapitel 3 projektets aktiviteter og kapitel 4 evalueringsdesign samt datagrundlag. Kapitel 5 beskriver en profil af borgerne i projektet. Kapitel 6-9 præsenterer analysen, som er inddelt i temaerne *opsporing*, *primær udredning*, *social indsats* og *samlet forløb*. Hvert kapitel præsenterer analysen af, hvorvidt målsætningerne for de konkrete aktiviteter er blevet opfyldt, og vurderer erfaringerne med de anvendte redskaber til aktivitetens målopfyldelse. Refleksioner over, hvilke eventuelle justeringer der fremadrettet kan fokuseres på i arbejdet med opsporing af borgere med ADHD, vil løbende blive inddraget.

2. Sammenfatning/konklusion

Opsporingsprojektet har afprøvet et opsporingsforløb for udsatte borgere i tre kommuner. Opsporingsforløbet har bestået af screening for ADHD-symptomer blandt borgere med en risikoprofil i kommunalt regi ved hjælp af en ASRS-test, samt en dyberegående primær udredning ved hjælp af en DAWBA-test lavet i et samarbejde mellem kommune og regionspsykiatri. DAWBA-testen havde som formål at aflaste psykiatrien, herunder understøtte at det var de relevante, der blev sendt til diagnostisk udredning. På baggrund af opsporingen indebar forløbet endvidere igangsættelse af parallel relevant social og diagnostisk udredning med opfølgende indsats i henholdsvis kommune og psykiatri.

Projektets resultater peger på, at der er udsatte borgere, der har funktionelle problematikker, som kan hænge sammen med ikke udredt ADHD eller anden sindslidelse, og at målrettet opsporing og øget vidensniveau blandt medarbejdere kan sætte fokus på dette.

Projektets forløbsmodel har vist sig at have flere svagheder, og projektet giver derfor ikke et endeligt og entydigt svar på, hvordan opsporingen skal tilrettelægges for at sikre en mere effektiv, målrettet og helhedsorienteret indsats til borgeren. Projektet har dog givet nogle erfaringer, der fremadrettet kan trækkes på med henblik på at sikre dette.

Opsporing og udredning af borgeren

Evalueringen viser, at en stor andel af borgerne i alle målgrupper i projektet iflg. screeningsredskabet ASRS og det primære udredningsredskab DAWBA har en ADHD-lignende problematik i form af vanskeligheder med eksekutive funktioner. Disse funktioner er afgørende for evnen til bl.a. styring og planlægning af handlinger, problemløsning, impulsstyring og regulering af følelsesmæssige reaktioner. Ligeledes har opsporingsprojektet afdækket flere borgere, særligt i udsattetilbud og ungetilbud, som har indikation på anden sindslidelse.

Størstedelen af borgerne er positive over for opsporingen vha. ASRS-testen. Den giver mening i forhold til de vanskeligheder, de har, men flere borgere tilkendegiver dog også en vis skepsis i forhold til udbytte af testen og ambivalens i forbindelse med testningen. Medarbejdere vurderer ASRS-testen som et brugbart redskab til at lave en hurtig screening og give retning til en mistanke om ADHD-problematikker hos borgerne. ASRS kan samtidig strukturere samtalen om ADHD med borgeren. Derudover viser evalueringen, at det vidensløft, medarbejderne har fået i forbindelse med projektet, har været en væsentlig understøttelse af arbejdet med opsporing af

disse problematikker og har imødekommet nogle af de faglige forbehold, der eksisterede mod opsporing ved hjælp af test i forhold til ADHD.

I forlængelse heraf kan det fremadrettet med fordel overvejes, hvordan man kan styrke kommunikationen om testen med borgeren yderligere, herunder hvordan medarbejderne kan rustes til at håndtere en eventuel ambivalens i forbindelse med samtale om en evt. diagnose.

Den primære udredning og den efterfølgende diagnostiske udredning opleves af borgerne som relevante i forhold til de problemstillinger, de har. Samtidig opleves den primære udredning som ressourcekrævende for borgeren, da den er langvarig og 'roder op' i borgerens liv. Den oversatte DAWBA-test anvendt i projektet har endvidere vist sig at have nogle uhensigtsmæssige elementer i kraft af eksempler på dårligt sprog og upræcise afsnit – ligesom praksis med at udskille borgere med anden sindslidelse og/eller misbrug i projektet har været skuffende for borgeren, som havde meget håb forbundet med en afklarende diagnostisk udredning.

DAWBA-testen har sorteret borgere fra og ser dermed ud til at have fungeret som et dybere filter, så de mest relevante er blevet sendt til diagnostisk udredning. DAWBA vurderes til dels af psykiaterne som anvendelig til at fokusere udredningen, og de fyldestgørende informationer om borgeren i form af prosa er særligt anvendelige. Evalueringen peger dog også på, at psykiatrien ikke har anvendt forarbejdet i kommunerne i så høj grad, som det var forventet. Dette forklares dels ved den modstand, de nævnte uhensigtsmæssigheder ved DAWBA har afstedkommet, og dels ved at det kræver mere støtte og fokus, end projektet har leveret, at ændre rutiner og overkomme de kulturforskelle, et sådant samarbejde kræver. Et samarbejde, både psykiatrien og de kommunale medarbejdere ser et potentiale i.

I forlængelse heraf vurderes det, at implementering af DAWBA som redskab forudsætter, at testen udvikles yderligere, så den kommer til at fungere mere præcist, samt at der afsættes mere tid og støtte til at indarbejde brugen af DAWBA i psykiatriens udredningspraksis. Samtidig giver erfaringerne anledning til overvejelser om, hvorvidt DAWBA er et hensigtsmæssigt redskab til et samspil mellem kommune og psykiatri, hvor målet bl.a. er at aflaste psykiatrien. Resultaterne fra projektet giver således anledning til overvejelser om, hvorvidt psykiatrien ville have haft lige så meget glæde af kun at få informationer fra eksempelvis ADHD-foreningens dialogguide, som der er gode erfaringer med i projektet, i forhold til de ekstra ressourcer, det kræver at lave en DAWBA-test. En dialogguide vil dog ikke kunne sortere borgere fra og dermed fungere som et filter.

Den sociale indsats til borgeren

Evalueringen viser indikation på, at opsporingsprojektet har medvirket til, at borgeren har fået en mere målrettet social indsats, idet den viden, medarbejderne har fået om ADHD, har betydet, at borgeren er blevet mødt på en mere hensigtsmæssig måde.

Dog har nogle medarbejdere svært ved at være konkrete på, hvordan indsatsen er blevet forbedret. Samtidig viser evalueringen, at borgerne i meget lille grad er blevet visiteret til nye tilbud, og de tilbud, der er visiteret til, i høj grad relaterer sig til støtte i forbindelse med køb og håndtering af medicin.

At borgerne ikke visiteres til nye tilbud skyldes til dels, at medarbejderne oplever, at der ikke er relevante ADHD-tilbud i kommunen at visitere til, eksempelvis efterspørges støtte i form af psykoedukation. Medarbejderne har endvidere i meget lille grad visiteret til tilbud, som ikke kun er målrettet borgere med ADHD. Det er samtidig iøjnefaldende, at der visiteres til så få tilbud rettet mod de områder, som borgerne prioriterede højere end fagpersonerne ved indgangen til projektet – nemlig støtte til bolig, økonomi og sociale netværk – en efterspørgsel, som også findes i interview med andre udsatte borgere med ADHD fra de tre projektkommuner.

Ligeledes viser evalueringen, at der har været et stort diagnostisk fokus i indsatsen, og indsatsen dermed har mistet noget helhedsorientering. Bl.a. ved at de tilbud, der er visiteret til, i høj grad relaterer sig til medicin, og ved at man i visse tilfælde har afventet diagnosen, før der er sat fokus på sociale indsatser. Forklaringer på dette diagnostiske fokus går dels på, at borgerne efterspørger støtte i forhold til diagnose. Samtidig sætter opsporingsforløbet og redskaberne fokus på diagnose, og screening og primær udredning har fyldt meget i projektet, bl.a. fordi det blev en stor del af projektet, da få borgere nåede igennem det fulde forløb. Det kan derfor ikke udelukkes, at en længere projektperiode kunne have givet større fokus på den sociale del.

I forlængelse heraf vurderes det, at der i projektet med fordel kunne have været gennemført opfølgning ift. viden og redskaber til den sociale indsats med henblik på yderligere fokus og implementering af disse indsatser. En sådan opfølgning kunne blandt andet have synliggjort evt. potentialer i eksisterende tilbud og konkretisering af, hvordan ADHD-viden skal omsættes til praksis. Fremadrettet vil det med fordel kunne overvejes at udvikle opsporingsredskaberne, så de i højere grad "taler ind i" den sociale udredning.

Koordination i forløbet

Evalueringen viser, at borgerens forløb til dels har været koordineret i projektet og har givet borgere og medarbejdere en mere direkte indgang til psykiatrien. Forløbet har dog været svært at overskue for både borger og fagpersoner pga. mange aktører og led, og der har været flowstop forskellige steder. Det har betydet, at det har krævet meget af fagpersonerne at få borgeren igennem forløbet, og sikringen af koordinationen har efter fagpersonernes vurdering været meget persondrevet. I de enkelte kommuner har man positive erfaringer med bl.a. fælles IT-system, personlig tovholder, ADHD-team og brug af sms til sikring af forløbet.

Flowstop i forløbene handler bl.a. om manglende vidensflow mellem instanser, hvor den lokale procedure har vist sig uhensigtsmæssig eller ikke er blevet ordentligt implementeret. I forhold til samspillet mellem kommune og psykiatri peger evalueringen på, at en vellykket implementering af arbejdsdeling her kræver, at der sættes målrettet ind for at give de forskellige faggrupper indsigt i hinandens fagområder, hvilket med fordel kunne have fået større fokus i projektet. Både kommunale medarbejdere og psykiatere er dog positive over for at have fået et tættere samarbejde og en bedre adgang til hinanden og ser et potentiale i et tættere samspil omkring borgeren.

I forlængelse heraf vurderes det, at der skulle have været mere opfølgning på proceduren i projektet, og samspillet mellem kommune og psykiatri skulle have haft et særskilt fokus, eksempelvis i form af samarbejds møder på medarbejderniveau. Det bør samtidig overvejes, hvordan der kan arbejdes med et opsporings- og udredningsforløb med færre aktører, således at forløbet kan blive mindre ressourcekrævende for både borgere og medarbejdere.

Perspektivering

Projektets resultater peger på, at det er relevant at få fokus på uopdaget ADHD eller anden sindslidelse blandt udsatte borgere, og at brug af ASRS-test samt uddannelse af de kommunale medarbejdere er relevant i arbejdet med opsporing. Der skal dog fortsat arbejdes på konkrete bud på, hvordan man kan styrke kommunikationen om testen med borgeren yderligere, herunder hvordan medarbejderne kan rustes til at håndtere ambivalensen i forbindelse med snak om en evt. diagnose.

I det fremadrettede arbejde bør man samtidig være opmærksom på, hvordan det kan undgås, at et øget diagnosefokus i forbindelse med opsporingen kommer til at skygge for det sociale arbejde. Helhedssynet skal fastholdes, så der iværksættes nødvendig social støtte til borgeren under udredningsforløbet, herunder at der sættes fokus på særlige problemstillinger omkring bolig, økonomi og netværk. I den forbindelse er der fortsat et behov for at blive mere konkret på, hvordan ekstra viden om ADHD-problematikker skal afspejles i den sociale indsats. Eksempelvis hvilke handlinger hos medarbejderne den ekstra viden skal afstedkomme, hvordan det skal afspejles i sagsbehandlingen, hvordan viden om hensigtsmæssig kommunikation med borgere med ADHD og viden om hensigtsmæssige tilbud/lovgivning omsættes i praksis.

Endvidere vil det i et fremadrettet arbejde med opsporing være relevant at overveje, hvordan viden fra opsporingsredskaberne, der som udgangspunkt har et klart diagnosefokus, kan indarbejdes og oversættes til den sociale udredning. Alternativt kan det overvejes at lade den kommunale del af opsporingsindsatsen tage udgangspunkt i mere socialt rettede opsporingsredskaber. Eksempelvis har brug af ADHD-foreningens dialogguide i projektet givet god mening for dem, der har anvendt

den. Det vil dog i givet fald skulle afklares, hvorvidt en sådan type redskab også kan sikre sammenhængen til psykiatrien.

Opsporingsprojektet har desuden tydeliggjort, at opsporingsarbejdet ikke kan stå alene. Hvis opsporingen skal føre til et mere vellykket forløb for borgerne, er det en forudsætning, at der er relevante og målrettede tilbud til borgerne i det kommunale system. Det kan både handle om at oprette eller bruge særligt specialiserede tilbud eller om at synliggøre relevansen i eksisterende tilbud i forhold til borgere, der gennem opsporingen viser sig at have ADHD eller andre psykiske problemer.

Opsporingsprojektet har bekræftet, at der er stort potentiale i at fremme et systemiseret samarbejde mellem kommune og psykiatri med henblik på at lette adgangen til hinanden og at give borgeren en mere sammenhængende indsats. Begge parter har således en erkendelse af, at et tættere samspil vil gavne borgeren. Opsporingsprojektet har dog ikke givet et entydigt svar på, hvordan arbejdsgangen tilrettelægges bedst og mest omkostningseffektivt for både psykiatri og kommune. De metoder, der er afprøvet i projektet, har ikke fungeret ideelt, og der er derfor brug for yderligere overvejelser om, hvilken viden det giver mening kommunen leverer til psykiatrien og omvendt, og om hvordan forløbet kan organiseres, så det er mindst ressourcekrævende både for borgere og medarbejdere. I denne sammenhæng er det blandt andet centralt at overveje, om forløbet kan samles og koordineres et sted, så fagpersonerne kommer til borgeren og ikke omvendt.

Projektet har ligeledes bekræftet, at der er stort potentiale i at arbejde videre med en kommunal opsporingsprocedure, der giver direkte adgang til psykiatrien. Hvorvidt proceduren kan overføres til praksis uden for projektet afhænger dog af flere faktorer, herunder bl.a. rolleaflarung mellem region og kommune samt økonomi i forbindelse med udredning. Både kommunale medarbejdere og psykiatere er dog positive overfor at have fået et tættere samarbejde og en lettere adgang til hinanden.

3. Opsporingsprojektet

Opsporingsprojektet har haft til formål at forbedre opsporingen af udsatte borgere med ADHD og give dem en målrettet udredning, behandling og opfølgning. Baggrunden var nyere viden om, at man ikke vokser fra ADHD, men symptomer kan fortsætte ind i voksenlivet,⁵ og at der er en stærk sammenhæng mellem ADHD og udsathed i betydningen sociale problemer og/eller social marginalisering i samfundet.⁶ I forlængelse heraf var hypotesen, at der formodentlig var en gruppe af voksne udsatte borgere i kontakt med det offentlige system, hvor fagpersonerne ikke havde haft blik for en uopdaget ADHD-problematik, og som kunne hjælpes bedre ved også at få fokus på denne dimension i indsatsen over for borgeren. Dels ved at henvise til diagnostisk udredning og medicinsk behandling i forhold til ADHD, dels i form af en målrettet social støtte, der tog højde for de funktionelle problematikker, der kendetegner ADHD.

Med henblik på at opfylde projektets formål er følgende mål formuleret for opsporingsprojektet:

- Udsatte borgere med ADHD-symptomer bliver identificeret af kommunale fagpersoner.
- Udsatte borgere med ADHD-symptomer får udredt funktionelle problemstillinger i forhold til alle livssfærer med henblik på justering af den kommunale indsats.
- Samarbejdet mellem kommune og sundhedssystem i forbindelse med udredning effektiviseres.
- Udsatte borgere med klare ADHD-symptomer identificeret i det kommunale system kommer til psykiatrisk udredning i det sundhedsfaglige system med henblik på evt. diagnose og medicinering.
- Borgerens sag er koordineret internt i kommunen.
- Der er taget højde for ADHD-symptomer og deraf afledte problematikker i kommunens indsats over for og tilbud til borgeren.

Projektets primære indsatser har været afprøvning af en forløbsmodel, forstået som en defineret vej for borgeren fra opsporing over udredning til tilbud i kommunen. Til forløbsmodellen var der knyttet tilhørende redskaber samt uddannelse af fagpersoner. Implementeringen har været understøttet af en lokal styregruppe og projektkoordinator samt processtøtte fra Socialstyrelsen.

⁵ *ADHD – fra barndom til voksenalder*, Glennie Marie Hansen og Marie Mandel Sneum, Frydenlund, 2008

⁶ *ADHD-indsatser – en forskningsoversigt*, Mogens Christoffersen og Ida Hammen, SFI, 11:14

På grund af forsinkelser i etableringen af samarbejdet med behandlingspsykiatrien blev afprøvningsfasen forkortet med ca. ½ år, hvilket betyder at afprøvningen har kørt i ca. 1 år med forskelle i de enkelte kommuner.

Målgruppen for opsporingsprojektet

Målgruppen for opsporingsprojektet er *udsatte* unge og voksne med en *ADHD-lignende problematik* i kontakt med det kommunale system.

Udsatte forstået som, at de har et eller flere sociale problemer og/eller er socialt marginaliserede i samfundet. Sociale problemer er i denne sammenhæng forhold, der begrænser den enkeltes livsudfoldelse og bevirker, at en person har vanskeligt ved at indgå i almindelige sociale sammenhænge, og at personen er, eller er i fare for at blive, stigmatiseret og marginaliseret⁷. Konkrete eksempler på sociale problemer kan være misbrug, kriminalitet, hjemløshed, anden sindslidelse, vanskeligheder i forhold til at få og fastholde arbejde eller gennemføre en uddannelse, teenagemødre, voldsomt gældsatte/ustyrlig økonomi. Med social marginalisering menes tab af tilhørsforhold til familie og de sociale grupper, som individet normalt ville være knyttet til. Social marginalisering kan være en konsekvens af sociale problemer, men kan også alene være knyttet til de kognitive og adfærdsmæssige kendetegn, som mennesker med en ADHD-lignende problematik har, og som i sig selv – i nogle tilfælde – kan føre til eksklusion fra sociale fællesskaber.

ADHD-lignende problematik er i projektet defineret som et sæt af kognitive og adfærdsmæssige kendetegn eller funktionelle vanskeligheder som afhængigt af sin grad kan være ADHD i diagnostisk forstand. Eksempelvis uopmærksomhed, impulsivitet, manglende evne til at organisere eller risikoadfærd såsom mange skiftende partnere, vanskeligheder med at afslutte en uddannelse, misbrug. En ADHD-lignende problematik spænder over et bredt spektrum af vanskeligheder og rækker langt ind i normaliteten. Mange med en ADHD-lignende problematik vil være i stand til at klare sig selv og leve et normalt liv. Andre har behov for hjælp og støtte til f.eks. at organisere hverdagen, vedligeholde sociale netværk, gennemføre et skoleforløb og en uddannelse eller fastholde et job.

Målgruppen er endvidere aldersmæssig afgrænset fra 16 år og opefter uden nogen øvre grænse. I Vejle blev målgruppen afgrænset til borgere i alderen 16 til 30 år.

Forløbsmodellen

Forløbsmodellen, som blev afprøvet bestod af 4 delprocesser:

- Opsporing af borgere med indikation på ADHD i sociale tilbud og jobcentre.
- Primær udredning af borger for diagnostiske kriterier.

⁷ *Handicap og sociale problemer*, Socialstyrelsen 2010

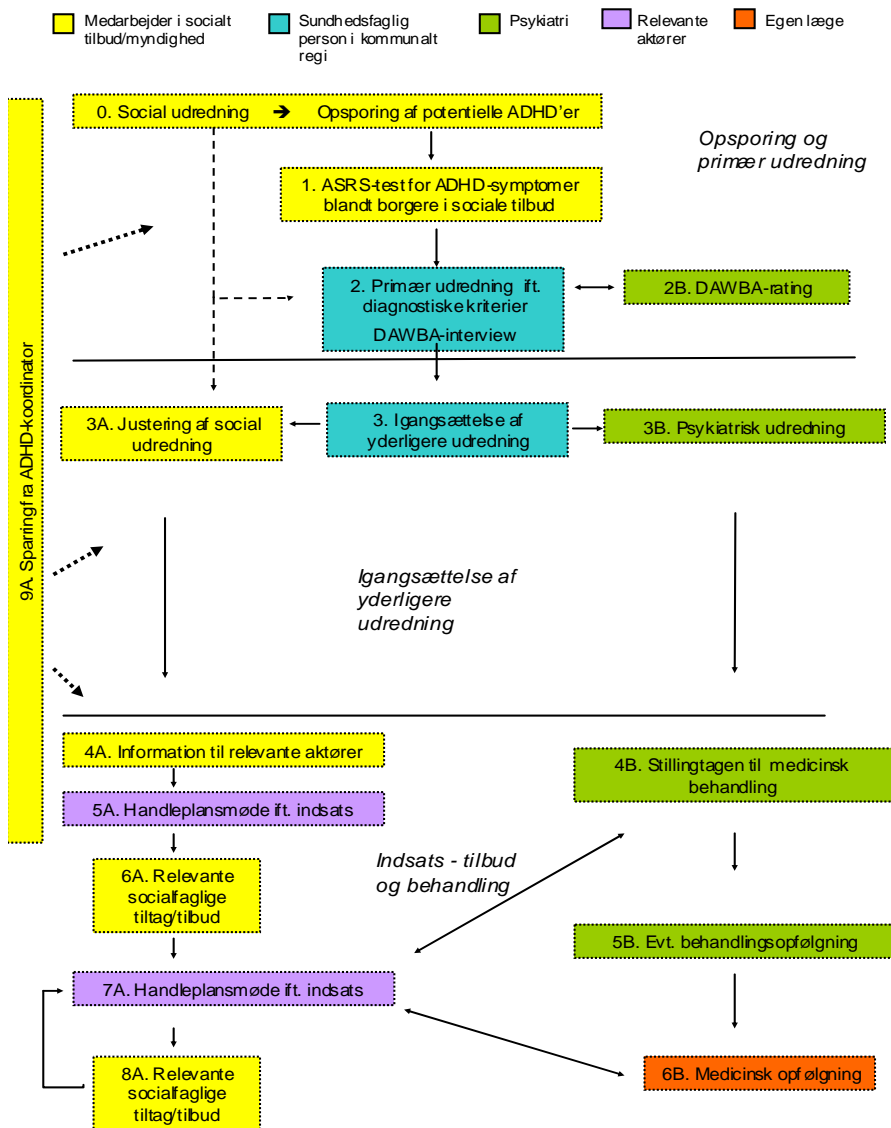
- Igangsættelse af evt. justeringer i forhold til social udredning med opfølgende handleplan.
- Evt. igangsættelse af psykiatrisk udredning med henblik på evt. diagnosticering og medicinsk behandling.

De sidste to punkter i modellen skulle foregå samtidigt og parallelt med hinanden. Ovenstående forløb var beskrevet af Socialstyrelsen med tilhørende redskaber. Derudover udarbejdede hver projektkommune en lokal procedure for, hvordan forløbet konkret skulle fungere, og hvad det yderligere indeholdt i deres kommune.

Den overordnede forløbsmodel er skitseret i figur 1 samt med tilhørende forklaringer i bilag 1 til rapporten.

Figur 1

Opsporingsforløb for voksne med ADHD



Opsporing

Opsporingen havde som mål at identificere borgere med en ADHD-lignende problematik. Opsporingen fandt sted i udvalgte organisatoriske enheder i de 3 samarbejdskommuner.

Nedenstående tabel giver et overblik over opsporingsenhederne i de forskellige kommuner.

Kommune	Jobindsatser	Udsatteområdet	Ungetilbud
Slagelse	- Straksaktivering - Matrikelløs aktivering - Aktivering i hjemmet	- Misbrugscenter	- Socialpsykiatri (unge sindslidende)
Vejle	- Myndighed (match 4-5) - Kompetencecenter for visitation og afklaring	- Misbrugscenter - narkoteam	- Sundhedsplejerske (unge mødre og fædre) - UU-vejledere
Århus	- Job og Trivsel	- Misbrugscenter - Gadeplansarbejde - Forsorgshjemmet Østervang	

Opsporingen faldt i to dele 0) Opsporing af borgere med en ADHD-lignende problematik og 1) test af borgere med en ADHD-lignende problematik ved hjælp af ASRS- test – jf. trin i forløbsmodel, figur 1.

Med henblik på at få øje på borgere med en ADHD-lignende problematik blev medarbejderne i opsporingsenhederne undervist i, hvad ADHD er, og hvad der kendetegner mennesker med ADHD. Derudover blev der til projektet udarbejdet en oversigt over risikoadfærd, der kunne give anledning til mistanke, eksempelvis ikke færdiggjorte uddannelser, mange afbrudte jobforløb (se bilag 2).

Borgere med en ADHD-lignende problematik blev tilbudt at tage en første screening for ADHD-symptomer med en Adult Self Report Scale, ASRS v.1.1 symptomtjekliste, suppleret med spørgsmål om symptomer i barndommen fra Russel Barkleys Quick-test for ADHD-symptomer (se bilag 3).

ASRS v.1.1 er udviklet af amerikanske psykiatere og forskere i samarbejde med Verdenssundhedsorganisationen WHO. ASRS v.1.1 er et selv-rapporterings-skema, der findes i en dansk version oversat efter høje krav om oversættelse og tilbageoversættelse, og spørgsmålene er i overensstemmelse med DSM-IV diagnosekriterierne og specifikt rettet mod de aktuelle manifestationer af ADHD-symptomer blandt voksne. Skemaet er bredt anvendt af læger og psykiatri i Danmark til indikation på ADHD.

Da ASRS udelukkende anvendes til vurdering af aktuelle symptomer, og da det er en forudsætning for ADHD-diagnosen, at der også har været symptomer til stede før 7-års-alderen, suppleredes skemaet med 6 spørgsmål om symptomer i barndommen fra Russel Barkleys ADHD-Quicktest. Denne test anvendes ofte til vurdering af sådanne tidlige symptomer og skemaet foreligger i en dansk godkendt version. Ud over at tilstedeværelse af tidlige symptomer i barndommen er et af de diagnostiske kriterier, var et yderligere argument for at medtage disse spørgsmål opsporingsprojektets målgruppe, socialt udsatte voksne. Mange borgere med svære sociale problemstillinger, som f.eks. overforbrug eller misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer, kan have udviklet ADHD-lignende symptomer i tidlig voksenalder eller ved debut af misbruget, men har ofte ikke haft sådanne symptomer før 7-års-alderen.

Opsporingsmedarbejderne blev undervist i brugen af skemaerne. Der var forskel på, hvor mange opsporere der blev uddannet fra enhederne i kommunerne. I Vejle og Århus var det gennemsnitlig 2-3 medarbejdere pr. enhed, mens Slagelse havde prioriteret, at jobcenterområdet skulle have en bred vidensopgradering og deltog derfor på uddannelsesdagene med 38 deltagere. Heraf kom 4 fra henholdsvis misbrugscenter og socialpsykiatri.

Primær udredning

Den primære udredning i projektet havde som mål at aflaste psykiatrien. Udredningen bestod af en DAWBA-test gennemført af en medarbejder i kommunen i samarbejde med behandlingspsykiatrien.

Som i andre opsporingsprojekter vil en del af de borgere, der vil være mistænkt for at have ADHD på ASRS og Barkleys quick-test alligevel vise sig ikke at have det, når den store grundige kliniske psykiatriske udredning er gennemført. I dette projekt gennemførtes der derfor en udredningsmodel som en tre-trins-model med screening, primær DAWBA-udredning og derefter klinisk psykiatrisk udredning af de borgere, der ud fra de første to trin i modellen fortsat var mistænkt for at have ADHD. Den primære På den måde kunne DAWBA-trinnet i projektet aflaste psykiatrien ved at nedbringe antallet af borgere, der havde behov for klinisk udredning.

DAWBA står for The Development and Well-Being Assessment. DAWBA indeholder samlet interview-, spørgeskema- og ratingteknikker til at generere diagnostiske hypoteser. DAWBA er oprindeligt udviklet og valideret på børne- og unge-området af professor Robert Goodman fra London. DAWBA er i løbet af de sidste 15 år blevet et af de mest anvendte psykiatriske interview internationalt inden for forskning i børne- og ungdomspsykiatri. Der er publiceret flere valideringsstudier inden for dette aldersområde. Det findes i en godkendt dansk version og har været anvendt i dansk børne- og ungdomspsykiatrisk forskning i næsten 10 år. Professor Goodman har nu udarbejdet en voksenversion, som i øjeblikket undergår en valideringsproces i Storbritannien, men der er endnu ikke publiceret resultater fra denne validering. Voksenudgaven blev i samarbejde med Goodman oversat til dansk i forbindelse med opsporingsprojektet.⁸

Baggrunden for at vælge DAWBA-redskabet var, at DAWBA kunne fungere som et dyberegående screeningsfilter mhp. at sikre, at de relevante blev sendt til udredning i psykiatrien. DAWBA-udredning består af et struktureret og et semistruktureret interview gennemført af en trænet medarbejder i kommunen. Oplysningerne indsamlet ved dette interview vurderes derefter via en online-portal af en psykiater, som i første omgang ikke har kontakt med borgeren. Denne psykiatriske rating af DAWBA-interviewet har i andre projekter vist sig at have en høj validitet og er ganske hurtig at gennemføre for en trænet psykiater og dermed ikke så omkostningstung som en klinisk udredning. På denne måde er DAWBA i dette projekt indskudt som et ekstra trin, hvor der kan identificeres flere borgere, som kan mistænkes for at have ADHD på baggrund af ASRS/Barkley, men som med stor sandsynlighed alligevel ikke har diagnosen, og hvor der derfor ikke er behov for at gennemføre den langt mere omfattende kliniske udredning. Ratingen af DAWBA i dette projekt blev gennemført sådan, at hvis rateren var i tvivl om, om borgeren kunne have ADHD, blev denne henvist videre til den store kliniske psykiatriske udredning. I de tilfælde, hvor psykiateren med sin rating var overbevist om, at borgeren ikke havde ADHD, var der ikke grund til yderligere psykiatrisk udredning. Hypotesen var, at informationer fra DAWBA-udredningen samt det ekstra filter ville have en aflastende effekt på den egentlige diagnostiske udredning.

DAWBA indeholder vurdering af symptomer i forhold til flere forskellige diagnoser. Bl.a. på grund af vores viden om, at ADHD ofte er forbundet med komorbiditet, blev der i DAWBA-spørgeskemaet medtaget spørgsmål vedrørende de mest almindelige komorbide diagnoser – depression, manio-depressiv sygdom samt misbrug. I opstartsfasen var også angst medtaget i skemaet, men blev af hensyn til spørgeskemaets længde fraprioriteret. Vurderingen var endvidere at disse spørgsmål ville have en stor aflastende effekt for den psykiatriske udredning.

⁸ Oversættelsen indebar oversættelse til dansk samt tilbageoversættelse til engelsk til godkendelse af Robert Goodman inden endelig oversættelse til dansk.

DAWBA-testen blev gennemført ved hjælp af et spørgeskema udfyldt af en medarbejder i kommunen på baggrund af interview med borgeren. Spørgeskemaet blev udfyldt online. Socialstyrelsen vurderede i samarbejde med den psykiatriske konsulent, at målgruppen ikke ville være i stand til at udfylde spørgeskemaet selv, hvilket ellers i et ressourceperspektiv kunne have været relevant. Medarbejderne blev uddannet i brugen af skemaet og fik opfølgende supervision og sparring fra psykiatrisk konsulent.

Interviewdata blev efterfølgende ratet online af en psykiater tilknyttet projektet med henblik på at stille en diagnostisk hypotese. På baggrund af ratingen vurderede psykiateren behovet for yderligere psykiatrisk udredning med henblik på egentlig diagnosticering. Psykiatere tilknyttet projektet blev uddannet i rating af DAWBA-testen og fik efterfølgende sparring fra psykiatrisk konsulent.

Der arbejdedes med 5 mulige udfald på DAWBA-testen.

DAWBA-udfald	Afledet handling i projektet
Sandsynligvis ADHD (ikke misbrug)	Kommunen henviser til ADHD-udredning i projektet
Sandsynligvis ADHD + misbrug	Kommunen henviser til ADHD-udredning i projektet, og kommunen starter misbrugsbehandling
Sandsynligvis ikke ADHD, men sandsynligvis misbrug	Kommunen starter misbrugsbehandling
Sandsynligvis ikke ADHD, men sandsynligvis anden psykisk sygdom	Kommunen beder egen læge henvise borgeren til almenpsykiatri uden for projektet
Sandsynligvis hverken ADHD, misbrug eller anden psykisk sygdom	Afsluttes i projektet

Der var lokale variationer i proceduren, som betød forskelle i den viden, som henholdsvis DAWBA-interviewer og DAWBA-rater havde til rådighed i forbindelse med brugen af DAWBA.

I Slagelse Kommune blev der før DAWBA-testen gennemført en social udredning ved hjælp af en dialogguide udviklet af ADHD-foreningen.⁹ Det betød, at DAWBA-interviewer og -rater havde yderligere baggrundsviden om borger til at gennemføre interviewet og udfylde og rate DAWBA-skemaet. I Slagelse Kommune var det

⁹ Se dialogguiden på www.adhd.dk eller på www.Socialstyrelsen.dk/adhd

endvidere to forskellige psykiatere, der henholdsvis ratede DAWBA og lavede den endelige diagnostiske udredning. Dette var ikke hensigten, men den løsning, der kunne findes i projektet. Det betød, at sandsynligheden for aflastning blev mindre. Den udredende psykiater i Slagelse fik ud over adgang til DAWBA-resultat også tilsendt resultat af ASRS samt en udfyldt dialogguide til at aflaste den diagnostiske udredning.

I Vejle Kommune udfyldte opsporeren før DAWBA-testen en ressourceprofil¹⁰ af borgeren, som sammen med ASRS-test blev sendt med til psykiateren til at understøtte både ratingen af DAWBA-testen og til at aflaste den diagnostiske udredning. Psykiateren tilknyttet Vejle Kommune supplerede endvidere ratingen med indhentning af informationer fra en bekendt til borger fra barndommen, ex. en gammel skolelærer.

I Århus Kommune blev der i forbindelse med henvisning til psykiatrien for yderligere udredning på baggrund af DAWBA-udfald medsendt informationer om kontaktpersoner til borgeren, ressourceprofil samt social anamnese.

Social og psykiatrisk udredning og justeringer af indsats

Den sociale og psykiatriske udredning og efterfølgende indsats havde i projektet som mål at give borgeren en mere målrettet og helhedsorienteret støtte i forhold til de symptomer og funktionelle problemstillinger, som den forudgående opsporing havde afdækket. Den målrettede og helhedsorienterede støtte skulle udmøntes i henholdsvis:

- Et koordineret og tilpasset forløb både internt i kommunen og i samspillet mellem kommune og psykiatri.
- Justeringer i den sociale indsats i form af ændringer i den eksisterende indsats på baggrund af mere viden om borgers problemstillinger eller nye målrettede tilbud til borger.
- Tilbud om medicinsk behandling ved en ADHD-diagnose.

Med henblik på at sikre et koordineret og tilpasset forløb udarbejdede hver kommune en lokal procedure for borgerens forløb og vidensdeling mellem samarbejdspartnere i det kommunale system og i samspillet med psykiatrien.¹¹ Der blev i den forbindelse udarbejdet en samarbejdsaftale mellem behandlingspsykiatrien i den region, som kommunen refererer til. I Vejle blev proceduren endvidere suppleret med adgang til fælles IT-system, hvor oplysninger vedrørende borgeren var samlet.

I forhold til justering af den sociale indsats indgik dette også i den lokale procedure. Her blev beskrevet, hvori den sociale udredning bestod, og hvordan justeringer af indsats skulle foregå. I Slagelse Kommune etableredes et ADHD-team, der stod for

¹⁰ Lovpligtigt redskab anvendt i jobcentre til vurdering af arbejdsevne ifm. beslutning om revalidering, fleksjob og førtidspension.

¹¹ Se lokale procedurer på www.Socialstyrelsen.dk/adhd

den sociale udredning og skulle fungere som tovholder for borgerens forløb. I Århus og Vejle Kommune var det opsporingsenheden, der var ansvarlig for den sociale udredning og opfølgning. I Vejle Kommune overgik ansvaret dog til borgerens beskæftigelsesrådgiver, såfremt borgeren havde en sag i jobcentret.

Til understøttelse af arbejdet med den sociale udredning og justeringer af indsats fik opsporingsmedarbejderne i projektet undervisning i *redskaber til god kommunikation og samarbejde med borgere med ADHD* samt i *relevante støttemuligheder for borgere med ADHD og muligheder i lovgivningen*. Ligeledes blev der udarbejdet en lokal oversigt over relevante støttetilbud i egen kommune. Midt i projektperioden blev der endvidere afholdt et tværkommunalt møde for opsporerne, der ud over erfaringsudveksling og opsamling indeholdt input til det daglige arbejde med borgerne i form af oplæg ved ADHD-coach.

Den psykiatriske udredning forventedes at blive gennemført på baggrund af psykiaterens egne procedurer for udredning, men med aflastning i kraft af det forudgående arbejde med indsamling af informationer via ASRS, DAWBA og evt. social udredning lavet i kommunen.

Organisering af projektet

Hver projektkommune nedsatte en styregruppe for projektet med repræsentation af chefer for de involverede områder, derudover blev der udpeget en daglig projektkoordinator, som udarbejdede projektbeskrivelse, procedure mv. i egen kommune. Projektkoordinatoren skulle endvidere indgå som sparringspartner for medarbejderne løbende i projektet.

Projektkoordinatoren deltog i uddannelsesaktiviteterne i kommunen og fik derudover løbende sparring fra Socialstyrelsens konsulentteam og ved koordinatormøder på tværs af projektkommunerne. På møderne var der ud over erfaringsudveksling og sparring også input fra eksterne videnspersoner, bl.a. viden om VISO-sager og implementering.

4. Evalueringsdesign

Evalueringsdesignet er opbygget med henblik på både at kunne levere viden om projektets resultater og projektets processuelle erfaringer.

Resultatdelen i evalueringen har fokus på virkninger af opsporingsforløbet for borger og praksis på mellemlangt sigt. Hovedspørgsmålet er, hvor godt opsporingen har opnået projektets målsætninger.

Procesdelen i evalueringen tager udgangspunkt i, at evalueringen ud over at fortælle om resultater skal kunne bruges til at *"sætte skub i innovative processer og fremme forpligtende læring og derigennem forandring"*¹² – det vil sige, at den viden, evalueringen producerer eller gengiver, skal kunne understøtte den videre udvikling af praksis. Herunder læring om, hvilke implementeringsudfordringer der har været med opsporingsarbejde i projektet, samt hvilke positive og negative erfaringer borgere og medarbejdere har med de konkrete redskaber i projektet.

Med henblik på at fokusere evalueringen og forstå, hvorfor/hvorfor ikke projektmålene er nået, har Socialstyrelsen opstillet følgende specifikke evalueringsspørgsmål:

1. Var der borgere med en uopdaget ADHD-problematik?
2. Fik borgeren en mere målrettet støtte?
 - Relevant diagnostisk behandling?
 - Målrettet social indsats?
 - En koordineret indsats?
3. Var opsporingsredskaberne brugbare til at identificere borgere med en ADHD-lignende problematik?
4. Aflastede de primære udredningsredskaber den psykiatriske udredning?
5. Var de primære udredningsredskaber anvendelige til primær udredning?
6. Var aktiviteter med henblik på at understøtte social udredning og indsats brugbare til at give en mere målrettet og helhedsorienteret indsats?
7. Var proceduren brugbar til at give en mere koordineret indsats?
8. Var opsporingsforløb og redskaber implementeret efter hensigten?

¹² Meldgaard, R. (2003) *Forandring og læring via evaluering*. Learning Lab Denmark.

Organisering af evalueringen

Socialstyrelsen har ansvaret for og har gennemført evalueringen. Dataindsamling i forhold til registreringer og interview er gennemført af konsulenter fra Socialstyrelsen, der udelukkende har haft evalueringen som opgave. Den løbende dataindsamling ved opsamlingsmøder er lavet af konsulenter, der har haft en processtøttefunktion i projektet. Analysen er lavet i et samarbejde mellem de tilknyttede konsulenter med sparring fra Socialstyrelsens metodeenhed. Projektets chefgruppe i Socialstyrelsen har det overordnede ansvar for evalueringsrapporten.

Dataindsamling

Dataindsamling fandt sted i fire dele, der havde til formål at skabe grundlag for at vurdere opsporingsforløbet og de resultater og erfaringer, projektet opnåede. Udvalget og mængden af de anvendte metoder har taget højde for evalueringens spørgsmål og den samlede ressourceramme til evalueringen. Følgende metoder er blevet anvendt:

1) Registrering af baggrundsviden og resultater af projektførløb for deltagende borgere

- Fagpersoners vurdering af borgers problemstillinger og støttebehov før og efter forløbet samt registrering af resultater af forløbet for borger.
- Borgers vurdering af egne problemstillinger og støttebehov før og efter forløbet samt registrering af erfaringer med test.

2) Interview med deltagere i projektet

- Interview med fagpersoner ved projektets start og slut.
- Telefoninterview med borgere i projektet ved projektets afslutning.

3) Evaluering af et uddannelsesforløb for fagpersoner

- Spørgeskema om viden om og holdninger til opsporing før og efter uddannelsen.

4) Skriftlig dokumentation fra projektet

- Mødeopsamlinger fra møder på tværs af projektkommuner i projektet.
- Drøftelser og erfaringsopsamling fra Socialstyrelsens projektgruppe.

Brugen af flere metoder og datakilder giver mulighed for triangulering, hvilket bidrager til at øge undersøgelsens validitet. Ved triangulering forstås, at genstandsfeltet belyses fra flere vinkler; at der i interviewene eksempelvis spørges ind til det, der spørges om i surveyen, indberetningsskemaerne eller dokumentanalysen.

Indberetningsdata blev anvendt til at indsamle oplysninger om alle projektdeltagerne med henblik på at kortlægge udbredelsen af forskellige problemstillinger, resultater og vurderinger. De kvalitative data i form af interview og skriftlig dokumentation skulle

uddybe og nuancere disse resultater med henblik på at forstå de sammenhænge, meninger og holdninger, resultaterne er indskrevet i.

Uddybning af de anvendte metoder findes i bilag 4.

Datagrundlag for analysen

Der er i alt registreret baggrundsdata for 142 borgere i opsporingsprojektet. I de efterfølgende registreringer af resultater for borgere i projektet er der et naturligt frafald i kraft af negativt udfald på screening og primær udredning. Derudover er der et frafald af registrerede borgere i projektet, som må forklares af andre forhold. Frafaldsanalyser viser, at den største faktor for frafald er, hvilken kommune borgeren bor i. Det tyder dermed på, at det er problemstillinger ved registreringsproceduren samt tilbagemelding fra psykiatrien i den enkelte kommune, som har størst forklaringskraft, frem for karakteristika ved målgruppen. Forbehold i forhold til datavaliditet og frafaldsanalyser uddybes i bilag 4.

I nedenstående tabel vises datagrundlaget for antal registrerede borgere, hvor der er positivt udfald¹³ fra både ASRS og DAWBA, og som er det datagrundlag, der evalueres ud fra i rapporten.

Tabel 1: Fagpersoners registrering af borgerforløb

	Dataregistrering i forløb				
	Baggrundsdata	Udfald på ASRS	Udfald på DAWBA (F3)	Ændringer i social indsats før diagnostisk udredning	Udfald af diagnostisk udredning + evt. ændringer i social indsats
Antal borgere i datagrundlag	142	126	84	49	12
Antal borgere med positivt udfald på tidlige test	142	142	110	58	58
Datagrundlag i procent	100 %	89 %	76 %	84 %	21 %

Datagrundlag og registreringspraksis betyder, at data vedrørende diagnose og justeringer i den sociale indsats på baggrund heraf er usikre med kun 21 pct. fastholdelse. Ligeledes har det ikke været muligt at undersøge et forløbs længde via registrering.

¹³ Et positivt svar betyder i hele rapporten, at der er mistanke om, at borgeren kan diagnosticeres med ADHD.

I løbet af projektet blev det endvidere klart, at der manglede kategorien *sandsynligvis ADHD + anden sindslidelse* i DAWBA-udfaldene. Registreringspraksis har vist sig styret af, hvorvidt borgeren blev udredt af psykiateren tilknyttet projektet eller ikke. Eksempelvis blev udfaldet i Århus registreret som anden sindslidelse, da ingen borgere med indikation på anden sindslidelse blev udredt i psykiatrien tilknyttet projektet. Det betyder, at udfald på henholdsvis ADHD og anden sindslidelse kan være større, da et sammenfaldende udfald kun er registreret et sted.

Data fra borgere

Der er følgende antal borgere, som har udfyldt borgerskemaer. Procentsatsen angiver, hvor stor en andel antallet af registreringer udgør af det forventede antal registreringer, og synliggør dermed frafaldet.

Tabel 2: Borgerregistreringer i forløb

	Dataregistrering i forløb		
	Baggrund og erfaring med ASRS	Erfaring med DAWBA	Vurdering af livskvalitet og problemer efter 6 mdr.
Antal borgere, der har svaret	77	103	21
Andel borgere af forventet antal	54 %	94 %	15 %
	n= 142	n=110	n=142

Hvis man kigger på, hvor mange borgere som har udfyldt alle skemaerne, giver det i alt 15 borgere. Heraf er der kun 4, hvor vi også har registrering af hele borgerens forløb fra fagpersonerne.

I alt 16 borgere er blevet kontaktet med henblik på at gennemføre telefoninterview. Det har været muligt at komme i kontakt med tre fra Vejle og én fra henholdsvis Århus og Slagelse.

Data fra fagpersoner

I alt 29 personer er interviewet ved projektets opstart og 33 personer ved projektets afslutning. Der er ikke foretaget interview med psykiatere før projektstart, da samarbejdet med psykiatrien blev forsinket.

I alt var der 71 deltagere i uddannelsen. Af disse udfyldte 90,1 pct. af deltagere mindst ét af spørgeskemaerne.

Metodiske begrænsninger

For evalueringen havde det være hensigtsmæssigt at have flere data direkte fra borgeren med henblik på at styrke datatriangulering. På grund af få borgerdata bliver triangulering stærkest på tværs af interviewene indbyrdes samt mellem interviewene og de indberettede data fra fagpersoner, men svagere mellem data fra indberetningerne fra henholdsvis borgere og fagpersonerne.

5. Borgerne i opsporingsprojektet

Et formål i opsporingsprojektet har været at indhente ny viden om ADHD-relaterede problemer blandt udsatte borgere. Dette afsnit beskriver profilen af de borgere, som har deltaget i opsporingsprojektet.

Borgerne i opsporingsprojektet fordeler sig som følger mellem de forskellige typer af opsporingstilbud.

Tabel 3: Fordeling af borgere på opsporingsenheder

	Opsporingssted		
	Jobindsatser (6 enheder)	Udsattetilbud (5 enheder)	Ungetilbud (3 enheder)
Antal borgere	81	38	23

Der er en stor andel borgere på jobområdet sammenlignet med borgere i udsattetilbud, som har næsten det samme antal opsporingsenheder. Dette kan bl.a. forklares ved, at Slagelse er den kommune, der har haft flest borgere igennem projektet og har flest opsporingsenheder på jobområdet. En anden tematik, som blev adresseret i løbet af projektet, var, at de forskellige opsporingsenheder havde meget forskelligt rekrutteringsgrundlag i forhold til, hvor mange borgere de har i deres tilbud, og hvor stor gennemstrømning der er i tilbuddet. Eksempelvis har et jobcentertilbud med straks-aktivering mange borgere igennem, mens rekrutteringsgrundlaget for eksempelvis socialpsykiatri og sundhedspleje er relativt lavere.

I forhold til den fremadrettede indsats fortæller en koordinator samtidig, at opsporingsprojektet har været med til at løfte en 'pukkel' af borgere, som ikke tidligere var blevet spottet som havende en potentiel ADHD-problematik, og at forventningen fremadrettet er, at der vil være færre borgere i en lignende periode. Dette erfares i slutningen af projektet som at være "kommet igennem bunken af oplagte" og dermed, at der er længere imellem borgere med risikoadfærd.

Lige mange mænd og kvinder i projektet

Overordnet set var der en lige deling mellem mænd (52 pct.) og kvinder (48 pct.) i projektet. Kønsfordelingen i forhold til tilbudstype ser ud som følger:

Tabel 4: Kønsfordeling

Opsporingssted	Køn	
	Mand	Kvinde
Jobindsatser	47 %	53 %
Udsattetilbud	63 %	37 %
Ungetilbud	52 %	48 %

Ikke overraskende er der flere mænd i udsattetilbud, mens kønsfordelingen i de andre tilbud er ligeligt fordelt.

Langt de fleste deltagere i opsporingsprojektet var af dansk oprindelse (94 pct.). Af de otte borgere af anden baggrund var seks fra ikke-vestlige lande (4 pct.) og to fra vestlige lande (2 pct.).

Mænd i projektet i gennemsnit 3 år yngre end kvinderne

Aldersfordelingen blandt borgerne ser ud som følger.

Tabel 5: Aldersfordeling

Opsporingssted	Alder		
	Gennemsnitsalder	Laveste alder	Højeste alder
Jobindsatser	28	18	49
Udsattetilbud	28	18	50
Ungetilbud	22	17	32

Mænd, som deltog i projektet var i gennemsnit tre år yngre end kvinderne i projektet (henholdsvis 25 og 28 år). Gennemsnitsalderen er påvirket af, at Vejle havde valgt en aldersafgrænsning i alle sine tilbud på 16-30 år, som kan have trukket gennemsnitsalderen ned. Der var ikke sat en øvre aldersgrænse i projektet, og der kan have været relevante borgere over 30 år i tilbuddene i Vejle.

Sociale problemstillinger

For at få et billede af, hvilke sociale problemer målgruppen for opsporingsarbejdet har, blev der i registreringskemaerne spurgt til både fagpersonernes og borgernes vurderinger af egen livssituation og sociale problemstillinger.

Tabel 6 viser en oversigt over andelen af fagpersoner, der har vurderet en konkret tematik, som eksempelvis misbrug, som et problem i borgerens liv ved projektets start.

Tabel 6: Fordeling af sociale problemstillinger

Opsporingssted	Social problemstilling vurderet af fagpersoner					
	Beskæftigelse/ uddannelse	Misbrug	Socialt netværk	Økonomi	Bolig	Kriminalitet
Jobindsatser (n= 81)	100 %*	24 %	44 %	28 %	23 %	16 %
Udsattetilbud (n=38)	77 %	82 %	32 %	30 %	20 %	35 %
Ungetilbud (n=23)	95%	22 %	39 %	77 %	47 %	21 %

* det antages, at alle borgere, som er tilknyttet et jobcenter, har problemstillinger relateret til denne post.

Beskæftigelse og dårligt socialt netværk centrale problemstillinger

Den mest udbredte sociale problemstilling fandtes ifølge fagpersonerne inden for området beskæftigelse og uddannelse, hvor knap ni ud af ti borgere havde problemer. Vurderingen af dette som et problem var lidt lavere blandt borgerne. Fagpersonerne uddybede i kvalitative beskrivelser, at godt halvdelen af borgere, som indgik i opsporingen, havde problemer ud over ledighed (56 pct.). På uddannelsesområdet havde borgerne en eller flere afbrudte uddannelser (22 pct.) eller ingen uddannelse (17 pct.). Derudover var der godt 10 pct., som oplevede mange jobskift.

Næst efter beskæftigelse er borgernes sociale netværk vurderet at være et problem både blandt fagpersoner og borgere. Over en tredjedel af alle borgerne vurderes at have problemer på dette område (40 pct.). Det er dog bemærkelsesværdigt, at ud over dette antal er der godt en fjerdedel (26 pct.), hvor den fagperson, som indberettede registreringskemaet, svarer, at vedkommende ikke ved, hvordan borgerens sociale netværk ser ud. Det er kun i forhold til socialt netværk, at fagpersonerne svarer "ved ikke" i så stor grad, når man kigger på tværs af sociale problemstillinger.

Analyser af sammenhæng mellem data viser endvidere, at socialt netværk er en kerne i problemstillingerne for borgerne. Deres vurdering af tilfredshed med deres liv generelt hænger sammen med deres forhold til venner, samt om de kan deltage i samfundet i deres fritid. Ligeledes ses en sammenhæng mellem gode relationer til familie og venner og tilfredshed med job og uddannelse og en sammenhæng mellem at kunne deltage i samfundet i fritiden og en positiv vurdering af relation til venner og tilfredshed med job.

Misbrug og kriminalitet – også i ungetilbud og jobcenter

Misbrug er som forventet et udbredt problem i udsattemålgruppen (82 pct.). Når borgere, som er opsporet i misbrugscentre, er frasorteret gruppen, er det fortsat 67 pct., som rapporteres som havende et misbrugsproblem. Derudover er der ca. 20 pct. af deltagerne opsporet i jobindsatser og ungetilbud, der har et misbrug. En stor del af

borgerne er enten tidligere misbrugere (9 pct.) eller i behandling (9 pct.) svarende til næsten en ud af fem af deltagerne. Herudover har godt en ud af 10 deltagere et aktuelt hashmisbrug (12 pct.).

Kriminalitet¹⁴ figurerer også som et væsentligt problem for borgerne i projektet og størst i udsattetilbuddene. Dette afspejles også i rapporteringen fra fagpersoner ved en tæt sammenhæng mellem misbrug og kriminalitet. Derudover kan ses en indbyrdes sammenhæng mellem kriminalitet og problemer med økonomi, beskæftigelse og bolig. Næsten en ud af fem af alle borgere blev noteret som havende problemer med kriminalitet (19 pct.). De fleste af disse havde problemer med tidligere kriminalitet (svarende til 11 pct.) frem for nuværende problemer. Dette er dog nok en underrapportering, da fagpersonen formodentlig ikke vil have kendskab til al nuværende kriminalitet.

Boligproblemer og dårlig økonomi udbredt

Økonomiske vanskeligheder var endnu en problemstilling for målgruppen. Især borgerne vurderede denne problemstilling som meget tilstedeværende (68 pct.), fagpersonerne angiver, at næsten en tredjedel af borgerne har økonomiske problemstillinger (30 pct.). Herunder især gæld (13 pct.) og problemer med at styre og administrere den personlige økonomi (8 pct.). Især for borgere, som er opsporet i ungetilbud, er der endvidere en stor andel, hvor fagpersonerne beskriver manglende indtægt som et problem for økonomien.

Næsten en fjerdedel af de borgere, som indgik i opsporingen, har boligproblemer (23 pct.). Af disse er halvdelen boligløse svarende til 13 pct. af alle registreringer. Alle, som kommer fra udsattetilbuddene bliver beskrevet som boligløse. Af de borgere, som blev opsporet i jobcentre er 14 pct. boligløse. Når man kikker på ungetilbuddene, er det især orden og overblik i forhold til bolig, der dominerer som problemstillinger, hvor der kun er én, der er boligløs. Derudover ses en tæt sammenhæng mellem problemstillinger i forhold til familie og boligproblemstillinger i borgernes vurderinger, og i fagpersonernes kommentarer vedrørende bolig beskrives det, at mange af borgerne bor sammen med deres familie.

Sociale tilbud i forhold til job, uddannelse og økonomi er dominerende i målgruppen

Både borgerne og fagpersonerne blev ved første registrering i projektet bedt om at vurdere borgerens behov for hjælp. Der blev spurgt til, hvilken hjælp borgeren modtog på starttidspunktet, samt hvilken hjælp der yderligere var behov for.

Nedenstående tabel viser, hvilken støtte borgeren fik ved indgangen til projektet vurderet af fagpersoner.

¹⁴ Der blev ikke spurgt ind til kriminalitet blandt borgerne.

Tabel 7: Støtte ved projektstart

Støtte i dag	Andel af borgere
Bolig	11 %
Familie	9 %
Værested	9 %
Job el. uddannelse	67 %
Kontaktperson eller mentor	37 %
Penge	70 %
Misbrugsbehandling	30 %
Andet	6 %
Ingen af ovenstående	5 %
	n=142

Støttebilledet er forholdsvis overensstemmende med det problembillede, der tegnes af borgerne i forhold til henholdsvis job/uddannelse, penge og misbrug. Derudover får en relativt stor andel ifølge fagpersonerne også støtte i form af kontaktperson/mentor.

Overensstemmelsen er ikke overraskende, da det er samme person, der har registreret problembilledet og har et ansvar i forhold til, hvilken støtte borgeren får. Borgernes vurdering af, hvilken støtte de får i dag, er lavere end fagpersonernes, hvilket bl.a. kan hænge sammen med en oplevelse af ikke at få den rette støtte, selvom vedkommende får en form for støtte. Dette understøttes af, at evalueringen viser, at borgere og fagpersoner ikke er enige om borgerens behov for hjælp.

Borgere og fagpersoner er ikke enige om borgerens behov for hjælp

Borgerne ønsker ved kontaktstart mest hjælp i forhold til familie, bolig og misbrug. De professionelle vurderer, at der er mest brug for hjælp i forhold til job, kontaktperson/mentor, økonomi og misbrug. Fordelingen af svar vises i nedenstående tabel.

Tabel 8: Vurdering af behov for hjælp

Behov for hjælp	Andel borgere vurderet af	
	Borgere	Fagpersoner
Bolig	37 %	16 %
Familie	12 %	6 %
Værested	6 %	3 %
Job el. uddannelse	45 %	60 %
Kontaktperson eller mentor	24 %	41 %
Penge	38 %	39 %
Misbrugsbehandling	10 %	25 %
Andet	10 %	5 %
Ingen af ovenstående	18 %	19 %
	n = 77	n=142

Fordelingen viser, at selvom der er enighed i forhold til en række hjælpebehov, er borgernes prioritering anderledes end fagpersonernes. Fordelingen viser endvidere, at der kan være behov hos borgere, som fagpersonerne ikke har afdækket, især i forhold til familie/netværk og bolig.

Der blev foretaget statistisk analyse, som kan vise om vurdering fra fagperson og borger hænger sammen, når man kigger på den konkrete borger. Analysen viser, at der kun er overensstemmelse mellem borgerens og fagpersonens vurdering i forhold til behov for hjælp til bolig, kontaktperson og misbrug. Fra et borgerperspektiv kan resultaterne med andre ord tyde på, at der hos fagpersonerne er for lidt fokus på familie/netværk og for meget fokus på job/uddannelse, misbrug og personlig støtte.

6. Opsporing af borgere

Følgende kapitel vil have fokus på opsporingen af borgere med ADHD. Kapitlet præsenterer resultaterne af, hvorvidt opsporingsprojektet har identificeret borgere med ADHD-symptomer i kommunalt regi, samt erfaringer med opsporingsredskaberne.

I opsporingen anvendtes risikoprofil og ASRS-test, jf. kapitel 3. Der blev gennemført en række uddannelsesdage for fagpersonerne med det formål at tilføre viden om ADHD og opnå indsigt i nogle af de træk, der kan være karakteristiske for personer med ADHD. Der blev iværksat løbende støtte i projektperioden fra den lokale koordinator i kommunen og fra Socialstyrelsens konsulenter tilknyttet projektet.

Evalueringen viser, at viden om ADHD, risikoprofilen og ASRS-testen i alle projektkommuner blev anvendt efter hensigten i forbindelse med opsporingen.

Følgende evalueringsspørgsmål undersøges i kapitlet:

- Havde borgerne en uopdaget ADHD-problematik?
- Var opsporingsredskaberne brugbare til at identificere den med?
- Blev opsporingsredskaberne anvendt efter hensigten?

Høj indikation på ADHD-problematik blandt alle målgrupper

En baggrund for projektet var en hypotese om, at der er borgere i det kommunale system, som har en uopdaget ADHD-problematik, som kan være en af årsagerne til, at vedkommende i dag har sociale problemstillinger som eksempelvis misbrug, beskæftigelsesrelaterede vanskeligheder osv.

Evalueringen viser, at en relativt stor andel af gruppen, der blev opsporet, har en ADHD-lignende problematik i form af vanskeligheder med eksekutive funktioner,¹⁵ såsom manglende koncentration, uopmærksomhed, glemsomhed, har svært ved at planlægge, rastløshed, utålmodighed m.m., som er det, der bliver spurgt ind til i henholdsvis ASRS og DAWBA. En viden, der er relevant i forhold til en social udredning og indsats, som bygger på en vurdering af funktionsvanskeligheder og sociale problematikker og ikke på en diagnose.

Nedenstående tabeller 9 og 10 viser udfald af opsporingen på baggrund af ASRS og DAWBA

¹⁵ ADHD – fra barndom til voksenalder, Glennie Marie Hansen og Marie Mandel Sneum, Frydendal, 2008.

Tabel 9: Udfald på ASRS

Udfald på ASRS	Andel i procent
Ingen mistanke om ADHD	13 %
Mistanke om ADHD	87 %
	n = 126

Tabel 10: Udfald på DAWBA

Udfald på DAWBA	Andel i procent
ADHD	49 %
ADHD + misbrug	20 %
Misbrug	5 %
Anden sindslidelse	20 %
Ingen	6 %
	n = 84

Ud af 126 borgere har 110 en indikation på ADHD-symptomer på baggrund af en ASRS-test, og ud af 84 borgere har 58¹⁶ borgere en indikation på baggrund af en DAWBA-test.

Af den lille gruppe, hvor der er data på resultatet af en diagnostisk udredning havde 67 pct. en ADHD-diagnose, hvilket må siges at være relativt højt. Tallet skal dog tages med en del forbehold, da det dækker over få udredninger. De data, projektet har, ses i tabel 11.

Tabel 11: Udfald af diagnostisk udredning

Udfald af diagnostisk udredning	Andel i procent
ADHD	67 %
Kun misbrug	25 %
Anden sindslidelse	8 %
	n = 12

Et yderligere opmærksomhedspunkt i forhold til diagnosticeringen er, at der ikke er ensartet praksis omkring ADHD-udredning, hvilket opsamlinger i projektet underbygger. Det betyder, at en person, som har fået en ADHD-diagnose hos *en* psykiater, ikke nødvendigvis vil få det hos en anden. Nyere opgørelser har ligeledes vist, at der er store forskelle i brugen af medicin i de forskellige landsdele.¹⁷ Ligeledes ligger der i dansk sammenhæng ingen officielle guidelines for diagnostisk udredning for ADHD blandt voksne.

¹⁶ Tallet kan være højere på baggrund af usikkerhed i indberetninger ved udfald på både ADHD og anden sindslidelse, se kapitel 4.

¹⁷ Momentum, 15. august 2011, <http://www.kl.dk/Momentum/Artikler/88755/2011/08/momentum2011-7-1/>

Indikation for godt 20 pct. på mistanke om anden sindslidelse

DAWBA-testen screenede også for symptomer på anden sindslidelse – depression og bipolare tilstande. DAWBA giver en indikation for godt 20 pct.¹⁶ på mistanke om andre sindslidelser end ADHD. Der er i kommentarerne i skemaet anført både depression, angst og kognitive vanskeligheder, men der er ikke systematisk data, som kan give en sikker pejling på, hvilke sindslidelser der så er tale om.

Andelen er dog interessant, da resultatet peger på, at der er borgere tilknyttet opsporingsstederne i projektet, som kan have en uopdaget sindslidelse og kan have gavn af en yderligere udredning og social og behandlingsmæssig indsats målrettet problemstillinger tilknyttet anden sindslidelse.

Relevant med opsporing i forhold til sindslidelser særligt blandt udsatte og unge

Fordelingen på DAWBA-indikation på målgrupper vises i nedenstående tabel 12.

Tabel 12: DAWBA-udfald fordelt på opsporingssted

Udfald på DAWBA	Opsporingssted		
	Jobindsats	Udsattetilbud	Ungetilbud
ADHD/ ADHD m. misbrug	73 %	62 %	73 %
Kun misbrug	6 %	3 %	-
Anden sindslidelse	9 %	35 %	27 %
Ingen	11 %	-	-
	n = 84	n = 84	n = 84

Tabellen viser, at der er høj indikation på ADHD blandt alle målgrupper. Derudover viser tabellen, at især på udsatteområdet og i ungetilbuddene giver det særlig god mening at lave opsporing i forhold til andre sindslidelser også. Stort set alle i disse målgrupper, som er testet positive på ASRS, har indikation på en ADHD eller anden sindslidelse. Den relativt lave andel indikationer på anden sindslidelse i jobindsatser skal dog ses med det forbehold, at man i Slagelse med mange opsporingsenheder på jobområdet har registreret udfaldet *ADHD + anden sindslidelse* kun som ADHD, og indikationen på ADHD dermed også kan rumme indikation på anden sindslidelse. Jf. usikkerhed i registreringer på dette udfald, se kap. 4.

Samtidig indikerer data også, at en vis form for screening med henblik på ikke at sende 'irrelevante' til diagnostisk udredning giver mere mening i forhold til målgrupperne i jobindsatserne. I disse målgrupper sker en udskillelse af borgere via DAWBA, idet 11 pct., som havde en positiv ASRS-test, ikke har udfald på noget på DAWBA.

ASRS-testen anvendelig som hurtig indikation

Der er i projektkommunerne generel tilfredshed med ASRS-testen som et redskab til opsporing af borgere med ADHD. Den bliver af fagpersonerne karakteriseret som et forholdsvis enkelt og letforståeligt redskab, der giver en hurtig indikation af, hvorvidt der eventuelt kan være tale om en ADHD-diagnose hos borgeren. En indikation, der giver deres mistanke om, at der er 'noget' ved borgeren, en retning, som de kan handle på baggrund af.

Medarbejderne på opsporingsstederne fortæller endvidere, at ASRS-testen kan bruges til at strukturere en samtale om ADHD med borgeren. Det indikerer, at testen ikke udelukkende ses som et screeningsredskab til borgere med ADHD, men også som en indgang til at komme nærmere de problemstillinger, borgeren har.

Et spørgsmål, der rejses af medarbejderne i forbindelse med opsporingen, er, hvorvidt opsporingen kunne foregå udelukkende ved hjælp af vidensopgradering og ikke via test, som nogle borgere har det ambivalent med? Et argument, der kunne understøtte dette, er, at en stor andel af borgerne, som medarbejderne spotter og tilbyder en ASRS-test, har positivt udfald på testen, og at medarbejderne dermed er gode til at spotte. På den anden side antyder fagpersonernes erfaringer, at ASRS-testen er et godt redskab til hurtig diagnostisk indikation og samtidig kan være en indgang til at få fokus på nogle særlige problemstillinger og tale om ADHD.

Borgerne delvist positive over for ASRS-test

Borgerne er til dels positivt stemt over for ASRS. Ca. 70 pct. af borgerne synes, ASRS-testen gav mening i forhold til det, som de har svært ved, hvilket underbygger, at en relativt stor andel borgere også i det videre forløb har indikation på den type vanskeligheder, ASRS-testen afdækker.

Ca. halvdelen af borgerne svarer, at de har det godt med at blive testet. De positive svar kan ud over relevans hænge sammen med, at ASRS-interviewet er relativt kort, hvilket fagpersonerne fremhæver som godt i forhold til borgerne. Borgere under 25 år var mere positivt stemt over at blive testet end de borgere, som var over 25 år, og disse mønstre ses ikke i forhold til den længere DAWBA-test. Det kan indikere, at særligt de unge har glæde af en kort test.

Utilpashed og forbehold over for at blive testet, kan bl.a. hænge sammen med, at kun halvdelen forstår, hvorfor de bliver testet, og lige under halvdelen af borgerne svarer, at de tror, testen vil give svar, som de kan få gavn af. Det viser, at kommunikationen omkring testen ikke har været optimal og med fordel kunne være fulgt mere op i projektet. Ligeledes viser det, at det er vigtigt at have fokus på kommunikationen, når man arbejder med opsporingsarbejde over for borgere. Det er vigtigt, at borgerne forstår, hvorfor de bliver testet, og hvad det kan have af betydning for sagsbehandling, tilbud og behandling.

Fagpersoner fra hjemløsetilbud i projektet har endvidere erfaringer med, at det ikke opleves relevant for borgeren (eller fagpersonen) at sætte fokus på ADHD som diagnose som det første i mødet med borgeren, da der er mange andre problemstillinger, der først må sættes spot på.

De statistiske analyser viser, at de borgere, som ikke troede, de havde en ADHD-diagnose, havde det bedre med at blive testet via ASRS-testen end dem, som troede, de havde en ADHD-diagnose. Dette kan evt. betyde, at gruppen af borgere, som har mistanke om, at der er noget galt, ikke nødvendigvis har lyst til at få en diagnose. At det at få en ADHD-diagnose er behæftet med ambivalens, er velkendt viden inden for feltet og underbygges endvidere af interviewundersøgelsen tilknyttet opsporingsprojektet.¹⁸ En viden, det er vigtigt at have for øje i kommunikationen med borgeren i forbindelse med opsporingsarbejde. Udfaldet af ASRS-testen er dog ikke påvirket af, hvordan borgeren havde det med at blive testet via ASRS-testen.

Den negative oplevelse kan også hænge sammen med, at de har det mindre godt med den person, der giver dem testen, det svarer 25 pct. af borgerne. Andre forklaringer på en negativ oplevelse kan bunde i at spørgsmålene er komplekse, hvilket nogle fagpersoner fremhæver.

Øget viden om ADHD har understøttet opsporing

Fagpersonerne i alle projektkommunerne fortæller, at de aktiviteter, der blev iværksat i forbindelse med opsporingen, har givet et vidensløft i forhold til ADHD, og at uddannelsen for en stor dels vedkommende har klædt dem på til at opspore borgere med ADHD. I evalueringen af uddannelsen svarer 60 pct. af deltagerne, at de er klædt på til at tilbyde borgere i risikogrupper en test for ADHD-symptomer, og 28 pct. svarer i nogen grad. Se nedenstående tabel for svarfordelingen.

Tabel 13: Svarfordeling på evaluering af uddannelse

Spørgsmål	Andel af fagpersoner				
	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke
"Klædt på" til at tilbyde test?	16 %	44 %	28 %	2 %	9 %
Kender du din rolle i forløbet?	10 %	44 %	44 %	2 %	0 %
Har du viden til at udfylde rollen?	12 %	32 %	54 %	2 %	0 %
	n = 55	n = 55	n = 55	n = 55	n = 55

¹⁸ *Jeg er den jeg er – en interviewundersøgelse om ADHD og udsathed*, Socialstyrelsen, 2011.

Tallene fra evalueringen af uddannelsesdagene underbygges af de kvalitative interview, hvor der generelt er stor tilfredshed blandt alle projektdeltagere med uddannelsesdagene. Der bliver bl.a. talt om en faglig opkvalificering, et øget vidensniveau og en skærpet opmærksomhed omkring ADHD. De medarbejdere, der ikke mener at have fået tilført ekstra viden om ADHD, er kendetegnet ved i forvejen at have haft kendskab til området og/eller i forvejen at arbejde med opsporing og behandling af ADHD.

For de deltagere, der har vurderet, at de i mindre grad er klædt på til at tilbyde test for ADHD-symptomer, kan der være en sammenhæng med, at flere angiver, at de er usikre på deres rolle i opsporingsforløbet. Dette underbygges af, at i angivelsen af muligheder for forbedring af uddannelsen var der ønsker om at kæde undervisningen mere sammen med det opsporingsarbejde, deltagerne skulle i gang med. Dette må bl.a. ses med baggrund i, at der ikke blev undervist i den lokale procedure på uddannelsen, da proceduren ikke var færdigbeskrevet på daværende tidspunkt. Flere nævner da også, at det kunne have været hensigtsmæssigt med mere opfølgning løbende i projektet, således at vidensniveauet var blevet opretholdt, ligesom der også kunne være blevet tilført yderligere viden undervejs.

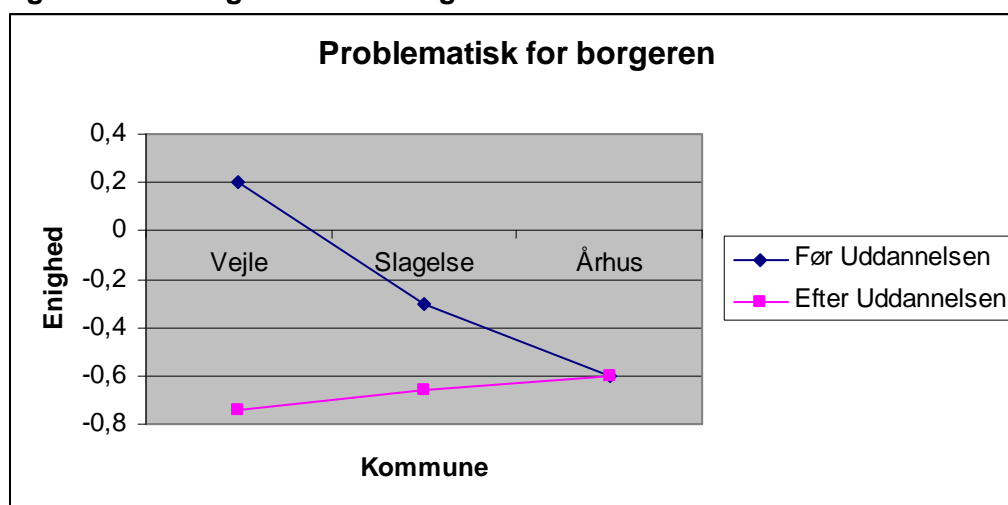
I forbindelse med udskiftning af medarbejdere har nye medarbejdere i projektet selv måttet opsøge viden om ADHD. Her fortæller medarbejderne, at de har støttet og oplært hinanden i forbindelse med projektet. For en fremtidig indsats er det væsentligt at være opmærksom på dette videnstab og behov for løbende opkvalificering.

Forbehold mod opsporing imødekommet

Data fra spørgeskemaet til medarbejdere før uddannelsen viser, at der var forskel på, hvorvidt deltagerne oplever det problematisk som socialfaglig fagperson at teste for ADHD-symptomer og problematisk at tilbyde test til borgeren. Særligt i jobcentre, sundhedspleje og UU, hvor der ikke er samarbejde med psykiatri i forvejen, er der forbehold. Det afspejles i, at det særligt er i Vejle og Slagelse, at der er forbehold, da disse kommuner har mange af disse tilbud som opsporingsenheder. Modsat i Århus, hvor udsattetilbuddene i forvejen har samarbejde med psykiatri og i flere tilfælde også har erfaringer med at arbejde med opsporing af psykiatriske lidelser.

Samtidig viser evalueringen, at uddannelsen i høj grad var medvirkende til at flytte på disse forbehold. Nedenstående figur 2 viser før og efter målingen på, om fagpersonen fandt det problematisk i forhold til borgeren at teste risikogrupper for ADHD-symptomer via en tjekliste.

Figur 2: Holdninger til test før og efter uddannelsen



På spørgsmålet vedrørende vanskeligheder for det socialfaglige personale var der også en signifikant forskel, som viser en holdning, som ser testning af risikogrupper for ADHD som mindre problematisk efter uddannelsen end før.

Uddannelsen ser dermed ud til at være lykkedes med at imødekomme faglige forbehold blandt medarbejderne. Nogle af de implementeringsudfordringer, som beskrives i kap. 9, tyder dermed på ikke at bunde i modstand mod opsporing, men skyldes andre faktorer. Samtidig viser resultaterne, at der i forbindelse med opsporingsarbejde er behov for at arbejde med holdninger til at arbejde med tests for at undgå holdningsmæssig modstand i forhold hertil.

Sammenfatning

Evalueringen viser, at en stor andel af borgerne i alle målgrupper i projektet iflg. screeningsredskabet ASRS og det primære udredningsredskab DAWBA har en ADHD-lignende problematik i form af vanskeligheder med eksekutive funktioner. Disse funktioner er afgørende for evnen til bl.a. styring og planlægning af handlinger, problemløsning, impulsstyring og regulering af følelsesmæssige reaktioner. Ligeledes har opsporingsprojektet afdækket flere borgere, særligt i udsattetilbud og ungetilbud, som har indikation på anden sindslidelse.

Størstedelen af borgerne er positive over for opsporingen vha. ASRS-testen. Den giver mening i forhold til de vanskeligheder, de har, men flere borgere tilkendegiver dog også en vis skepsis i forhold til udbytte af testen og ambivalens i forbindelse med testningen. Medarbejdere vurderer ASRS-testen som et brugbart redskab til at lave en hurtig screening og give retning til en mistanke om ADHD-problematikker hos borgerne. ASRS kan samtidig strukturere samtalen om ADHD med borgeren. Derudover viser evalueringen, at det vidensløft, medarbejderne har fået i forbindelse med projektet, har været en væsentlig understøttelse af arbejdet med opsporing af

disse problematikker og har imødekommet nogle af de faglige forbehold, der eksisterede mod opsporing ved hjælp af test i forhold til ADHD.

I forlængelse heraf kan det fremadrettet med fordel overvejes, hvordan man kan styrke kommunikationen om testen med borgeren yderligere, herunder hvordan medarbejderne kan rustes til at håndtere en eventuel ambivalens i forbindelse med samtale om en evt. diagnose.

7. Primær og diagnostisk udredning

Følgende kapitel vil have fokus på den primære og diagnostiske udredning. Kapitlet vil præsentere resultaterne af, *hvorvidt borgere med identificerede ADHD-symptomer blev sendt til diagnostisk udredning med henblik på at sikre en mere målrettet indsats til borgeren i form af behandling i psykiatrien, såfremt borgeren havde en diagnose*. I dette kapitel præsenteres også resultaterne på, *hvorvidt udredningen er blevet effektiviseret, herunder om psykiatrien er blevet aflastet*, samt erfaringerne med udredningsredskaberne i projektet.

Den primære og diagnostiske udredning blev i projektet understøttet af en række redskaber og aktiviteter. I den primære udredning anvendtes en DAWBA-test, der som redskab skulle fungere som et ekstra opsporingsfilter, således at kun de borgere, hvor både ASRS- og DAWBA-test viste en risiko for ADHD, blev sendt videre til endelig udredning hos en psykiater. Den diagnostiske udredning blev suppleret med viden fra DAWBA samt sociale udredninger lavet i kommunen med henblik på at aflaste udredningen. Primære udredere blev uddannet i at anvende DAWBA-testen og psykiatere blev uddannet i at rate DAWBA-testen. Til processen var endvidere tilknyttet supervision samt sparring fra psykiatrisk konsulent.

Opfølgning ved den psykiatriske konsulent i projektet viser, at DAWBA-interviewerne og raterne har interviewet og ratet på baggrund af DAWBA efter instruktionen. Evalueringen viser, at de sociale udredninger fra kommunen er blevet sendt til psykiaterne som aftalt i proceduren, dog i nogle tilfælde med forsinkelser. Der har endvidere vist sig uens praksis i forhold til, hvordan man har håndteret de forskellige DAWBA-udfald. I en kommune har det betydet, at borgere med udfald på andet end ADHD konsekvent er blevet sorteret fra i projektet. Evalueringen viser samtidig, at psykiaterne har anvendt materialerne i deres diagnostiske udredning i mindre grad, end det var tænkt, og at psykiateren for en af kommunerne overhovedet ikke har anvendt DAWBA-resultaterne.

Følgende evalueringsspørgsmål undersøges i kapitlet:

- Fik borgeren en relevant diagnostisk behandling?
- Aflastede DAWBA og sociale udredninger den psykiatriske udredning?
- Var de primære udredningsredskaber anvendelige til primær udredning?
- Blev udredningsredskaberne anvendt efter hensigten?

Diagnostisk behandling relevant, men utilstrækkelig

På grund af de meget begrænsede data på den psykiatriske udredning kan vi sige meget lidt om, hvorvidt borgerne har fået en relevant psykiatrisk udredning og behandling. Vi ved dog fra studier af medicinsk behandling af voksne, at ca. 60 pct. har positiv effekt af medicin.¹⁹ Erfaringer fra projektet viser dog, at tilpasningen af medicindosis og præparat er tidskrævende, og det at få medicinen kan tage sin tid, hvis man skal søge om økonomisk hjælp til at betale medicinen. Dette uddybes i kapitel 8.

I de få telefoninterview der er lavet med borgerne, fortæller de, at opsporingen har givet mulighed for at få svar på nogle spørgsmål og forklare nogle adfærdsmønstre. Dette underbygges af interview med fagpersonerne. Dog efterspørger borgerne mere information om ADHD, særligt i forhold til, hvordan man kan håndtere det, og hvad det betyder at have en diagnose. Dette underbygges også af studier af behandling af ADHD, som peger på, at medicin sjældent kan stå alene, men skal suppleres med psykosocial understøttelse.¹⁹ Man kan derfor pege på, at behandlingen har manglet en form for psykoedukation, der kunne have gavnet borgeren i det videre forløb. En pointe, der også underbygges af interviewundersøgelsen²⁰.

Meningsfuld, men ressourcekrævende udredning for borgerne

Ifølge de kvantitative data finder borgerne DAWBA-testen mere meningsfuld end ASRS-testen. Det kan finde sin forklaring i, at DAWBA er en udførlig test, hvor der går mere i dybden med borgerens problematikker. Det kan derfor for borgeren virke som et seriøst testredskab, hvor der bliver spurgt ind til nogle reelle problematikker, der eventuelt kan kobles til ADHD. Dette underbygges af, at de kommunale DAWBA-interviewere oplevede flere borgere, som gav udtryk for, at de for første gang følte, at de var blevet forstået, og sagde tak, når de gik.

Den positive vurdering af DAWBA understøttes af, at 70 pct. af borgerne svarede, at de forstår, hvorfor de blev testet, hvilken tyder på, at DAWBA-interviewerne har været gode til at kommunikere omkring DAWBA-testen. Det underbygges af, at 82 pct. af borgerne havde det godt med den person, der gav testen.

Ligeledes oplevede DAWBA-interviewere, at borgerne kæmpede hårdt for at gennemføre interviewet og gennemførte, fordi det betød noget for dem. Denne vedholdenhed kan handle om oplevelse af relevans, men kan også bunde i et håb om, at dette tiltag kan skabe forandring i borgernes liv og give en forklaring på, hvorfor deres liv har formet sig, som det har. Interviewede borgere fortæller om et håb om at blive "normal" – forstået som, at de får en "legitim" forklaring i form af en diagnose på de problemstillinger, de oplever, og det liv, de har levet.

¹⁹ *ADHD-indsatser – en forskningsoversigt*, Christoffersen og Hammen, SFI, 11:14

²⁰ *Jeg er den jeg er – en interviewundersøgelse om ADHD og udsathed*, Socialstyrelsen, 2011

Ressourcekrævende test for borger

Samtidig fortæller borgerne, at det er hårdt at gennemføre DAWBA-testen, og at den er trættende og langvarig på grund af de mange spørgsmål. Det er muligvis det, der ligger til grund for, at kun 35 pct. af borgerne svarede, at de havde det godt med at blive DAWBA-testet. Generelt nævner fagpersonerne også, at spørgsmålene i testen er for lange og for svære at forstå for målgruppen.

Testen opleves også af borgerne som psykisk ressourcekrævende, da spørgsmålene 'roder op' i borgerens liv og sætter tanker i gang. DAWBA-interviewerne beretter bl.a. om borgere, som må holde mange pauser i løbet af interviewet, og at det har været godt, at der har været en sammen med borgeren med henblik på at håndtere reaktioner og tanker på baggrund af testen.

Problemer i DAWBA-test skaber u hensigtsmæssig praksis

ADHD-afsnittet i DAWBA bliver af fagpersonerne vurderet som det, der virker bedst. Langt størstedelen af de interviewede medarbejdere i både kommune og psykiatri vurderer dog DAWBA som et upræcist redskab. Dette begrundes bl.a. med, at spørgsmålene er svære og kræver meget forklaring. Det skaber en uensartethed over projektkommunegrænser i brugen af DAWBA-testen, og muligheden for at "manipulere" med borgerens svar øges. Det har derfor været svært at skabe stringens i måden at anvende testen på.

Samtidig peges der på nogle grundlæggende problemstillinger med sproget i den anvendte DAWBA-test, som bl.a. kan forklares med dårlig oversættelse af konkrete ord og brug af formuleringer, som virker irrelevante i forhold til udsatte voksne. I projektperioden blev det endvidere i samarbejde med den psykiatriske konsulent konstateret, at afsnittet om bipolare tilstande ikke fungerede hensigtsmæssigt. Spørgsmålene gjorde, at flere end hensigtsmæssigt slog positivt ud i forhold til bipolar tilstand. Dette gav anledning til, at interviewerne i måden at stille spørgsmålene på blev bevidste om at undgå, at borgeren fik positivt udfald på denne del, hvis afsnittet virkede irrelevant for borgeren. Ligeledes gav afsnittet stor frustration blandt nogle af psykiaterne, der skulle rate resultaterne. I projektperioden blev det meldt ud til raterne, at udfald på denne del skulle tages med forbehold.

Disse grundlæggende problemstillinger må ses i lyset af, at DAWBA-testen anvendt i projektet er et relativt nyt redskab i forhold til voksne, der ikke er endelig valideret, hvilket den danske oversættelse, som blev lavet i forbindelse med projektet, i sagens natur heller ikke er. Problemstillinger, som den psykiatriske konsulent tilknyttet projektet bringer videre ind i den valideringsproces der p.t. pågår i andet regi.

Uhensigtsmæssigt at frasortere borgere med depression eller misbrug

Praksis med at afvise borgere i psykiatrien på grund af positivt DAWBA-udfald på anden sindslidelse eller misbrug, som er forekommet i visse tilfælde, har vist sig uhensigtsmæssig for borgeren. Fagpersonerne fortæller, at det for borgerne er en kæmpe skuffelse at blive afvist i projektet til yderligere udredning, da der som nævnt tidligere kan være meget håb forbundet med en psykiatrisk udredning. Det må formodes at forstærkes yderligere, hvis der heller ikke i kommunen tages hånd om det, man har fundet ud af via testene, eksempelvis i form af justerede sociale tilbud, hvilket næste kapitel adresserer.

Det har vist sig, at det har været forskelligt, hvordan DAWBA-udfaldet *ADHD + anden sindslidelse* er blevet håndteret i psykiatrien. I Slagelse og Vejle har psykiateren udredt for både ADHD og anden sindslidelse, med enkelte undtagelser, hvis anden sindslidelse fremstod som det væsentligste. I Århus har psykiatrien ikke udredt borgeren, hvis der var indikation på anden sindslidelse, men sendt borgeren til udredning i almenpsykiatrien. Dette skyldes bl.a. uklarhed i Socialstyrelsens instruktion til forløbet. Ved anden sindslidelse var hensigten, at det skulle udredes sammen med en evt. ADHD, men proceduren har ikke været helt klar og kan tolkes som begge de modeller, der har været praktiseret i projektet.

Ligeledes er det konstateret, at borgere med misbrug er blevet afvist af psykiatrien i én kommune, selvom det ikke var hensigten ifølge proceduren. Instruktionen var, at ved et evt. misbrug skulle der startes misbrugsbehandling parallelt med ADHD-udredning. Det tyder dermed på, at kommunikationen herom ikke har været tydelig nok, og proceduren med fordel kunne have været fulgt tættere.

I projektet har denne 'udskilnings'-praksis i DAWBA-udfaldet endvidere haft en uhensigtsmæssig virkning på praksis hos DAWBA-intervieweren i den konkrete kommune i form af "manipulation" (medarbejders ordvalg) med måden at stille spørgsmålene på. Manipulation er sket med henblik på at hjælpe borgeren til at få en udredning. Eksempelvis er det af nogle interview fremgået, at de borgere, som føler sig triste eller kede af det, hjælpes til ikke at få positivt udfald på depression, som kan betyde afvisning i projektet. At denne praksis udvikler sig, må samtidig ses i lyset af faglig uenighed mellem nogle af de kommunale medarbejdere og den udskilningspraksis, psykiatrien laver i projektet. Eksempelvis mener medarbejderne på misbrugscentrene, at hvis borgerne ikke udredes og behandles for deres ADHD, er det svært for borgerne at komme ud af misbruget. På samme måde fortæller medarbejderne, at det kan være problematisk, at borgerne først skal behandles for en eventuel depression, før der kan ske en udredning. Her argumenterer medarbejderne for, at en ADHD-diagnose kan være med til at skabe en vished, der kan åbne op for, at borgeren kommer af med sin depression.

Sammenfattende peger ovenstående på, at det for borgeren opleves uhensigtsmæssigt ikke at udrede og behandle alle fund i samme omgang, hvilket

understøttes af de kommunale medarbejdere. Hvorvidt psykiatrien er uenig i dette, eller afvisningen af borgerne i projektet udelukkende skyldes dårlig instruktion, siger evalueringen ikke noget om. I forbindelse med opsporing fremadrettet vil det fra et borgerperspektiv dog være relevant at være opmærksom på at finde en hensigtsmæssig løsning for borgeren på en evt. rækkefølge i udredningen, så han/hun ikke bliver afvist og sendt rundt i systemet.

DAWBA har fungeret som et dybere filter

I forhold til, om de relevante blev sendt til udredning, kan vi se, at der sker en udskillelse af borgere via ASRS og DAWBA. Herunder at DAWBA i forhold til ADHD sorterer ca. 25 pct. fra af dem, som gik videre på ASRS, som vi ved er et meget inklusivt screeningsredskab. Så vi kan formode, at DAWBA har fungeret som et dybere filter i forhold til ADHD, som det var hensigten. På baggrund af vores projektdesign og data kan vi dog ikke præcist måle opsporingsredskaberne følsomhed²¹ og specificitet²², herunder hvorvidt det er de rigtige, der er blevet udskilt, eller hvor stor en andel af de fundne borgere med en DAWBA-indikation på ADHD der reelt har diagnosen.

Resultaterne indikerer, at DAWBA kan anvendes som filter til at sende de relevante til udredning og dermed har potentiale til at aflaste psykiatrien i forhold til det antal borgere, der kommer til psykiatrisk udredning. Evalueringen peger dog på andre problemstillinger ved DAWBA, som resultatet skal holdes op imod. Bl.a. kan uensartet praksis i brugen af DAWBA give et forbehold i forhold til resultatet, ligeledes skal de ressourcer, der bruges til at lave DAWBA, vurderes op imod gevinsten ved at få udskilt "irrelevante" borgere til yderligere udredning.

Psykiatrien har anvendt materialer fra kommunen i mindre grad

Materialer til diagnostisk udredning til dels relevante

Det fremstår ikke tydeligt i evalueringen, hvorvidt det stykke forarbejde, der er lavet i kommunen, har gjort psykiaterens arbejde mindre. Meget tyder på, at psykiatrien har haft behov for også at lave en del forarbejde før en eventuel diagnosticering.

Nogle bud på relevansen af DAWBA fra psykiaterne er, at det har skærpet vurderingen at have DAWBA-testens resultater inden en eventuel diagnosticering, og at DAWBA-indikationerne har været en hjælp til at fokusere den videre udredning. En psykiater peger på, at det mest brugbare har været de frie tekstfelter, hvor det har været muligt at skrive mere fyldestgørende information om borgeren. Dette bakkes op af DAWBA-rateren i Slagelse, som også fortæller, at i forhold til at vurdere, hvilken rating borgeren

²¹ **Følsomheden** måler andelen af faktiske positive (ADHD-diagnosticerede), som redskabet identificerer korrekt.

²² **Specificiteten** måler andelen af faktiske negative (ikke-ADHD-diagnosticerede), som redskabet identificerer korrekt.

skal have, har han god gavn af den dialogguide, der er udfyldt af de kommunale fagpersoner i forhold til opsporingen.

Samtidig siger en psykiater, at oplysningerne fra DAWBA-testen ikke har været tilstrækkelige, hvorfor han alligevel har måttet gå ind og skønne, hvad informationerne betyder. Dette var en del af instruktionen i forhold til rating af DAWBA, men viser, at vedkommende oplever det som omstændeligt at komme frem til de oplysninger, han oplever at skulle bruge. Samtidig skal irritationen ses i lyset af den modstand, som redskabet fik i kraft af den manglende præcision som tidligere beskrevet. At redskabet ikke var valideret gav ligeledes modstand hos en psykiater.

Hvordan psykiaterne, der lavede den diagnostiske udredning vurderer materialerne fra den sociale udredning, som de også får fra kommunen, har vi ingen data på, og der blev desværre ikke spurgt specifikt ind til det i de kvalitative interview. En psykiater vurderer dog idéen med, at mange informationer bliver videresendt til psykiater inden en eventuel diagnosticering som relevant. Ovenstående kommentarer om, at de frie tekstfelter er mest anvendelige, giver dog anledning til en overvejelse om, hvorvidt psykiatrien ville have haft ligeså meget glæde af kun at få informationer fra eksempelvis en dialogguide i forhold til de ekstra ressourcer, det kræver at lave en DAWBA-test? Dette spørgsmål rejstes også af medarbejderne i kommunen.

Indarbejdelse af materialer i diagnostisk udredning kræver nye rutiner

En anden forklaring på, at psykiaterne fortsat har lavet en del forarbejde, kan være at det kræver tid at indarbejde nye rutiner i daglig praksis, og der ikke har været den nødvendige tid og støtte i projektet til at få indarbejdet en ny praksis. I projektet fik psykiaterne undervisning og sparring til, hvordan DAWBA-resultaterne kunne indgå i den diagnostiske udredning, men ikke støtte til den egentlige diagnostiske udredning. Det forventedes at blive gjort på baggrund af eksisterende erfaring i feltet. I to af kommunerne har psykiaterne efterlyst mere sparring på netop denne del, hvilket tyder på, at det input, de har fået, ikke har været tilstrækkeligt. Udsagnene skal dog samtidig ses i lyset af, at de to psykiatere, som udtaler sig, ikke deltog på den fælles undervisningsdag og i stedet fik personlig opfølgning.

Organiseringen af projektet i Slagelse har ganske givet haft betydning for, at psykiateren der ikke har anvendt DAWBA. Idet han ikke selv har ratet, har han ikke haft materialet om borgeren i hænderne, før han så vedkommende til konsultation, hvilket kan have virket mindre motiverende i forhold til at anvende materialet i udredningen. På den anden side må det også forventes at kunne have fungeret som en hjælp.

Et godt samspil mellem psykiatri og kommune kræver fokus på kulturforskelle

Der er samtidig indikationer på, at samspillet og dermed brugen af materialerne også er indskrevet i et kulturmøde, som ikke har været gnidningsfrit. I forbindelse med indgåelse af samarbejdsaftalen erfarede kommunerne bl.a., at de havde for lidt

kendskab til det regionale system, og at de indimellem oplevede, at man talte forskellige sprog.

Ligeledes vurderer en af psykiaterne i projektet, at hvis de kommunale medarbejdere skal levere DAWBA-test til psykiatrien, vil det kræve uddannelse, da det normalt er praktiserende læger, der på baggrund af en lægefaglig vurdering henviser til psykiater.

For at ændre praksis er det nødvendigt at skabe nye relationer, opbygge tillid til samarbejdspartneres faglige kundskaber og indsigt samt at bygge bro mellem de to kulturer, der eksisterer i henholdsvis region og kommune. Der er dog også positive vurderinger af potentiale, og meget tyder på, at denne problemstilling med fordel kunne have fået mere fokus i projektet.

Psykiateren i Vejle indikerer det potentiale, et velfungerende samspil kan give. Han mener, at projektet har været et godt bud på, hvor nemt det kan gå, og vurderer, at samarbejdet mellem kommune til psykiatri sparer tid i kraft af et lettere informationsflow, og at mødet mellem kommune og region er med til at nedbryde barrierer. Udtalelsen skal samtidig ses i lyset af, at det i Vejle har været muligt at dele oplysninger mellem både de kommunale medarbejdere og psykiateren i kraft af adgang til fælles IT-system. Det har skabt en fælles platform for alle parter for at dele og hente oplysninger om en borger.

Sammenfatning

Den primære udredning og den efterfølgende diagnostiske udredning opleves af borgerne som relevante i forhold til de problemstillinger, de har. Samtidig opleves den primære udredning som ressourcekrævende for borgeren, da den er langvarig og 'roder op' i borgerens liv. Den oversatte DAWBA-test anvendt i projektet har endvidere vist sig at have nogle u hensigtsmæssige elementer i kraft af eksempler på dårligt sprog og upræcise afsnit - ligesom praksis med at udskille borgere med anden sindslidelse og/eller misbrug i projektet har været skuffende for borgeren, som havde meget håb forbundet med en afklarende diagnostisk udredning.

DAWBA-testen har sorteret borgere fra og ser dermed ud til at have fungeret som et dybere filter, så de mest relevante er blevet sendt til diagnostisk udredning. DAWBA vurderes til dels af psykiaterne som anvendelig til at fokusere udredningen, og de fyldestgørende informationer om borgeren i form af prosa er særligt anvendelige. Evalueringen peger dog også på, at psykiatrien ikke har anvendt forarbejdet i kommunerne i så høj grad, som det var forventet. Dette forklares dels ved den modstand, de nævnte u hensigtsmæssigheder ved DAWBA har afstedkommet, og dels ved at det kræver mere støtte og fokus, end projektet har leveret, at ændre rutiner og overkomme de kulturforskelle, et sådant samarbejde kræver. Et samarbejde, både psykiatrien og de kommunale medarbejdere ser et potentiale i.

I forlængelse heraf vurderes det, at implementering af DAWBA som redskab forudsætter, at testen udvikles yderligere, så den kommer til at fungere mere præcist, samt at der afsættes mere tid og støtte til at indarbejde brugen af DAWBA i psykiatriens udredningspraksis. Samtidig giver erfaringerne anledning til overvejelser om, hvorvidt DAWBA er et hensigtsmæssigt redskab til et samspil mellem kommune og psykiatri, hvor målet bl.a. er at aflaste psykiatrien. Resultaterne fra projektet giver således anledning til overvejelser om, hvorvidt psykiatrien ville have haft lige så meget glæde af kun at få informationer fra eksempelvis ADHD-foreningens dialogguide, som der er gode erfaringer med i projektet, i forhold til de ekstra ressourcer, det kræver at lave en DAWBA-test. En dialogguide vil dog ikke kunne sortere borgere fra og dermed fungere som et filter.

8. Den sociale udredning og indsats

Følgende kapitel vil have fokus på justeringer i den sociale indsats til borgeren, som skulle foregå sideløbende med den diagnostiske udredning. Kapitlet vil præsentere resultaterne af, *hvorvidt borgeren har fået udredt funktionelle problemstillinger hele vejen rundt med henblik på justering af den sociale indsats, og hvorvidt der er taget højde for ADHD-symptomer og deraf afledte problematikker i kommunens indsats over for og i tilbud til borgeren.*

Den sociale udredning blev i projektet understøttet af den nye viden, ASRS-test og DAWBA-test havde givet om borgeren, samt de yderligere udredninger, der lokalt blev indlagt i proceduren. Til at støtte justering af indsatsen udarbejdede hver kommune en lokal tilbudsvifte, som skulle give fagpersonerne et bedre overblik over tilbud at visitere til. Endvidere blev der på uddannelsesdagene undervist i *kommunikation med borgere med ADHD, samt relevante støttemuligheder for borgere med ADHD og muligheder i lovgivningen.*

Evalueringen viser, at medarbejdere har udarbejdet de yderligere sociale udredninger, der var indlagt i deres procedurer, og medarbejderen, som har haft ansvar for opfølgning på borgerens handleplan, har haft adgang til disse samt til resultaterne af ASRS-test og DAWBA-test. I Vejle har der dog manglet en aktiv tilbagemelding til medarbejderne på resultaterne af DAWBA-test. Det tyder endvidere på, at man nogle steder har afventet en diagnose i forhold til justering af den sociale indsats og ikke i særlig høj grad har anvendt viden fra ASRS, DAWBA og den sociale udredning til ændringer. Endvidere viser evalueringen, at der er udarbejdet en tilbudsoversigt i alle tre kommuner, som medarbejderne kender til, men ikke har anvendt i stor grad.

Følgende evalueringsspørgsmål undersøges i dette kapitel:

- Fik borgeren en mere målrettet og helhedsorienteret social indsats?
- Var aktiviteter med henblik på at understøtte social udredning og indsats brugbare til at give en mere målrettet og helhedsorienteret indsats?
- Blev redskaber anvendt efter hensigten?

Viden om ADHD brugt i mødet med borgeren

Over projektkommunegrænser er der bred enighed blandt fagpersonerne om, at projektet og særligt uddannelsesdagene og ASRS-testen generelt har haft positiv indvirkning på medarbejdernes vidensniveau og på den måde, hvorpå borgeren er blevet mødt efter denne faglige opkvalificering i forhold til ADHD. Fagpersonerne fortæller, at den viden, der blev erhvervet i projektet, har været brugbar i mødet med borgeren. Eksempelvis ved, at der i højere grad tages hensyn til målgruppen. At det er

nemmere at tilrettelægge en indsats, i kraft af at de professionelle har lært, hvad ADHD er. At problemstillingerne bliver bedre belyst, så man bedre kan tage hånd om at arbejde med de barrierer og begrænsninger, der er i forhold til at have en ADHD. Sidstnævnte skal også ses i lyset af, at både Slagelse og til dels Vejle Kommune brugte ADHD-foreningens dialogguide i deres yderligere sociale udredning af borgerne, som i sig selv har særligt fokus på at få spurgt ind til de problematikker, mennesker med ADHD ofte kan have. Nogle nævner også, at en ADHD-diagnose er dokumentation på, at man har behov for hjælp og dermed giver adgang hjælp.

Evalueringen har få kvantitative data på konkrete justeringer i den eksisterende indsats, herunder hvordan viden konkret er blevet anvendt. De konkrete eksempler, der er blevet registreret, er, at man er opmærksom på at fritage for sanktioner, og en praktikplads bliver mere målrettet, da der kan sættes ind med de rette socialpædagogiske redskaber. Nogle fagpersoner har direkte adspurgt ved møder samtidig haft svært ved at konkretisere, hvordan den nye viden kommer til udtryk i deres praksis. Det kan indikere, at omsætningen af den øgede viden kan være noget mindre, end fagpersonerne umiddelbart giver udtryk for.

Desværre har evalueringen meget få data på, hvorvidt borgerne oplever at blive mødt mere hensigtsmæssigt og oplever en målrettethed i forhold til deres problematikker i indsatsen. En borger fortæller, at det var dejligt, at sundhedsplejersken (som egentlig kom på grund af barnet) havde fået viden om ADHD, så moren blev udredt og fik diagnosen ADHD og kunne få den rette hjælp. Derudover viser data, at udredningerne i kommunen i forbindelse med projektet langt hen ad vejen opleves som relevante for borgerne. Jf. kapitel 6.

I forlængelse af ovenstående kan man diskutere, hvorvidt der skulle have været anvendt mere opfølgning på uddannelsen i forhold til den sociale del og i den forbindelse have større fokus på, hvad ADHD-viden konkret betyder af ændringer i praksis. Eksempelvis, hvilke handlinger hos medarbejderne det skal afstedkomme, hvordan det skal afspejles i sagsbehandlingen, hvordan viden om hensigtsmæssig kommunikation med borgere med ADHD og viden om hensigtsmæssige tilbud/lovgivning omsættes i praksis.

Nye tilbud til borgere er få og vedrører primært medicin

Fagpersonerne peger i interviewene på, at de har fået et bredere billede af tilbudsviften og er blevet mere opmærksomme på, hvor der kan visiteres til. Alligevel tegner både de kvalitative og kvantitative data et billede af, at der ikke visiteres til nye tilbud, og at de tilbud, der visiteres til, primært vedrører medicin eller behandling.

De kvantitative data viser, at der er visiteret til nye tilbud for 15 borgere ud af de 49 borgere, vi har data fra i forhold til den sociale udredning, og de 12, der er data fra i forhold til eventuel visitation til nyt tilbud på baggrund af diagnosen.

De kvantitative data viser, at hovedparten af de 15 borgere, i alt ti borgere, har fået tilskud til medicin eller behandling, hvilket vil sige et tilbud, som var afhængigt af en diagnose. Kun de resterende fem borgere har fået nyt tilbud på baggrund af den sociale udredning. Mere specifikt drejer det sig om tre borgere, der har fået socialpædagogisk støtte efter SEL, § 85, og to borgere, som har fået tilbud via beskæftigelsesindsatsens mentorordning.

På grund af de få borgerdata kan evalueringen sige meget lidt om, hvorvidt borgerne har savnet noget støtte ud over psyko-edukation, som er nævnt i forrige kapitel. Det er dog iøjnefaldende, at der er så få tilbud rettet mod de områder, som borgerne prioriterede højere end fagpersonerne ved indgangen til projektet – nemlig støtte til bolig, økonomi og sociale netværk. Efterspørgsel efter støtte til disse områder understøttes af interviewundersøgelsen blandt udsatte borgere med ADHD i de tre kommuner. Disse borgere ønsker bl.a. mere støtte til at strukturere hverdagen, håndtere privatøkonomi, håndtere samlivsproblemer samt at møde ligesindede og få skabt nye netværk.²³

Økonomi til køb af medicin skaber frustration hos borgere

I forhold til de tilbud, der er givet i forbindelse med medicinering, har der været meget tid og mange frustrationer fra borgerens side forbundet med det økonomiske element i forhold til køb af medicin. Fagpersoner og borgere giver udtryk for, at tilskudssystemet er indviklet og svært at gennemskue, hvorfor det tager lang tid fra diagnosen er stillet, til den rette medicin er købt. Det vedrører både den tid, det tager at få bevilget tilskuddet, ligesom det også handler om den tid, det tager at hjælpe borgeren med at søge det. Borgerne fortæller, at de ikke har råd til medicin uden tilskud. Dette er en problematik, det er hensigtsmæssigt at være opmærksom på i forbindelse med udredning af borgere med ADHD.

Der mangler relevante tilbud til borgere med ADHD-problematik

Fagpersoner i alle tre kommuner fortæller, at der generelt mangler tilbud til borgere med ADHD, hvilket er den primære begrundelse der gives for, at der ikke visiteres til nye tilbud, og man i stedet måske justerer i de eksisterende tilbud, som ovenstående antyder.

Som tidligere nævnt efterspørger de få borgere, der er blevet interviewet, også mere information om ADHD-problematikker og måder at imødekomme dem på. Særligt synes borgerne ikke, at de er blevet oplyst om, hvordan man kan håndtere ADHD, og hvad det betyder at have en diagnose, hvilket tyder på, at der mangler et sådant tilbud. Hvorvidt det er en opgave, der ligger i kommunen eller i psykiatrien, er ikke adresseret i projektet.

²³ *Jeg er den jeg er – en interviewundersøgelse om ADHD og udsathed*, Socialstyrelsen, 2011

Ikke visiteret til bredere tilbud i projektet

På uddannelsen blev der lagt vægt på, at borgere med en ADHD-lignende problematik formodentlig kunne have glæde af flere af aktiviteterne i eksisterende tilbud, da funktionsvanskelighederne kan være meget lig dem, andre med psykiske lidelser eller udsatte-problematikker har. Dette udgangspunkt ser ikke ud til at være blevet implementeret i praksis.

Der er forskellige vurderinger hos fagpersonerne af, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at tilbud ikke specifikt målrettet borgere med ADHD også skal rumme ADHD-målgruppen og dermed er relevante. En medarbejder mener ikke, at det nødvendigvis er afgørende for at kunne visitere til tilbud, at tilbuddet udelukkende er rettet mod borgere med ADHD. De vil kunne drage nytte af de eksisterende tilbud i kommunen målrettet borgere med andre psykiske vanskeligheder end ADHD. Det står i kontrast til et udsagn i en anden kommune, hvor en fagperson fortæller, at der kan være problematikker i forbindelse med at sætte borgere med en ADHD-diagnose sammen med andre borgere i et fælles tilbud. Blandt andet kan borgere med ADHD fylde meget, hvilket kan få de andre borgere til at blive væk, hvorfor det grundlæggende er vanskeligt at sætte borgere med ADHD sammen med andre, da ADHD-målgruppen kræver en helt særlig indsats. Det tyder på, at viden om potentialet i disse tilbud skal undersøges og implementeres bedre.

At fagpersonerne ikke har visiteret til nye tilbud, kan også hænge sammen med, at viden om tilbud ikke er blevet implementeret tilstrækkeligt. Da testforløbet var relativt langt, gik der lang tid fra de første uddannelsesdage til, at fagpersonerne skulle arbejde med tilbudsdelene, og flere medarbejdere efterlyser, at der havde været opfølgning på uddannelsesdagene. Ligeledes var den lokale tilbudsoversigt heller ikke færdig, da uddannelsen blev afholdt, og er introduceret via koordinatorene senere.

Samtidig kan det også være udtryk for, at omsætning af viden og nye handle måder tager tid, hvorfor effekterne af projektet kan være svære at måle allerede nu.

Stort diagnostisk fokus i indsatsen

En anden forklaring på, at der er visiteret til få sociale tilbud, er, at fagpersonerne indikerer, at der afventes en eventuel diagnose, inden der iværksættes en social indsats, hvilket ikke var hensigten i projektet. Det har i flere kommuner taget tid at få de diagnostiske udredninger, hvilket har betydet, at man ikke er nået til den sociale udredning i projektperioden. Derudover giver de kvantitative data en indikation af, at de borgere, som ikke får en diagnose, eller som bliver afvist fra projektet på grund af misbrug, heller ikke får et socialt tilbud.

Også de kvalitative data viser, at selve ADHD-diagnosen har fyldt meget hos fagpersonerne. Fagpersonernes udsagn i interviewene kredser i høj grad om selve

opsporingen og den efterfølgende eventuelle diagnosticering mere end om en ændring i den sociale indsats. Ligeledes viser evalueringens kvantitative data, at efter en eventuel diagnose er stillet, handler en stor del af de indregistrerede kommentarer stadigvæk om diagnose, medicinering eller den psykiatriske udredning. Den tidligere omtalte frustration i forbindelse med medicintilskud indikerer også, at dette har fyldt meget.

Målet om en helhedsorienteret indsats synes altså ikke til fulde opfyldt. På grund af projektets korte tidsperiode kan vi ikke vide, om det diagnostiske fokus med tiden ville svinde, således at det sociale fokus fik et mere ligeværdigt rum. Ligeledes kunne den sociale indsats formodentlig forstærkes med mere opfølgning og støtte til fagpersonerne på den del.

Diagnostisk opsporing fjerner fokus fra social indsats

At der har været et stærkt fokus på diagnosen og medicin kan skyldes flere elementer.

For det første kan fokus på støtte til medicin og diagnose hænge sammen med, at det også har fyldt meget og bliver efterspurgt blandt borgerne. De få borgere, der er interviewet, fortæller, at det er fint, at de har fået en diagnose eller er blevet udredt, men at der efterfølgende har manglet støtte til at komme videre fra "chokket". Det, der adresseres af borgere i forhold til støttetilbud, er støtte til håndtering af diagnosen. I projektets tidsperspektiv er det derfor måske det, fagpersonerne først har sat fokus på.

En anden forklaring kan være, at redskaberne umiddelbart er meget diagnostisk rettede og dermed har et sprog og en form, der eventuelt har gjort det svært at holde fokus på den sociale del. Tilbagemeldinger fra fagpersonerne er, at viden fra ASRS og DAWBA har været anvendt i lille grad i den sociale udredning. Der kan også ligge et element af, at testene blev anvendt som en måde at få borgeren videre i forløbet på med fokus på at komme til psykiatrisk udredning mere end med fokus på at anvende testresultaterne i den sociale udredning. Fremadrettet kan det i den forbindelse overvejes, hvorvidt der kan arbejdes med opsporingsredskaber, som i højere grad "taler ind i" den sociale udredning.

Opsporingsdelen kom samtidig til at fylde meget i projektet, da der gik lang tid før borgerne nåede til indsatsdelen, og samtidig kom relativt få borgere hele vejen igennem. Dels på grund af projektets forsinkede opstart, og dels fordi de psykiatriske udredninger tog længere tid end forventet. I den proces er fokus på den sociale indsats evt. mindsket, og som tidligere nævnt kunne den sociale indsats med fordel være blevet fulgt op i projektet.

Sammenfatning

Evalueringen viser indikation på, at opsporingsprojektet har medvirket til, at borgeren har fået en mere målrettet social indsats, idet den viden, medarbejderne har fået om

ADHD, har betydet, at borgeren er blevet mødt på en mere hensigtsmæssig måde. Dog har nogle medarbejdere svært ved at være konkrete på, hvordan indsatsen er blevet forbedret. Samtidig viser evalueringen, at borgerne i meget lille grad er blevet visiteret til nye tilbud, og de tilbud, der er visiteret til, i høj grad relaterer sig til støtte i forbindelse med køb og håndtering af medicin.

At borgerne ikke visiteres til nye tilbud, skyldes til dels, at medarbejderne oplever, at der ikke er relevante ADHD-tilbud i kommunen at visitere til, eksempelvis efterspørges støtte i form af psykoedukation. Medarbejderne har endvidere i meget lille grad visiteret til tilbud, som ikke kun er målrettet borgere med ADHD. Det er samtidig iøjnefaldende, at der visiteres til så få tilbud rettet mod de områder, som borgerne prioriterede højere end fagpersonerne ved indgangen til projektet – nemlig støtte til bolig, økonomi og sociale netværk – en efterspørgsel, som også findes i interview med andre udsatte borgere med ADHD fra de tre projektkommuner.

Ligeledes viser evalueringen, at der har været et stort diagnostisk fokus i indsatsen og indsatsen dermed har mistet noget helhedsorientering. Bl.a. ved at de tilbud, der er visiteret til, i høj grad relaterer sig til medicin, og ved at man i visse tilfælde har afventet diagnosen, før der er sat fokus på sociale indsatser. Forklaringer på dette diagnostiske fokus går dels på, at borgerne efterspørger støtte i forhold til diagnose. Samtidig sætter opsporingsforløbet og redskaberne fokus på diagnose, og screening og primær udredning har fyldt meget i projektet, bl.a. fordi det blev en stor del af projektet, da få borgere nåede igennem det fulde forløb. Det kan derfor ikke udelukkes, at en længere projektperiode kunne have givet større fokus på den sociale del.

I forlængelse heraf vurderes det, at der i projektet med fordel kunne have været gennemført opfølgning ift. viden og redskaber til den sociale indsats, med henblik på yderligere fokus og implementering af disse indsatser. En sådan opfølgning kunne blandt andet have synliggjort evt. potentialer i eksisterende tilbud og konkretisering af, hvordan ADHD-viden skal omsættes til praksis. Fremadrettet vil det med fordel kunne overvejes at udvikle opsporingsredskaberne, så de i højere grad "taler ind i" den sociale udredning.

9. Det samlede forløb

Følgende kapitel vil have fokus på flowet i det samlede forløb. Kapitlet vil præsentere resultaterne af, *hvorvidt borgeren har fået et koordineret forløb*, og *hvorvidt identificerede borgere kommer til udredning i det sundhedsfaglige system*. Herved forstås, at der internt i kommunen er etableret en arbejdsdeling og aftaler i borgerens sag, der skal sikre en samordning af de faglige tiltag både indholds- og tidsmæssigt med udgangspunkt i opstillede mål for indsatsen, samt at der er etableret en klar og kendt arbejdsdeling mellem kommune og sundhedssystem i udredning af borgere med ADHD. Kapitlet præsenterer endvidere erfaringerne med den lokale procedure, herunder lokale koordineringstiltag i kommunerne.

Til at understøtte forløbsprocessen og koordinationen mellem aktører blev der indgået en samarbejdsaftale mellem region og kommune, og der blev udarbejdet en lokal procedure, som beskrev roller og opgaver for de enkelte aktører i forløbet.

Evalueringen viser, at kommunerne har arbejdet efter proceduren i projektperioden, dog med forsinkelser både i udarbejdelse af social udredning og i den diagnostiske udredning i nogle kommuner. Samtidig har der vist sig uhensigtsmæssigheder i de lokale procedurer, der har medført løbende ændringer af proceduren i både Vejle og Slagelse Kommune. Projektet har samtidig været udfordret af, at det tog længere tid end forventet at indgå samarbejdsaftalerne med behandlingspsykiatrien. Dette betød, at projektets driftsfase blev reduceret med ca. seks måneder.

Følgende evalueringsspørgsmål undersøges i kapitlet:

- Fik borgeren en koordineret indsats?
- Var proceduren brugbar til at give en mere koordineret indsats?
- Blev proceduren anvendt efter hensigten?

Koordineret, men kompliceret forløb for borgeren

Som udgangspunkt vurderer de kommunale fagpersoner, at borgeren til dels har fået et mere koordineret forløb, og projektet har bevirket, at borgeren og medarbejderne har fået en mere direkte indgang til psykiatrien. Det sidste skal holdes op imod, at indgangen til psykiatrien før projektet ville gå via egen læge og ofte med henvisning til privatpraktiserende psykiater med ofte meget lange ventetider.

En del af fagpersonerne beskriver dog også forløbet som fragmenteret og med mange led og instanser involveret, hvilket kræver en høj grad af støtte til borgeren. Derfor vurderer fagpersonerne, at forløbet kræver et stort fokus på at sikre sammenhæng, særligt fordi målgruppen af borgere med ADHD kan have svært ved ofte at skulle møde nye ansigter eller at få åbnet, læst og forstået breve fra forskellige instanser. De

borgere, der er blevet interviewet, adresserer ikke denne problemstilling, hvilket kan tolkes som, at de er blevet støttet godt og derfor ikke har oplevet det som problematisk.

Mange led i opsporingsforløbet er ressourcekrævende

At forløbet opleves fragmenteret af fagpersonerne kædes bl.a. sammen med, at der har været mange led i forløbet, og det har været ressourcekrævende for fagpersonerne.

Fagpersonerne fortæller, at der er blevet lagt et stort stykke arbejde for at sikre at borgerens overgang mellem opsporingssted, kommune og psykiatri har forløbet glidende. Bl.a. nævnes, at det har været tids- og ressourcekrævende at skulle følge borgerne til eksempelvis DAWBA-test eller udredning hos psykiater for at minimere risikoen for, at borgerne helt udeblev fra aftalen. Særligt fagpersonerne på de misbrugscentre, hvor der i forvejen var tilknyttet en psykiater, fortæller, at der i opsporingsforløbet har været for mange led. Det har været forbundet med meget arbejde at skulle kontakte en ekstern psykiater i stedet for at have adgang til en intern. For disse fagpersoner har opsporingsforløbet derfor syntes mere vanskeligt end den i forvejen eksisterende procedure.

Vurderingen fra fagpersonerne er, at målet om koordination har været nået af mere persondrevne grunde end skabt af organisatoriske strukturer, kulturer og arbejdsgange. Evalueringen har dog ikke grundlag for at konkludere om det ene eller det andet er rigtig.

Fagpersonerne peger på, at man kunne arbejde med en forenklet udgave af opsporingsforløbet eller med en model, hvor de forskellige involverede medarbejdere kommer til borgeren i stedet for omvendt. Ved kun at skulle møde op ét sted ville man minimere risikoen for udeblivelse fra aftaler, og det ville være mindre ressourcekrævende for fagpersoner og borger.

Lokale tiltag understøtter forløbet

Fagpersonerne udtrykker tilfredshed med de lokale tiltag, der har været taget i anvendelse til at sikre koordinationen mellem aktørerne og i forhold til at støtte borgeren rundt i systemet. Tiltagene har virket understøttede for forløbene.

I Vejle har man forsøgt at integrere IT-systemet Workbase i arbejdet med at opspore borgere med ADHD. Workbase fungerer som en elektronisk journalside, hvor alle medarbejdere, der har adgang, kan finde relevante oplysninger om den enkelte borger, efter samtykke fra denne, og dermed dele viden. Psykiateren i Vejle fortæller, at det har været et brugbart samarbejdsredskab.

I Århus arbejdede man med en model, hvor det var opsporeren, der fungerede som tovholder og fulgte med borgeren rundt til DAWBA-udredning og psykiatrisk udredning.

Modellen har vist sig tidskrævende, men nødvendig i arbejdet med den udsatte målgruppe, som man i Århus har haft fokus på.

I Slagelse har man arbejdet med et ADHD-team, hvis formål var at følge borgeren gennem hele forløbet fra opsporing til eventuel diagnose. Teamet havde som funktion at netværke, vidensformidle og samarbejde tværsektorielt. Teamet fungerede som et specialistteam med speciale i viden om ADHD-problematikker og foranstaltninger/tilbud til borgere med ADHD. Teamet vurderer det som godt med en instans, der udreder borgeren, og dermed har relevant viden om borgeren, og samtidig følger op på og støtter borgeren. Grundet projektets relativt korte tidsramme har ADHD-teamet ikke nået at få den fulde funktion, som det var tiltænkt. Teamet fortæller, at det har været påpasseligt med at afholde handleplansmøder med borgeren, da man har vurderet, at der ikke har været tilbud i kommunen at tilbyde borgeren – jf. kapitel 8.

I alle tre projektkommuner bliver der i større eller mindre omfang nævnt brugen af sms som et redskab til at få borgeren igennem forløbet. Det kan både være medvirkende til, at borgeren husker sine aftaler, samtidig med at det sikrer, at borgeren møder op til det aftalte møde. Det sker af og til, at borgeren udebliver fra aftaler, hvilket ofte skyldes glemsomhed eller forvirring. Det kan derfor være hjælpsomt for borgeren, hvis der fra det sted, som borgeren har en aftale med, sendes en sms med en påmindelse om aftalen, eller en eventuel tovholder sørger for at huske borgeren på aftalen.

Procedure ikke fuldt ud implementeret

Fagpersoner fra henholdsvis psykiatri og kommune har forskellige opfattelser af, hvordan forløbet har fungeret. De kommunale medarbejdere fortæller, at det har forløbet glidende fra opsporingsssted til og med udførelse af DAWBA-test hos sundhedsfagligt personale i kommunen, men at der er opstået ventetid til udredning ved psykiateren. De fortæller dog også, at den sociale udredning i nogle tilfælde er blevet forsinket. Ligeledes fortæller psykiatrien, at det for nogle borgeres vedkommende har taget længere tid at udrede, men at det også i nogle tilfælde har været nødvendigt at rykke kommunen for materiale på den enkelte borger og der dermed bruge ekstra tid på at få indsamlet de rette informationer til brug for den endelige udredning.

Samtidig vurderer fagpersonerne, at det har været svært at opretholde et vidensflow mellem de forskellige led i forløbet, hvilket har betydet, at man som fagperson til tider har haft svært ved at bevare overblikket over det forløb, som borgeren skulle gennemgå.

Det kan derfor tyde på, at målet om at etablere en klar og kendt arbejdsdeling ikke til fulde er nået, da der i nogle tilfælde har været uoverensstemmelser i forhold til forsinket udredning og til, hvorvidt kommunen skulle sende informationer om borgeren til psykiatrien, eller om psykiatrien selv skulle indhente dem.

Informationsflow ikke fuldt ud implementeret

Evalueringen peger på, at medarbejderne ikke altid fik prioriteret at lave de sociale udredninger inden for den aftalte tidsramme. I Vejle blev endvidere konstateret en uhensigtsmæssighed i proceduren i informationsflowet mellem psykiatri og kommune og imellem DAWBA-interviewer og opsporingsmedarbejdere, som betød, at medarbejderne manglede tilbagemeldinger fra psykiatrien. Dette har formodentlig haft en negativ effekt på vurderingen af forløbet.

Manglende implementering kan bl.a. henføres til, at man ved afholdelsen af uddannelsesdagene endnu ikke havde udformet de lokale procedurer i sin endelige form, hvilket kan have skabt nogle uklarheder i forhold til implementering og indhold – herunder ansvar og rolleafklaring i forhold til eksempelvis vidensflow. I Vejle Kommune blev proceduren derudover ændret undervejs på grund af uhensigtsmæssighederne. Opfølgningen og implementeringen lå dermed i den enkelte kommune, hvilket ikke er lykkedes til fulde. Nogle forklaringer herpå kan dels være utilstrækkelig kommunikation og opfølgning fra lokale koordinatore og Socialstyrelsen, men også medarbejdernes manglende udfyldelse af deres rolle og opgave. En indbygget risiko ved specialisering og opgavedeling er, at den enkelte medarbejder i praksis kun tager ansvar for den del af forløbet, de selv indgår i.²⁴ Denne risiko vurderes at have været nærværende i projektet, hvor mange instanser er inkluderet. Fremadrettet kan det konstateres, at sikringen af dette flow kræver særlig opmærksomhed.

Overgang fra kommune til psykiatri kræver stort fokus

Både kommunale medarbejdere og psykiatrien vurderer, at gnidninger i samarbejdet har baggrund i det manglende kendskab til hinanden og hinandens fagområder. Ligesom det også skyldes, at man i højere grad kunne have fokuseret på at få skabt en mere tydelig ansvars- og opgavefordeling, særligt i forhold til opfølgning på borgeren. At skabe en sådan ansvars- og opgavefordeling kræver kendskab til og respekt for hinandens specialer, ligesom det i høj grad kræver et længere tidsperspektiv. De forskellige perspektiver, sprog og tilgange, som karakteriserer henholdsvis behandlings- og socialpsykiatrien, har en lang historie og tager afsæt i forskellige videnskaber og paradigmer. Det kan derfor være et omfattende og tidskrævende arbejde at få skabt et fælles afsæt.²⁵

Der tegner sig dog generelt et klart billede af, at begge parter har ønsket et konstruktivt samarbejde og trods udfordringer i forhold til ansvarsafklaring, mener begge parter, at etablering af et sådant samarbejde vil være til gavn for borgeren.

²⁴ Se eksempelvis *Skab sammenhæng for borgere med hjerneskade*, Eva Hollænder, 2007

²⁵ Se eksempelvis *Verdener til forskel – otte kapitler om natur, psykiatri og kultur*, Nils Jensen, Ålborg Universitetsforlag, 2006

Fagpersonerne vurderer, at samarbejdet kunne være blevet fremmet ved at etablere konkrete møder mellem henholdsvis de kommunale medarbejdere og medarbejdere i psykiatrien. Det kan være med til at nedbryde barrierer, hvis der skabes et tættere samspil omkring borgeren, og ved eventuelt også at være fysisk placeret tættere på hinanden kunne kommunikationen være gjort nemmere. Alligevel vurderer de interviewede fagpersoner, at der er lagt grundlaget til en større forståelse end tidligere mellem psykiatrien og kommunen, og at projektet har været medvirkende til at identificere mulige barrierer og justeringer i et fremadrettet arbejde med opsporing. Dermed kan potentialet udfoldes over tid – tid, som ikke har været til rådighed i den forholdsvis korte projektperiode.

Fra flere sider nævnes begrebet vaneomlægning, der også i denne sammenhæng er relevant. Selvom både region og kommune kan se, hvor gunstigt et samarbejde der kunne skabes mellem dem, kræver det en omlægning af vanlig adfærd. Det er en klassisk problemstilling, som også i dette projekt vurderes at have indvirkning på nogle af de aspekter, der nævnes i interviewene. Eksempelvis fortæller både misbrugscentret i Århus og i Slagelse, at det i nogle tilfælde var nemmere at gå til deres egen psykiater, der er tilknyttet stedet, fordi det alt andet lige var hurtigere at stikke hovedet ind til denne frem for at henvise borgeren til den psykiater, der var tilknyttet projektet. De medarbejdere vurderer derfor ikke, at projektet har været medvirkende til at give borgere en hurtigere udredning, men det kan have baggrund i den specielle situation, at stedet har haft tilknyttet sin egen psykiater.

Sammenfatning

Evalueringen viser, at borgerens forløb til dels har været koordineret i projektet og har givet borgere og medarbejdere en mere direkte indgang til psykiatrien. Forløbet har dog været svært at overskue for både borger og fagpersoner pga. mange aktører og led, og der har været flowstop forskellige steder. Det har betydet, at det har krævet meget af fagpersonerne at få borgeren igennem forløbet, og sikringen af koordinationen vurderes af fagpersoner som havende været meget persondrevet. I de enkelte kommuner har man positive erfaringer med bl.a. fælles IT-system, personlig tovholder, ADHD-team og brug af sms til sikring af forløbet.

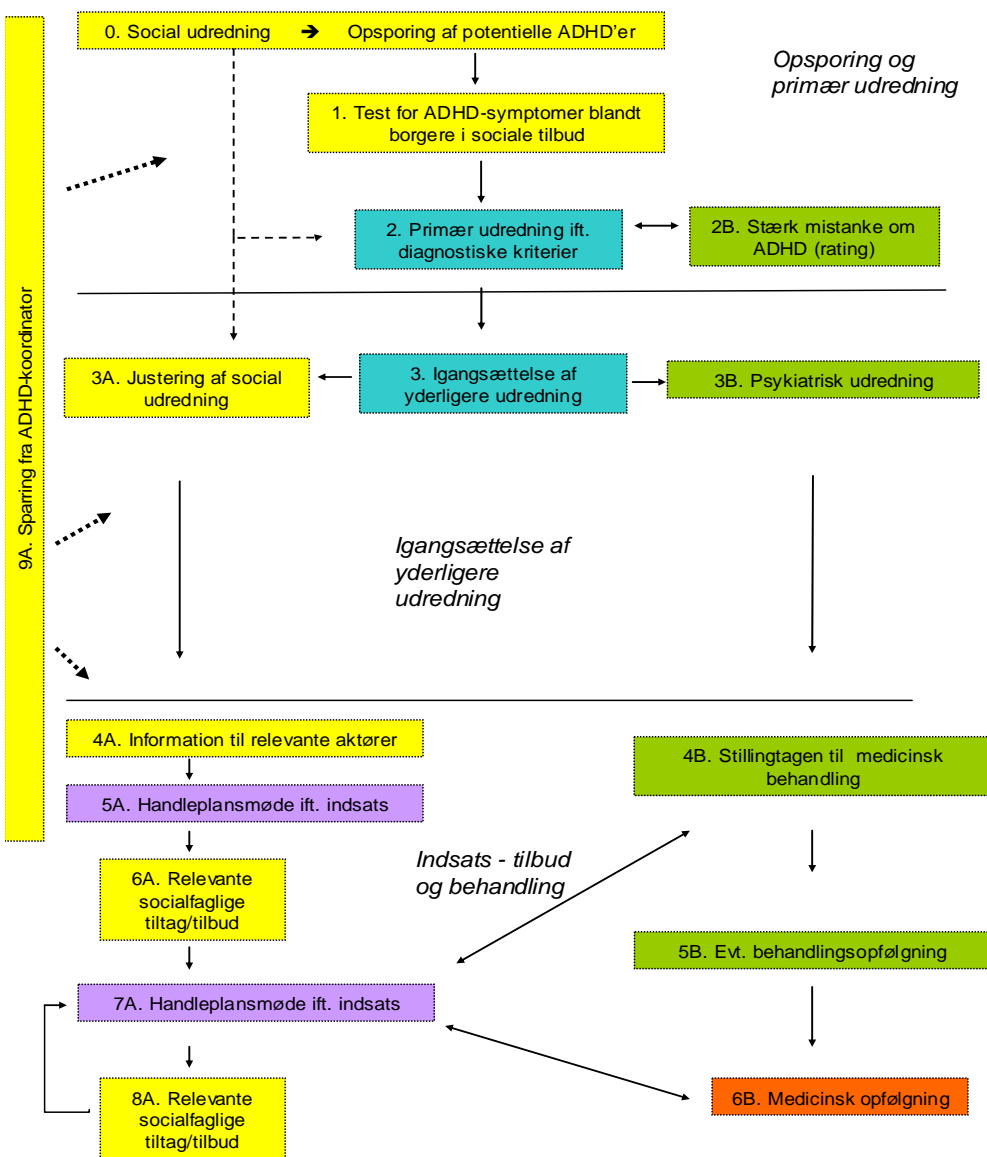
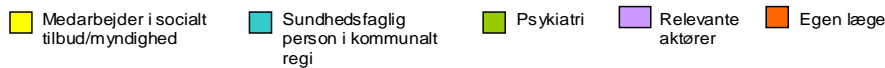
Flowstop i forløbene handler bl.a. om manglende vidensflow mellem instanser, hvor den lokale procedure har vist sig uhensigtsmæssig eller ikke er blevet ordentligt implementeret. I forhold til samspillet mellem kommune og psykiatri peger evalueringen på, at en vellykket implementering af arbejdsdeling her kræver, at der sættes målrettet ind for at give de forskellige faggrupper indsigt i hinandens fagområder, hvilket med fordel kunne have fået større fokus i projektet. Både kommunale medarbejdere og psykiatere er dog positive over for at have fået et tættere samarbejde og indgang til hinanden og ser et potentiale i et tættere samspil omkring borgeren.

I forlængelse heraf vurderes det, at der skulle have været mere opfølgning på proceduren i projektet, og samspillet mellem kommune og psykiatri skulle have haft et særsomt fokus, eksempelvis i form af samarbejds møder på medarbejderniveau. Det bør samtidig overvejes, hvordan der kan arbejdes med et opsporings- og udredningsforløb med færre aktører, således at forløbet kan blive mindre ressourcekrævende for både borgere og medarbejdere.

10. Bilag

Bilag 1 – Forløbsmodel

Udredningsvej for voksne med ADHD



Trin i forløb	Indhold	Aktør
<p>0. Opsporing af risikogrupper</p>	<p>Definering af målgruppen, som tilbydes test for ADHD-symptomer.</p> <p>Afgrænsning ved tilbud til målgruppen.</p> <p>Afgrænsning ved kriterier for risikoadfærd.</p> <p>Risikoadfærd konstateres i den sociale udredning (social anamnese), kommunen laver/har lavet i mødet med borgeren.</p>	<p>Socialarbejder/ socialrådgiver i de afdelinger/tilbud, som er udvalgt til at opspore borgere.</p>
<p>1. Test for ADHD-symptomer</p>	<p>ASRS-test i 2 udgaver + supplerende spørgsmål om symptomer i barndom til henholdsvis selvrapportering fra borger og til rapportering fra pårørende/kontakt, hvis muligt. Det tager ca. 5 minutter at udfylde skemaet.</p> <p>ASRS-testen følges op af samtale med socialarbejder. Testen vurderes. Vurderingen er at tælle antal svar i nogle bestemte kategorier.</p> <p>Hvis testen er positiv bedes borger om at udfylde samtykkeerklæring til videregivelse af informationer til relevante aktører i kommunal regi, hospitalspsykiatrien samt praktiserende læge.</p>	<p>Socialarbejder/ socialrådgiver i de afdelinger/tilbud, som er udvalgt til at teste borgere.</p>

Trin i forløb	Indhold	Aktør
	<p>Der indføres en kvote i projektet for, hvor mange positivt testede borgere man kapacitetsmæssigt kan sende til yderligere udredning i måneden. Kvoten reguleres løbende.</p>	
<p>2. Primær udredning ud fra diagnostiske kriterier</p>	<p>Udredning ved interview af borger med online DAWBA-spørgeskema i voksenudgave. Dette oversættes fra engelsk til brug i projektet.</p> <p>DAWBA er en uddybende test, der kan generere en 'diagnostisk hypotese', som kan anvendes i psykiatrien og forventes at kunne aflaste psykiatrien. Samtidig øger udredningen sandsynligheden for, at personen har ADHD-symptomer, før personen sendes til psykiatrisk og social udredning. Evt. misbrugsproblemer afdækkes også i denne forbindelse samt symptomer på de mest almindelige komorbide diagnoser.</p> <p>Resultater fra ASRS-test + evt. viden fra social anamnese sendes til psykiater pr. mail sammen med link til svarene på DAWBA-testen.</p>	<p>Sundhedsperson i kommunen, ex. placeret i sundhedscenter, tilknyttet jobcenter.</p> <p>Faglighed ex. sygeplejerske, ergoterapeut, psykolog, læge.</p>
<p>2B. Testresultatet rates</p>	<p>DAWBA-resultatet skal rates af en kliniker for at generere en diagnostisk hypotese.</p> <p>Dette gøres online.</p>	<p>Psykiater.</p> <p>Samarbejdsaftale med hospital i projektet.</p>

Trin i forløb	Indhold	Aktør
	<p>Psykiatrien laver en skriftlig konklusion på videre udredning på baggrund af resultatet.</p>	
<p>3. Igangsættelse af udredning i henholdsvis kommune og psykiatri</p>	<p>Kommunen laver derudover den primære udredning, som den finder hensigtsmæssig i forhold til at kvalificere den sociale udredning, ex. kognitiv test, ADL-vurdering, pædagogisk vurdering.</p> <p>Testresultater og kontaktpersonoplysninger videresendes til henholdsvis sagsbehandler med myndighedsansvar og socialarbejder i det sociale tilbud.</p>	<p>Samme sundhedsperson i kommunen, som lavede DAWBA-udredning.</p>
<p>3a. Justering af social udredning</p>	<p>En udredning af borgerens helhedssituation (problemstillinger i alle arenaer), ex. med udgangspunkt i samtalskemaet fra funktionsevnetoden, samt diskussion af mulige løsninger og tilbud. Aftaler med borger om, hvordan der arbejdes videre med løsninger og tilbud.</p> <p>Støtteredskab til dialogen kan være ADHD-foreningens 'Min ADHD-profil'.</p> <p>Dette gøres på baggrund af ny viden om borgers vanskeligheder med ex. opmærksomhed, impulsivitet mv. I udredningen særligt at have fokus på eksekutive funktionsvanskeligheder og</p>	<p>Socialrådgiver(e) med myndighedsansvar.</p> <p>Forslag til, at myndighedsperson kommer ud i det sociale tilbud, hvor borgeren er blevet screenet og foretager udredningen, evt. sammen med en socialarbejder, der kender borger.</p> <p>Udgangspunktet er, at en social indsats i forhold til en ADHD-risikoprofil vil have en positiv effekt uanset diagnose.</p>

Trin i forløb	Indhold	Aktør
	måden, man stiller spørgsmål på, ex. misforhold mellem at kunne og at gøre det.	
4.a Information til relevante aktører	<p>Information til relevante aktører om ADHD-risikoprofil.</p> <p>Opfølgning på aftaler med borger i den sociale udredning om bud på relevante indsatser til relevante aktører.</p> <p>Relevante aktører tager stilling til justering af tilbud om indsats til borger</p>	<p>Socialrådgiver med myndighedsansvar.</p> <p>I de komplicerede sager med mange aktører vil det være relevant med en koordinerende sagsbehandler, der har ansvar for koordinationen af indsatsen indholds- og tidsmæssigt i forhold til målet for indsatsen.</p>
5a. Handleplansmøde	Udarbejdelse af handleplan for indsatsen og koordinering af indsatsen mellem professionelle aktører.	<p>Socialrådgiver med myndighedsansvar har ansvar for mødet og dets indhold.</p> <p>Deltagere er borger og relevante aktører i borgerens sag</p>
6a. Relevante sociale tilbud	<p>Justering af eksisterende indsatser.</p> <p>Evt. nye indsatser.</p>	Leverandører af sociale tilbud.
7a. Handleplansmøde	Opfølgning på og evaluering af indsats samt justering af indsats.	<p>Socialrådgiver med myndighedsansvar har ansvar for mødet og dets indhold.</p> <p>Deltagere er borger og relevante aktører i borgerens sag.</p>
8.a Relevante sociale tilbud	Justering af indsats Supplering med særlige ADHD-tilbud, ex. hjælp til at huske medicin, mestringskurser.	Leverandører af sociale tilbud.

Trin i forløb	Indhold	Aktør
9. Sparring fra ADHD-koordinator	En person i kommunen uddannes med særlig viden om ADHD og kan løbende give sparring til kommunale fagpersoner ift. opsporing, testning, udredning, tilbud og koordination af forløb.	
3.b Psykiatrisk udredning	Ved en positiv DAWBA-udredning igangsættes udredning ift. diagnosen ADHD. Der sendes information til borgers praktiserende læge om projektet og at udredning pågår. Der er forinden udgået information til alle kommunens praktiserende læger om projektet.	Psykiater i hospitalsregi.
4.b Diagnose og evt. medicinering	Diagnosticering og stillingtagen til medicinsk behandling. Tilbage melding til kontaktperson i kommunen om behandling og evt. støttebehov eller indflydelse på indsatser i den forbindelse.	Psykiater.
5.b Evt. behandlingsopfølgning	Undersøgelse med henblik på justering af medicinering.	Psykiater.
6.b Medicinsk opfølgning	Receptudskrivelse til fortsat medicinsk behandling.	Praktiserende læge med overlevering fra psykiatri.

Bilag 2 – Risikoadfærd til afgrænsning af målgruppen

- Fået specialundervisning i folkeskolen
- Mange uddannelsesskift
- Aldrig gennemført en uddannelse, bl.a. aldrig afsluttet 9. klasse
- Mange jobskift
- Haft mange forskellige partnere
- Fået børn med mange forskellige partnere
- Fået børn i en meget ung alder – teenageforælder
- Familien har en familiesag i kommunen på grund af manglende struktur i familien med indbygget højt konfliktniveau
- Været involveret i trafikuheld
- Gældsproblemer på grund af impulsive/ uhensigtsmæssige investeringer
- Misbrugsproblemer
- Indlæggelse med personlighedsforstyrrelse, angst eller depression
- Kriminalitet, særlig voldskriminalitet

Bilag 3 – Screeningstest

ASRS - selvtest

Navn _____

Dato _____

1. Besvar venligst alle spørgsmål ved at sætte kryds i det felt, der bedst beskriver, hvordan du har følt og opført dig de seneste seks måneder.
2. Sæt kun ét kryds pr. spørgsmål.
3. Giv svarene til socialarbejderen, som vurderer, om dine svar giver anledning til yderligere udredning

Afsnit A		Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
A1	Hvor ofte har du svært ved at afslutte et projekt og få de sidste detaljer på plads, når den udfordrende del af arbejdet er på plads?					
A2	Hvor ofte har du svært ved at klare en opgave, der kræver planlægning?					
A3	Hvor ofte har du problemer med at huske aftaler eller andet, du burde huske?					
A4	Hvor ofte undgår eller udsætter du en opgave, som kræver mange overvejelser?					
A5	Hvor ofte sidder du uroligt med hænder eller fødder, når du skal sidde ned i længere tid?					
A6	Hvor ofte føler du dig overaktiv og nødt til at gøre større ting, som var du drevet af en indre motor?					
I alt afsnit A (udfyldes af socialarbejderen)						

Afsnit B		Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
B1	Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal arbejde på et kedeligt eller vanskeligt projekt?					
B2	Hvor ofte har du svært ved at fastholde opmærksomheden, når du udfører kedeligt eller ensformigt arbejde?					
B3	Hvor ofte har du svært ved at koncentrere dig om, hvad folk siger til dig, når de taler direkte til dig?					
B4	Hvor ofte bliver ting væk for dig, hjemme eller på arbejdet?					
B5	Hvor ofte bliver du distraheret af aktivitet eller støj omkring dig?					
B6	Hvor ofte forlader du din plads ved møder eller i andre situationer, hvor det forventes, at du bliver siddende?					
B7	Hvor ofte føler du dig rastløs eller har indre uro?					
B8	Hvor ofte har du svært ved at koble fra og slappe af, når du har tid til dig selv?					
B9	Hvor ofte har du på fornemmelsen , at du taler for meget?					
B10	Når du taler med andre, hvor ofte kommer du så til at afslutte deres sætninger, før de selv gør det?					
B11	Hvor ofte har du svært ved at vente, til det bliver din tur?					
B12	Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af noget andet?					
I alt afsnit B (udfyldes af socialarbejderen)						

Spørgsmål vedrørende symptomer på ADHD i barndommen:

"Tænk tilbage på dengang du var mellem 5 og 12 år, da du gik i skole. Oplevede du, at det skete oftere for dig end for de andre børn på samme alder"

1. Ofte vanskeligt ved at koncentrere dig om detaljer, eller lavede du ofte sjuskefejl i dit skolearbejde?
2. Ofte problemer med at koncentrere dig om opgaver og lege?
3. Ofte problemer med uro og rastløshed?
4. Ofte modstand over for opgaver, der krævede vedholdende opmærksomhed?
5. Ofte problemer med at være glemsom i dine daglige aktiviteter?
6. Ofte problemer med at afbryde og forstyrre andre, når de talte?

NEJ	JA

(Kilde: Spørgsmålene er fra Russel Barkleys hurtig test for ADHD – symptomer blandt voksne)

Bilag 4 – Evalueringsdesign og datavurdering

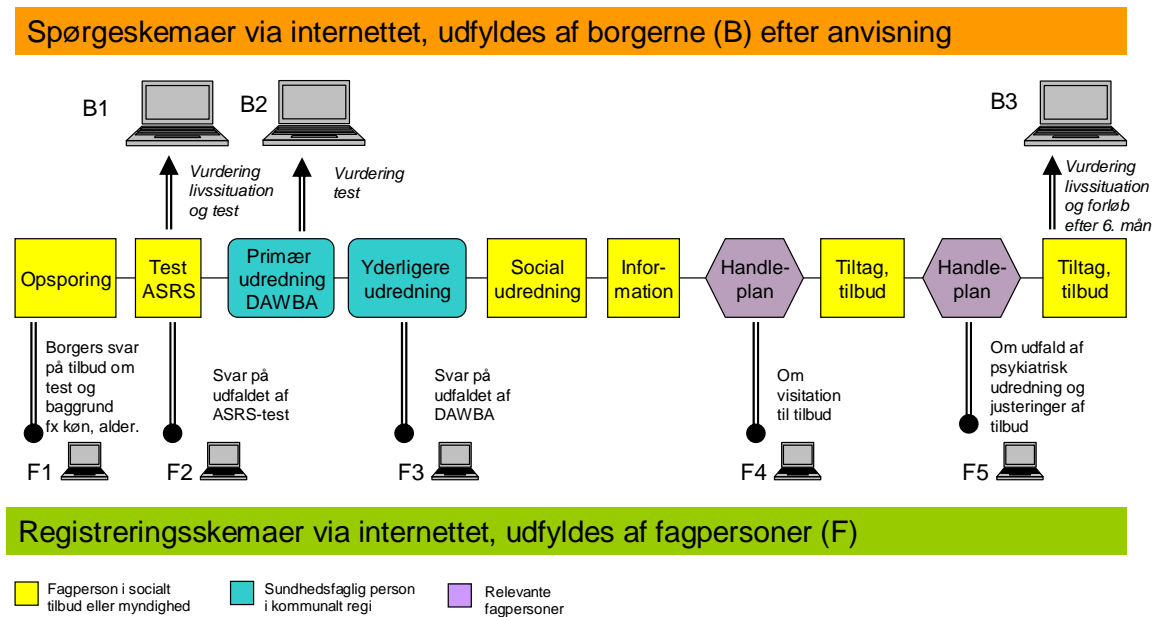
Dataindsamling

Registrering

I projektperioden lavede fagpersoner registreringer af borgere i projektet på forskellige projektrin. Registreringsskemaet havde til formål at dokumentere sagsforløbet hos den enkelte borger med henblik på at kunne måle forandring på borgerniveauet. Registreringsskemaet skulle dokumentere information vedrørende borgerens sociale situation (bolig, misbrug, netværk, beskæftigelse osv.) før og efter opsporingsforløbet samt resultaterne af henholdsvis ASRS, DAWBA, den psykiatriske udredning samt justeringer i indsats og tilbud på baggrund af den sociale udredning.

Borgere i opsporingsprojektet udfyldte korte spørgeskemaer via internettet umiddelbart efter brugen af henholdsvis ASRS og DAWBA samt seks måneder efter, de havde udfyldt ASRS-testen. Fokus var på at dokumentere deres erfaringer med at blive testet samt deres vurdering af egen situation før og efter opsporingen.

Nedenstående figur viser en grafisk fremstilling af dokumentationsforløbet



Interview

Ved projektets start og afslutning er der gennemført interview med fagpersoner involveret i projektet. Interview blev gennemført både som enkelt- og gruppeinterview. Ved projektets afslutning har der i alle interview med opsporingsstederne undtagen fire deltaget minimum to medarbejdere fra hvert sted, ligesom det flere steder har været nødvendigt at slå opsporingsstederne sammen i ét interview.

Både før- og efterinterview har været semi-strukturerede, hvilket betyder, at der har været anvendt en spørgeguide gennem alle interviews. Der har været fire gennemgående temaer i hvert interview, hvorunder der på forhånd var udarbejdet en række spørgsmål. De fire temaer er:

- 1. Viden om ADHD**
- 2. Opsporingsredskaberne ASRS og DAWBA samt forløbsmodellen**
- 3. Den sociale indsats over for borgere med ADHD**
- 4. Samarbejde mellem behandlingspsykiatri og kommune**

Interview med borgere blev gennemført som telefoninterview ved projektets afslutning. Borgerne blev udvalgt tilfældigt mellem dem, som havde opgivet telefonnummer ved registrering. Dog var det en betingelse, at de havde deltaget i DAWBA-testen.

Uddannelse

Uddannelsen blev evalueret ved hjælp af et spørgeskema på internettet, som alle deltagere i uddannelsen blev bedt om at udfylde både før og efter uddannelsesforløbet. Formålet var at måle deltagernes viden om ADHD samt holdninger til opsporing.

I alt var der 71 deltagere i uddannelsen. Af disse udfyldte 90,1 pct. af deltagerne mindst ét af spørgeskemaerne. Dog var det kun 43,7 pct. af deltagerne, som udfyldte begge skemaer. 77,5 pct. udfyldte det første skema, og 59,2 pct. udfyldte det andet skema.

I forhold til udfyldelse af det andet spørgeskema angav syv af deltagerne, at de ikke havde været med til alle undervisningsdage, da de udfyldte spørgeskemaet ved uddannelsens afslutning.

Mødeopsamlinger

Mødeopsamlinger fra koordinatormøder, møde med DAWBA-interviewere og ratere, møder med opsporere indgår som kvalitativt materiale.

Derudover er drøftelser og erfaringsopsamling fra Socialstyrelsens projektgruppe inddraget i evalueringen.

Forbehold ift. datagrundlag

Det er svært helt at afgøre, hvor mange borgere som faktisk har været i berøring med opsporingsprojektet. I bl.a. Slagelse Kommune og i opstarten i Århus Kommune valgte indberetterne ikke at registrere baggrundsdata fra de borgere, som fik et negativt svar

på ASRS. Det vil sige, at der kun er registreret borgere, som fik et positivt svar og derfor gik videre i projektet.

Mange af fagperson-skemaerne er blevet indberettet med tilbagevirkende kraft – dels på grund af en teknisk fejl i opstarten af projektet, dels på grund af opdagede manglende registreringer løbende. Dette påvirker data-validiteten, idet tiden imellem handlingen og registreringen betyder større usikkerhed og afhængighed af menneskelig hukommelse. Dette opvejes til en vis grad af, at flere af de data, der skulle registreres, er data, fagpersonerne har registreret i deres egne sagssystemer.

Et forbehold i forhold til data på borgernes erfaringer med ASRS er, at i Slagelse Kommune blev borgeren først tilbudt at udfylde besvarelsen ca. en uge efter udfyldelse af ASRS-skemaet i forbindelse med et opfølgende møde. Dette betyder for det første, at brugernes evaluering af skemaet ikke er umiddelbar, og for det andet, at borgere, som ikke fik mistanke om ADHD på ASRS ikke vurderede skemaet.

Frafaldsanalyse

Nedenstående tabel viser, hvilken andel datagrundlaget på registrerede borgere udgør af det forventede datagrundlag på baggrund af positive udfald på tidligere test.

Tabel 1: Fagpersoners registrering af borgerforløb

	Dataregistrering i forløb				
	Baggrundsdata	Udfald på ASRS	Udfald på DAWBA (F3)	Ændringer i social indsats før diagnostisk udredning	Udfald af diagnostisk udredning + evt. ændringer i social indsats
Antal borgere med positivt udfald på tidligere test	142	142	110	58	58
Antal borgere i datagrundlag	142	126	84	49	12
Datagrundlag i procent	100 %	89 %	76 %	84 %	21 %

Frafaldsanalyser viser, at den største faktor for frafald er, hvilken kommune borgeren bor i. Det tyder dermed på, at det er problemstillinger ved registreringsproceduren samt tilbagemelding fra psykiatrien i den enkelte kommune, som har størst forklaringskraft frem for karakteristika ved målgruppen. Eksempelvis kunne man have forventet, at meget udsatte grupper i højere grad ville droppe ud af projektet, hvilket vores data ikke viser.

Frafaldet på registreringer på baggrundsdata til og med registrering af udfald på DAWBA kan primært forklares ved, at medarbejderne ikke har fået registreret det, der er sket i projektet, da det må forventes, at DAWBA-testen er blevet ratet i registreringsperioden. Det kan også tænkes, at borgere selv er stoppet i projektet. Vi har dog ingen kvalitative data, der underbygger dette.

Frafaldet i forhold til ændringer i den sociale indsats og i forhold til udfald på den diagnostiske udredning kan også delvis forklares med manglende registrering. Derudover er der borgere, der er flyttet i løbet af projektet, eller som sagsbehandlere ikke kan få kontakt med. Endvidere har medarbejderne og projektkoordinatorer peget på, at medarbejderne ikke har registreret ændringer i den sociale indsats, fordi der ikke var sket ændringer i den sociale indsats, eller de har afventet svar på den diagnostiske udredning. Det tyder dermed på, at der har været uklarhed i, hvornår registreringen skulle laves, da svaret *ingen ændringer* også skulle registreres. I forhold til udfald på diagnostisk udredning er en forklaring endvidere, at borgeren ikke er endelig udredt ved registreringsperiodens udløb.

Derudover kan der spores en lille forskel i sandsynligheden for at blive udredt socialt. Borgere, som er opsporet i jobcentre, har større sandsynlighed herfor. En forklaring herpå kan være, at jobcentrene har myndighedsfunktion og dermed kompetence til at visitere til tilbud, mens de andre tilbud er leverandører. Dette understøttes af, at der ikke er forskel i forhold til generel gennemførelse eller status i projektet – kun om de har ændringer i den sociale udredning inden diagnostisk udredning.

Frafaldet på antallet af borgerskemaer i forhold til ASRS kan bl.a. henføres til proceduren i Slagelse, hvor der er borgere, der falder ud af projektet på baggrund af negativ ASRS og frafald i tidsspændet mellem fagpersonens registrering af ASRS, og til borgeren indkaldes til møde. Derudover fortæller medarbejdere, at det kunne være en udfordring at fastholde borgernes koncentration ift. udfyldelse af skemaer. Det forholdsvis lave antal svar på 6-månedersopfølgningen kan derudover bl.a. forklares ved, at borgeren ikke længere er tilknyttet det respektive tilbud, og kommunen dermed har svært ved at komme i kontakt med vedkommende, eller at borgeren ikke længere føler sig forpligtet over for den kommunale person og dermed ikke ønsker at deltage. Tidsspændet på 6 måneder kan endvidere betyde, at projektet for borgeren opleves som langt væk, især hvis der ikke er sket noget for borgeren i projektet, og dermed mindske motivationen til at svare. I nogle tilfælde har medarbejderne formentlig heller ikke har fået fulgt op på borgerne.

ADHD

ny viden – forstærket indsats

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf. 72 42 37 00