

Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Slutrapport

Dato
Oktober 2022

A close-up photograph of a pair of hands gently cupping a small, vibrant green seedling with two leaves and a tiny stem, growing out of a mound of dark, rich soil. The background is dark and out of focus, emphasizing the hands and the plant.

**MODNING AF MODIFICERET ACT-INDSATS TIL
BORGERE MED KOMPLEKSE
PROBLEMSTILLINGER**

AFSLUTTENDE EVALUERINGSRAPPORT

INDHOLD

1.	Indledning	2
1.1	Evalueringens formål	3
1.2	Læsevejledning	4
2.	Sammenfatning	5
2.1	Hvad viser evalueringen om indsatsens implementering?	5
2.2	Hvad viser evalueringen om indsatsens målgruppe?	6
2.3	Hvad viser evalueringen om indsatsens resultater?	6
2.4	Hvad er indsatsens omkostninger?	7
2.5	Tværgående konklusion	7
3.	Metoder og datakilder	9
3.1	Analysestrategi	9
4.	Implementering af en M-ACT-indsats	10
4.1	Indsatsens implementeringskonktekst	10
4.2	Implementering af den samlede indsats	12
4.3	Centrale implementeringsforudsætninger	20
4.4	Delkonklusioner for implementeringsevalueringen	23
5.	Karakteristik af indsatsens målgruppe	25
5.1	Borgernes demografiske og socioøkonomiske karakteristika	26
5.2	Viden om borgernes udfordringer	28
5.3	Delkonklusion	30
6.	Indsatsens resultater	31
6.1	Resultater for borgerne	31
6.2	Organisatoriske resultater	41
6.3	Delkonklusion	44
7.	Økonomisk analyse	45
7.1	Omkostningsvurderingens resultater	46
7.2	Scenarieanalyser i SØM	53
7.3	Delkonklusion	56

Bilag 1 - Metodebeskrivelse

Bilag 2 - Figuroversigt

1. INDLEDNING

Assertive Community Treatment (ACT) er en manual- og evidensbaseret indsats udviklet i USA målrettet udsatte borgere med komplekse problemstillinger. Indsatsen ydes direkte til borgeren af et tværfagligt ACT-team og er intensiv, fleksibel og udgående samt tilpasset borgerens individuelle behov. I Danmark har ACT-indsatsen primært været afprøvet og anvendt på hjemløshedsområdet og i behandlingspsykiatrien. Selvom metoden viser gode resultater for målgruppen, er den ikke særlig udbredt. Det skyldes primært, at indsatsen opleves at være for organisatorisk omfattende og dyr for mindre og mellemstore kommuner at implementere¹.

Som følge af ovenstående igangsatte Socialstyrelsen udviklingen af en modificeret ACT-indsats (M-ACT-indsats) som en del af Udviklings- og Investeringsprogrammet 2019 på voksenområdet. Initiativet følger Social- og Ældreministeriets 'Strategi for udvikling af sociale indsatser' (SUSI)² og er et modningsprojekt. Formålet med projektet har været at skabe en indsats, der bygger på det samme værdigrundlag og flere af kerneelementerne fra den oprindelige ACT-indsats, men som er mere omkostningseffektiv og i højere grad passer ind i kommunernes eksisterende tilbudsvifte. Formålet har endvidere været, at borgere med de mest komplekse problemstillinger modtager en indsats, der forbedrer deres generelle livssituation. Målet har blandt andet være at understøtte, at borgerne får foretaget relevante sociale og sundhedsfaglige udredninger, og at borgerne modtager indsatser, der har en varighed, så der skabes bedring og stabilitet i borgernes liv.

Danske kommuner har haft mulighed for at ansøge om midler til at udvikle og pilotteste M-ACT-indsatsen i perioden 2019-2022. I alt fik tre kommuner tildelt midler. Kommunerne har i samarbejde med Socialstyrelsen, Professionshøjskolen Absalon og Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) arbejdet med at videreudvikle og implementere M-ACT-indsatsen med henblik på et tilvejebringe viden og erfaring, der kan kvalificere indsatsen.

M-ACT-INDSATSENS INDHOLD

M-ACT-indsatsen består af (1) et værdigrundlag og syv kerneelementer, (2) en praksismodel og (3) Én Plan. Værdigrundlaget og kerneelementerne beskriver tilsammen, hvordan og med hvilket mindset M-ACT-indsatsen skal udmøntes i praksis, mens Én Plan og praksismodellen strukturer indsatsens indhold og faglige retning. Praksismodellen, Én Plan og kerneelementerne supplerer derfor hinanden i implementeringen af indsatsen.

Indsatsens værdigrundlag består af recovery, empowerment og social inklusion, mens de syv kerneelementer i indsatsen indebærer, at praksis i en M-ACT-indsats skal være:

1. Individuelt tilrettelagt
2. Intensiv
3. Fleksibel
4. Udgående
5. Tidsbestemt og vedholdende
6. Tværprofessionelt
7. Koordineret.

¹ Jf. Socialstyrelsens opgavebeskrivelse.

² Drejebog for national udvikling af sociale indsatser (Socialstyrelsen, 2020).

1.1 Evalueringens formål

Som led i et modningsprojekt er der gennemført en evaluering, der belyser, om indsatsen ved projektperiodens afslutning lever op til fem kriterier for overgang fra modningsfasen til afprøvningsfasen (jf. SUSI):

- *Indsatsen er færdigudviklet og defineret*; indebærer bl.a., at der foreligger en beskrivelse af indsatsen og kompetencekrav til dens udøvere.
- *Indsatsen er succesfuldt implementeret*; det er påvist, at indsatsen kan fungere i en dansk kommunal kontekst.
- *Indsatsen har lovende resultater*; det er påvist, at indsatsen skaber positive resultater for målgruppen.
- *Indsatsen er ikke urealistisk dyr*; består af en omkostningsvurdering og vurdering af indsatsens økonomiske potentiale.
- *Indsatsen er relevant og efterspurgt*; det er påvist, at indsatsen er relevant og efterspurgt af kommuner.

Afdækningen af kriterierne bidrager tilsammen til en vurdering af, hvorvidt det er lykkedes at udvikle en M-ACT-indsats, der viser lovende resultater, og som både er relevant og levedygtig i en dansk kommunal kontekst. Det første kriterie belyses dog ikke i denne evaluering, men er i stedet udmøntet via en indsatsbeskrivelse, der skildrer, hvordan og med hvilken praksis M-ACT-indsatsen skal omsættes. Indsatsbeskrivelsen kan findes på Socialstyrelsens hjemmeside.

Formålet med evalueringen er derfor dels at dokumentere, hvordan og i hvilken grad indsatsen er blevet implementeret i projektkommunerne, dels hvilke resultater indsatsen skaber. I evalueringen af indsatsens resultater er der i særdeleshed fokus på resultaterne for de borgere, der har modtaget indsatsen, men også hvilke organisatoriske resultater der er blevet skabt ved at arbejde ud fra M-ACT-indsatsen. Sluttelig tilvejebringer evalueringen viden om indsatsens budgetøkonomiske resultater. Evalueringen skal samlet set bidrage til, at kommuner med interesse for M-ACT-indsatsen får et bedre beslutningsgrundlag ift., om de vil implementere indsatsen. Derudover skal evalueringen give videnskabsmæssigt afsæt for en eventuel afprøvning og udbredelse af indsatsen.

De fem overordnede evalueringsspørgsmål i boksen nedenfor bygger bro mellem kriterierne i SUSI og evalueringens formål og fokus.

CENTRALE EVALUERINGS SPØRGSMÅL

- I hvilket omfang er projektkommunerne lykkedes med at implementere M-ACT-indsatsen? Og hvilke faktorer påvirker mulighederne for at implementere M-ACT-indsatsen?
- Hvad kendetegner de borgere, som har modtaget en M-ACT-indsats?
- Hvilke resultater ses der for borgernes livssituation og mestringsevne?
- Er indsatsen relevant og efterspurgt af projektkommunerne?
- Hvad koster det at iværksætte og drifte indsatsen?

Evalueringen er foretaget på tværs af de tre projektkommuner, og den afsluttende evalueringsrapport formidler derfor de centrale tværgående resultater og erfaringer. Undervejs i rapporten skildres projektkommunernes implementeringskontekst, ligesom der fremtrækkes anonymiserede eksempler fra praksis, der nuancerer og understreger særlige opmærksomhedspunkter.

1.2 Læsevejledning

Rapporten består herfra af følgende kapitler:

Kapitel 2 angiver en sammenfatning af evalueringsrapportens hovedkonklusioner. Konkret sammenholdes resultaterne på tværs af de enkelte kapitler.

Kapitel 3 indeholder en kort beskrivelse af analysedesign og de anvendte metoder i undersøgelsen. En uddybende metodebeskrivelse findes i bilag 1.

Kapitel 4 formidler projektkommunernes implementering af indsatsen. Indledningsvis belyser kapitlet projektkommunernes lokale organisering af indsatsen, herunder hvordan implementeringskonteksten varierer på tværs af projektkommunerne. Derefter belyses projektkommunernes implementering af (1) kerneelementerne, (2) Én Plan samt (3) praksismodellen. Kapitlet vurderer derfor tilsammen, i hvilket omfang indsatsen er succesfuldt implementeret i projektkommunerne.

Kapitel 5 giver en karakteristik af målgruppen, som den ser ud, forud for opstart i M-ACT-indsatsen. Konkret optegnes borgernes demografiske og socioøkonomiske karakteristika samt deres udfordringer. Kapitlet afdækker samlet set, hvad der kendetegner de borgere, som modtager en M-ACT-indsats.

Kapitel 6 belyser indsatsens resultater på både borgerniveau og organisatorisk niveau. Kapitlet er således inddelt i to hovedafsnit, der hver for sig belyser, hvorvidt indsatsen imødekommer de forventede borgernære og organisatoriske resultater. Kapitlet vurderer samlet set, om indsatsen skaber lovende resultater for borgere i målgruppen, samt hvorvidt indsatsen er relevant og efterspurgt af projektkommunerne.

Kapitel 7 belyser indsatsens økonomiske potentiale. Mere specifikt belyses resultater fra omkostningsvurderingen samt scenarieanalyse foretaget i SØM.

Bilag 1 viser en oversigt over og beskrivelse af de datakilder, som denne evalueringsrapport bygger på.

Bilag 2 illustrerer de data, som evalueringens vurderinger og konklusioner hviler på.

2. SAMMENFATNING

Dette kapitel fremhæver de mest centrale resultater fra evalueringen og sammenholder disse i en afsluttende tværgående konklusion.

2.1 Hvad viser evalueringen om indsatsens implementering?

Evalueringen viser, at projektkommunerne i nogen grad har implementeret M-ACT-indsatsen. Mens projektkommunerne i relativ høj grad har implementeret indsatsens kerneelementer og værdigrundlag, har projektkommunerne kun i mindre grad implementeret Én Plan og praksismodellen. Analysen viser derudover, at syv organisatoriske forudsætninger har afgørende betydning for, at M-ACT-indsatsen implementeres metodelojalt og med høj kvalitet. De organisatoriske forudsætninger er:

1. Tre kernefunktioner og en teamkoordinator

M-ACT-teamet skal sammensættes, så det som minimum består af tre kernefunktioner: (1) en social og praktisk støtte, (2) en specialiseret helbredsindsats og (3) en administrativ støtte. Derudover skal der indgå en teamkoordinator i M-ACT-teamet.

2. Ledelsesmæssigt fokus på at fremme det tværprofessionelle samarbejde i teamet

Teamkoordinatoren skal have fokus på at fremme det tværprofessionelle samarbejde i teamet samt understøtte M-ACT-teamet som lærende praksisfællesskab. Teamkoordinatoren er yderligere ansvarlig for, at Én Plan og praksismodellen benyttes systematisk, samt at M-ACT-teamet arbejder metodelojalt med kerneelementerne og indsatsens værdigrundlag.

3. Etableringen af systematik og struktur for koordination

Implementeringen af indsatsen kalder på et øget fokus på at skabe systematik og strukturer, der sikrer effektivt samarbejde og god koordination på tværs af indsatser. Dette forudsætter blandt andet formaliserede samarbejdsaftaler.

4. Medarbejdernes viden og kompetencer til at kunne praktisere indsatsen

Medarbejderne i teamet skal både kunne arbejde med indsatsens delelementer samt have viden om og kunne støtte borgere i udsatte positioner gennem en udgående funktion. Derudover skal medarbejderne kunne arbejde fleksibelt med egen faglighed og kunne indgå i et tværprofessionelt team.

5. Teamets størrelse og antal timer allokeret til M-ACT-indsatsen

Medarbejdernes timeantal i indsatsen skal afgøres på baggrund af den konkrete målgruppe for indsatsen, dennes karakteristika og målgruppens størrelse. Med afsæt i målgruppen kan de mest relevante parter i indsatsen identificeres med henblik på at skabe den korrekte sammensætning af fagligheder i M-ACT-teamet. Derudover skal det sikres, at M-ACT-teamet har et caseload, der understøtter, at de kan udmønte metoden med fidelitet og høj kvalitet.

6. Et fælles mødested og samlingspunkt for M-ACT-teamet

Implementeringen af indsatsen forudsætter, at M-ACT-teamet har et fælles mødested dedikeret til arbejdet med M-ACT-indsatsen. Et fælles mødested understøtter fx uformel sparring i det daglige, ligesom det bidrager til at skabe en samhørighedsfølelse blandt teammedarbejderne. Yderligere afføder et fælles samlingspunkt mere effektive arbejdsgange, da teamet i mindre grad skal benytte formelle sparringsrum til at sikre videndeling.

7. **Fleksibilitet i tilrettelæggelsen af teamets arbejde**

M-ACT-medarbejderne skal have fleksibilitet til selv at kunne tilrettelægge deres tid og arbejdsopgaver. Derudover er det vigtigt, at der opnås den nødvendige fleksibilitet i rammerne omkring indsatsen, selvom nogle medarbejdere ikke indgår på fuld tid i indsatsen.

2.2 **Hvad viser evalueringen om indsatsens målgruppe?**

Borgerne i indsatsen består af socialt udsatte voksne med flere komplekse problemstillinger. Målgruppen er desuden kendetegnet ved ikke at drage nytte af behandling og/eller støtte fra ordinære tilbud i kommunen såvel som regionen. Dette kan blandt andet ses ved, at flere borgere i målgruppen tidligere har modtaget hjælp og/eller behandling fra ordinære tilbud (fx hospital og kommunale støtteindsatser), men stadig oplever svære sociale problemstillinger. Endelig mangler halvdelen af borgerne (svarende til 20 borgere) at få foretaget en socialfaglig udredning ved indsatsens opstart, ligesom 28 borgere (svarende til 70 pct.) mangler at få foretaget en sundhedsfaglig udredning. Borgernes udfordringer betyder, at de har behov for en tværfaglig, udgående og helhedsorienteret indsats bestående af som minimum M-ACT-teamets tre kernefunktioner samt relevant udredning.

2.3 **Hvad viser evalueringen om indsatsens resultater?**

Evalueringen giver samlet set indikationer på lovende resultater for de borgere, der har indgået i M-ACT-indsatsen. Evalueringen viser konkret:

- At borgerne oplever en bedring i deres livssituation samt øget stabilitet i deres tilværelse, ligesom de tager mange små skridt på vejen mod recovery.
- At medarbejderne vurderer, at borgernes funktionsevne og livskvalitet øges, ligesom deres tillid til både kommunen og øvrige hjælpe- og behandlingssystemer styrkes. Yderligere formår projektkommunerne at hjælpe borgere, som de tidligere har haft svært ved at skabe stabil kontakt til samt imødekomme.
- At cirka halvdelen af borgerne modtager en social- og/eller sundhedsfaglig udredning i løbet af projektperioden. Den kvantitative analyse viser yderligere, at cirka halvdelen af de borgere, som ikke er blevet udredt i løbet af projektperioden, ej heller er blevet udredt forud for indsatsen. Derudover kan det ses, at cirka halvdelen af de borgere, som mangler at få foretaget en sundhedsfaglig og/eller socialfaglig udredning fortsætter i indsatsen efter projektperiodens ophør. Ovennævnte indikerer derfor, at udredningsarbejdet typisk finder sted sent i borgernes M-ACT-forløb – også senere end længden på projektperioden.
- At indsatsens kernelementer har en positiv betydning for borgernes recovery-proces.

Evalueringen peger på, at indsatsens varighed har afgørende betydning for borgernes langsigtede resultater. Fx har det inden for rammerne af projektperioden³ kun været muligt at arbejde med de helt små skridt i borgernes recovery-proces, hvorfor der stadig er et stykke vej, før borgernes mere langsigtede mål imødekommes.

Ses der nærmere på indsatsens organisatoriske resultater, viser evalueringen, at to projektkommuner indfrier målet om at yde en helhedsorienteret indsats på tværs af det specialiserede og almene område for borgerne. Derudover har projektkommunerne i forskelligt omfang etableret et forpligtende samarbejde med relevante aktører.

På baggrund af viden om indsatsens implementering og resultater, er det evaluators vurdering, at M-ACT-indsatsen har en høj grad af relevans. Evalueringen viser fx, at indsatsen imødekommer målgruppens behov og supplerer den kommunale tilbudsvifte på meningsfuld vis.

³ Den første borger blev indregistreret i indsatsen den 27.10.2020, mens den sidste borger blev indregistreret den 27.4.2022. Projektperioden blev afsluttet ultimo juni 2022.

2.4 Hvad er indsatsens omkostninger?

Omkostninger forbundet med M-ACT-indsatsen består af etablerings- og driftsomkostninger. I indeværende analyse har det dog kun været muligt at kvantificere kommunernes driftsomkostninger.

Etableringsudgifterne vil afhænge af, hvad kommunen i forvejen har til rådighed, og hvordan kommunen vælger at tilrettelægge indsatsen. Som en del af etableringen bør kommunerne afsætte ressourcer ifm. ansættelse af medarbejdere til teamet, hvorefter medlemmerne af teamet skal lære hinanden at kende ligesom det er relevant, at teamet lærer om og arbejder med relationel koordinering. Derefter bør der afsættes ressourcer til kompetenceudvikling af medarbejderne, der skal varetage M-ACT-indsatsen. Endeligt bør der anskaffes lokaler, materialer mv. ifm. driften af indsatsen.

Den økonomiske analyser viser, at indsatsen på tværs af de tre projektkommuner i gennemsnit har kostet 104.000 kr. pr. borger pr. år. Kommunernes driftsomkostninger varierer mellem 78.000 kr. årligt pr. borger og 121.000 kr. årligt pr. borger. Driftsomkostningerne er baseret på de kvantificerbare omkostninger. Dertil skal de kvalitativt beskrevne etableringsomkostninger betragtes. Sammenlignet med den almindelige ACT-indsats, som er opgjort til ca. 140.000 kr.⁴, indikerer resultaterne dermed, at de årlige omkostninger pr. borger til den modificerede ACT-indsats er mindre end til den almindelige ACT-indsats.

Der er endnu ikke viden om, hvordan borgerne udvikler sig på længere sigt som følge af indsatsen, og det har dermed heller ikke været muligt at fastsætte en succesrate, der angiver, hvor stor en andel af deltagerne i M-ACT, der opnår indsatsens effektmål samt hvilke budgetøkonomiske konsekvenser, det har fremadrettet. Her er der i stedet beregnet seks scenarier, som er baseret på seks forskellige målgrupper, der hver især minder om målgruppen for M-ACT. I fem af de seks scenarier resulterer indsatsen i et negativt samlet budgetøkonomisk nettoresultat.

Det er dog vigtigt ikke kun at kigge på de budgetøkonomiske resultater, når der skal vurderes, hvorvidt der skal investeres yderligere i indsatsen. Evalueringens resultater indikerer lovende resultater for de borgere, der har været en del af indsatsen, når man betragter borgernes livssituation og stabilitet i tilværelsen. Medarbejderne vurderer ligeledes, at borgernes funktionsevne og livskvalitet øges ligesom borgernes tillid til både kommunen og øvrige hjælpe- og behandlingssystemer styrkes. Sidstnævnte kan særligt være med til at nedbringe de offentlige udgifter til borgerne, fordi borgerne i så fald vil dukke op til aftalte møder og aftaler. Kommunerne oplever yderligere, at de kan hjælpe borgere, som de tidligere ikke er lykkedes med at håndtere og imødekomme.

Disse resultater har gjort, at samtlige tre kommuner har valgt at videreføre indsatsen fremadrettet efter projektperiodens udløb. Det må antages, at kommunerne dermed har vurderet, at der er et rimeligt forhold mellem M-ACT-indsatsens omkostninger og de resultater, de har set for borgerne i indsatsen.

2.5 Tværgående konklusion

Evalueringen viser samlet set, at M-ACT-indsatsen:

- Kan implementeres i en dansk kommunal kontekst, hvis de rette, organisatoriske forudsætninger er til stede.

⁴ Ifølge oplysninger fra Københavns Kommune, som også anvender klassisk ACT-indsats.

- Imødekommer en målgruppe, som kommunerne tidligere har haft svært ved at få kontakt til og tage imod indsatser.
- Skaber lovende resultater for borgere i målgruppen.
- Er relevant og efterspurgt.
- Er mere omkostningseffektiv end den klassiske ACT-indsats.

Ses der på tværs af evalueringens delkonklusioner, fremgår der en sammenhæng mellem indsatsens implementeringsgrad i de tre projektkommuner og indsatsens resultater. Evalueringen peger fx på, at en høj implementeringsgrad i projektkommunerne har betydet, at borgerne i praksis oplever at modtage en helhedsorienteret og koordineret indsats, der tager afsæt i deres individuelle ønsker, drømme og håb. Det er derfor evaluators vurdering, at indsatsens borgernære resultater med stor sandsynlighed er fremkommet gennem projektkommunernes arbejde med indsatsen. I den forbindelse er det imidlertid vigtigt at fremhæve, at indsatsens syv organisatoriske forudsætninger skal være til stede for, at M-ACT-indsatsen kan forventes at tilvejebringe lovende resultater for borgere i målgruppen. I én projektkommune har teamet fx manglet én kernefunktion, hvilket har betydet, at borgerne i mindre grad har oplevet at modtage en helhedsorienteret og tværprofessionel støtte af M-ACT-teamet.

Som tidligere nævnt giver evalueringen indikationer på lovende resultater for de borgere, der har indgået i M-ACT-indsatsen. Det betyder også, at det gennem M-ACT-indsatsen har været muligt både at fastholde og skabe positive resultater for en gruppe af borgere, som ikke tidligere har profiteret af ordinære indsatser i hhv. kommunalt og regionalt regi. Evaluator vurderer derfor, at M-ACT-indsatsen har potentiale til både at kunne rumme samt skabe bedring og stabilitet for udsatte borgere med komplekse problemer.

Samtidig peger evalueringen dog på, at det gennem projektperioden kun har været muligt at arbejde med de helt små skridt i borgernes recovery-proces, hvorfor flere borgere fortsat oplever svære sociale- og sundhedsmæssige problemstillinger ved projektperiodens afslutning. Forskning på området viser imidlertid, at små skridt eller en opbremsning af en negativ udvikling typisk udgør de første tegn på en mere stabil, positiv udvikling for borgere i udsatte positioner på længere sigt⁵. Det er derfor forventningen, at borgerne vil opleve en tiltagende bedring i deres samlede livssituation, når indsatsen ikke afgrænses til en projektperiode på halvandet år.

Selvom M-ACT-indsatsen har lovende resultater, er det svært at vurdere, hvorvidt disse står i et rimeligt forhold til indsatsens omkostninger. Det skyldes, at der ikke er gennemført en effektevaluering af M-ACT-indsatsen. Fremover vil det derfor være en fordel at gennemføre en større afprøvning med længere løbetid for indsatsen. Det vil give bedre forudsætninger for at evaluere indsatsens effektivitet. Det er dog vigtigt at nævne, at projektkommunerne fortsat finder indsatsen interessant og relevant efter projektperiodens ophør. Således har alle tre projektkommuner tilkendegivet ønske om at forankre indsatsen efter projektets udløb, ligesom to af projektkommunerne har fundet finansiering til dette. Ud fra den betragtning må det antages, at projektkommunerne finder forholdet mellem indsatsens resultater og omkostninger rimeligt.

⁵ VIVE (2017): Evaluering af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug; Pedersen M.U. & M. Hesse (2012): Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling. Århus: Center for Rusmiddelforskning.; Tylstrup, B. (2012): God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres. København.

3. METODER OG DATAKILDER

Resultater og erfaringer i denne afsluttende evalueringsrapport er tilvejebragt gennem en bred vifte af metoder og datakilder, der både har kvalitativ og kvantitativ karakter. I bilag 1 fremgår en mere detaljeret uddybning af evalueringens metoder og datakilder.

Analysen af **indsatsens implementering** i projektkommunerne er baseret på løbende fidelitetsmålinger samt måleredskabet Brief INSPIRE⁶. Brief INSPIRE måler borgernes oplevelse af støtte til deres recovery-proces og kan derfor indfange, hvorvidt indsatsens værdigrundlag er implementeret som intenderet. De kvantitative data suppleres af viden fra interviews med både ledere og medarbejdere fra de tre M-ACT-teams. Den kvalitative empiri belyser konkret, hvilke implementeringsgreb der hhv. har fremmet og hæmmet implementering i projektkommunerne, samt hvilke forudsætninger og vilkår der skal være til stede for, at indsatsen kan implementeres med høj kvalitet i projektkommunerne.

Karakteristikken af borgere i målgruppen er foretaget gennem baggrundsmålinger, gennemført når borgerne opstarter i M-ACT-indsatsen, samt registerdata. Karakteristikken består desuden af indsigter fra de narrative forløbsinterviews med udvalgte borgere i målgruppen.

Analysen af **indsatsens resultater** er ligeledes gennemført via både kvalitative og kvantitative datakilder. De kvantitative datakilder består af et progressionssskema, som afdækker borgernes små skridt på vejen mod en bedre livssituation samt en før- og eftermåling, der belyser udviklingen i borgernes livssituation gennem to outcome-måleredskaber; Brief INSPIRE-O og General Self-efficacy Scale (GSE)⁷. Brief INSPIRE-O måler recovery på fem dimensioner for personlige recovery-processer (forbundethed med andre, håb og fremtidsoptimisme, positiv identitet, mening i tilværelsen samt empowerment), mens GSE måler borgerens selvvaluerede mestringsevne. Derudover anvendes medarbejdernes vurdering af borgernes funktionsniveau til yderligere at indkredse indsatsens virkning for borgerne. De kvalitative data om indsatsens resultater er blevet indsamlet gennem interviews med M-ACT-teams samt narrative forløbsstudier med udvalgte borgere. De narrative forløbsstudier bidrager konkret med et dybdegående indblik i udviklingen af borgerens mestring af hverdagslivet, udviklingen i borgerens livssituation, samt hvilken betydning de forskellige kernelementer har for borgerens oplevede udbytte.

Evalueringsens **økonomiske analyse** består af en potentialeberegning og en omkostningsvurdering. Omkostningsvurderingen afdækker indsatsens etablerings- og driftsomkostninger og suppleres af scenarieanalyser. Omkostningerne er blevet beregnet via Socialstyrelsens omkostningsmodel, mens scenarieanalyserne er blevet udført i SØM.

3.1 Analysestrategi

I evalueringen **triangleres** de kvantitative og kvalitative data. Formålet med metodetriangleringen er at sammenligne de to typer af empiri med hinanden for derigennem at opnå en mere dækkende og valid viden om M-ACT-indsatsens implementerbarhed og resultater. Konkret anvendes de kvantitative datakilder til at opnå et overblik over projektkommunernes implementering af indsatsen og indsatsens resultater, mens de kvalitative data benyttes til både at uddybe, nuancere og validere de sammenhænge, der findes i den kvantitative analyse. I evalueringen anses den kvalitative empiri derfor som lige så væsentlig for belysningen af indsatsens implementerbarhed og resultater som den kvantitative empiri.

⁶ Brief INSPIRE er valideret i England og oversat til dansk. Se mere her: [INSPIRE - Research into Recovery](#).

⁷ GSE ([General Self Efficacy Scale \(GSE\) - Evaluating wellbeing \(whatworkswellbeing.org\)](#)) er valideret i en dansk kontekst, mens Brief INSPIRE-O er valideret i England og oversat til dansk ([INSPIRE - Research Into Recovery](#)).

4. IMPLEMENTERING AF EN M-ACT-INDSATS

Som tidligere nævnt består M-ACT-indsatsen af (1) et værdigrundlag og syv kerneelementer, (2) en praksismodel og (3) en Én Plan. Værdigrundlaget og kerneelementerne beskriver tilsammen, hvordan og med hvilket mindset M-ACT-indsatsen skal udmøntes i praksis, mens praksismodellen og Én Plan understøtter et systematisk fokus på borgernes recovery-proces og strukturerer indholdet i indsatsen. Kerneelementerne og værdigrundlaget, praksismodellen og Én Plan supplerer derfor hinanden i implementeringen af indsatsen og er alle vigtige for, at indsatsen kan siges at være implementeret med loyalitet og kvalitet.

Dette kapitel belyser, i hvilken udstrækning projektkommunerne har implementeret M-ACT-indsatsen. Kapitlet indledes med en præsentation af indsatsens implementeringskontekst i projektkommunerne. Derefter belyser kapitlet, hvorvidt medarbejderne oplever at have de nødvendige kompetencer, metoder og redskaber til at kunne udmønte indsatsen i praksis. Herefter belyses, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret indsatsen samt drivkræfter og barrierer relateret til implementeringsarbejdet. Slutteligt illustrerer kapitlet de organisatoriske forudsætninger, som har betydning for, at indsatsen kan siges at være implementeret metodelojalt og med høj kvalitet.

Kapitlets konklusioner er baseret på samlede analyser af flere datakilder. Datakilderne omfatter projektkommunernes vurdering af kvaliteten af arbejdet med M-ACT-indsatsen (fidelitetsmålinger), borgernes oplevelse af, hvorvidt indsatsen er recovery-orienteret (målt via måleredskabet Brief INSPIRE) samt kvalitative interviews med henholdsvis medarbejdere, projektledere, ledere og borgere i de tre projektkommuner.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Den tværgående analyse viser, at projektkommunerne **i nogen grad har implementeret M-ACT-indsatsen**. Mens projektkommunerne i relativ høj grad har implementeret indsatsens kerneelementer og værdigrundlag, har projektkommunerne kun i mindre grad implementeret Én Plan og praksismodellen.

Analysen peger på, at omfanget af **ledelse, organisering og medarbejdernes kompetencer** har indvirket på implementeringen af indsatsen. Fx har implementeringen været mest vellykket i de projektkommuner, hvor ledelsen har haft fokus på at understøtte indsatsens faglige retning og det tværprofessionelle samarbejde. Tilsvarende er det en fordel, hvis projektkommunerne har organiseret sig med samarbejdsaftaler til relevante samarbejdspartnere. Og slutteligt er det en forudsætning, at medarbejderne i teamet har kompetencer til at arbejde med indsatsens forskellige dele i praksis.

4.1 Indsatsens implementeringskontekst

I dette afsnit skitseres projektkommunernes implementeringskontekst ift. organisering, ledelse, kompetencer og målgruppe. Projektkommunerne introduceres enkeltvis, da rammerne for indsatsen har været forskellig i de enkelte projektkommuner. I de følgende afsnit vil projektkommunernes implementering af indsatsen dog blive behandlet under en samlet tværgående analyse. Både i nærværende afsnit, og i evalueringen i øvrigt, er projektkommunernes navne ændret til *kommune 1*, *kommune 2* samt *kommune 3* som led i en anonymisering.

Kommune 1

Indsatsen i kommune 1 er organiseret som et samarbejde mellem kommune og region. Det organisatoriske ansvar ligger hos *Myndighed og tværgående udvikling*, som er en afdeling, der har et særligt kordinerende ansvar for borgere, der har mange indgange på tværs af kommunen.

I kommune 1 er både projektleder og projektejer involveret i M-ACT-indsatsen. Projektejer er overordnet ansvarlig for projektet og er tilknyttet kommunen, mens projektleder har den daglige ledelse af projektet og er tilknyttet regionen. Rollefordelingen mellem projektleder og projektejer har været tydelig, og projektlederen har kunnet sparre med projektejeren efter behov.

Teamet består af en projektleder, som også fungerer som psykiatrisk sygeplejerske i teamet, to bostøttemedarbejdere fra socialpsykiatrien, en socialrådgiver fra myndighed samt en social- og sundhedsassistent fra kommunens udsatte-team. Projektlederen er samlet tilknyttet M-ACT-indsatsen 15 timer ugentligt, fordelt på både projektledelse og konkret arbejde med indsatsen. Bostøttemedarbejderne og social- og sundhedsassistenten er som udgangspunkt tilknyttet M-ACT-indsatsen 21 timer ugentligt. Socialrådgiveren er i løbet af projektperioden gået fra 21 timer til to timer ugentligt grundet medarbejderudskiftning. Alle i teamet har stor erfaring med målgruppen inden for deres respektive fagområder. Teamet har samlet dermed ugentligt ca. 80 timer tilknyttet til indsatsen, hvor 73 timer går til udførelse af indsatsen og de resterende ca. syv timer går til projektledelse og teamkoordinering. Teamet har fremadrettet et samlet caseload på 15 borgere. Per udførende fuldtidsansat har teamet dermed et beregnet caseload på ca. otte borgere. Teamet mødes fast mandag og onsdag i et fælles lokale.

I denne kommune er målgruppen defineret som borgere mellem 25 og 60 år, som har komplekse problemstillinger, og som er kendt på tværs af de kommunale indsatser. Borgerne skal desuden have behov for hjælp fra flere indsatser samtidigt samt have et ustabil fremmøde i eksisterende hjælpesystemer. Derudover skal borgerne have psykiatriske og sociale problemer (fx ift. boligsituation, tilknytning til arbejdsmarkedet eller manglende kontakt til sociale relationer).

Kommune 2

Indsatsen i kommune 2 er organiseret i en særlig hjemløseafdeling. Projektejer har haft ansvaret for at skabe synlighed omkring indsatsen blandt relevante samarbejdspartnere, hvorimod projektleder har været faglig ansvarlig for både indsatsen og teamet. Der har derfor været en tydelig rollefordeling mellem projektejer og projektleder.

Teamet består af én projektleder, der er ansat ca. 12 timer ugentligt i M-ACT-indsatsen, to bostøttemedarbejdere, som arbejder fuld tid med indsatsen samt en psykiatrisk sygeplejerske og en sagsbehandler, som begge er ansat 18,5 timer ugentligt i M-ACT-teamet. Alle i teamet har kendskab til målgruppen på tværs af de forskellige fagområder. Teamet har dermed samlet ugentligt ca. 123 timer tilknyttet indsatsen, hvor 111 timer går til udførelse af indsatsen og de resterende 12 timer går til projektledelse og teamkoordinering. Teamet har fremadrettet et samlet caseload på 16 borgere. Per udførende fuldtidsansat har teamet dermed et beregnet caseload på ca. fem borgere.

Teamet har et ugentligt teammøde, og derudover har de fire behandlingsmøder om året, hvor de internt i teamet drøfter borgernes mål og planer. Tilmed har de socialpædagogiske sparringsmøder hver anden uge med fokus på den individuelle tilrettelæggelse hos borgerne. Da kommune 2 i forvejen har en ACT-indsats i kommunen, har fokus for nærværende indsats primært været udredende.

Målgruppen for indsatsen i kommune 2 er borgere over 18 år med komplekse støttebehov, som ikke profiterer af eksisterende støtte- og behandlingstilbud. Borgerne skal i et vist omfang være kendt af det eksisterende behandlingssystem samt have behov for en tværfaglig indsats. Borgerne forventes yderligere at have misbrugsproblemer og/eller psykiske vanskelighed.

Kommune 3

Indsatsen har været organiseret i *Social og Handicap*, som er placeret under myndighed, men er i løbet af projektperioden blevet flyttet til en afdeling i socialpsykiatrien, hvorfra der i forvejen tilbydes socialpædagogisk støtte, samværstilbud samt læringsforløb til sindslidende eller socialt udsatte borgere. Årsagen til denne omorganisering har dels været, at målgruppen kan være afvisende overfor en myndighedsperson, dels at medarbejderne i udfører-leddet er vant til at arbejde med bostøtte og kontakt med den pågældende målgruppe. Erfaringen fra kommune 3 er derfor, at det er afgørende, at indsatsen implementeres i udfører-leddet.

Ved projektperiodens start bestod M-ACT teamet af en socialrådgiver, der var tilknyttet indsatsen 10 timer ugentligt, to socialfaglige medarbejdere, som delte en fuldtidsstilling, samt en sygeplejerske, der var ansat fire timer ugentligt. Efter omorganiseringen blev sygeplejerskernes timeantal øget til 15 timer, og medarbejderne i teamet blev udskiftet. Det har dog ikke været muligt at besætte stillingen som sygeplejerske i teamet. Teamet har derfor udelukkende bestået af en socialrådgiver, socialfaglige medarbejdere og en projektleder. Der er samlet ugentligt ca. 62 timer tilknyttet indsatsen, hvor 47 timer går til udførelse af indsatsen og de resterende 15 timer går til projektledelse og teamkoordinering. Efter omorganisering har kommunen derfor ikke formået at genetablere et M-ACT-team med de tre kernefunktioner. Teamet regner fremadrettet med at have et samlet caseload på otte borgere med den teamsammensætning, de har nu. Per udførende fuldtidsansat har teamet dermed et beregnet caseload på ca. seks borgere.

I starten af projektperioden var hverken projektlederen eller projektejerens tilknyttet teamet. I stedet var ledelsen organiseret således, at det overordnede ledelsesansvar var placeret hos projektejer, mens projektlederen havde en administrativ rolle i forhold til udarbejdelse af projektbeskrivelser, indsatsbeskrivelse, mødeplanlægning og -forberedelse, afrapportering m.m. I praksis betød det, at teamet ikke havde en egentlig teamkoordinator.

Efter omorganiseringen er lederen af afdelingen i socialpsykiatrien blevet ny projektejer og har ageret leder af den faglige indsats i teamet. Projektejeren har fx deltaget i teammøder, sparret med teamet om indsatsens faglige retning og været ansvarlig for det tværgående samarbejde i M-ACT-teamet.

Målgruppen i kommune 3 er borgere over 25 år, som har komplekse sociale problemstillinger. Derudover er målgruppen kendetegnet ved ofte at have udeblivelser, når de bliver indkaldt til møder i diverse sektorer. Slutteligt skal borgerne have behov for en tværfaglig indsats.

4.2 Implementering af den samlede indsats

Dette afsnit belyser, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret M-ACT-indsatsen. Derudover optegner afsnittet drivkræfter og barrierer tilknyttet projektkommunernes implementeringsarbejde. Afsnittet baserer sig på samlede analyser af projektkommunernes selvvalgte fidelitetsmål, indsigter fra den kvalitative empiri samt borgernes oplevelse af støtte til recovery, målt via det validerede måleredskab Brief INSPIRE.

4.2.1 Kompetencer, metoder og redskaber til at implementere indsatsen

Projektkommunernes implementering af indsatsen kræver, at medarbejderne i M-ACT-teamet har tilegnet sig de nødvendige kompetencer, metoder og redskaber til at kunne udmønte

kerneelementerne og værdigrundlaget i praksis. Derudover er det en forudsætning, at M-ACT-teamet har forståelse for og viden om, hvorfor kerneelementerne er vigtige for indsatsen.

Den tværgående analyse viser, at de tre M-ACT-teams i høj grad mener at have de nødvendige forudsætninger for at kunne implementere indsatsens kerneelementer og værdigrundlag, idet de både vurderer, at de har tilstrækkelig viden, kompetencer og redskaber.

Data fra den seneste fidelitetsmåling⁸ viser fx, at de tre M-ACT-teams i meget høj grad oplever at have **viden** om, hvorfor kerneelementerne er vigtige for M-ACT-indsatsen (se figur A i bilag 2). Tilsvarende udtrykker hovedparten af medarbejderne i de kvalitative interviews forståelse for, hvorfor, samt en enighed i, at kerneelementerne er vigtige for indsatsen.

De tre M-ACT-teams vurderer ydermere, at de i høj grad har de **nødvendige kompetencer** til både at praktisere indsatsens værdigrundlag (se figur B i bilag 2) og kerneelementer (se figur C i bilag 2). Kun ved kerneelement 5: "Tidsubestemt og vedholdende" oplever ét M-ACT-team at mangle kompetencer til at kunne efterleve kerneelementets princip (gennemsnitsscore på 3,7 på en fidelitets skala fra et til fem). Situationen for denne projektkommune er imidlertid, at teamet ikke har vidst, om indsatsen skulle forankres efter projektperiodens ophør, hvorfor teamet i mindre grad har følt sig klædt på til at arbejde tidsubestemt med borgernes støttebehov.

Den tværgående analyse viser slutteligt, at de tre M-ACT-teams i høj grad har de tilstrækkelige **metoder og redskaber** til at kunne udmønte kerneelementerne (se figur D i bilag 2). I to projektkommuner oplever medarbejderne dog, at de i et vist omfang mangler værktøjer til at vurdere, hvornår M-ACT-indsatsen skal afsluttes, og der kan brobygges til en ny indsats. Dette kan være et udtryk for, at praksismodellens dele ikke er tilstrækkeligt implementeret i nærværende projektkommuner (se uddybning i afsnit 4.2.4). Fidelitetsgennemsnittet er derfor lidt lavere for dette kerneelement (gennemsnitsscore på 3,7) sammenlignet med scoren for de øvrige kerneelementer (gennemsnitsscore på mellem 4,3 og 5).

I de kvalitative interviews fremhæves **uddannelse og oplæring** som væsentlige drivkræfter for, at medarbejderne har det nødvendige kompetenceniveau til at implementere indsatsens kerneelementer og værdigrundlag⁹. Selvom flere af medarbejderne har beskæftiget sig med fx recovery og empowerment inden opstarten af M-ACT (blandt andet som medarbejdere i §85-bostøtten), vurderer størstedelen, at de forskellige sessioner med metodesupervision i projektet har styrket deres forudsætninger for og kompetencer til at arbejde med indsatsen i praksis. Derudover har metodeundervisningen introduceret nye redskaber, som projektkommunerne aktivt har kunnet anvende i deres udmøntning af kerneelementerne. I én kommune savner medarbejderne dog yderligere opkvalificering i, hvordan de skal understøtte borgernes **sociale inklusion**. Ifølge medarbejderne mangler de både et overblik over, hvilke fællesskaber der kan brobygges til, samt hvordan de kan understøtte borgernes deltagelse i positive netværk. For at styrke borgernes sociale inklusion er det derfor

CITAT: "Vi mangler viden om, hvordan vi styrker borgernes sociale inklusion. Mange af borgerne sidder med en ensomhedsproblematik, og her ved vi ikke rigtigt, hvad vi skal gøre. Vi mangler simpelthen et overblik over, hvilke øvrige tilbud der findes, og vi mangler viden om, hvordan de bliver en del af de tilbud, som de savner i deres liv."

Medarbejder fra M-ACT-team

⁸ Fidelitetsmålingen blev udfyldt af projektkommunerne i perioden maj-juni 2022.

⁹ Som led i at sikre M-ACT-teamene de nødvendige kompetencer, har medarbejderne modtaget kompetenceudvikling og metodesupervision i løbet af projektperioden af Professionshøjskolen Absalon. Mens kompetenceudviklingen havde fokus på at give en indføring i perspektiver og kerneelementer i M-ACT-metoden, havde supervisionen fokus på at udvikle projektkommunernes praksis gennem småskalaførøb og refleksion over konkrete situationer og tiltag relateret til M-ACT-metoden.

vigtigt, at medarbejderne har kendskab til og viden om kommunens eksisterende tilbudsvifte og øvrige relevante tilbud (fx indsatser i frivilligt regi) samt kan understøtte borgernes deltagelse i de aktiviteter, som borgerne finder meningsfulde.

Én ting er imidlertid at tilegne sig viden, kompetencer og redskaber til at kunne arbejde med kerneelementerne og værdigrundlaget. Noget andet er at bringe denne viden i spil i hverdagen. For at arbejde med M-ACT-indsatsen kræver det, at M-ACT-teams efterlever kerneelementernes principper i deres samarbejde med borgerne samt anvender Én Plan og praksismodellen til at strukturere borgernes indsats. I det følgende afsnit belyses det, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret (1) indsatsens værdigrundlag og kerneelementer, (2) Én Plan samt (3) praksismodellen.

4.2.2 Implementering af værdigrundlag og kerneelementer

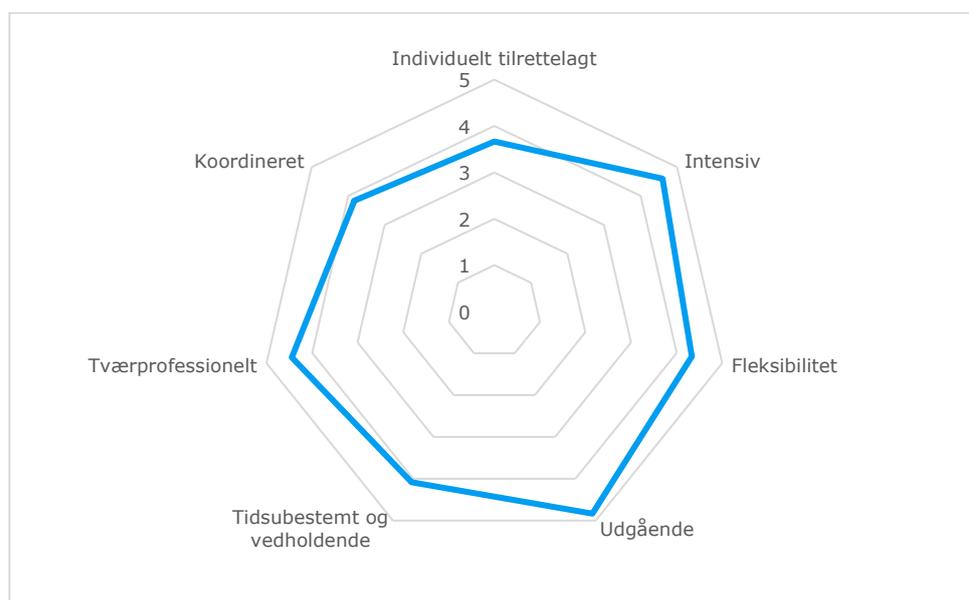
Den tværgående analyse viser, at projektkommunerne i overvejende grad udmønter kerneelementernes principper og værdigrundlag i praksis. De kvantitative data viser fx, at projektkommunerne efterlever hovedparten af kerneelementerne med relativ høj fidelitet. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at målingen beror på projektkommunernes egen vurdering af, i hvilket omfang de har omsat kerneelementerne. Der skal derfor tages forbehold for, at resultaterne kan være overvurderede i forhold til den reelle implementeringsgrad. Dog stemmer de kvantitative data i høj grad overens med viden fra de kvalitative interviews samt resultatet fra måleredskabet Brief INSPIRE, hvilket styrker analysens validitet. På baggrund heraf er det derfor evaluators vurdering, at projektkommunernes selvsvurdering er overensstemmende med den faktiske implementering.

Resultatet fra måleredskabet Brief INSPIRE viser fx, at medarbejderne i relativ høj grad formår at praktisere en **recovery-orienteret tilgang** i deres samarbejde med borgerne. Konkret er den gennemsnitlige score på redskabet 71 på en 0-100 skala, hvilket indikerer, at borgerne i relativ høj grad anser indsatsen som understøttende for deres individuelle recovery-proces¹⁰ (se figur E i bilag 2). I relation hertil viser det kvalitative materiale, at mange borgere oplever, at M-ACT-teams understøtter dem i at føle kontrol over eget liv, ligesom de i høj grad oplever at arbejde med områder, som de finder meningsfulde (se uddybning i afsnit 6.1.4).

Brief INSPIRE: Redskabet er udviklet til at måle recovery-støtte. Det består af fem spørgsmål – et for hvert af de fem CHIME-faktorer. På de fem spørgsmål svarer borgeren på, i hvilken grad han eller hun føler sig støttet i sin recovery.

Yderligere viser både det kvalitative og kvantitative datamateriale, at projektkommunerne i relativ høj grad efterlever følgende kerneelementer i indsatsen: "intensiv", "fleksibel", "udgående", "tidsbestemt og vedholdende" samt "tværprofessionelt" (se figuren nedenfor).

¹⁰ En score på 50 svarer til, at borgeren har svaret "i nogen grad" på alle fem spørgsmål, mens en score på 75 svarer til, at borgeren har svaret "en hel del" på alle fem spørgsmål.

Figur 1: Projektkommunernes omsætning af kerneelementerne

Note: Figuren er baseret på kommunernes besvarelse af efterlevelsesskema 2, som er beskrevet i bilag 1.

På tværs af projektkommunerne italesættes **frihed i opgaveløsningen** som afgørende for, at M-ACT-teams kan levere en udgående, fleksibel og intensiv indsats. Medarbejderne oplever konkret, at de har mulighed for at yde støtten fleksibelt og med kort varsel, når de dels er selvstyrende (og dermed kan tilrettelægge opgaveløsningen, så den tager sit afsæt i borgernes ønsker og behov), dels kan flytte rundt på timerne allokeret til indsatsen, hvis borgernes situation kræver dette. Sidstnævnte er i særdeles vigtigt for de medarbejdere, som har haft en deltidsansættelse i teamet, da deres begrænsede timeantal i udgangspunkt har gjort indsatsen mindre fleksibel. Erfaringen fra to projektkommuner viser fx, at en manglende fleksibilitet i ressourcerne allokeret til indsatsen kan betyde, at medarbejderne i M-ACT-teamet ikke kan træde til, når borgerne har behov for akut hjælp. Tilsvarende fremhæves **fælles faglige retning** som afgørende for, at teamet kan arbejde tværprofessionelt med borgernes ønsker, håb og drømme. Erfaringen fra projektkommunerne er, at teamkoordinatoren spiller en vigtig rolle i forhold til at sikre, at teamet arbejder efter den samme faglige retning. Læringen fra en kommune er fx, at en manglende teamkoordinator kan betyde, at medarbejderne arbejder monofagligt uden et fælles indsatsmål for borgerne (se uddybning i afsnit 4.3).

Den tværgående analyse viser imidlertid, at projektkommunerne kun i nogen grad efterlever principperne målrettet kerneelementerne "individuelt tilrettelagt indsats" og "koordination" (se figuren ovenfor).

Ses der nærmere på kerneelementet vedrørende koordination, er erfaringen, at det kan være vanskeligt at få etableret en fast procedure for, hvordan der skal sikres koordination til eksterne samarbejdspartnere. Blandt de projektkommuner, som har bedst erfaringer med at udmønte kerneelementet i praksis, fremhæves klare **samarbejdsaftaler** som et virkningsfuldt greb til at sikre koordination om borgernes indsats. Én kommune har fx etableret en fast procedure for, hvordan de samarbejder om borgernes situation med jobcentret. Derudover tilkendegiver flere projektledere, at det udgør en fordel at nedsætte en strategisk forankret **styregruppe** med ledelsesrepræsentanter på tværs af relevante samarbejdspartnere i kommunen. Ifølge ledere i en kommune kan styregruppen fx bidrage til at sikre ledelsesmæssig opbakning til og fokus på indsatsen, hvilket sikrer et mere smidigt samarbejde og bedre koordination mellem M-ACT-teamet og samarbejdspartnere.

Sluttelig udgør det en væsentlig drivkraft, hvis de **organisatoriske rammer** i kommunen fremmer relationel koordinering på tværs af afdelinger og forvaltninger. En kommune påpeger fx, at de ikke har "naturlig adgang" til jobcentret grundet indsatsens organisatoriske indplacering. Der ses ligeledes eksempler på det modsatte, hvor tilbuddet ligger dør om dør med relevante samarbejdspartnere, hvorfor der hurtigt er blevet etableret et godt samarbejde om borgerne i målgruppen. Et opmærksomhedspunkt er således, at jo længere fysisk og organisatorisk afstand, der er mellem indsatsen og relevante samarbejdspartnere i kommunen, jo vigtigere er det at få etableret en systematisk og formaliseret praksis omkring koordination.

Yderligere oplever nogle medarbejdere, at det kan være svært at tilrettelægge en indsats centreret omkring borgernes ønsker, håb og drømme. Ifølge medarbejderne kræver arbejdet med kerneelementet konkret en **omstilling af både mindset og praksis**. Det skyldes, at de i høj grad har været vant til at "håndtere og løse" borgernes udfordringer fremfor at understøtte borgerne i at genvinde eller udvikle deres funktionsevne i et omfang, der gør borgerne i stand til at leve et liv, som de finder meningsfuldt. For medarbejderne udgør kerneelementet derfor en ny måde at arbejde på, hvilket kan tage tid at indoptage.

Enkelte medarbejdere udtrykker imidlertid også **skepsis** i forhold til at arbejde med udgangspunkt i borgernes ønsker, drømme og håb, hvilket udgør en barriere i forhold til efterlevelse af kerneelementet. Skepsissen beror ofte på, at medarbejderne finder borgernes ønsker, drømme og håb urealistiske. Set i lyset af indsatsens recovery-orienterede tilgang, er det imidlertid ikke medarbejdernes opgave at vurdere drømmens

CITAT: *"Indimellem er det umuligt at arbejde med borgernes ønsker, håb og drømme. Det kan være svært, hvis deres drømme er helt urealistiske. Fx hvis de gerne vil have et vildt job – være bankdirektør eller flyveleder. Der nytter det bare ikke noget at gå den vej. Så vil borgeren jo få et kæmpe nederlag."*

Medarbejder fra M-ACT-team

grad af realisme. I stedet må medarbejderne hjælpe borgerne med at formulere overskuelige delmål, der knytter sig til drømmen. Medarbejdernes skepsis kan derfor tolkes som, at de enten ikke godtager eller har kompetencer til at praktisere indsatsens værdigrundlag.

Blandt de projektkommuner, som i høj grad har haft succes med at implementere kerneelementet, fremhæves **teamkoordinatoren** som en vigtig forandringsagent i forhold til at skabe ejerskab og herunder sikre, at medarbejderne arbejder metodelojalt med indsatsen (se uddybning i afsnit 4.3). Ledelsen spiller derfor ikke kun en rolle ift. at understøtte det tværprofessionelle samarbejde i M-ACT-teamet samt ift. at frigøre de nødvendige ressourcer til indsatsen. Ledelsen må også agere faglig sparringspartner og sikre, at indsatsens faglige retning udspringer af M-ACT-indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. Ovennævnte kræver, at ledelsen dels har indgående viden om M-ACT-metoden, dels er tilstrækkeligt tæt på teamet til at kunne agere faglig rådgiver.

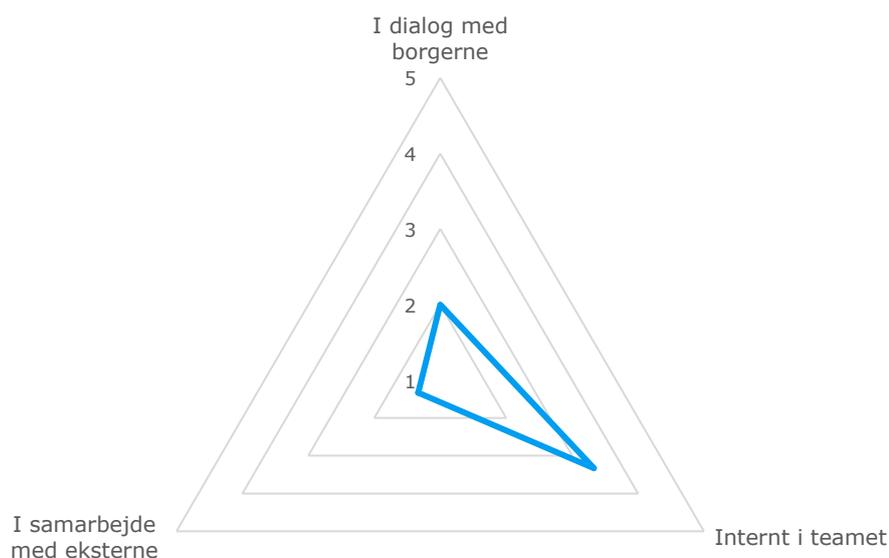
4.2.3 Implementering af Én Plan

Hensigten med Én Plan er at skabe sammenhæng og fokus i borgerens forløb gennem følgende tre formål: For det første skal planen understøtte sammenhæng og videndeling til relevante eksterne samarbejdspartnere i borgernes forløb (fx rådgivere fra jobcentret eller behandlere fra misbrugscentret). Derudover skal redskabet understøtte borgeren i at definere egne ønsker, håb og drømme, ligesom planen skal følge den løbende udvikling i forhold til de individuelt opsatte mål og delmål. Endelig skal Én Plan understøtte videndeling internt i M-ACT-teamet, således at alle i teamet er bekendte med borgernes forløb, behov og mål.

Dette afsnit belyser, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret Én Plan. Afsnittet er baseret på samlede analyser af data fra projektkommunernes fidelitetsmålinger samt kvalitative interviews med henholdsvis borgere, medarbejdere og projektledere.

Den tværgående analyse viser, at projektkommunerne i mindre grad har implementeret Én Plan i deres arbejde med indsatsen (se figur 2 nedenfor). De kvantitative data peger fx på, at de tre M-ACT-teams i mindre grad benytter Én Plan som led i udmøntning i samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere (gennemsnitsscore på 1,3 på en fidelitets skala fra et til fem) eller i dialogen med borgerne (gennemsnitsscore på 2,0 på en fidelitets skala fra et til fem). Dog anvendes planen i et vist omfang til at sikre fælles forståelse for borgerens mål og behov internt i teamet (gennemsnitsscore på 3,3 på en fidelitets skala fra et til fem). Årsagen til den manglende implementering skyldes dels, at redskabets it-mæssige set-up har udfordret et samarbejde om planen med eksterne samarbejdspartnere, og dels, at nogle kommuner ikke har fået etableret en systematisk praksis om anvendelsen af planen. Derudover har nogle medarbejdere til social og praktisk støtte ikke været vant til at opstille og følge op på mål, hvorfor arbejdet med Én Plan har udgjort en ny praksis, der har taget tid at indarbejde. Flere borgere oplever dog, at en visuel plan, der hviler på principperne bag Én Plan, er udbytterig i forhold til at skabe overblik over og struktur i deres indsats. Evalueringen peger således på, at der er et uudnyttet potentiale i forhold til at anvende Én Plan eller lignende redskaber i det borgerrettede arbejde.

Figur 2: Projektkommunernes vurdering af deres anvendelse af Én Plan



Note: Figuren er baseret på kommunernes besvarelse af efterlevelsesskema 2, som er beskrevet i bilag 1.

Indsigterne fra de kvalitative interviews med projektledere og projektejere er, at projektkommunernes **organisatoriske rammer** kan vanskeliggøre at etablere et samarbejde om Én Plan med relevante samarbejdspartnere. Fx er projektkommunerne underlagt sektorlovgivningens bestemmelser om at udarbejde særskilte handleplaner for hvert område, som borgerne er en del af. Projektkommunerne oplever som led hertil, at samarbejdspartnere ikke blot kan adoptere Én Plan. I stedet er de nødsaget til at udarbejde handleplaner samt at dokumentere i egne it-systemer. Arbejdet med Én Plan i projektet betragtes derfor, ifølge både projektledere og

projektejere, som **dobbeltarbejde**. Yderligere har projektets **it-mæssige platform** ikke understøttet det at have en fælles plan. Fx har samarbejdspartnere ikke kunnet få elektronisk adgang til borgernes individuelle Én Plan, da systemet indeholder personfølsomme oplysninger på samtlige borgere i indsatsen. M-ACT-teamet har derfor været nødsaget til selv at indtaste samarbejdspartneres input i systemet, hvilket har udgjort en implementeringsbarriere, da arbejdsgangen opleves som **administrativ tung**.

Slutteligt fremhæves Én Plan i én kommune som et **brud på kulturen**. Uddybende tilkendegiver både projektejer og projektleder, at kulturen i kommunen er præget af, at de forskellige fagområder har hvert sit afgrænsede opgavefelt og fokusområde, hvorfor der ikke har været nogen stor tradition for at samtænke indsatser på tværs af fagsøjler. I praksis har dette betydet, at det har været svært at etablere et samarbejde om Én Plan på tværs af relevante samarbejdspartnere¹¹.

Erfaringerne fra de kvalitative interviews peger yderligere på, at medarbejderne i M-ACT-teamet finder det svært at benytte Én Plan i dialogen med målgruppen. Det skyldes for det første, at flere medarbejdere til social og praktisk støtte ikke har været vant til at opstille og følge op på mål, da denne opgave typisk har været placeret ved myndighed. Derudover har medarbejderne sjældent anvendt en pædagogisk plan i samarbejdet med borgerne. For medarbejderne har arbejdet med Én Plan i de borgerrettede dialoger derfor udgjort en ny praksis, som har taget tid at inkorporere. Derudover er oplevelsen blandt medarbejderne, at introduktionen af Én Plan kan bidrage til at **”stresse”** eller **”forvirre”** borgerne, hvilket kan være u hensigtsmæssigt. Uddybende vurderer medarbejderne, at redskabet ikke virker understøttende for samtalen med borgerne. Det skyldes, at Én Plan hverken visuelt eller indholdsmæssigt lader sig omsætte til borgere i målgruppen.

CITAT: *”Vi bruger den ikke hos borgerne, fordi det er en svær målgruppe. De kan ikke se mening med den. Borgernes liv er alt for kaotiske til, at de kan overskue en plan. De bliver stressede, når vi introducerer den. Så fra vores perspektiv vil det gøre noget ved relationen, hvis man prøver at trumfe redskabet igennem.”*

Projektleder

For at understøtte en systematisk dialog og opfølgning om borgernes ønsker, håb og drømme, har to projektkommuner imidlertid udarbejdet **visuelle redskaber** (fx en tidslinje), der hviler på principperne bag Én Plan, men som er enklere formidlet. Selvom redskaberne kun er blevet afprøvet i et meget begrænset omfang, indikerer det kvalitative materiale, at anvendelsen af værktøjerne både har understøttet dialogen om borgernes ønsker, håb og drømme, samt sikret en fælles forventningsafstemning om indsatsens faglige retning. I forlængelse heraf er oplevelsen blandt de borgere, som har fået udarbejdet en plan, som har samme funktion og formål som Én Plan, at den både har givet et overblik over og struktur i indsatsen. Der fremgår således en diskrepans mellem borgernes syn på Én Plan og medarbejdernes oplevelse af planen i praksis, hvilket kan indikere, at medarbejderne finder arbejdet med Én Plan svært.

Den kvalitative empiri indikerer slutteligt, at det kan være vanskeligt at få etableret en **systematisk praksis** og arbejdsgang for, hvordan og hvornår Én Plan skal benyttes internt i teamet. Derudover oplever enkelte medarbejdere, at det kræver meget tid at vedligeholde planen, hvilket tager fokus fra deres arbejde med borgerne. Blandt de projektkommuner, som har bedst erfaringer med at benytte planen internt i teamet, fremhæves **ledelsesfokus** og **faste arbejdsgange** som centrale drivkræfter. Erfaringerne viser fx, at skeptiske ledere kan medføre manglende fokus og prioritering. Omvendt kan en tydelig rammesætning og prioritering betyde, at Én Plan implementeres i teamets

¹¹ Selvom Én Plan kun i mindre grad har understøttet koordinationen med eksterne partnere, betyder det ikke, at M-ACT-teamet ikke koordinerer M-ACT-indsatsen med øvrige indsatser i borgerens liv. Koordination foregår blot mere ad hoc, ligesom den ikke er bundet op på et særskilt værktøj.

arbejde. I en projektkommune har teamkoordinatoren fx gjort Én Plan til et fast programpunkt på teamets ugentlige møder, hvilket har medført, at Én Plan i høj grad anses og anerkendes som et betydningsfuldt element i indsatsen. Derudover tilkendegiver en projektleder, at det udgør en fordel, hvis Én Plan drøftes i plenum, men opdateres af teamkoordinatoren, da dette skaber mere tid for medarbejderne til at fokusere på de borgernære drøftelser og teammøderne. Arbejdet med Én Plan forudsætter derfor, at den anvendes og prioriteres i M-ACT-teams daglige arbejde.

4.2.4 Implementering af praksismodellen

Formålet med praksismodellen er at understøtte et systematisk fokus på borgerens recovery-proces hos M-ACT-teamet samt at beskrive og strukturere indholdet i indsatsen. Mere konkret beskriver praksismodellen, hvad indsatsen indeholder (aktiviteter), alt efter hvor borgeren er i sin recovery-proces. Praksismodellen indeholder derimod ikke en beskrivelse af, hvordan aktiviteterne i indsatsen skal udmøntes. Dette 'hvordan' belyser værdigrundlaget og særligt kerneelementerne i stedet. Praksismodellen blev introduceret midtvejs i projektperioden og blev løbende revideret, hvilket betød, at projektkommunerne havde mindre tid til at implementere dette værktøj sammenholdt med fx Én Plan.

Dette afsnit belyser, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret praksismodellen. Afsnittet er baseret på samlede analyser af data fra projektkommunernes fidelitetsmålinger samt kvalitative interviews med medarbejdere og projektledere.

På tværs af de anvendte datakilder fremgår en betydelig variation i vurderingen af, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret praksismodellen. Projektkommunernes selvrapporteringer indikerer konkret, at praksismodellen i høj grad er blevet implementeret som led i udmøntningen af indsatsen (se figur F i bilag 2). Omvendt viser de kvalitative interviews med projektleder og medarbejdere fra M-ACT-teams, at én projektkommune i et vist omfang arbejder struktureret med praksismodellen, mens to projektkommuner ikke benytter redskabet i praksis.

Den resultatmæssige diskrepans kan skyldes, at data til dokumentation af fidelitet i implementeringen er udfyldt af projektlederne. Projektlederne kan derfor opleve, at M-ACT-teamet arbejder i overensstemmelse med praksismodellen, om end teamet enten ikke er bevidste om dette og/eller vurderer at gøre det. Derudover viser de kvalitative interviews, at der har været en del forvirring omkring, hvad praksismodellen konkret indebærer, hvilket kan skyldes, at værktøjet er blevet introduceret relativt sent i projektperioden.

Med afsæt i indsigterne fra de kvalitative interviews og viden om, hvordan fidelitetsmålingerne er blevet besvaret, er evaluators vurdering derfor, at praksismodellen er blevet implementeret i en projektkommune, men ikke i de to øvrige projektkommuner.

I de kvalitative interviews med projektere og medarbejdere fra M-ACT-teams fremhæves **skepsis** samt **omorganisering** som væsentlige implementeringsbarrierer. Skepsis kan fx skyldes en manglende rammesætning af, hvad praksismodellen indebærer, samt hvordan den kan understøtte borgernes indsats. I en projektkommune har M-ACT-teamet fx haft en forestilling om, at praksismodellen "låser" dem i deres handlemuligheder og kræver, at der foretages nogle fravalg i indsatsen. Dette til trods for, at praksismodellen ikke indeholder ordet faser, samt at det er muligt at skifte både frem og tilbage mellem delene i indsatsen. Derudover er erfaringen, at omorganisering og udskiftning af medarbejdere kan gøre det svært at implementere et nyt redskab, da fokus i disse situationer først og fremmest er at sikre indsatsen de nødvendige rammevilkår.

Den manglende implementering af praksismodellen kan imidlertid have den konsekvens, at to projektkommuner savner redskaber til at udmønte kerneelement fem "Tidsubestemt og

vedholdende” (se uddybning i afsnit 4.2.1). Intentionen med praksismodellen er nemlig at understøtte M-ACT-teamets vurdering af, hvornår en borger er klar til at afslutte indsatsen. I den projektkommune, hvor praksismodellen i høj grad er blevet implementeret, savner teamet således ikke redskaber til at efterleve nærværende kerneelements princip. På baggrund af evalueringens empiri kan der derfor ses en sammenhæng mellem projektkommunernes manglende implementering af praksismodellen samt en efterspørgsel efter metoder og redskaber målrettet borgernes afslutning i indsatsen.

For den kommune, som har bedst erfaring med at implementere praksismodellen, fremhæves **faste arbejdsgange** og **ledelsesfokus** som centrale drivkræfter. Fx er det essentielt, at redskabet indtænkes og integreres i arbejdet med M-ACT-indsatsen (fx på teammøder), og at teamkoordinatoren prioriterer tid til at facilitere drøftelser om borgernes situation og behov i henhold til praksismodellens dele. Ovennævnte indikerer derfor også, at det ikke er redskabet i sig selv, der er svært at implementere. I stedet er det projektkommunernes manglende integration af redskabet i M-ACT-teamets arbejdsgange, der har udgjort den primære implementeringsbarriere. Det udgør derfor en forudsætning, at redskabet indtænkes og anvendes aktivt i M-ACT-teamets arbejde.

4.3 Centrale implementeringsforudsætninger

Ud fra det kvalitative materiale er det muligt at fremtrække en række organisatoriske forudsætninger, der har betydning for, hvorvidt og i hvilken grad projektkommunerne er lykkedes med at implementere indsatsen. Forudsætningerne antages derfor at have væsentlig indflydelse på, om indsatsen implementeres som tilsigtet. De organisatoriske forudsætninger er skitseret nedenfor.

1. Tre kernefunktioner og en teamkoordinator

M-ACT-teamet skal sammensættes, så det som minimum består af de tre kernefunktioner:

- **En social og praktisk støtte:** Den sociale og praktiske støtte skal støtte borgeren i at få tilrettelagt sit liv og hverdag på en måde, der gør borgeren i stand til at udvikle kompetencer til at varetage dagligdagsfunktioner. Dette kan eksempelvis være ved at hjælpe borgeren med at skabe mere struktur i dagligdagen, støtte borgerens udvikling i at varetage opgaver i hjemmet eller støtte borgeren i at indgå i sociale relationer. Funktionen varetages ofte af socialfaglige fagprofessionelle fx pædagoger, social- og sundhedsassistenter eller ergoterapeuter.
- **En specialiseret helbredsindsats:** En specialiseret helbredsindsats skal sikre, at der ydes behandling direkte til borgeren, og at borgeren støttes i at modtage behandling i det eksisterende behandlingssystem ved at brobygge til øvrige sundhedsfaglige indsatser og behandling, som bliver varetaget uden for teamet. Funktionen varetages af en sundhedsfaglig medarbejder såsom fx en sygeplejerske eller misbrugsbehandler.
- **En administrativ støtte:** Den administrative støtte skal sikre håndtering af administrative problematikker samt understøtte, at de krav, der stilles til borgeren, hænger sammen med det, borgeren kan indfri. Funktionen varetages ofte af en sagsbehandler med myndighedskompetence fra social- eller jobcentret.

Alle tre kernefunktioner skal kunne levere direkte støtte og behandling til borgeren dér, hvor borgeren opholder sig. De fagprofessionelle, der udpeges til at varetage teamets kernefunktioner, defineres af den konkrete målgruppe for indsatsen i kommunen.

For at M-ACT-teamet kan arbejde med de tre dimensioner af støtte, er det vigtigt at involvere medarbejdere med forskellige fagprofessionelle baggrunde. Teamets forskellige fagligheder betyder også, at der må indgå en teamkoordinator i M-ACT-teamet, som kan understøtte det tværprofessionelle samarbejde og indsatsens faglige retning i praksis (se uddybning i beskrivelsen af forudsætning 2 "*Ledelsesfokus og tværprofessionelt samarbejde*").

2. Ledelsesfokus på tværprofessionelt samarbejde

Erfaringen fra projektkommunerne viser, at det ikke er enkelt at implementere et tværprofessionelt M-ACT-team. Det skyldes primært, at medarbejderne qua deres forskellige faglige baggrunde ofte har forskellige forståelser af og tilgange til borgernes situation.

Evalueringen peger derfor på, at det ikke er tilstrækkeligt blot at integrere medarbejderne organisatorisk, når der skal etableres et tværprofessionelt team. I stedet udgør det en forudsætning, at teamkoordinatoren har fokus på at fremme det tværprofessionelle samarbejde i teamet samt kan understøtte M-ACT-teamet som lærende praksisfællesskab. Det vil sige, at teamkoordinatoren understøtter fælles refleksion samt en åben og afsøgende tilgang til håndteringen af borgernes komplekse problemstillinger i teamet. Teamkoordinatoren kan i den forbindelse opfordre M-ACT-medarbejderne til at bidrage med deres viden og forslag på teammøder. I den forbindelse er det vigtigt, at teamkoordinatoren er opmærksom på at sikre ligeligt fordelt taletid, således at alle føler sig hørt og inddraget i opgaveløsningen. Yderligere må teamkoordinatoren være opmærksom på, om M-ACT-teamet har etableret et fælles sprog og en fælles forståelsesramme, eller om der er behov for tilpasning, fx fordi forskellige fagligheder kan have opbygget hver deres professionelle termer og talemåder. Derudover må teamkoordinatoren sætte faglig retning for teamets arbejde, skabe strukturer og rammer for sparring og videndeling samt sikre, at videndeling bliver prioriteret i en travl hverdag. Teamkoordinatoren er således ansvarlig for at integrere praksismodellen og Én Plan i M-ACT-teamets arbejde (fx som fast punkt på teammøder) samt at understøtte, at M-ACT-teamet arbejder metodelojalt med kerneelementerne og indsatsens værdigrundlag.

Hvis lederen ikke er synlig samt tager del i teamets arbejde, kan det have den konsekvens, at hver enkelt faggruppe i M-ACT-teamet udelukkende koordinerer deres opgaver i teamet og ellers håndterer opgaven, "som de plejer". I praksis betyder dette, at teamet ikke formår at yde en helhedsorienteret indsats til borgere i målgruppen, og ej heller tager fælles ansvar for opgaveløsningen og indsatsen. Ovennævnte var konkret tilfældet i en projektkommune, som derfor så sig nødsaget til at opbygge teamet for at starte på ny. Erfaringerne fra projektkommunerne peger yderligere på, at det især er i starten af implementeringsperioden, at der er et udtalt behov for, at teamkoordinatoren leder og understøtter teamets tværprofessionelle samarbejde i praksis.

3. Systematik og struktur for koordination

M-ACT-indsatsen kræver både, at teamet formår at arbejde tværprofessionelt om borgernes ønsker, håb og drømme, men også at der samarbejdes på tværs af aktører, der har relevans for borgernes forløb. Implementeringen af indsatsen kalder i den forbindelse på et øget fokus på at skabe systematik og strukturer, der sikrer et effektivt samarbejde og god koordination på tværs af M-ACT-indsatsen og øvrige relevante samarbejdspartnere både kommunalt, regionalt og privat.

Dette forudsætter blandt andet, at der indgås formaliserede samarbejdsaftaler med relevante ledere (fx jobcentret og misbrugsbehandlingen) om, hvordan samarbejdet med M-ACT-indsatsen konkret skal udmøntes. Yderligere kan det være en fordel at udpege kontaktpersoner i hver afdeling, der samarbejdes med, så M-ACT-teamet let kan få fat i relevante personer. Sluttelig forudsætter implementeringen af indsatsen, at indsatsens rammer og målgruppe formidles strategisk af ledelsen, da dette har betydning for, at samarbejdspartnere forstår indsatsens indhold

og intention. I forbindelse hermed er det vigtigt, at formidlingen fokuserer på, hvordan de respektive samarbejdspartnere kan arbejde sammen om at skabe et sammenhængende forløb for de borgere, som har brug for anden hjælp end det, der kan gives inden for rammerne af M-ACT-indsatsen.

4. Viden og kompetencer

Det udgør en forudsætning, at medarbejderne i M-ACT-teamet har viden om og kompetencer til at arbejde med indsatsen i praksis. Implementeringen af indsatsen fordrer konkret, at medarbejderne i teamet får en grundig indføring i indsatsens forskellige delelementer. Derudover er det afgørende, at medarbejderne dels har viden om og kendskab til borgere i udsatte positioner, dels kan håndtere og støtte borgere i udfordrede og kaotiske situationer i bevægelsen mod realiseringen af deres individuelle ønsker, håb og drømme. Medarbejderne skal være fortrolige med at arbejde udgående og dér, hvor borgeren opholder sig (fx i borgerens hjem). Tilsvarende er det en forudsætning, at medarbejderne i M-ACT-teamet besidder relationelle og faciliterende kompetencer, da det understøtter et tæt, tillidsfuldt og koordineret samarbejde internt i teamet, med borgere og øvrige aktører i borgernes indsats.

Indsatsen kræver, at medarbejderne i teamet er indstillet på at arbejde fleksibelt med egen faglighed og kan indgå i et tværprofessionelt samarbejde. Det vil sige, at medarbejderne formår at arbejde monofagligt, men også er villige til at varetage opgaver, der ligger uden for eget sædvanlige monofaglige felt, hvis borgerens behov kræver det. I forlængelse heraf skal medarbejderne være nysgerrige på andre professioners viden og kompetencer samt have lyst til og være indstillet på at arbejde frem mod en fælles tilgang til opgaveløsningen.

Endelig skal teamet have erfaring med koordination og tovholderrollen samt viden om kommunens eksisterende tilbudsvifte og øvrige relevante tilbud (fx indsatser i frivilligt regi). Sidstnævnte er særligt vigtigt for at styrke arbejdet med borgernes sociale inklusion og herunder bane vej for, at målgruppen opnår den rette støtte og hjælp.

Ovenstående indikerer, at medarbejderne i M-ACT-teamet må besidde en række kompetencer for at kunne arbejde med indsatsen i praksis. Dette stiller en række krav til, hvilke profiler der rekrutteres til M-ACT-teamet. Fx er det ikke tilstrækkeligt, hvis en medarbejder blot har stor viden om og kendskab til målgruppen. Implementeringen af en vellykket M-ACT-indsats forudsætter, at samtlige medarbejdere i M-ACT-teamet besidder de ovenfor skitserede kompetencer og viden.

5. Antal medarbejdere og antal medarbejdertimer

Indsatsen kræver, at M-ACT-teamet sammensættes, så det bedst muligt er i stand til at understøtte borgernes ønsker, håb og drømme og efterleve indsatsens kerneværdier. For at M-ACT-teamet kan arbejde med de tre dimensioner af støtte, er det vigtigt at involvere medarbejdere med forskellige fagprofessionelle baggrunde (fx sygeplejersker, socialpædagoger og socialrådgivere). Medarbejderne behøver dog ikke at være tilknyttet M-ACT-teamet på fuld tid. Medarbejdernes timeantal i indsatsen skal i stedet afgøres på baggrund af den konkrete målgruppe for indsatsen, dennes karakteristika og målgruppens størrelse. Dette for at sikre, at teamets caseload understøtter teamets mulighed for at efterleve indsatsen. Med afsæt i målgruppen kan de mest relevante parter i indsatsen identificeres med henblik på at skabe den korrekte sammensætning af fagligheder i M-ACT-teamet. I den forbindelse er det vigtigt at huske, at en stor del af teamets arbejde omfatter koordinering med og uden om borgeren, tid til fælles læring i teamet, transport med og uden borger og derfor ikke kun ATA-tid med borgeren. Det er vigtigt, at den tid, der allokeres til teamets indsats, afspejler dette, og herunder at M-ACT-teamet har et caseload, der understøtter, at de kan udmønte metoden med fidelitet og høj kvalitet.

Teamets størrelse og normering udgør i relation til ovenstående en vigtig forudsætning for udmøntning af indsatsen. Fx er det essentielt, at teamet ikke bliver for stort, da det dels kan besværliggøre tæt koordination i det daglige blandt teamets medarbejdere, dels kan hæmme det nære kendskab til hinanden som medarbejdere. Omvendt er det også centralt, at teamet ikke bliver for lille, da medarbejderne skal have mulighed for at kunne dække ind for hinanden ved fx sygdom eller ferie.

6. Et fælles mødested og samlingspunkt

Implementeringen af indsatsen forudsætter ydermere, at de fysiske rammer om teamet er gunstige. Det implicerer, at teamet har et fælles mødested dedikeret til arbejdet med M-ACT-indsatsen.

De kvalitative interviews peger blandt andet på, at et fælles mødested understøtter uformel sparring og videndeling i det daglige, ligesom det bidrager til at skabe en samhørighedsfølelse blandt teammedarbejderne. Yderligere afføder et fælles samlingspunkt mere effektive arbejdsgange, da teamet i mindre grad skal benytte formelle sparringsrum (fx teammøder) til at sikre, at alle er bekendte med borgernes situation. Når teamet har et fælles mødested, kan teammøderne derfor bruges mere målrettet til fx at planlægge og tilrettelægge borgernes videre indsats.

7. Flexibilitet i tilrettelæggelsen af teamets arbejde

Endelig udgør det en forudsætning, at der skabes fleksible rammer for M-ACT-teamets tværprofessionelle samarbejde. M-ACT-medarbejderne skal konkret have fleksibilitet til selv at kunne tilrettelægge deres tid og arbejdsopgaver. Det vil sige, at medarbejderne i teamet skal have mulighed for at flytte rundt på deres arbejdsopgaver, hvis en borgers situation kræver det. Derudover er det vigtigt, at der opnås den nødvendige fleksibilitet i rammerne omkring indsatsen, selvom nogle medarbejdere ikke indgår på fuld tid i indsatsen.

Ledelsen må i relation til ovenstående sikre, at medarbejderne kan levere en intensiv, fleksibel og udgående støtte, uden at dette er på bekostning af øvrige arbejdsopgaver uden for M-ACT-indsatsen. I praksis kræver dette, at medarbejderne har frihed til selv at tilrettelægge deres arbejdsdag, og herunder kan flytte rundt på timerne allokeret til indsatsen alt efter behov. I tillæg hertil er det vigtigt, at medarbejdernes samlede timetal i M-ACT-indsatsen er tilstrækkeligt til, at der kan opnås den nødvendige fleksibilitet i indsatsen. Ledelsen spiller yderligere en central rolle i forhold til at sikre, at medarbejderne i praksis kan være selvstyrende i forhold til planlægning af deres arbejdsplan og tid. Fx er det vigtigt, at ledelsen giver en særdeles udstrakt frihed til, at M-ACT-teamet selv kan tilrettelægge og styre deres eget arbejde. Tilsvarende er det en forudsætning, at medarbejderne i M-ACT-teamet kan arbejde selvtilrettelæggende, og herunder trives i og mestrer en hverdag præget af uforudsete opgaver.

4.4 Delkonklusioner for implementeringsevalueringen

På baggrund af kapitlets analyser kan det udledes, at M-ACT-indsatsen i nogen grad er implementeret i projektkommunerne; mens der ses en relativ høj grad af implementering af indsatsens kerneelementer og værdigrundlag, har projektkommunerne kun i mindre grad implementeret Én Plan og praksismodellen. Analysen viser, at undervisning, oplæring og ledelsesfokus har understøttet implementeringen og efterlevelsen af indsatsens kerneelementer og værdigrundlag. Omvendt har Én Plans it-mæssige set-up samt en manglende systematik i anvendelsen af både Én Plan og praksismodellen vanskeliggjort implementeringen af redskaberne. I praksis har den manglende implementering af praksismodellen betydet, at projektkommunerne har manglet et redskab til at udmønte kerneelement fem "Tidsubestemt og vedholdende". Derudover har den manglende implementering af Én Plan i samarbejdet med eksterne aktører haft den konsekvens, at M-ACT-teamet selv har måttet indføre samarbejdspartneres input i planen, hvilket har taget tid fra teamets øvrige opgaver.

Projektkommunernes implementeringskontekst har derfor haft afgørende betydning for, hvorvidt og i hvilken grad projektkommunerne er lykkedes med at implementere indsatsen. Analysen af det kvalitative materiale peger på, at syv organisatoriske forudsætninger er afgørende for implementeringsarbejdet. De organisatoriske forudsætninger er: (1) tre kernefunktioner og en teamkoordinator, (2) ledelsesmæssigt fokus på at fremme det tværprofessionelle samarbejde i teamet, (3) etableringen af systematik og struktur for koordination, (4) medarbejdernes viden og kompetencer til at kunne praktisere indsatsen, (5) teamets størrelse og antal timer allokeret til M-ACT-indsatsen, (6) et fælles mødested og samlingspunkt for M-ACT-teamet samt (7) fleksibilitet i tilrettelæggelsen af teamets arbejde.

5. KARAKTERISTIK AF INDSATSENS MÅLGRUPPE

Målgruppen for M-ACT-indsatsen er borgere over 18 år, som opfylder alle nedenstående kriterier:

- Komplekse sociale problemstillinger, fx misbrugsproblemer og/eller psykiske vanskeligheder, manglende tilknytning til beskæftigelses- og uddannelsessystemet mv.
- Problemer med at etablere og fastholde kontakt til hjælpesystemer og behandlingssteder og dermed svært ved at profitere af ordinære indsatser og behandlingstilbud.
- Vanskeligt ved at indgå i samfundet som helhed og i sociale relationer med andre mennesker.
- Behov for vedvarende støtte og behandling, som leveres direkte til borgeren dér, hvor borgeren opholder sig.
- Behov for indsatser og behandling fra flere systemer.
- Behov for en tværfaglig og helhedsorienteret indsats.

I dette kapitel sammenholdes projektets teoretiske målgruppe med indsatsens faktiske målgruppe. Kapitlet giver en karakteristik af målgruppen, som den ser ud, forud for opstart i M-ACT-indsatsen. Kapitlet er struktureret i to delafsnit. Indledningsvis beskrives borgernes demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Herefter belyses målgruppens udfordringer set fra både medarbejderne og borgernes perspektiv.

Karakteristikken af indsatsens målgruppe tegnes ved hjælp af viden, som er indkommet via et opstartsskema, som M-ACT-teams har benyttet til at indtaste baggrundsoplysninger om borgerne ved opstart i deres forløb, samt registerbaserede data. Derudover anvendes surveydata om borgernes vurdering af deres egen mestring i forhold til udvalgte dimensioner i VUM til at indkredse borgernes udfordringer¹².

I relation til ovenstående er det imidlertid vigtigt at nævne, at målgruppen kun består af 39 borgere. Konklusionerne i nærværende kapitel baserer sig derfor på et spinkelt datagrundlag, hvorfor data skal tolkes med forsigtighed. Målgruppebeskrivelsen suppleres derfor også af kvalitativ viden, der er genereret gennem interviews med borgere. Den kvalitative empiri formidles gennem to personae, der tilsammen giver et indtryk af, hvad der kendetegner borgernes situation, når de rekrutteres til M-ACT-indsatsen.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Borgerne i indsatsen består af socialt udsatte voksne med flere samtidige komplekse problemstillinger (fx psykiske lidelser, misbrug, manglende tilknytning til beskæftigelses- og uddannelsessystemet samt andre sociale og sundhedsmæssige problemstillinger). Målgruppen er desuden kendetegnet ved ikke at drage nytte af behandling og/eller støtte fra ordinære tilbud i kommunen såvel som regionen. Dette kan blandt andet ses ved, at flere borgere i målgruppen tidligere har modtaget hjælp og/eller behandling fra ordinære tilbud (fx hospital og kommunale støtteindsatser), men stadig oplever svære sociale problemstillinger. Borgernes udfordringer betyder, at de har behov for en tværfaglig, udgående og helhedsorienteret indsats bestående af M-ACT-teamets tre kernefunktioner.

¹² Social- og Ældreministeriet og KL har udviklet en metode til sagsbehandling og udredning på handicap- og udsatte voksenområdet. Metoden hedder "Voksenudredningsmetoden" (VUM). VUM har til formål at understøtte en dækkende oplysning og vurdering af den enkelte borgers situation. VUM fokuserer på at afdække 10 dimensioner i borgerens liv: (1) psykisk funktionsnedsættelse, (2) fysisk funktionsnedsættelse, (3) socialt problem, (3) mobilitet, (4) egenomsorg, (5) kommunikation, (6) praktiske opgaver i hjemmet, (7) samfundsliv, (8) socialt liv, (9) sundhed samt (10) omgivelser.

5.1 Borgernes demografiske og socioøkonomiske karakteristika

I alt har 41¹³ unikke borgere været tilknyttet M-ACT-indsatsen på tværs af de tre projektkommuner i perioden 2020-2022. På baggrund af hhv. registerdata og data fra opstartsskemaet kan det udledes, at borgere tilknyttet en M-ACT-indsats er kendetegnet ved en lang række af udsathedsfaktorer set i relation til fx uddannelse, arbejdssituation og psykisk tilstand. Datagrundlaget viser yderligere, at målgruppen har en relativt stor kontakt til det etablerede sundhedssystem, men at borgerne kun i mindre grad har modtaget relevant udredning.

Tabel 1 illustrerer demografiske og socioøkonomiske karakteristika ved de borgere, som opstarter i en M-ACT-indsats på tværs af projektkommunerne. Tabellens datagrundlag er baseret på registerdata.

Tabel 1: Karakteristika ved målgruppen

M-ACT		Alle borgere (n=39)
BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA		
	Køn	Mand Kvinde
		26 personer 13 personer
	Senest afsluttede uddannelse	Grundskole (8 eller 9 års skolegang) Længere uddannelse end grundskole
		23 personer 13 personer (n=36)
	Alder	Under 30 år 30 – 39 år 40 – 49 år Over 50 år
		12 personer 7 personer 14 personer 6 personer
	Sygdomshistorik	Antal kontakter til almen læge, 2020 Antal sygehuskontakter, 2020 Antal sygehuskontakter vedr. psykiatri, 2020 Nogen sygehuskontakt vedr. psykiatri, 2020 Ingen sygehuskontakt vedr. psykiatri, 2020
		13,9 kontakter 11,4 kontakter 4,8 kontakter 23 personer 16 personer
	Oprindelse	Dansk oprindelse Ikke-dansk oprindelse
		32 personer 7 personer
	Arbejdssituation	Kontanthjælp Førtidspension Andet (løn-/dagpengemodtager eller arbejdsløs) Gennemsnitlig årlig personindkomst inkl. forsørgelse
		21 personer 7 personer 11 personer 188.240 kr.
	Herberg	Har boet på herberg i enten 2019 eller 2020 Har hverken boet på herberg i enten 2019 eller 2020
		17 personer 22 personer
	Misbrug	Har været i alkoholmisbrugsbehandling i 2019 eller 2020 Har været i stofmisbrugsbehandling i 2019 eller 2020
		5 personer 19 personer

Note: Data fra ovennævnte tabel stammer fra registerdata indhentet fra Danmarks Statistik for årene 2019 og 2020 indhentet i 2022. Det har kun været muligt at indhente registerdata for 39 borgere. De enkelte registre er uddybet i bilag 1. Sygdomshistorik er angivet som gennemsnitligt antal kontakter pr. borger.

¹³ Én af borgerne har ikke besvaret hovedparten af spørgsmålene. Derfor er der i de fleste af evalueringens kvantitative analyser kun 40 respondenter.

Tabellen viser, at det langt overvejende er **mænd**, som rekrutteres til indsatsen. Derudover har målgruppen typisk **etnisk dansk oprindelse**. Der fremgår ikke et mønster i målgruppens **alder**. Ses der nærmere på de enkelte alderskategorier, er der dog en overvægt af personer, som er under 30 år og mellem 40 og 49 år.

Data viser desuden, at der er en overrepræsentation af borgere, hvis højeste fuldførte uddannelse er **grundskolen**. I tillæg hertil modtager størstedelen af målgruppen **kontanthjælp**. På baggrund af datagrundlaget kan det derfor udledes, at borgernes uddannelsestilknytning er relativt begrænset, ligesom deres forsørgelsesgrundlag er spinkelt. Tabellen viser fx, at borgerne i gennemsnit har en årsindkomst på 188.240 kr., hvilket er betydeligt under den gennemsnitlige bruttoindkomst i Danmark¹⁴.

Tabellen skitserer yderligere, at lidt under halvdelen af borgerne har boet på **herberg** i løbet af perioden 2019-2020. Af opstartsskemaet fremgår det imidlertid, at borgerne primært er bosat i **eget hjem**, når de tilknyttes M-ACT-indsatsen. Således bor 28 borgere i egen bolig¹⁵, når de opstarter en M-ACT-indsats, mens seks borgere er funktionelt hjemløse (bor på §110-boform, overnatter på gaden eller bor midlertidigt ved familie og/eller venner (se figur G i bilag 2)). Registerdata- og data fra opstartsskemaet antyder derfor, at flere af borgerne har erfaring med hjemløshed, om end hovedparten har en bolig, når de opstarter i indsatsen.

I forhold til borgernes anvendelse af **rusmidler**, kan det yderligere ses, at cirka halvdelen har været tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen forud for M-ACT-indsatsen. Det udgør imidlertid et opmærksomhedspunkt, hvorvidt andelen af borgere med et skadeligt rusmiddelforbrug er større, end de registerbaserede data illustrerer. En antagelse kan fx være, at nogle borgere i målgruppen ikke opsøger eller modtager rusmiddelbehandling, fordi de ikke har tillid til systemet.

Ses der nærmere på målgruppens kontakt til de **etablerede hjælpesystemer og behandlingssteder**, viser registerdata, at målgruppen i gennemsnit har haft kontakt til en almen praktiserende læge 14 gange i løbet af 2020 (se tabel 1), ligesom de i gennemsnit har henvendt sig til sygehuset 11 gange i løbet af 2020 (se tabel 1). Ud af de 11 henvendelser til sygehuset har fem af gangene i gennemsnit vedrørt psykiatriske problemstillinger. Tilsvarende har over halvdelen af borgerne mere end én kontakt til psykiatrien årligt, når de opstarter en M-ACT-indsats. Kontakt defineres i denne henseende som konsultationer eller undersøgelser. Datagrundlaget indikerer derfor, at borgerne i høj grad benytter det etablerede sundhedssystem, når de rekrutteres til M-ACT-indsatsen. De gentagne henvendelser kan dog vidne om, at målgruppen ikke profiterer af de indsats, som de har modtaget forud for M-ACT-indsatsen.

Medarbejderne angiver yderligere i opstartsskemaet, at borgerne primært har været tilknyttet tre typer af **sociale indsatser** forud for M-ACT-indsatsen. Mere konkret har 15 borgere (svarende til 37 pct.) modtaget en SEL §85-indsats¹⁶, mens 12 borgere (svarende til 29 pct.) har haft et ophold på §110 boform. Ydermere har 11 borgere (svarende til 27 pct.) været tilknyttet en støttekontaktperson efter SEL §99 (se figur H i bilag 2). Når borgerne visiteres til en M-ACT-indsats, har hovedparten en koordinerende sagsbehandler på jobcentret (19 borgere svarende til 46 pct., se figur I i bilag 2), mens lidt over en tredjedel modtager psykiatrisk behandling (16 borgere, se figur I i bilag 2) og/eller administrativ hjælp til håndtering af økonomi (14 borgere, se figur I i bilag 2).

¹⁴ Den gennemsnitlige bruttoindkomst i Danmark var 384.000 kr. i 2019 (Kilde: Cepos-beregninger på Danmarks Statistiks personregistre).

¹⁵ Egen bolig dækker over kategorierne: almen bolig/familiebolig, almen ungdomsbolig, lejlighed eller værelse i privat udlejning samt lejlighed/værelse i øvrige opgangs-/bofællesskaber.

¹⁶ Støtte i eget hjem.

2). Medarbejderne angiver yderligere, at over halvdelen (22 borgere svarende til 55 pct.) har en **psykiatrisk diagnose** (se figur J i bilag 2).

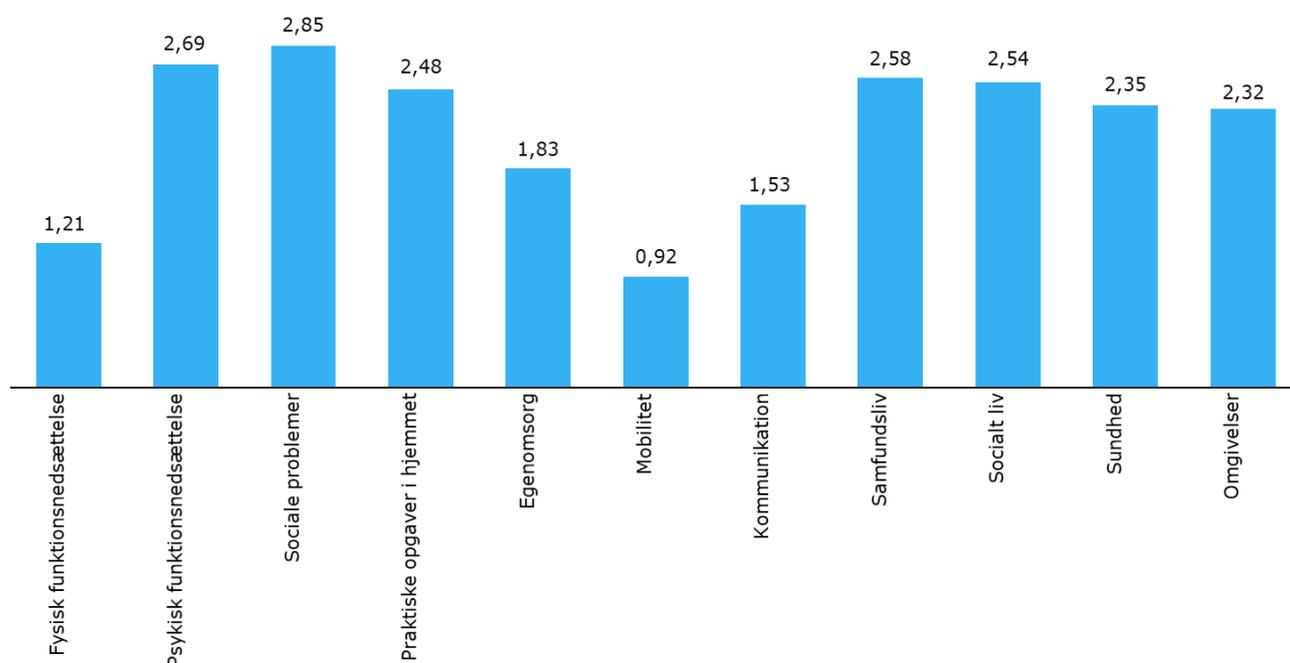
Selvom flere i målgruppen har haft kontakt til og fået hjælp af både sociale og sundhedsmæssige hjælpesystemer, mangler mange i målgruppen at få foretaget en **relevant udredning**, når de opstarter en M-ACT-indsats. Af opstartsskemaet kan det fx ses, at halvdelen af borgerne mangler at få foretaget en socialfaglig udredning (fx VUM) forud for indsatsen (20 borgere), mens 70 pct. (svarende til 28 borgere) mangler at få udarbejdet en sundhedsfaglig udredning (se figur K i bilag 2). Sidstnævnte resultat kan umiddelbart syne kontraintuitivt, når medarbejderne samtidig angiver, at over halvdelen af borgerne har en psykiatrisk diagnose. En potentiel forklaring på databilledet kan dog være, at borgerne er blevet udredt for en psykiatrisk diagnose, men ikke inden for det somatiske område.

5.2 Viden om borgernes udfordringer

Nærværende afsnit belyser, hvad der kendetegner borgernes udfordringer, når de opstarter i en M-ACT-indsats. Afsnittet viser samlet set, at borgerne har multiple sociale problemstillinger, når de henvises til en M-ACT-indsats (fx misbrug og psykiske vanskeligheder). Datagrundlaget indikerer yderligere, at borgerne har svært ved at indgå i samfundet som helhed, hvorfor det vurderes, at de i høj grad har behov for en tværfaglig og helhedsorienteret indsats.

I figur 3 ses medarbejdernes gennemsnitlige vurdering af borgernes funktionsniveau på en skala fra nul til fire. En lav score markerer, at borgerne ikke har noget problem, mens en høj score dækker over, at borgerne har et fuldstændigt problem.

Figur 3: Medarbejdernes vurdering af borgernes funktionsevne målt på VUM-dimensionerne



Note: Data fra ovennævnte tabel stammer fra opstartsskemaet. Der fremgår en beskrivelse af måleredskabet i bilag 1.

Af figuren kan det ses, at borgerne i gennemsnit vurderes til at have omfattende problemer i forhold til følgende tematikker (gennemsnitsscore på over 2,5): **psykisk funktionsnedsættelse, sociale problemer, samfundsliv** samt **socialt liv**. Data antyder derfor, at borgerne i høj grad har psykiske udfordringer (fx angst, depression, stressbelastning) samt problemer relateret til fx kriminalitet og misbrug, når de opstarter i en M-ACT-indsats. Tilsvarende vurderes borgerne at have problemer inden for forhold, der dels kan knyttes til opgaver og handlinger, som er nødvendige for at kunne deltage i undervisning og beskæftigelse, dels vedrører relationer til andre mennesker.

Omvendt har borgerne en lav score på dimensionerne: fysisk funktionsnedsættelse og mobilitet (gennemsnitsscore på under 1,5). Borgerne vurderes derfor kun at have få problemer knyttet til kroppens anatomi eller bevægelse og færden i dagligdagen.

Medarbejdernes vurdering af borgernes funktionsevne er i høj grad i overensstemmelse med borgernes vurdering af egen livsmestring. Surveydata viser fx, at borgerne især oplever udfordringer i forhold til psykiske udfordringer, at være i stand til at håndtere deres økonomi, at kunne indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter samt at leve et sundt liv fysisk såvel som psykisk¹⁷. Fælles for både medarbejdere og borgere er derfor, at de vurderer borgernes livssituation som præget af flere og forskelligartede problemstillinger, der tilsammen har betydning for, hvordan borgerne lever deres liv.



PERSONAE: Nedenfor præsenteres to illustrative eksempler på, hvordan borgernes liv ser ud, når de rekrutteres til en M-ACT-indsats. Eksemplerne udgør et sammendrag af flere interviews for at sikre borgernes anonymitet. Borgernes alder og navne er desuden fiktive.

BORGER 1: Susanne, 42 år

Mit liv er meget rodet og kaotisk. Jeg ryger rigtig meget hash og drikker også lidt for meget alkohol. Jeg har prøvet at få hjælp mange gange, men det virker ikke. Jeg har været indlagt på psykiatrisk afdeling rigtig mange gange. Jeg har faktisk ikke tal på det mere efterhånden. Lægerne er meget uenige om, hvordan de skal hjælpe mig, og det gør, at jeg ikke får den rigtige medicin. Det er så frustrerende, at jeg ikke kan få den rigtige hjælp. Men det er efterhånden noget, jeg er vant til. Det hele er bare så håbløst. Lige for tiden har jeg rigtig meget angst, som gør, at jeg har svært ved at sove om natten. Så det meste af dagen bruger jeg faktisk bare på at se fjernsyn. Jeg har to børn, men dem ser jeg ikke. Jeg ser faktisk ikke særlig mange.

BORGER 2: Martin, 29 år

Jeg har haft vildt svært ved at finde fodfæste igen, efter jeg er kommet ud af fængsel. Det hele skrider ligesom bare for mig. Jeg kan slet ikke passe mit hjem – det hele sejler. Jeg kan ikke finde ud af at gøre rent eller at rydde op. Sådan er det vel, når man har været hjemløs meget af sit liv. For at være helt ærlig sidder jeg bare for nedrullede gardiner og drikker vodka. Jeg tager også nervemedicin i perioder. Jeg har det psykisk vildt dårligt. Jeg lider af skizofreni, og så har jeg meget angst. Jeg kommer slet ikke ud af min lejlighed. Jeg isolerer mig meget. Mange har forsøgt at hjælpe mig gennem tiden. Eller hjælpe og hjælpe – jeg har ligesom ikke passet ind i deres kasser. Jeg er nok bare et håbløst tilfælde.

Typisk for målgruppen er at de har behov for udredning, hjælp til at skabe struktur i hverdagen samt til at indgå i sociale relationer. Det er derfor vigtigt, at der indgår en funktion i teamet, som kan støtte og guide borgerne imod at få etableret en hverdag baseret på borgernes ønsker, håb og

¹⁷ Se figur L i bilag 2.

drømme. Tilsvarende er det væsentligt, at der indgår en fagfunktion i teamet, som kan yde behandling direkte til borgerne (fx samtaler om borgernes psykisk tilstand eller misbrugsbehandling), da målgruppen ofte har svære misbrugsrelaterede og/eller psykiske udfordringer. Endelig kræver borgernes komplekse problemstillinger en administrativ støttefunktion, der kan håndtere administrative forhold og udfordringer koblet til borgernes hverdag (fx økonomi og bolig samt koordination med øvrige myndighedsområder).

5.3 Delkonklusion

Indsatsens faktiske målgruppe harmonerer i høj grad med projektkommunernes teoretiske målgruppe. Det vil sige, at projektkommunerne i praksis har fået rekrutteret den målgruppe, som de (og projektet) sigtede efter (læs mere om projektkommunernes teoretiske målgruppe i kapitel 4.1).

Ovenstående analyser viser, at målgruppen for indsatsen er borgere i udsatte positioner med komplekse problemstillinger (fx misbrug, psykiske vanskeligheder, manglende tilknytning til beskæftigelses- og uddannelsessystemet m.m.). Borgerne er desuden kendetegnet ved ikke at profitere af tidligere indsatser og behandlingssystemer. Dette kan blandt andet ses ved, at flere i målgruppen tidligere har modtaget støtte og hjælp fra fx kommunen og regionen, men uden at dette har ført til en mærkbar ændring i deres liv.

6. INDSATSENS RESULTATER

Formålet med nærværende kapitel er at belyse indsatsens resultater på både borgerniveau og organisatorisk niveau. Kapitlet er således inddelt i to hovedafsnit, der hver for sig belyser, hvorvidt indsatsen imødekommer de forventede borgernære og organisatoriske resultater.

6.1 Resultater for borgerne

I denne del af kapitlet ses der nærmere på, hvilke resultater der opleves for borgerne på tværs af de tre projektkommuner. I evalueringen analyseres resultaterne ud fra følgende fire formål, der er opstillet for projektet:

1. Borgerne oplever en bedring i den samlede livssituation.
2. Borgerne modtager indsatser, der har en varighed, så der skabes bedring og stabilitet i borgernes liv.
3. Borgerne får foretaget relevant social- og sundmæssig udredning.
4. Borgerne modtager en helhedsorienteret og koordineret indsats fra M-ACT-teamet.

Afsnittet er baseret på data fra både kvalitative og kvantitative datakilder. De kvantitative datakilder indbefatter før- og eftermålinger med en række udvalgte måleredskaber (herunder Brief INSPIRE-O og GSE) samt registrering af baggrundsoplysninger om borgerne ved opstart og afslutning i deres forløb. De kvantitative resultater trianguleres med fund fra kvalitative interviews med hhv. borgere og medarbejdere fra de tre M-ACT-teams.

Afsnittet er i alt inddelt i fire underafsnit. Det første belyser udviklingen i borgernes livssituation og -mestring. Det efterfølgende belyser M-ACT-teamets faglige vurdering af borgernes udvikling. Det tredje afsnit undersøger, hvorvidt borgerne får foretaget en relevant udredning, mens det sidste afsnit beskriver kerneelementernes betydning for borgernes oplevede udbytte.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Evalueringen giver samlet set indikationer på lovende resultater for de borgere, der har indgået i M-ACT-indsatsen.

Den tværgående analyse viser, at projektkommunerne har realiseret de første to formål, der er opstillet for indsatsen: (1) Borgerne oplever en bedring i den samlede livssituation samt (2) borgerne modtager indsats, der har en varighed, så der skabes bedring og stabilitet i borgernes liv. Afsnit 3.1.1 og 3.1.2 belyser blandt andet, at hovedparten af borgerne tager mange små skridt i retning af at opnå øget livsmestring og en bedre livssituation. Evalueringen peger på, at indsatsens varighed har afgørende betydning for borgernes langsigtede resultater. Fx har det gennem projektperioden kun været muligt at arbejde med de helt små skridt i borgernes recovery-proces, hvorfor der stadig er et stykke vej, før borgernes mere langsigtede mål imødekommes.

Den tværgående analyse viser ydermere, at projektkommunerne kun i nogen grad imødekommer indsatsens tredje borgernære resultat: "Borgerne får foretaget relevant social- og sundmæssig udredning". Af det kvantitative datamateriale kan det fx ses, at cirka halvdelen af borgerne modtager en social- og/eller sundhedsfaglig udredning i løbet af projektperioden. Den kvantitative analyse viser yderligere, at cirka halvdelen af de borgere, som mangler at få foretaget en hhv. sundhedsfaglig og/eller socialfaglig udredning, fortsætter i indsatsen efter projektperiodens ophør. Ovennævnte indikerer derfor, at udredningsarbejdet typisk finder sted sent i borgernes M-ACT-forløb – også senere end længden på projektperioden.

Sluttelig viser den tværgående analyse, at borgerne i høj grad modtager en helhedsorienteret og koordineret indsats af M-ACT-teamet. Realiseringen af dette resultat understøttes af udmøntningen af kerneelement seks "Tværprofessionelt". Analysen peger dog på, at samtlige kernelementer er nødvendige for borgernes udbytte.

6.1.1 Udvikling i borgernes livssituation og -mestring

Dette afsnit viser, hvordan og i hvilken grad borgerne oplever en bedring i deres samlede livssituation og -mestring i løbet af projektperioden. Afsnittet er baseret på surveydata udfyldt af borgerne¹⁸ samt kvalitative data fra forløbsinterviews.

Afsnittets analyser viser, at projektkommunerne i høj grad har indfriet de to første borgernære mål gennem deres arbejde med indsatsen¹⁹. De kvalitative data viser fx, at flere af borgerne tager mange små skridt i retning af at opnå øget livsmestring og en bedre hverdag. Flere borgere oplever, at de som følge af indsatsen selvstændigt kan varetage en række opgaver, som de tidligere har haft svært ved at mestre. Konkret oplever borgerne øget trivsel, selvværd og selvtillid, når de oplever at lykkes. Tilsvarende oplever borgerne en større grad af kontrol og stabilitet i hverdagen i takt med, at de optræner færdigheder til at kunne håndtere en række opgaver i dagligdagen. Selvom borgerne oplever en positiv udvikling gennem indsatsen, viser det kvalitative materiale, at hovedparten af borgerne fortsat oplever svære sociale- og sundhedsmæssige problemstillinger ved projektperiodens afslutning. Over halvdelen af borgerne (23 borgere svarende til 58 pct.) fortsætter derfor også i M-ACT-indsatsen efter projektets afslutning. Evaluator vurderer i den forbindelse, at indsatsens varighed har afgørende betydning for borgernes resultater, da det gennem projektperioden kun har været muligt dels at få skabt kontakt og relation til borgere i målgruppen,

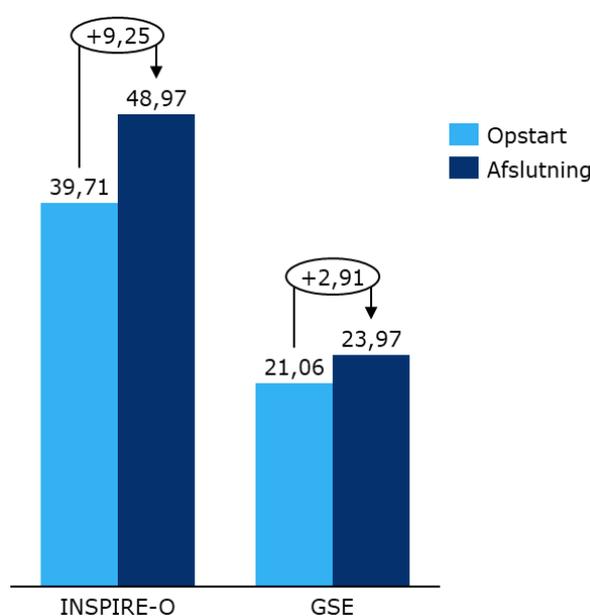
¹⁸ Data stammer fra borgernes før- og eftermålinger samt løbende progressionsmålinger.

¹⁹ Borgerne oplever en bedring i den samlede livssituation samt borgerne modtager indsats, der har en varighed, så der skabes bedring og stabilitet i borgernes liv.

dels at arbejde med de helt små skridt i borgernes recovery-proces. Ovennævnte indikerer derfor, at tidsperioden for borgerforløb²⁰ i projektet ikke er tilstrækkeligt i forhold til at skabe store forandringer i borgernes liv. Det er derfor vigtigt, at indsatsen i praksis er tidsbestemt.

Figuren nedenfor illustrerer udviklingen i borgernes oplevelse af personlig recovery (målt via måleredskabet Brief INSPIRE-O) samt mestringsevne (belyst gennem måleværktøjet GSE). Af figuren kan det ses, at borgerne oplever en større grad af personlig recovery, når før- og eftermålingen sammenlignes (scoren kan rangere mellem 0 og 100). Borgerne har konkret en gennemsnitlig score på 39,7 i førmålingen og en gennemsnitlig score på 49 i eftermålingen. Borgernes gennemsnitlige score går derfor fra at være under middel til middel på skalaen²¹. Udviklingen er i høj grad overensstemmende med evalueringens kvalitative empiri, der blandt andet viser, at borgerne i højere grad oplever kontrol over eget liv ved projektperiodens afslutning, ligesom de i højere grad oplever at have håb, drømme og ønsker for fremtiden. Omvendt er den målbare udvikling i borgernes mestringsevne meget lille. Det betyder, at borgerne vurderer deres mestringsevne som middel (scoren kan variere mellem 10 og 40) både ved indsatsens opstart og afslutning.

Figur 4: Borgernes gennemsnitlige score på GSE og Brief INSPIRE-O



Note: Figuren er baseret på data fra før- og eftermålingen af borgernes recovery-proces og mestringsevne. Spørgeskemaet er beskrevet i bilag 1.

Ses der nærmere på borgernes mestring i forhold til udvalgte dimensioner i VUM, viser den kvantitative analyse, at borgerne oplever en mærkbar positiv udvikling ift. følgende tre tematikker; **praktiske opgaver i hjemmet**, **økonomi** samt **sociale relationer**. Fx oplever en større andel at kunne varetage praktiske opgaver i hjemmet (fra 68 pct. til 81 pct.²²), ligesom flere tilkendegiver at kunne indgå i sociale relationer ved projektperiodens ophør (fra 68 pct. til 82 pct.) Sluttelig angiver en større andel at være i stand til at håndtere deres økonomi (fra 32 pct. til 59 pct.²³). For

²⁰ Den første borger blev indregistreret i indsatsen den 27.10. 2020, mens den sidste borger blev indregistreret den 27.4.2022

²¹ Der er ikke udarbejdet norm-scores for redskabet. Derfor kan niveauet ikke vurderes.

²² Tallene er baseret på en summering af svarkategorierne "i nogen grad", "i høj grad" samt "i meget høj grad".

²³ Tallene er baseret på en summering af svarkategorierne "i nogen grad", "i høj grad" samt "i meget høj grad".

de øvrige dimensioner i VUM ses der dog ingen nævneværdig positiv udvikling, da borgernes svarfordeling næsten er identisk ved både indsatsens opstart og afslutning²⁴.

Den kvalitative empiri underbygger i høj grad ovennævnte kvantitative resultater. På tværs af de kvalitative interviews, kan det fx ses, at hovedparten af borgerne har gjort mange små skridt i retning af at opnå øget livsmestring og en bedre livssituation. Fælles for mange af borgerne i indsatsen er, at de tidligere har fundet det uoverskueligt at bo i egen bolig. Dette fordi hovedparten af borgerne kun i mindre grad har udviklet bokompetencer grundet tidligere hjemløshed eller anbringelser. Tilsvarende har størstedelen af borgerne fundet kontakten til andre mennesker svær og udfordrende, da de dels har følt sig stigmatiseret grundet deres livsførelse, dels har haft svært ved at begå sig i sociale sammenhænge.

Som følge af M-ACT-teamets hjælp og støtte oplever borgerne imidlertid, at de har optrænet færdigheder og opøvet kompetencer, der er vigtige for at kunne varetage en hverdag. Det betyder, at flere nu selvstændigt kan håndtere praktiske opgaver relateret til det at bo i egen bolig (fx rengøring og tøjvask) samt kan tage kontakt til aktører uden for M-ACT-teamet, hvis de har behov for hjælp eller støtte (fx vicevært eller læge). Flere af borgerne vurderer ligeledes, at indsatsen har understøttet deres inklusion i nærområdet. En borger udtrykker fx, at han nu har mod på at hilse på sin nabo, mens en anden tilkendegiver, at han nu tør komme ud af sin lejlighed og opholde sig blandt andre mennesker. Ifølge borgerne bidrager ovennævnte forbedringer til, at der er kommet mere stabilitet og struktur i deres liv. Derudover oplever borgerne, at de små succesoplevelser i indsatsen styrker deres generelle selvtillid og selvværd.

CITAT: "Jeg kan se og mærke, at det er sket mange ting med mig. Det er jo ikke store ting for andre, men det er det for mig. Jeg kan fx selv lufte ud og vande min planter. Før sejlede det hele. Men nu går det bedre. Nogle dage har jeg endda lyst til at rulle gardiner op og sige hej til andre eller gå en tur for hyggens skyld. Det kunne jeg aldrig finde på før."

Borger i M-ACT-indsats

CITAT: "Jeg føler virkelig, at jeg har fået mere stabilitet i livet og et helt andet overskud. Nu gider jeg godt at vande min plante, lufte ud, støvsuge og vaske op. Jeg føler, at jeg har fået meget mere kontrol over mit eget liv."

Borger i M-ACT-indsats

Borgerne vurderer samlet set, at M-ACT-teamet har haft afgørende betydning for deres udviklingsproces. Ifølge borgerne udgør det en fordel, at M-ACT-teamet har **udvist håb og fremtidsoptimisme** på deres vegne. En borger tilkendegiver fx, at det har været nødvendigt, at teamet har haft en positiv tænkning med fokus på håb og drømme, samt at teamet har haft fokus på de små succesoplevelser i borgerens liv, da borgeren hurtigt kan blive blind for egne fremskridt og herunder miste modet til at forsætte indsatsen.

²⁴ Se figur L i bilag 2.

Yderligere udgør det en fordel, at M-ACT-teamet har faciliteret og støttet borgerne i at opøve **handleevne** i forhold til at opnå egne mål. For én borger udgør det fx et virksomt element i indsatsen, at M-ACT-teamet ikke har "gjort ham til barn", men i stedet har haft blik for og optrænet hans egne ressourcer. Sluttelig har den **tillidsfulde relation** til M-ACT-teamet betydet, at borgerne i et vist omfang har genvundet troen på, "at systemet vil dem det godt", og at "fremmede ikke er farlige". For nogle borgere har tilliden til M-ACT-teamet således affødt et større mod på samt en lyst til at opnå samvær med andre mennesker, ligesom flere i højere grad føler sig parate til at modtage hjælp fra det etablerede hjælpe- og behandlingssystem (fx misbrugsbehandling og regionspsykiatrien).

CITAT: "Jeg havde ingen gode oplevelser med kommunen inden M-ACT. Men M-ACT-teamet er kommet ind under huden på mig. De har givet mig så meget håb. Nu arbejder vi henimod, at jeg en dag skal se mine børn, og det føles bare så rart, at de ikke har sagt, at det er helt urealistisk. Det har jeg hørt mange gange før. De tror virkelig på, at det skal lykkes. Og nu arbejder vi henimod, hvilken far jeg gerne vil være for dem i fremtiden. Det er en helt ny måde for mig at tænke på, og det føles meget meningsfuldt."

Borger i M-ACT-indsats

Selvom flere borgere oplever en positiv udvikling gennem projektperioden, viser det kvalitative materiale imidlertid, at hovedparten af borgerne fortsat oplever svære sociale- og sundhedsmæssige problemstillinger ved projektperiodens afslutning (fx psykiske udfordringer og problemstillinger relateret til misbrug). Evalueringens kvantitative data understøtter dette kvalitative fund. Af den statistiske analyse fremgår det blandt andet, at 73 pct. i høj/meget høj grad oplever at have psykiske udfordringer, der begrænser deres hverdag ved projektperiodens ophør. Til sammenligning angav 68 pct. samme svar ved den første måling. Ovennævnte resultater afspejler i høj grad, at M-ACT-indsatsen er målrettet borgere med de mest komplekse problemstillinger, hvorfor indsatsens varighed er afgørende for, at borgerne opnår mærkbar og varig stabilitet og bedring i deres samlede livssituation. Resultatet underbygges endvidere af, at over halvdelen af borgerne (58 pct.) fortsætter i M-ACT-indsatsen efter projektets afslutning.

Derudover indikerer de kvalitative interviews, at borgerne opnår en større erkendelse af problemernes karakter undervejs i indsatsen, hvilket kan gøre det vanskeligt at måle borgernes progression i projektperioden. Fx understreger flere borgere, at en reduktion i deres rusmiddelforbrug har betydet, at de i højere grad mærker deres psykiske udfordringer (fx angst og stress). I tråd hertil kan det udledes, at borgernes udviklingsproces i indsatsen ikke må betragtes som lineær, da nye erkendelser og/eller udfordringer kan blive blotlagt i løbet af M-ACT-indsatsen.

CITAT: "Faktisk tror jeg på nogle måder, at jeg havde det bedre, før jeg lærte M-ACT-teamet at kende. Men det skyldes nok, at jeg ikke drikker mere, så nu mærker jeg virkelig min PTSD. Så det er ikke deres skyld. Slet ikke. Teamet er så dygtige. De giver mig en tryghed, og de hjælper mig virkelig. Men det ændrer jo ikke på, at jeg kan mærke min diagnose på en anden måde nu, end da jeg var fuld hele tiden."

Borger i M-ACT-indsats

Af det kvalitative materiale kan det yderligere ses, at borgerne i højere grad udviser en tro på, at de en dag kan komme sig helt eller delvist, når deres udsagn fra det første kvalitative nedslag sammenholdes med det sidste. Borgerne betragter derfor i mindre grad deres psykiske tilstand eller vanskeligheder som kroniske, hvilket er en betydelig udvikling, som de kvantitative data ikke kan indfange. Samtidig vidner nærværende resultat om, at der er en sammenhæng mellem borgernes udbytte samt implementeringen af den recovery-orienterede tilgang i projektkommunerne. Af kapitel fire kan det fx ses, at medarbejderne i M-ACT-teams i relativ høj grad har implementeret en recovery-orienteret tilgang i deres samarbejde med borgerne. Dette betyder, at støtten udføres med en overbevisning om, at borgerne kan komme sig. Når borgerne opnår en større tro på, at

deres situation kan forbedres, kan det derfor ses i relation til den tilgang, medarbejderne har implementeret i deres samarbejde med borgerne.

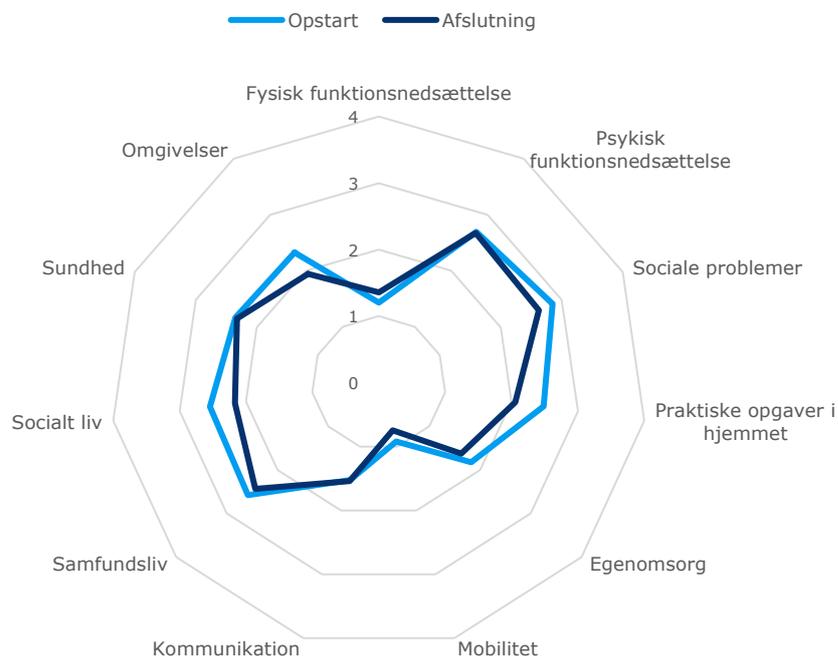
6.1.2 M-ACT-teamets faglige vurdering af borgernes udvikling

Dette afsnit belyser M-ACT-teamets faglige vurdering af borgernes udvikling i indsatsen. Afsnittet er baseret på surveydata udfyldt af medarbejderne fra de tre M-ACT-teams samt viden fra de kvalitative interviews.

I tråd med resultaterne fra ovennævnte afsnit vurderer medarbejderne, at borgerne oplever bedring og stabilitet som følge af deres deltagelse i indsatsen i løbet af projektperioden. Den tværgående analyse viser, at der særligt er tre centrale resultater, der træder frem som gennemgående i medarbejdernes kvantitative og kvalitative tilkendegivelser. Indledningsvis oplever medarbejderne, at borgernes funktionsevne forbedres på en række af VUM-dimensionerne, ligesom deres livskvalitet øges. Derudover vurderer medarbejderne, at borgerne udviser mere tillid til både kommunen og øvrige hjælpe- og behandlingssystemer. Sluttelig oplever medarbejderne, at det er lykkedes at få kontakt til og fastholde borgere i indsatsen, som de tidligere har haft svært ved at hjælpe.

Figur 5 illustrerer før- og eftermålingen af medarbejdernes vurdering af borgernes udvikling målt på VUM-dimensionerne. En lav score markerer, at borgerne ikke har noget problem, mens en høj score dækker over, at borgerne har et fuldstændigt problem.

Figur 5: Medarbejdernes før- og eftermåling af borgernes funktionsevne



Note: Figuren er baseret på medarbejdernes besvarelse af opstarts- og afslutningsskemaet. Spørgeskemaerne er beskrevet i bilag 1.

Af figuren kan det ses, at borgerne vurderes til at have en bedre funktionsevne efter projektperioden. Særligt oplever medarbejderne, at borgernes situation udvikler sig i forhold til følgende tre tematikker: **praktiske opgaver i hjemmet** (fra 2,48 til 2,06), **socialt liv** (fra 2,54 til 2,17) samt **omgivelser** (2,32 til 1,95). Ifølge medarbejdernes funktionsvurdering går borgerne

således fra at have et moderat problem ved indsatsens opstart til at have et lettere problem ved projektets afslutning i forhold til ovennævnte tre dimensioner. Årsagen til udviklingen skyldes ifølge medarbejderne, at borgerne **opdyrker sociale og praktiske færdigheder** i løbet af indsatsen. Det foregår i praksis gennem deltagelse i daglige gøremål (som fx rengøring og indkøb), samt gennem samværet med M-ACT-teamet. Medarbejdernes vurdering af borgernes udvikling i indsatsen afspejler derfor i høj grad borgernes vurdering og kvalitative forståelse af egen mestringsevne (jf. afsnit 6.1.1).

Det er endvidere medarbejdernes indtryk, at borgerne opnår øget livskvalitet og mere stabilitet i deres tilværelse gennem M-ACT-indsatsen. Vurderingen underbygges blandt andet af, at flere medarbejdere har erfaret, at borgerne har **færre akutte indlæggelser** på psykiatrisk afdeling under projektperioden, ligesom de i mindre grad benytter **herberger**. Dette skyldes, at M-ACT-teamet hurtigt kan træde til, når borgerne oplever akutte kriser. Ifølge medarbejderne virker M-ACT-indsatsen derfor også forebyggende. Derudover er oplevelsen blandt medarbejderne, at indsatsen har bidraget til et større **selvværd** og en styrket **selvtillid** blandt borgere i indsatsen. Medarbejderne udtrykker blandt andet, at borgerne i højere grad opnår blik for egne ressourcer, hvilket styrker deres tro på dem selv.

CITAT: *“Vi oplever, at borgerne bliver mere stabile. En borger har fx ikke været indlagt i over et år, og han plejede at være indlagt én gang om måneden. Så vi oplever en større ro hos borgerne; i stedet for at gå i panik og lave en voldsom handling, så ringer de til os.”*

Projektleder

Et andet resultat af indsatsen er, at borgerne i højere grad udviser tillid til det etablerede hjælpe- og behandlingssystem. Ifølge medarbejderne nærer flere af borgerne en mistillid til det sociale system, når de opstarter en M-ACT-indsats. Dette skyldes, at de tidligere ikke har følt sig mødt eller forstået, ligesom de ikke har oplevet at modtage den nødvendige støtte og hjælp. Et virksomt element i indsatsen har således været M-ACT-teamets særskilte fokus på at skabe **tillid** og **opbygge en god relation** til den enkelte borger. Ifølge medarbejderne har den gode relation banet vej for, at borgerne i højere grad har udviklet en tiltro til, at systemet ikke vil dem ondt. I praksis betyder det, at flere borgere er mere opsøgende over for at starte i behandling eller at modtage hjælp fra andre aktører end M-ACT-teamet.

Data viser yderligere, at det er lykkedes at fastholde størstedelen af borgerne i indsatsen i løbet af projektperioden. Det betyder, at M-ACT-teams har formået at komme i kontakt med og få skabt en relation til en gruppe af borgere, som de ikke tidligere er lykkedes med at skabe stabil kontakt til og samarbejde med. Det, at indsatsen er tilrettelagt med afsæt i borgerens individuelle ønsker, håb og drømme, fremhæves af nogle medarbejdere som særligt understøttende i forhold til at fastholde borgere i indsatsen og opnå positive resultater i samarbejdet med borgeren.

Det skyldes, at borgerne i højere grad oplever kontrol og meningsfuldhed, ligesom deres trivsel i og ejerskab til indsatsen øges, når de selv er med til at definere indsatsens indhold. På tværs af projektkommunerne fremhæver medarbejderne ligeledes, at de forsøger at fremme fastholdelsen blandt målgruppen ved at skabe en **tryk og tillidsfuld relation**, så borgeren føler sig set, hørt og anerkendt.

6.1.3 Udredning og overgang til andre indsatser

Dette afsnit belyser, hvorvidt borgerne får foretaget en relevant social- og sundhedsmæssig udredning i løbet af projektperioden. Afsnittet belyser endvidere, hvorvidt borgerne kan klare sig med mindre intensiv støtte ved projektets afslutning. Afsnittet er baseret på surveydata udfyldt af

medarbejderne²⁵. De kvantitative fund suppleres med kvalitative betragtninger fra interviews med hhv. borgere og medarbejderne.

Afsnittet viser, at projektkommunerne kun i nogen grad imødekommer indsatsens tredje borgernære resultat. Af det kvantitative datamateriale kan det ses, at 24 borgere (svarende til 60 pct.) har fået udarbejdet en socialfaglig udredning i løbet af projektperioden, mens 19 borgere (svarende til 48 pct.) har fået gennemført en sundhedsmæssig udredning. Det vil sige, at under halvdelen (hhv. 35 pct. og 40 pct.) *ikke* har fået foretaget en relevant udredning i løbet af projektperioden. Den kvantitative analyse viser i tillæg hertil, at cirka halvdelen af de borgere, som ikke bliver udredt i løbet af projektperioden, ej heller er blevet udredt forud for indsatsen (se figur M og N i bilag 2). En supplerende kvantitativ analyse viser derudover, at cirka halvdelen af de borgere, som mangler at få foretaget en hhv. sundhedsfaglig udredning (syv borgere svarende til 50 pct.) og/eller en socialfaglig udredning (10 borgere svarende til 63 pct.), fortsætter i indsatsen efter projektperiodens ophør (se figur O i bilag 2).

På baggrund af den kvalitative empiri kan der identificeres to årsager til, at nogle borgere ikke udredes i løbet af projektperioden. For det første kan borgernes **misbrug** udgøre en væsentlig barriere i forhold til at få foretaget en psykiatrisk udredning og få stillet en psykiatrisk diagnose. En medarbejder fra M-ACT-teamet tilkendegiver fx, at flere borgere ikke kan indgå i et psykiatrisk udredningsforløb, da sundhedssystemet i regionen stiller krav om stoffrihed, hvilket mange af borgerne ikke kan honorere. Derudover kan det tage lang tid at indhente de nødvendige informationer om borgerne til at kunne udarbejde en relevant socialfaglig udredning. Medarbejderne peger konkret på, at kompleksiteten i borgernes udsathed og livssituation kan betyde, at det både er **vanskeligt og tidskrævende** at vurdere borgernes funktionsevne. Udredningsarbejdet finder derfor typisk sted sent i borgernes M-ACT-forløb – også senere end længden på projektperioden, hvilket data fra den supplerende kvantitative analyse også indikerer.

Fælles for de borgere, som er blevet udredt i løbet af projektperioden, er imidlertid, at de betragter udredningen som et vigtigt skridt i deres individuelle recovery-proces. Borgerne oplever blandt andet, at udredningen har givet en **større indsigt og forståelse** for dem selv. Fx har udredningen bidraget til en systematisk afdækning af borgernes ressourcer, ønsker og udviklingspotentiale, hvorfor det er blevet tydeligere for borgerne, hvad de kan arbejde videre med og hvordan. Derudover oplever flere borgere, at de har fået tildelt den **nødvendige medicin**, som følge af den sundhedsmæssige udredning, hvilket har givet dem mere livsglæde og -kvalitet.

CITAT: *”Det har gjort en kæmpe forskel for mig at blive udredt. Nu har jeg fået noget medicin, der faktisk virker. Før i tiden ville jeg ikke livet, fordi jeg bare befandt mig i et psykisk hul. Men medicinen har gjort, at der er kommet mere ro på, og at jeg har mange dage, hvor jeg faktisk føler mig glad.”*

Borger i M-ACT-indsats

I alt er 17 borgeres M-ACT-forløb blevet afsluttet på tværs af de tre projektkommuner. Flere af borgerne (syv borgere svarende til 41 pct.) er overgået til en SEL § 85-indsats eller 'andre indsatser' (fx §107-botilbud eller en §99-opsøgende støttekontaktperson (se figur P i bilag 2). Ovennævnte betyder også, at størstedelen af borgerne (23 borgere svarende til 58 pct.) fortsætter i indsatsen efter projektperiodens ophør. Datagrundlaget indikerer derfor, at M-ACT-indsatsen er en længerevarende indsats, hvor kun få afsluttes inden for halvandet år. Ifølge en projektleder understøtter udredningsarbejdet imidlertid, at borgernes indsats hurtigere afsluttes. Fx har udredningen ledt til, at to borgere er blevet bevilliget et §107-tilbud. Karakteristisk for denne

²⁵ Medarbejderne har udfyldt et afslutningsskema for samtlige borgere i indsatsen.

kommune er imidlertid, at indsatsen særligt har et udredende og afklarende fokus, hvorfor indsatsperioden typisk er kortere sammenlignet med de øvrige projektkommuner.

6.1.4 Kerneelementernes betydning for borgernes oplevede udbytte

Af kapitel 4 fremgår det, at projektkommunerne i relativ høj grad har implementeret indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. Det vil sige, at borgerne i et vist omfang har modtaget en indsats med brug af de enkelte kerneelementer. Dette afsnit undersøger, hvorvidt og i hvilken grad kerneelementerne har haft en positiv betydning for borgernes oplevede udbytte. Afsnittet er baseret på viden fra kvalitative indsigter fra interviews med hhv. borgere og medarbejdere.

Det kvalitative materiale indikerer samlet set, at kerneelementerne både er nødvendige og skaber positive resultater for borgernes recovery-proces. Data peger desuden på, at det er **kombinationen af kerneelementer**, snarere end ét specifikt kerneelement, der understøtter borgernes udbytte. Det betyder, at der ikke er nogen kerneelementer, som i sig selv er tilstrækkelige til at tilvejebringe positive resultater for borgernes recovery-proces. I stedet er det samspillet af kerneelementer, der bidrager positivt til borgernes udvikling. Dog fremtræder kerneelement seks **”Tværprofessionelt”** som særligt afgørende for, at borgerne oplever at modtage en både helhedsorienteret og koordineret indsats. Kerneelementet har derfor afgørende betydning for realiseringen af det fjerde borgernære resultat.

Selvom samtlige kerneelementer vurderes at være nødvendige for borgernes udbytte, indikerer den kvalitative analyse, at en række kerneelementer er særlig betydningsfulde for borgernes recovery-proces. Konkret fremhæver borgerne følgende fem kerneelementer som særligt virksomme: (1) individuelt tilrettelagt, (2) fleksibel, (3) udgående, (4) tidsbestemt og vedholdende samt (5) tværprofessionel.

Analysen peger konkret på, at det er særligt virksomt, at indsatsen er **individuelt tilrettelagt**. Borgerne uddyber blandt andet, at deres individuelle recovery-proces understøttes, når indsatsen tager afsæt i deres ønsker, håb og drømme. Dette skyldes, at indsatsen både opleves som **relevant og vedkommende**, når borgernes egne mål bliver guidende for indsatsen. Samtidig er det understøttende for borgernes **frie vilje og selvbestemmelse**, når den faglige indsats udspringer af borgernes ønsker, håb og drømme. Flere borgere har tidligere prøvet at

CITAT: *”Det bedste ved indsatsen er, at den tager afsæt i mig og mine behov. Teamet er virkelig lyttende, og de respekterer mine holdninger. De siger ikke: ”Vi har styr på det, det er os, der har mest erfaring, nu skal du bare gøre, som jeg siger”. De lytter til mig og spørger, hvad jeg vil. Og det virker rigtig godt. Man kan jo ikke rigtig rykke sig, hvis man ikke selv får lov til at bestemme, hvor man vil hen og hvordan.”*

Borger i M-ACT-indsats

arbejde mod mål, der ikke reflekterede deres egentlige behov. Den manglende sammenhæng mellem indsatsmål og borgernes faktiske ønsker betød, at borgerne ikke oplevede, at indsatsen forbedrede deres livssituation og trivsel. For borgerne er det derfor afgørende, at indsatsen er individuelt afstemt og tilrettelagt. Derudover har den individuelt tilrettede indsats i høj grad ledt til, at borgerne forstår og definerer sig som **eksperter i eget liv** – hvilket er en rolle, som de sjældent har oplevet at få tildelt af øvrige sociale indsatser. Af det kvalitative materiale kan det ses, at positionen som erfaringseksperter styrker borgernes tro på sig selv, ligesom flere for første gang føler sig respekteret for den viden, de besidder om sig selv. Selvom nogle medarbejdere finder arbejdet med kerneelementet svært (jf. afsnit 4.2.2), indikerer det kvalitative materiale, at udmøntningen af kerneelementet er afgørende for borgernes udbytte.

Indsatsens **fleksibilitet** fremhæves ligeledes som et virksomt element i indsatsen af både borgere og medarbejdere. Ifølge borgerne er det essentielt, at M-ACT-teamet kan justere indsatsen og handle hurtigt ved fx akut opståede kriser, da det dels **forebygger tilbagefald**, dels **sikrer fastholdelse** - både i indsatsen men også i forhold til de opnåede fremskridt i egen recovery-proces. Fælles for hovedparten af borgerne er fx, at de tidligere har afbrudt en indsats, hvis de ikke har oplevet at få den nødvendige hjælp rettidigt. For borgerne udgør det derfor et virksomt element i indsatsen, at teamet har mulighed for at understøtte og hjælpe dem på kritiske tidspunkter. Tilsvarende udgør det for borgerne en tryghed, at de kan kontakte M-ACT-teamet, når de har brug for hjælp. Flere borgere oplever dog, at det ville styrke indsatsens fleksibilitet yderligere, hvis teamet også var tilgængeligt i weekenden og/eller ydretimerne.

CITAT: "Det er virkelig rart, at teamet er der for en, når man har brug for det. Jeg føler altid, at jeg kan ringe, hvis det hele falder, og jeg har brug for hjælp. Det er rart, at man bare lige kan mødes til en kort kop kaffe, hvis man har en øv-dag. Det gør, at jeg ikke mister modet."

Borger i M-ACT-indsats

Analysen peger endvidere på, at teamets **udgående funktion** har en positiv virkning for målgruppen. Flere borgere nævner fx, at de ikke tør og/eller har overskud til at komme ud af deres egen bolig. De er derfor overbeviste om, at de enten havde takket nej til indsatsen eller havde afbrudt samarbejdet, hvis indsatsen havde fundet sted på kommunens matrikel. Ifølge medarbejderne understøtter det desuden relationen mellem borgeren og medarbejderne, at M-ACT-teamet møder borgerne i en tryk og uformel rammesætning.

De kvalitative data viser desuden, at det udgør et virksomt element, at indsatsen både er **tidsbestemt og vedholdende**. Årsagen hertil er, at en vedholdende kontakt dels skaber **tryghed og tillid** til, at teamet ikke "giver op", dels **forhindrer tilbagefald** i borgernes recovery-proces. Uddybende fortæller borgerne, at de ofte trækker sig fra indsatsen, når de har det dårligt. Af samme grund er det essentielt, at M-ACT-teamet tager initiativet og holder aktivt fast i kontakten med borgerne, således at borgernes livssituation ikke forværres. Samtidig er det et virksomt element, at indsatsen er tidsbestemt. Det virksomme består konkret i, at indsatsen ikke ophører, før borgernes behov tilsiger det, og at borgerens eventuelt langvarige recovery-proces derved understøttes bedst muligt. For borgerne giver det yderligere **ro** at vide, at indsatsen ikke forventes at være lineær, men at varigheden matcher deres konkrete livssituation.

CITAT: "Jeg føler virkelig, at teamet er der for mig. De ringer og spørger, hvordan jeg har det. Og hvis jeg ikke tager telefonen i et stykke tid, så banker de på min dør. Det er dejligt, at de er så ihærdige. Det gør klart, at jeg udvikler mig."

Borger i M-ACT-indsats

Sluttelig peger den kvalitative analyse på, at det er særligt virksomt for borgernes recovery-proces, at teamet er **tværfagligt sammensat** og **arbejder tværprofessionelt**. For borgerne er det fx essentielt, at teamet både består af social- og sundhedsfaglige medarbejdere, da teamet kan hjælpe med forskellige udfordringer, som tilsammen har betydning for realiseringen af borgernes ønsker, håb og drømme. Yderligere er det en fordel, at teamet samarbejder om borgernes forløb og mål samt arbejder ud fra samme tilgang uanset faglig baggrund. Borgerne udtrykker konkret, at en fælles tilgang i indsatsen understøtter, at de får en sammenhængende og koordineret indsats, uanset hvem fra teamet der varetager støtten. Borgerne oplever således, at de gennem teamets udmøntning af nærværende kerneelement modtager en både helhedsorienteret og koordineret indsats.

6.2 Organisatoriske resultater

Der er i alt opstillet to organisatoriske formål for indsatsen: (1) projektkommunerne organiserer sig således, at der kan ydes en helhedsorienteret indsats på tværs af det specialiserede og almene område for borgere i målgruppen samt (2) projektkommunerne organiserer et forpligtende samarbejde på tværs af de relevante aktører, fx med udgangspunkt i Én Plan.

Den sidste del af kapitlet analyserer indsatsens organisatoriske resultater ud fra ovennævnte formål. Analyserne er baseret på data fra kvalitative interviews med både ledere, M-ACT-teams samt borgere

Afsnittet er struktureret i tre underafsnit. Det første belyser, hvorvidt projektkommunerne har implementeret fire organisatoriske kriterier, der tilsammen har betydning for realiseringen af indsatsens organisatoriske formål. Det andet afsnit beskriver, hvorvidt og hvordan projektkommunernes organisering sikrer, at der kan ydes en helhedsorienteret og koordineret M-ACT-indsats på tværs af det specialiserede og almene område for borgere i målgruppen. Det sidste afsnit belyser indsatsens organisatoriske relevans.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Afsnittet viser samlet set, at projektkommunerne i nogen grad har realiseret de forventede organisatoriske resultater.

To projektkommuner har således organiseret et team bestående af indsatsens tre kernefunktioner, hvorfor de indfrier målet om at yde en helhedsorienteret indsats på tværs af det specialiserede og almene område for borgerne. Én projektkommune har imidlertid manglet sundhedsfaglige medarbejdere til at udføre den specialiserede helbredsindsats. I praksis har dette haft den konsekvens, at M-ACT-teamet ikke har kunnet levere den specialiserede helbredsindsats – i stedet har teamet været nødsaget til at inddrage aktører uden for M-ACT-teamet til at yde støtten.

Derudover har projektkommunerne i forskelligt omfang etableret et forpligtende samarbejde med relevante aktører. Mens nogle projektkommuner har udarbejdet formaliserede samarbejdsaftaler og nedsat en strategisk forankret styregruppe for at understøtte samarbejdet til eksterne samarbejdspartnere, har andre i begrænset omfang etableret et forpligtende samarbejde til relevante aktører.

6.2.1 Projektkommunernes arbejde med indsatsens organisatoriske kriterier

I alt skal følgende fire organisatoriske kriterier indgå i M-ACT-indsatsen på tværs af projektkommunerne (jf. puljevejledningen):

1. M-ACT-teamet skal kunne rumme borgere på tværs af udsatte grupper. Det vil sige, at det er tyngden i borgernes kompleksitet og funktionsniveau, der er afgørende for, om borgerne visiteres til indsatsen.
2. M-ACT-indsatsen og teamets organisering skal kunne rumme, at borgerne i perioder har et stort behov for støtte og behandling og i andre perioder et mindre behov.
3. Det skal sikres, at indsatserne, som borgerne modtager, er koordineret og beskrevet i en helhedsorienteret plan (Én Plan).

4. Teamets sammensætning skal være fleksibel, så det sikres, at de relevante fagligheder er en del af indsatsen. Hvis fagligheden ikke er en fast del af teamet, så skal der sikres tilgængelighed til de nødvendige indsatser og fagområder.

Dette afsnit undersøger, hvorvidt projektkommunerne har arbejdet med ovennævnte organisatoriske kriterier. Afsnittets konklusioner knytter sig i høj grad til analyserne skitseret i kapitel 4 og 5. Afsnittet vil derfor primært have et opsummerende sigte.

Evalueringens analyser peger på, at projektkommunerne i høj grad har arbejdet med indsatsens organisatoriske kriterier. Projektkommunerne har fx anvendt *Én Plan* til at sikre borgerne et sammenhængende forløb, ligesom de tre projektkommuner i høj grad kan rumme borgere på tværs af udsatte grupper samt deres forskellige behov for støtte og behandling. Derudover har projektkommunerne i forskelligt omfang arbejdet med at sikre tilgængelighed til nødvendige indsatser og fagområder.

Af kapitel 5 kan det ses, at borgere i målgruppen har **multiple sociale og sundhedsmæssige problemstillinger**, ligesom borgernes mestrings- og funktionsevne på en række parametre er nedsat. Analysen peger derfor på, at det ikke er en enkelt problemstilling (fx hjemløshed), der er afgørende for, om borgerne visiteres til indsatsen. I stedet rummer indsatsen borgere med **forskellige komplekse udfordringer**. Analysen antyder derfor, at projektkommunerne har implementeret og efterlevet projektets første organisatoriske kriterie.

Tilsvarende har projektkommunerne i høj grad organiseret de tre M-ACT-teams, så de kan yde en fleksibel og intensiv støtte med afsæt i borgernes behov (jf. det andet organisatoriske kriterie). Flere af medarbejderne i teamet er fx **selvtilrettelæggende** i alle tre projektkommuner, og medarbejderne kan ligeledes flytte rundt på timerne allokeret til indsatsen, hvis borgernes behov kræver det (jf. afsnit 4.2.2). Rammerne omkring M-ACT-indsatsen vurderes derfor at være gunstige i forhold til at kunne rumme, at borgerne i perioder har skiftende støtte- og behandlingsbehov.

I forhold til det tredje organisatoriske kriterie, konkluderer kapitel 4, at projektkommunerne i mindre grad benytter **Én Plan** i samarbejdet med eksterne aktører, som er involveret i borgernes forløb. Som tidligere nævnt har eksterne samarbejdspartnere i projektet ikke skriveadgang til *Én Plan*. Det er derfor M-ACT-teamet, som noterer samarbejdspartnernes input i planen. På baggrund heraf kan det udledes, at *Én Plan* har et helhedsorienteret sigte, men at redskabet inden for rammerne af projektet ikke har understøttet samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere. Planen understøtter dog i et vist omfang det tværprofessionelle samarbejde i teamet, da den anvendes til at sikre fælles forståelse og koordination. Evalueringen peger derfor på, at M-ACT-indsatsen og øvrige indsatser er beskrevet i *Én Plan*, om end *Én Plan* primært har været anvendt af M-ACT-teamet. Projektkommunerne har derfor arbejdet med det tredje organisatoriske kriterie.

Endeligt har projektkommunerne i forskelligt omfang arbejdet med at sikre tilgængelighed til nødvendige indsatser og fagområder. Mens to projektkommuner har sikret tilgængelighed via **samarbejdsaftaler** og **styregruppe**, har én projektkommune haft svært ved at få etableret de nødvendige samarbejdsstrukturer. Den primære årsag har været, at den organisatoriske afstand til samarbejdspartnere har været stor, ligesom der ikke har været tradition for systematisk samarbejde på tværs af fagsøjler og forskellige sektorer (fx mellem kommune og region). Den manglende tilgængelighed til nødvendige indsatser og fagpersoner har imidlertid betydet, at et M-ACT-team dels har oplevet at mangle specifikke fagkompetencer (fx psykiatriske kompetencer), dels har oplevet at bruge ekstra tid på at skabe vej ind til de indsatser, som borgeren har behov for. Evalueringen peger således på, at en fleksibel teamsammensætning kræver, at der udvikles

systematik og struktur for tværprofessionelt samarbejde på tværs af fagsøjler, og/eller at fagspecifikke kompetencer tilknyttedes teamet fx med et mindre timeantal.

6.2.2 Projektkommunernes realisering af projektets organisatoriske formål

Dette afsnit belyser, hvorvidt og hvordan projektkommunernes organisering sikrer, at der kan ydes en helhedsorienteret og koordineret M-ACT-indsats på tværs af det specialiserede og almene område for borgere i målgruppen. Afsnittet fokuserer konkret på, hvorvidt indsatsen er organiseret med de rette kompetencer i teamet, samt hvorvidt projektkommunerne har organiseret et forpligtende samarbejde på tværs af relevante aktører. Afsnittet er baseret på kvalitative interviews med ledere og medarbejdere og har - ligesom afsnit 3.2.1 - et opsummerende sigte, da afsnittets konklusioner hviler på analyserne formidlet i kapitel 4.

For at kunne indfri målet om at yde en helhedsorienteret indsats på tværs af det specialiserede og almene område for borgerne, må teamet som minimum bestå af **tre kernefunktioner**²⁶, da disse udgør en forudsætning for at kunne implementere indsatsen (se uddybning i kapitel 4). Af afsnit 4.1 kan det ses, at to projektkommuner har etableret et M-ACT-team bestående af både social- og sundhedsfaglige medarbejdere samt myndighedskompetencer, mens én projektkommune har manglet sundhedsfaglige medarbejdere til at udføre den specialiserede helbredsindsats i sidste halvdel af projektperioden. I praksis har dette haft den konsekvens, at M-ACT-teamet ikke har kunnet levere den specialiserede helbredsindsats – i stedet har teamet måtte inddrage aktører uden for M-ACT-teamet til at yde støtten. Selvom denne organisering har været nødvendig i forhold til at kunne sikre borgerne en helhedsorienteret indsats, er indtrykket fra de kvalitative interviews, at indsatsen fungerer bedst, når denne primært varetages af teamet. Dette skyldes, at borgerne i højere grad oplever tillid til og tryghed ved M-ACT-teamet sammenlignet med øvrige samarbejdspartnere, som kun sporadisk er involveret i borgernes forløb. Tilsvarende oplever borgerne, at M-ACT-teamet arbejder mere fleksibelt med borgernes støttebehov sammenlignet med øvrige aktører, som sjældent kan træde til med det samme. I relation hertil vurderer medarbejderne i M-ACT-teams, at teamets tværfaglige sammensætning understøtter en åben og afsøgende tilgang til håndteringen af borgernes komplekse problemstillinger, da de forskellige fagpersoner kan bidrage med hver deres monofaglighed og vinkel ind i opgaveløsningen. Evalueringen peger derfor på, at de tre kernefunktioner er centrale for indsatsen, da det påvirker hele teamets indsats, når én af kernefagligheder mangler.

Ses der nærmere på projektkommunernes samarbejde til eksterne aktører, viser både den kvalitative og kvantitative empiri, at projektkommunerne i forskelligt omfang har organiseret et **forpligtende samarbejde omkring M-ACT-indsatsen** med eksterne samarbejdspartnere (jf. afsnit 4.2.2). Mens to projektkommuner har udarbejdet **formaliserede samarbejdsaftaler** og nedsat en strategisk forankret **styregruppe** for at understøtte et forpligtende samarbejde til øvrige aktører, har en projektkommune haft vanskeligt ved at få etableret en fast procedure for, hvordan der skal sikres koordination til eksterne samarbejdspartnere. Afsnit 4.2.3 viser yderligere, at M-ACT-teams i mindre grad benytter **Én Plan** som et understøttende hjælperedskab til at sikre et samarbejde til eksterne samarbejdspartnere. Indtrykket fra de kvalitative interviews er derfor, at indsatsens organisatoriske potentiale i et vist omfang er uforløst, da der endnu ikke er systematiske erfaringer med, hvordan Én Plan kan bygge bro og sikre smidige overgange mellem forskelligartede tilbud og aktører i borgernes forløb.

²⁶ En social og praktiske støtte varetager af socialfaglige fagprofessionelle, en specialiseret helbredsindsats varetager af sundhedsfaglige medarbejdere samt en administrativ støtte varetager af en sagsbehandler med myndighedskompetencer.

6.2.3 Indsatsens organisatoriske relevans i projektkommunerne

Dette afsnit belyser, hvorvidt indsatsen opleves som relevant i projektkommunerne. Afsnittet er baseret på viden fra de løbende fidelitetsmålinger samt kvalitative interviews med ledere og medarbejdere.

Det vurderes på baggrund af viden om projektkommunernes implementering af M-ACT-indsatsen, at indsatsen har en **høj grad af relevans**. Samtlige projektkommuner peger fx på, at indsatsen har stor organisatorisk relevans, ligesom de oplever, at indsatsen i meget høj grad er meningsfuld for målgruppen. Derudover fremhæver både ledere og medarbejdere fra M-ACT-teams, at der er stor **opbakning** til indsatsen internt i projektkommunerne, idet den opleves at imødekomme målgruppens behov og supplerer den **kommunale tilbudsvifte** på meningsfuld vis. Fx er det gennem indsatsen blevet muligt at opbygge en stabil kontakt og et samarbejde med en gruppe af borgere, som projektkommunerne ellers har haft svært ved at håndtere og imødekomme. I tillæg hertil oplever borgerne, at indsatsen adskiller sig positivt fra øvrige sociale og sundhedsmæssige indsatser. Borgerne fremhæver blandt andet indsatsens kernelementer som særligt betydningsfulde for deres recovery-proces og fastholdelse i indsatsen.

6.3 Delkonklusion

Kapitlets første del indikerer lovende resultater for de borgere, der har været en del af M-ACT-indsatsen. Afsnittet viser samlet set:

- At borgerne oplever en bedring i deres livssituation samt øget stabilitet i deres tilværelse, ligesom de har taget mange små skridt på vejen mod recovery.
- At medarbejderne vurderer, at borgernes funktionsevne og livskvalitet øges, ligesom deres tillid til både kommunen og øvrige hjælpe- og behandlingssystemer styrkes. Yderligere formår projektkommunerne at hjælpe borgere, som de tidligere har haft svært ved både at håndtere samt imødekomme.
- At cirka halvdelen af borgerne modtager en social- og/eller sundhedsfaglig udredning i løbet af projektperioden. Den kvantitative analyse viser yderligere, at cirka halvdelen af de borgere, som ikke er blevet udredt i løbet af projektperioden, ej heller er blevet udredt forud for indsatsen. Derudover kan det ses, at cirka halvdelen af de borgere, som mangler at få foretaget en hhv. sundhedsfaglig og/eller socialfaglig udredning fortsætter i indsatsen efter projektperiodens ophør. Ovennævnte indikerer derfor, at udredningsarbejdet typisk finder sted sent i borgernes M-ACT-forløb – også senere end længden på projektperioden
- At indsatsens kernelementer har en positiv betydning for borgernes recovery-proces.

Analysens anden del peger på, at projektkommunerne i nogen grad har realiseret de forventede organisatoriske resultater. Fx har to projektkommuner organiseret et team bestående af indsatsens tre kernefunktioner, hvorfor de indfrier målet om at yde en helhedsorienteret indsats på tværs af det specialiserede og almene område for borgerne. Derudover har projektkommunerne i forskelligt omfang etableret et forpligtende samarbejde med relevante aktører.

7. ØKONOMISK ANALYSE

I det følgende kapitel præsenterer vi den økonomiske analyse af indsatsen. Formålet med kapitlet er at skabe overblik over de omkostninger, der er forbundet med at drive indsatsen, hvorefter de økonomiske resultater skal sammenholdes med de konsekvenser, der potentielt kan realiseres som følge af indsatsen. Hvorvidt der skal investeres yderligere i indsatsen, vil være en vurdering, hvor det økonomiske potentiale skal sammenholdes med den effekt for borgerne, som indsatsen skaber.

I kapitlet beskriver vi først resultaterne fra **omkostningsvurderingen af indsatsen**. Her betragter vi de gennemsnitlige omkostninger på tværs af de deltagende kommuner. Efterfølgende nuancerer vi disse resultater i en følsomhedsanalyse, der viser, hvordan de gennemsnitlige omkostninger påvirkes, hvis enten 1) antallet af borgere, der deltager i indsatsen eller 2) lønudgifterne til medarbejdergruppen, der varetager indsatsen, varierer.

Dernæst opstiller vi **seks økonomiske scenarier**. M-ACT er en modningsindsats og vi er derfor endnu på et for tidligt stadie til at kunne sige nogen om, hvordan resultaterne faktisk vil se ud for borgerne. Derfor opstiller vi nogle scenarier, som beskriver potentielle resultater for indsatsen. Hvert scenarie præsenterer en borgertype, som oplever en effekt af at have deltaget i indsatsen, men hvor effekten i forskelligt omfang har en afledt konsekvens for borgerens ydelser og/eller aktiviteter. Endelig præsenterer vi de **budgetøkonomiske nettoresultater**²⁷ for hver af disse borgertyper. Resultaterne giver os et indblik i, hvilke konsekvenser effekten af indsatsen skal have for borgerne, hvis indsatsen skal resultere i et positivt budgetøkonomisk resultat.

²⁷ At det er en budgetøkonomisk analyse betyder, at vi udelukkende ser på de offentlige udgifter og indtægter og dermed ikke værdisætter livskvalitet mv.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Omkostninger forbundet med M-ACT-indsatsen består af etablerings- og driftsomkostninger. I indeværende analyse har det dog kun været muligt at kvantificere kommunernes driftsomkostninger, mens etableringsomkostningerne er beskrevet kvalitativt.

Etableringsudgifterne vil afhænge af, hvad kommunen i forvejen har til rådighed, og hvordan kommunen vælger at tilrettelægge indsatsen. Som første led i etableringen bør der afsættes ressourcer ifm. ansættelse af medarbejdere til teamet, hvorefter medlemmerne af teamet skal lære hinanden at kende, ligesom det er relevant, at teamet lærer om og arbejder med relationel koordinering. Yderligere bør der afsættes ressourcer til kompetenceudvikling af medarbejderne, der skal varetage M-ACT-indsatsen. Endeligt bør der anskaffes lokaler, materialer mv. ifm. driften af indsatsen.

De samlede driftsomkostninger for M-ACT-indsatsen udgør 104.000 kr. årligt pr. borger i gennemsnit på tværs af de tre deltagende kommuner. Mellem kommunerne varierer driftsomkostninger fra 78.000 kr. årligt pr. borger til 121.000 kr. årligt pr. borger. Driftsomkostningerne dækker primært over medarbejdernes tids- og ressourceforbrug forbundet med den direkte borgerrettede indsats samt koordinerende aktiviteter og møder omkring borgerne. Fælles for projektkommunerne er dog, at det er en forudsætning, at en del af indsatsen består af transport, enten i form af aktiviteter hos borgeren eller af aktiviteter, som fragter borgeren til og fra diverse aftaler. Driftsomkostningerne drives dermed i høj grad af lønudgifter til medarbejderne, der driver indsatsen. Kommunerne kan som følge af M-ACT-indsatsen potentielt sparre udgifter ifm. andre støtteformer, fx støtte efter § 85 og § 110. Da disse ikke medregnes i denne omkostningsvurdering, kan det betyde, at resultaterne af omkostningsvurderingen er overestimerede.

Driftsomkostningerne for M-ACT-indsatsen er naturligt følsomme overfor antallet af borgere, som M-ACT-teamets medarbejdere har kapacitet til at støtte, dvs. antal af borgere, der kan være i indsatsen pr. år pr. kommune, samt lønniveauet for medarbejderne. I et tilfælde hvor borgernes problemkompleksitet er større, vil medarbejderne kunne støtte færre borgere ad gangen. Reduceres antallet af deltagende borgere fra 13 borgere (gennemsnit på tværs af de tre kommuner) til 8 borgere (som i den kommune med færrest borgere), stiger de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år til 170.000 kr. Øges antallet af deltagende borgere derimod til 16 borgere (som i den kommune med flest borgere), falder de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år til 85.000 kr. Vælger kommunerne at prioritere fx personale med høj anciennitet eller omfattende efter- og/eller videreuddannelse, vil lønudgifterne ligeledes kunne stige. Øges det pålagte lønoverhead fra 20 pct. til 30 pct. stiger de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år til 113.000 kr. Sænkes lønoverhead i stedet til 10 pct., reduceres de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år i stedet til 96.000 kr.

7.1 Omkostningsvurderingens resultater

I dette afsnit præsenteres antagelserne bag og resultaterne af omkostningsvurderingen samt en følsomhedsanalyse af omkostningsvurderingens resultater.

7.1.1 Antagelser bag omkostningsvurderingen

Når en indsats bliver omkostningsvurderet, vil resultaterne altid afhænge af de antagelser, som beregningen bygger på. Denne omkostningsvurdering bygger på fire centrale antagelser: 1) den samlede etablerings- og driftsperiode for projektets omkostningsopgørelse²⁸, 2) antal kommuner i projektet, 3) antallet af borgere i indsatsgruppen pr. kommune pr. år²⁹, 4) antal og organisering af medarbejdere samt 5) lønudgifter til medarbejderne³⁰. Antagelserne fremgår af figuren til højre.

Antagelserne er baseret på en gennemsnitlig betragtning af de tre kommuner der har afprøvet indsatsen i projektperioden. Antagelserne illustrerer således de gennemsnitlige forhold baseret på de tre projektkommuner. På tværs af de tre kommuner består M-ACT-teamene, foruden projektlederne, af socialpædagoger, ergoterapeut, sygeplejersker, socialrådgivere samt en SOSU-assistent³¹. Den konkrete organisering i kommuner kan ses i 4.1.

Figur 6: Centrale antagelser for omkostningsvurderingen



Resultaterne, der præsenteres i det følgende afsnit, er således baseret på disse antagelser og omkostningsdata indsamlet i projektets tre deltagende kommuner. Konkret er dataindsamlingen foretaget ved strukturerede interviews med projektlederne samt relevante medarbejdere i hver af de tre kommuner. Formålet med at foretage dataindsamlingen gennem interviews har været at sikre at omkostningsdata er blevet nuanceret med viden om de faktiske lokale forhold.

Ofte vil der i en omkostningsvurdering af en social indsats også indgå en antagelse om den gennemsnitlige forløbsvarighed for at kunne beregne, hvad et forløb gennemsnitligt koster pr. borger. Den gennemsnitlige forløbsvarighed har dog ikke været mulig for kommunerne at angive, både fordi indsatsen for størstedelen af borgerne endnu ikke er afsluttet efter den toårige projektperiode, og fordi forløbene vil variere meget mellem borgerne. Indsatsen er som bekendt ikke tidsbegrænset og indsatsen omfatter borgere med meget varierende behov. En af kommunerne beskriver, at de forventer at indsatsen tager mindst 1,5 år, men at de ligeledes forventer, at borgere er i indsatsen i flere år. På baggrund af denne usikkerhed vil de følgende beregninger afspejle den *årlige* omkostning for en indsats, og ikke omkostningen forbundet med et afsluttet forløb.

7.1.2 Omkostninger

Omkostningerne forbundet med en social indsats består sædvanligvis af en opgørelse af både indsatsens etablerings- og driftsomkostninger. I dette projekt har det dog ikke været muligt at opgøre omkostningerne forbundet med etableringen af indsatsen på en måde, så de meningsfuldt

²⁸ Første halvår af indsatsperioden bestod af etablering, hvorefter det sidste 1,5 år har bestået af drift.

²⁹ Antallet af borgere i indsatsgruppen pr. år er beregnet ud fra kommunernes realistiske case-load af borgere ud fra de medarbejderressourcer, de har. Dermed tages der højde for den ene kommune, der har oplevet udfordringer i implementeringen af indsatsen og som følge heraf har omstruktureret deres organisering løbende gennem projektperioden.

³⁰ Lønudgifterne er baseret på gennemsnitlige årslønninger hentet fra kommunernes og regionernes løndatakontor (krl.dk). Her er følgende filtre brugt: Kommune, Stilling, Lønde og Gennemsnit anvendt. Lønomsatningerne indeholder grundløn, tillæg, særydelser, feriepenge, pension og overarbejde.

³¹ Se lønniveauer på det de konkrete medarbejdertyper i tabel i Bilag 1.

har kunnet indgå i omkostningsberegningen. Dette skyldes sammenfaldet mellem kommunernes etablering af indsatsen og Covid-19-pandemien. Som følge heraf har etableringsaktiviteterne været præget af Covid-19-pandemien og deraf følgende nedlukning og restriktioner, mens etableringsperioden tidsmæssigt har været betydeligt længere end det ville være tilfældet under normale forhold. Kommunernes tidsforbrug relateret hertil vil derfor ikke være retvisende for, hvad andre kommuner vil kunne forvente at skulle afsætte hertil.

Der vil dog naturligt stadig være udgifter samt et ressourceforbrug forbundet med at etablere indsatsen³², og for at andre kommuner kan danne sig en idé om, hvad det vil kræve at etablere denne indsats, foretager vi i stedet en kvalitativ beskrivelse af de tre deltagerkommuners aktiviteter i etableringsfasen. Dette betyder samtidig, at de opgjorte omkostninger forbundet med indsatsen i det følgende udelukkende består af kommunernes udgifter forbundet med driften af indsatsen.

Etableringsomkostninger

Ifølge de tre deltagerkommuner består ressourceforbruget i etableringsperioden i høj grad af medarbejdernes tidsforbrug. Som første led i etableringen af indsatsen skal der afsættes ressourcer til at ansætte medarbejdere til teamet. Herudover skal der afsættes tid og ressourcer til at medlemmerne af teamet skal lære hinanden at kende, ligesom at det er relevant, at teamet lærer om og arbejder med relationel koordinering. Sidstnævnte dækker over, hvordan et team med forskellige fagligheder arbejder sammen, som er en vigtig kompetence hos medarbejderne i denne indsats, hvor det tværfaglige samarbejde er en stor del af tilgangen.

I forlængelse af ovenstående skal der ligeledes i kommunerne etableres samarbejdsaftaler og arbejds gange både internt og med eksterne samarbejdspartnere. I nogle kommuner er der allerede veletablerede samarbejdsaftaler både internt og eksternt samt klare arbejdsgang, mens medarbejderne i andre kommuner vil skulle anvende flere ressourcer på at bane denne vej selv og etablere disse. Sidstnævnte er tidskrævende og dermed omkostningstungt for kommunerne

Yderligere har kommunernes medarbejdere modtaget og deltaget i kompetenceudvikling indenfor både den sædvanlige ACT-metode samt den modificerede ACT-metode. Denne kompetenceudvikling har medarbejderne deltaget i som en del af projektet og er dermed stillet til rådighed af Socialstyrelsen. Kommunerne nævner dog, at kompetenceudviklingen af medarbejdere er nødvendig for, at man kan varetage en M-ACT-indsats, og andre kommuner bør derfor regne med at skulle bruge ressourcer på dette. Ledere fra deltagerkommunerne har deltaget i en særlig ledelsesworkshop, hvor fokus har været på, hvordan ledelsen kan understøtte arbejdet med M-ACT på tværs af kommunen. Dermed vil andre kommuner kunne regne med at afsætte både medarbejdernes tid samt udgifter til at kompetenceudvikle medarbejderne hele vejen rundt i M-ACT-metoden. Et kompetenceudviklingsforløb for disse typer metoder kan ifølge Socialstyrelsen eksempelvis bestå af én kompetenceudviklingsdag for ledere samt tre kompetenceudviklingsdage for medarbejdere. Prisen for kompetenceudviklingen vil variere mellem udbydere. Yderligere er udvalgte medarbejdere i deltagerkommunerne blevet uddannet til såkaldte *M-ACT-trainers*. Formålet med dette er for de såkaldte M-ACT-trainers at have viden om M-ACT-indsatsen på et niveau, der sikrer, at nye fagprofessionelle kan blive oplært og modtage sparring fra M-ACT-koordinatoren gennem feedback på praksis. Med andre ord vil M-ACT-trainers have kompetencerne til at kunne uddanne andre medarbejdere i metoden samt give sparring til de øvrige medarbejdere.

³² Da etableringsomkostninger kun afholdes i forbindelse med indsatsens opstart, kan disse omkostninger opfattes som engangsinvestering med en levetid på indsatsens samlede tidshorizont.

Endeligt har kommunerne i varierende grad haft udgifter til forskellige materialer og lokaler ifm. etableringen af indsatsen. En kommune har valgt at afholde indsatsen i eksterne lokaler, mens en anden kommune har valgt at anskaffe sig specifikke team-beklædning i form af hættetrøjer og lign. til samtlige medarbejdere for at skabe en stærkere fællesskabsfølelse i teamet og for at skabe genkendelighed hos borgeren. Ifm. med eksterne lokaler, har der været udgifter forbundet med at finde de rette lokaler samt indskud, indretning mv. Yderligere nævner en kommune, at det for dem har været nødvendigt at anvende medarbejdernes egne biler ifm. kørsel ud til borgerne eller at anskaffe kommunale biler, som ikke har kommunens logo på siden, da de oplever, at borgerne er mere åbne overfor medarbejderne, når de ikke signalerer med, at de kommer fra kommunen. De sidstnævnte udgifter til etableringsfasen afhænger dels af hvad kommunen i forvejen har til rådighed, dels af hvordan kommunen vælger at tilrettelægge indsatsen.

Driftsomkostninger

Driftsomkostningerne er opgjort på årsbasis for en gennemsnitlig projektkommune, hvorefter vi beregner de årlige driftsomkostninger pr. borger i indsatsen. Driftsomkostningerne dækker over følgende:

- Aktiviteter forbundet med den direkte borgerrettede indsats
- Koordinerende aktiviteter og møder omkring borgerne
- Omkostninger forbundet med de administrative opgaver relateret til den løbende drift af indsatsen, herunder supervision.

Den store udgiftspost i forbindelse med indsatsen er tids- og ressourceforbruget forbundet med driftsaktiviteterne listet ovenfor. Omkostningerne for tids- og ressourceforbruget er beregnet på baggrund af kommunernes organisering af medarbejdere, antal timer medarbejderne bruger på indsatsen samt et givent lønniveau for hver medarbejder³³. Kommunerne har gennemsnitligt haft fem medarbejdere i M-ACT-teamet inkl. en projektleder³⁴ (se kommunernes konkrete organisering i afsnit 4.1). Det varierer mellem kommunerne, hvordan de har organiseret deres teams. Én kommune har bl.a. haft en SOSU-assistent ansat, mens en anden kommune har valgt at fordele bostøtterollen mellem en socialpædagog og en ergoterapeut. Yderligere har det for én kommune ikke været muligt at besætte stillingen som sygeplejerske i teamet, hvorfor denne kommune udelukkende har haft bostøttemedarbejdere, en sagsbehandler samt en projektleder i teamet. Kommunerne har gennemsnitligt et ugentligt timeforbrug på ca. 88 timer fordelt på medarbejderne inkl. projektlederen/teamkoordinatoren, hvor størstedelen af timerne anvendes af bostøttemedarbejderne. Uden timer til teamkoordinatoren har kommunerne i gennemsnit et timeforbrug på ca. 77 timer. Ved denne gennemsnitlige ugentlige mængde af timer har et team gennemsnitligt haft 13 borgere. Derved har kommunerne i gennemsnit haft en caseload på ca. 6 borgere pr. fuldtidsmedarbejder.

Transport er ligeledes en del af driftsomkostningerne for projektkommunerne. Det er dog en meget varierende del af indsatsen drift på tværs af projektkommunerne, som i høj grad afhænger af kommunernes geografiske sammensætning. Fælles for projektkommunerne er dog, at det er en forudsætning, at en del af indsatsen består af transport, enten i form af aktiviteter hos borgeren eller af aktiviteter, som fragter borgeren til og fra diverse aftaler. Kommunerne nævner yderligere, at transporttiden i høj grad også anvendes aktivt ind i indsatsen, hvor medarbejderne

³³ Lønudgifterne er baseret på gennemsnitlige årslønninger hentet fra kommunernes og regionernes løndatakontor (krl.dk). Her er følgende filtre brugt: Kommune, Stilling, Løndelev og Gennemsnit anvendt. Lønomsatningerne indeholder grundløn, tillæg, særydelser, feriepenge, pension og overarbejde. Der er tillagt en overhead på 20 pct. Se yderligere beskrivelse og lønniveauer i afsnit 0 i Bilag 1.

³⁴ Projektlederens rolle og timer er medregnet i denne omkostningsanalyse, da kommunerne har givet udtryk for, at det er en nødvendighed for indsatsens drift efter projektets afslutning. Denne rolle vil dermed fremadrettet kunne ses som eksempelvis en teamkoordinator.

dels bruger tiden til mental forberedelse til det kommende besøg eller som refleksionstid over et netop overstået besøg. Dermed indgår transporttiden særligt i tids- og ressourceforbruget i forbindelse med aktiviteter forbundet med den direkte borgerrettede indsats.

På baggrund af ovenstående antagelser koster den modificerede ACT-indsats på tværs af deltagerkommunerne gennemsnitligt samlet *1.356.900 kr. årligt* og *104.400 kr. pr. borger årligt*. Kommunen med de laveste omkostninger pr. borger har haft årlige driftsomkostninger på 78.000 kr. pr. borger, mens kommunen med de højeste omkostninger pr. borger har haft årlige omkostninger på 121.000 kr. pr. borger. Dette fremgår af nedenstående Tabel 2. Omkostningerne dækker udelukkende over de kvantificerbare omkostninger. Dertil skal de kvalitativt beskrevne omkostninger ovenfor medregnes.

Tabel 2: Driftsomkostninger forbundet med den modificerede ACT-indsats pr. år pr. borger (2022-priser, afrundet til hele tusinde kr.)

KOMMUNE MED LAVESTE OMKOSTNINGER PR. BORGER		GENNEMSITLIGE OMKOSTNINGER PR. BORGER		KOMMUNE MED HØJESTE OMKOSTNINGER PR. BORGER	
OMKOSTNINGER PR. ÅR	1.175.000 kr.	OMKOSTNINGER PR. ÅR	1.357.000 kr.	OMKOSTNINGER PR. ÅR	1.930.000 kr.
OMKOSTNINGER PR. BORGER	78.000 kr.	OMKOSTNINGER PR. BORGER	104.000 kr.	OMKOSTNINGER PR. BORGER	121.000 kr.

Note: Som følge af afrunding kan omkostningerne pr. år eller pr. borger ikke nødvendigvis omregnes direkte til omkostninger i alt.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Som fremhævet afspejler ovenstående resultater de gennemsnitlige omkostninger på tværs af de tre projektkommuner. Det er væsentligt at fremhæve, at disse gennemsnitlige omkostninger dækker over en relativt stor variation på tværs af projektkommunerne. Kommunen med de laveste omkostninger pr. borger er kommune 1, mens kommunen med de højeste omkostninger pr. borger er kommune 2³⁵ (jf. afsnit 4.1). Tabellen viser, at driftsomkostningerne pr. borger i sidstnævnte kommune er således godt 50 pct. højere sammenlignet med kommunen med de laveste omkostninger.

Der kan være flere forklaringer på, at vi ser store variationer på tværs af projektkommunerne, og hvad en gennemsnitlig kommune kan forvente, kan derfor være med stor variation. Først og fremmest varierer kommunernes caseload af borgere mellem kommunen med det største caseload og det laveste caseload. Kommune 1 har et samlet ugentligt timeforbrug på 80 timer inkl. projektlederen/teamkoordinator, hvoraf 73 timer går til udførelse af indsatsen og de resterende ca. 7 timer går til teamkoordinering. Kommune 1 regner fremadrettet med at have ca. 15 borgere i indsatsen ad gangen, hvilket dermed er et caseload på ca. 8 borgere pr. fuldtidsansat. Kommune 2 har samlet ugentligt ca. 123 timer tilknyttet indsatsen, hvor 111 timer går til udførelse af indsatsen og de resterende 12 timer går til teamkoordinering. Kommune 2 regner fremadrettet med at have ca. 16 borgere i indsatsen ad gangen, hvilket dermed er et caseload på ca. 5 borgere pr. fuldtidsansat. Kommunen med de laveste omkostninger pr. borger har dermed også det højeste caseload pr. fuldtidsmedarbejder, mens kommunen med de højeste omkostninger har det laveste caseload på tværs af deltagerkommunerne.

En forklaring på de kommunale forskelle i caseload pr. fuldtidsmedarbejder kan være variation i borgernes problemtyngde mellem kommunerne. En kommune, hvor borgerne generelt har en

³⁵ Den sidste projektkommune (kommune 3) har lige så høje omkostninger pr. borger pr. år som kommune 2, men modsat kommune 2 har kommune 3 noget lavere samlede omkostninger (966.000 kr.). Kommune 3 har oplevet udfordringer i implementering og opstarten af indsatsen, som har resulteret i en del omorganisering af både projektleder og medarbejdere i løbet af projektperioden, mens kommune 2 har arbejdet med indsatsen hele projektperioden. Derfor vurderes det, at kommune 2 fremadrettet udgør et bedre sammenligningsgrundlag for øvrige kommuner end kommune 3 på trods af, at de har stort set lige høje omkostninger pr. borger pr. år.

større problemtyngde, vil bruge flere ressourcer pr. borger, hvorfor omkostningerne pr. borger vil være højere. Kommunerne selv beskriver, at det netop er meget forskelligt, hvilken problemtyngde borgerne inddrages i indsatsen med.

Udover de kommunale forskelle i medarbejdernes tidsforbrug og caseload, kan en forklaring på variationerne endeligt være, at projektkommunerne har organiseret sig forskelligt i indsatsen. I én kommune har man valgt at ansætte bostøttemedarbejderne i fuldtidsstillinger i indsatsen, mens man i de øvrige kommuner har valgt at have dem i deltidstillinger i indsatsen. Ligeledes kan det også variere hvilke medarbejdere, der varetager kernefunktioner som fx bostøtte. Som tidligere beskrevet kan bostøtten fx varetages af både socialpædagoger og ergoterapeuter. Sidst har en kommune valgt at organisere sig sådan, at de altid er to medarbejdere sammen ude ved borgeren. Denne organisering er naturligt mere ressourcetung end hvis der kun er én medarbejder ude ved borgeren. Kommunernes organisering af hhv. medarbejdere i kernefunktioner, samt hvordan de udfører indsatsen, har dermed en betydning for omkostningerne til indsatsen.

Sparede udgifter

I nogle situationer kan en ny indsats som den modificerede ACT-indsats medføre, at eksisterende indsatser, som målgruppen normalt modtager, bortfalder. I sådanne tilfælde bør de sparede udgifter modregnes i omkostningsvurderingen. I forbindelse med dataindsamlingen har kommunerne bemærket, at de oplever, at § 85-støtte vil bortfalde for de borgere, der er blevet visiteret hertil. Ligeledes nævner kommunerne, at boformer efter § 110 vil frafalde for en mindre del af de borgere der er visiteret hertil, hvilket ligeledes gælder for en mindre del af de borgere, der er visiteret til § 99 og § 108. Yderligere vil der sandsynligvis frafalde noget administrativt støtte, som borgeren tidligere kan have modtaget forud for indsatsen, fx fra en myndighedssagsbehandler.

Yderligere er målgruppen for indsatsen i de tre kommuner borgere, som i forvejen er kendt på tværs af de kommunale indsatser, og som samtidig har et ustabil fremmøde og mange udeblivelser i eksisterende hjælpesystemer og sektorer (se afsnit 4.1). Målgruppens borgere har altså typisk tidligere modtaget indsatser, som de ikke har gennemført eller ikke profiteret nok af, og de har dermed formentlig flere afbrudte og/eller gentagne forløb. Disse gentagne indsatser vil formentlig ligeledes kunne spares i kommunen ved at tilbyde M-ACT-indsatsen til denne type borgere.

Da det er meget varierende, hvorvidt borgerne er visiteret til ovenstående støtteformer samt i hvor stort omfang, de er visiteret til støtte, har det ikke været muligt at opgøre de præcise omkostninger kommunerne har haft forbundet hermed. Kommunerne kan altså som følge af M-ACT-støtten potentielt sparre udgifterne forbundet med ovenstående indsatser, men da vi ikke medregner disse i denne omkostningsvurdering, kan det betyde, at resultaterne af omkostningsvurderingen er overestimerede.

Følsomhedsanalyse

Resultaterne afhænger af de antagelser, beregningerne er baseret på. Dette gælder bl.a. de gennemsnitlige årslønninger hentet fra kommunernes og regionernes løndatakontor (krl.dk). En kommune vil fx opleve højere lønudgifter i tilfælde af, at man prioriterer at ansætte medarbejdere med høj anciennitet og/eller specialiserede kompetencer, hvorved diverse løntillæg vil kunne drive udgifterne til løn op. Ligeledes kan borgernes problemkompleksitet variere. Hvis borgernes problemkompleksitet bliver større, vil M-ACT-teamet kunne varetage færre borgere ad gangen med de samme ressourcer, og dette vil øge omkostningerne pr. borger. Som følge heraf er det

derfor relevant at undersøge, hvor følsomme resultaterne er over variationen i hhv. lønudgifterne og antallet af borgere i indsatsen.

I den første følsomhedsanalyse undersøger vi, hvor meget de samlede omkostninger pr. borger varierer, når de samlede lønomkostninger varierer. Kommunerne har givet udtryk for, at det har været en prioritet i deres rekruttering at ansætte medarbejdere, der har en indgående erfaring og kendskab til denne type borger. Det har bl.a. betydet, at det har været en nødvendigt for dem at ansætte personale med høj anciennitet eller omfattende efter- og/eller videreuddannelse. Hvis en kommune har denne prioritet i ansættelsen af medarbejdere vil det betyde, at lønudgifterne vil kunne stige pga. forskellige tillæg. I tabellen herunder har vi opgjort omkostningerne forbundet med indsatsen under antagelse af, at det beregnede overhead på lønudgifterne hhv. sænkes 10 pct. eller øges til 30 pct. (i den gennemsnitlige beregning er overhead 20 pct.). Det gennemsnitlige antal af borgere i indsatsen (13 borgere) samt øvrige udgifter holdes her konstant, så det eneste vi varierer, er overhead på lønudgifterne. Centreret i figuren ses omkostningerne forbundet med en gennemsnitlig projektkommune med et overhead på 20 pct.

Tabel 3: Følsomhedsanalyse af ændring i lønudgifter pr. år pr. borger (2022-priser, afrundet til hele tusinde kr.)

OMKOSTNINGER PR. BORGER 10 PCT. LØNOVERHEAD		OMKOSTNINGER PR. BORGER 20 PCT. LØNOVERHEAD		OMKOSTNINGER PR. BORGER 30 PCT. LØNOVERHEAD	
Samlede omk.	1.245.000 kr.	Samlede omk.	1.357.000 kr.	Samlede omk.	1.469.000 kr.
Omk. pr. borger	96.000 kr.	Omk. pr. borger	104.000 kr.	Omk. pr. borger	113.000 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Note: Som følge af afrunding kan omkostningerne pr. år eller pr. borger ikke nødvendigvis omregnes direkte til omkostninger i alt.

Af ovenstående ses det, at de samlede omkostninger pr. borger stiger til 113.000 kr., når overhead på lønnen øges til 30 pct. Sænkes lønoverhead i stedet til 10 pct., reduceres de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år i stedet til 96.00 kr.

I næste følsomhedsanalyse undersøger vi, hvor meget de samlede omkostninger pr. borger bliver påvirket, når det samlede antal af borgere i indsatsen varierer. Analysen viser dermed, hvordan omkostningerne pr. borger varierer, hvis kapaciteten af borgere i indsatsen sænkes eller øges uden at ændre på medarbejdernes ressourcer og dermed lønomkostningerne samt øvrige udgifter. Det vil svare til, at kommunen har samme ressourcer til indsatsen, men har varierende antal borgere i indsatsen, da nogle borgere har en større problemkompleksitet end andre, og dermed har brug for mere støtte fra den samlede tilgængelige medarbejderkapacitet. Dette er under antagelse, at medarbejderne fx kan øge deres kapacitet af borgere uden, at det går ud over kvaliteten af indsatsen samt andre opgaver, de ellers ville have løst.

I den følgende figur har vi opgjort omkostninger forbundet med indsatsen under antagelse af at antallet af borgere pr. år er det samme som i hhv. den kommune med det laveste antal deltagere (8 borgere pr. år) og den kommune, der har haft det højeste antal deltagere (16 borgere pr. år). Som nævnt ovenfor holder vi det samlede omkostningsniveau konstant, så det eneste vi varierer, er antallet af deltagere. Centreret i figuren ses igen omkostningerne forbundet med en gennemsnitlig projektkommune med 13 borgere.

Table 4: Følsomhedsanalyse af ændring i antal deltagere pr. år pr. kommune (2022-priser, afrundet til hele tusinde)

OMKOSTNINGER PR. BORGER VED 8 BORGERE PR. ÅR		OMKOSTNINGER PR. BORGER VED 13 BORGERE PR. ÅR		OMKOSTNINGER PR. BORGER VED 16 BORGERE PR. ÅR	
Samlede omk.	1.357.000 kr.	Samlede omk.	1.357.000 kr.	Samlede omk.	1.357.000 kr.
Omk. pr. borger	170.000 kr.	Omk. pr. borger	104.000 kr.	Omk. pr. borger	85.00 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Note: Som følge af afrunding kan omkostningerne pr. år eller pr. borger ikke nødvendigvis omregnes direkte til omkostninger i alt.

Af ovenstående fremgår ikke overraskende, at de gennemsnitlige driftsomkostninger pr. borger stiger, når antallet af borgere i indsatsen reduceres. Konkret ses det, at de gennemsnitlige driftsomkostninger pr. borger stiger til 170.000 kr. pr. borger, hvis blot 8 borgere deltager i indsatsen. Omvendt ses det, at når antallet af borgere øges, falder de samlede omkostninger pr. borger. Ved 16 borgere er de samlede omkostninger reduceret til 85.000 kr.

7.2 Scenarieanalyser i SØM

Som supplement til omkostningsvurderingen vil vi i de følgende analyser sammenholde omkostninger med de forventede afledte budgetøkonomiske konsekvenser af indsatsen. Afsættet herfor er den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM³⁶.

For at kunne gennemføre en beregning i SØM, skal der angives en række input vedrørende indsatsen. Disse input omfatter indsatsens omkostninger, effekten af indsatsen samt de budgetøkonomiske konsekvenser heraf. På nuværende tidspunkt ved vi ikke, hvordan borgerne, der har deltaget i indsatsen, vil udvikle sig over tid. Alligevel er det relevant at komme med et bud på, hvad der skal til, for at omkostninger forbundet med indsatsen bliver opvejet af de afledte budgetøkonomiske konsekvenser, som fx ses i ændringer i de ydelser og aktiviteter, som borgeren visiteres til. Derfor vil de følgende beregninger kunne kategoriseres som en såkaldt scenarieanalyse. Det betyder, at der vil være en større grad af usikkerhed forbundet med beregningen, hvorfor det endelige resultat skal fortolkes herudfra.

Effekt

I SØM angives indsatsens effekt som et effektmål, der angiver det primære borgernære mål med indsatsen, samt som en succesrate, der angiver, hvor stor en andel af indsatsens deltagere, der opnår succesmål.

Som tidligere beskrevet er formålet med M-ACT, at deltagerne oplever en bedring i deres livssituation. På baggrund af kompleksiteten i målgruppen problemstillinger kan denne forbedring defineres bredt, og kan fx både dække over, at borgeren stabiliserer eller reducerer sit misbrug, og at borgeren opnår en større psykisk stabilitet og dermed stabiliserer eller reducerer behovet for psykiatrisk sygehuskontakt.

³⁶ Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) er et beregningsværktøj, der giver brugeren mulighed for at beregne de budgetøkonomiske konsekvenser over tid ved at investere i sociale indsatser. Modellen består af to dele: en beregningsramme, hvori selve SØM-beregningen foretages, og en vidensdatabase, der indeholder viden om effekt, konsekvenser og priser for en række udsatte målgrupper på både voksen-, børne- og ungeområdet. Data fra Vidensdatabase kan enten anvendes som inspiration eller direkte som input i en SØM-beregning. I denne beregning er SØM, version 3.0 anvendt.

Da vi, som beskrevet, endnu ikke ved hvordan borgerne udvikler sig på længere sigt som følge af indsatsen, er det ikke muligt at fastsætte en succesrate, der angiver, hvor stor en andel af deltagerne i M-ACT, der opnår førnævnte effektmål. Til at indkredse effekten af M-ACT anvender vi derfor SØM's vidensdatabase. Heri findes et dansk studie, hvor effekten af den sædvanlige ACT-indsats er undersøgt overfor målgruppen *voksne med psykiske vanskeligheder og samtidig misbrug*. I dette studie er den gennemsnitlige standardiserede effektstørrelse målt til 0,2. Omregnes effektstørrelsen til en succesrate i SØM, svarer effektstørrelsen til en succesrate på 20 pct. Ud fra en antagelse om, at M-ACT vil opnå samme gennemsnitlige effektstørrelse som den målt i den sædvanlige ACT-indsats, anvender vi i beregningerne af scenarieanalyserne en succesrate på 20 pct. Det betyder konkret, at 2 ud af 10 deltagere vil opnå effektmålet som følge af indsatsen.

Budgetøkonomiske konsekvenser

De budgetøkonomiske konsekvenser af en social indsats defineres som de ændringer i borgerens aktiviteter og ydelser, der følger af indsatsens effekt. På samme vis som det gælder med effekten af indsatsen, er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at fastslå, hvordan og i hvilken grad M-ACT vil have indflydelse på de budgetøkonomiske konsekvenser. For at indkredse førnævnte budgetøkonomiske konsekvenser samt størrelsen af disse, anvendes derfor igen SØM's vidensdatabase.

I SØM har vi identificeret i alt seks målgrupper, der er karakteriseret ved både at have psykiske vanskeligheder og et samtidigt misbrug (se Tabel 5). Dette stemmer i relativt høj grad overens med målgruppen for M-ACT, der, ifølge projektkommunerne, både kan have et stofmisbrug såvel som et alkoholmisbrug, ligesom målgruppen består af borgere med psykiske vanskeligheder med og uden behov for psykiatrisk sygehuskontakt (se beskrivelse af målgruppen i kapitel 5). Ligeledes ser vi en god overensstemmelse mellem succesmålet fra M-ACT og succesmålet i SØM's vidensdatabase (se afsnit 0 i Bilag 1 for en sammenligning af både målgrupper og succesmål).

Som følge af sammenligningen mellem målgruppen for M-ACT og målgrupperne i SØM, er det vores vurdering, at disse giver det bedste grundlag for at udføre scenarieanalyserne af de afledte budgetøkonomiske konsekvenser. Da der ikke er én enkelt målgruppe i SØM, der er dækkende for målgruppen i M-ACT, som følge af kompleksiteten i sidstnævntes misbrugsproblematikker og psykiske vanskeligheder, har vi valgt at opstille seks scenarier for indsatsen afledte budgetøkonomiske konsekvenser. Hvert scenarie repræsenterer en arketype på hver af de seks målgrupper i SØM. En samlet oversigt over de seks arketyper som de seks scenarier baseres på ses i nedenstående Tabel 5. I Tabel B1-1 i Bilag 1 kan man se sammenligningen mellem M-ACT-målgruppen og målgruppen for de seks nedenstående målgrupper.

Tabel 5: Målgrupperne som anvendes i de seks scenarier for de forventede budgetøkonomiske konsekvenser

Scenarie	SØM-målgruppe
A	Stofmisbrug, substitutionsbehandling (18-64 år), ingen psykiatrisk sygehuskontakt
B	Stofmisbrug, ingen substitutionsbehandling (25-64 år), ingen psykiatrisk sygehuskontakt
C	Alkoholmisbrug (18-64 år), ingen psykiatrisk sygehuskontakt
D	Alkoholmisbrug (18-64 år), psykiatrisk sygehuskontakt
E	Stofmisbrug, substitutionsbehandling (18-64 år), psykiatrisk sygehuskontakt
F	Stofmisbrug, ingen substitutionsbehandling (25-64 år), psykiatrisk sygehuskontakt

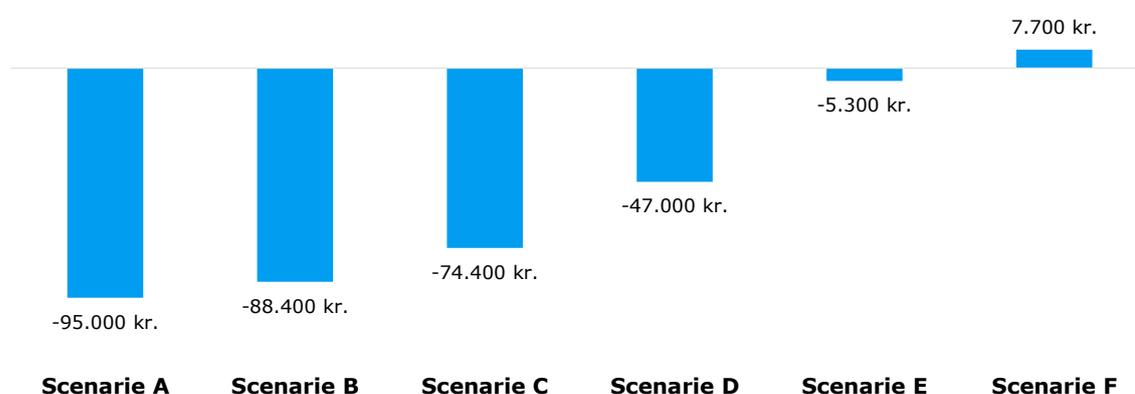
Konkret betyder den valgte analysetilgang, at der gennemføres i alt seks separate scenarieberegninger med hvert sit mulige udfald for det beregnede nettoresultat. På tværs af de seks scenarier antager vi, at omkostningerne og succesraten vil være de samme, mens de

budgetøkonomiske konsekvenser vil ændre sig alt efter, hvilket scenarie beregningen baserer sig på³⁷. Ligeledes antager vi for hvert scenarie, at alle deltagerne er den samme målgruppe. Resultatet af hvert scenarie præsenteres i det følgende afsnit.

Resultater

I dette afsnit præsenteres resultatet af scenarieberegningerne af M-ACT-indsatsen opgjort som de forventede budgetøkonomiske nettoresultater³⁸. Det budgetøkonomiske nettoresultat er summen af indsatsens omkostninger og de budgetøkonomiske konsekvenser for det offentlige, der følger af den effekt, indsatsen har på deltagerne³⁹. Som beskrevet i foregående afsnit har vi valgt at gennemføre i alt seks separate beregninger baseret på de forventede omkostninger til indsatsen samt scenarier omkring budgetøkonomiske konsekvenser, der følger af indsatsens forventede effekt. Resultatet heraf ses i figuren nedenfor.

Figur 7: Samlede nettoresultater pr. borger opdelt på de seks scenarier for et 6-årigt perspektiv (nettonutidsværdi (NNV), 2022-priser, afrundet til hele hundrede)



Kilde: Egne beregninger gennemført i SØM

Af figur 7 fremgår det, at det samlede budgetøkonomiske nettoresultat er negativt i fem ud af de i alt seks scenarier. Det betyder, at indsatsens omkostninger i disse tilfælde overstiger de budgetøkonomiske konsekvenser, der forventes at følge af indsatsens effekt. Af resultaterne fremgår det, at de positive budgetøkonomiske konsekvenser primært drives af mindsket kontakt med psykiatrien. Målgrupperne med kontakt til psykiatrien (scenarie D, E og F) oplever dermed denne positive budgetøkonomiske konsekvens, som primært ses på regionalt niveau. Modsat er målgrupperne for de tre scenarier med de største negative resultater alle kendetegnet ved ikke at have psykiatrisk sygehuskontakt (scenarie A, B og C). Dette tyder på, at de budgetøkonomiske konsekvenser er større for borgere, der har kontakt med psykiatrien baseret på disse seks scenarier.

³⁷ I hver af de seks scenarier har vi tilvalgt samtlige budgetøkonomiske konsekvensestimater for den specifikke undermålgruppe. I beregningen af de budgetøkonomiske konsekvenser af M-ACT anvendes desuden SØM's gennemsnitspriser.

³⁸ Beregningerne er foretaget for et 6-årigt perspektiv. Det betyder, at de budgetøkonomiske konsekvenser indgår i beregningen i en årrække på seks år. Perspektivet er sat til seks år, da man vil forvente, at indsatsens effekter aftager efter en årrække, fordi det er en borgergruppe der formentlig vil have brug for vedvarende støtte for at bibeholde effekten af støtten. Da indsatsen er tidsbegrænset, kan et forløb strække sig over flere år og i øvrigt variere særdeles meget på tværs af borgerne. Da vi derfor opgør omkostninger i årlige udgifter, er forløbsvarigheden derfor sat til et år i modellen. Dette medfører, at de budgetøkonomiske konsekvenser allerede indtræder i beregningens år to - dvs. allerede efter borgerne har været en del af indsatsen i et år. Denne antagelse laves dels, da borgerne allerede fra starten modtager intensiv støtte i indsatsen, dels fordi udgifterne er opgjort årligt.

³⁹ 'Økonomiske analyser af sociale indsatser', Socialstyrelsen.

Af Tabel 6 nedenfor ses dog, at dette positive resultat udelukkende kommer til udtryk på statsligt og regionalt plan, mens kommunen realiserer et negativt resultat på omtrent -36.100 kr. Dette skyldes, at kommunen afholder alle omkostninger forbundet med indsatsen, og at kun dele af kommunens omkostninger dækkes af de budgetøkonomiske konsekvenser, der følger af indsatsens effekt.

Tabel 6: Nettoresultat pr. borger opdelt på de seks scenarier og fordelt på aktørniveau (nettonutidsværdi (NNV), 2022-priser, afrundet til hele hundrede)

	Scenarie A	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E	Scenarie F
Kommune	-98.800	-94.100	-93.500	-79.100	-54.900	-40.500
Region	3.700	4.900	15.100	26.800	48.100	42.600
Stat	0	800	4.000	5.300	1.600	5.600

Kilde: Egne beregninger gennemført i SØM

Af tabellen fremgår det desuden, at uanset hvilket af de seks scenarier der betragtes, oplever regionen den største gevinst ved M-ACT. Dette skyldes, at der for alle seks undermålgrupper forventeligt vil ske en reduktion i forbruget af sundhedsydelser, herunder både særligt psykiatriske kontakter. Endelig bemærkes det, at nettoresultatet for staten i alle scenarier på nær scenarie A er positivt. Nettoresultat for denne aktør beløber sig dog højest til 7.000 kr. pr. borger. De positive resultater for staten skyldes hovedsageligt en øget beskæftigelse og dermed øgede skatteindtægter samt en reduktion i forbruget af indkomstoverførsler.

7.3 Delkonklusion

Omkostninger forbundet med M-ACT-indsatsen består af etablerings- og driftsomkostninger. I indeværende analyse har det dog kun været muligt at kvantificere kommunernes driftsomkostninger.

Etableringsudgifterne vil afhænge af, hvad kommunen i forvejen har til rådighed, og hvordan kommunen vælger at tilrettelægge indsatsen. Som en del af etableringen bør kommunerne afsætte ressourcer ifm. ansættelse af medarbejdere til teamet, hvorefter medlemmerne af teamet skal lære hinanden at kende, ligesom det er relevant, at teamet lærer om og arbejder med relationel koordinering. Derefter bør der afsættes ressourcer til kompetenceudvikling af medarbejderne, der skal varetage M-ACT-indsatsen. Endeligt bør der anskaffes lokaler, materialer mv. ifm. driften af indsatsen.

Den økonomiske analyser viser, at indsatsen på tværs af de tre projektkommuner i gennemsnit har kostet 104.000 kr. pr. borger pr. år. Kommunernes driftsomkostninger varierer fra 78.000 kr. årligt pr. borger til 121.000 kr. årligt pr. borger. Driftsomkostningerne er baseret på de kvantificerbare omkostninger. Dertil skal de kvalitativt beskrevne etableringsomkostninger betragtes. Sammenlignet med den almindelige ACT-indsats, som er opgjort til ca. 140.000 kr.⁴⁰, indikerer resultaterne dermed, at de årlige omkostninger pr. borger til den modificerede ACT-indsats er mindre end til den almindelige ACT-indsats.

Driftsomkostningerne for M-ACT-indsatsen er naturligt følsomme overfor antallet af borgere, som M-ACT-teamets medarbejdere har kapacitet til at støtte, dvs. antal af borgere, der kan være i indsatsen pr. år pr. kommune, samt lønniveauet for medarbejderne. I et tilfælde hvor borgernes problemkomplexitet er større, vil medarbejderne kunne støtte færre borgere ad gangen. Reduceres antallet af deltagende borgere fra 13 borgere (gennemsnit pr tværs af de tre

⁴⁰ Ifølge oplysninger fra Københavns Kommune, som også anvender klassisk ACT-indsats.

kommuner) til 8 borgere (som i den kommune med færrest borgere), stiger de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år til 170.000 kr. Øges antallet af deltagende borgere derimod til 16 borgere (som i den kommune med flest borgere), falder de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år til 85.000 kr. I tilfælde af at kommunerne prioriterer fx personale med høj anciennitet eller omfattende efter- og/eller videreuddannelse, vil lønudgifterne ligeledes kunne stige. Øges det pålagte lønoverhead fra 20 pct. til 30 pct. stiger de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år til 113.000 kr. Sænkes lønoverhead i stedet til 10 pct., reduceres de gennemsnitlige samlede omkostninger pr. borger pr. år i stedet til 96.000 kr.

Der er endnu ikke viden om, hvordan borgerne udvikler sig på længere sigt som følge af indsatsen, og det har dermed heller ikke været muligt at fastsætte en succesrate, der angiver, hvor stor en andel af deltagerne i M-ACT, der opnår indsatsens effektmål samt hvilke budgetøkonomiske konsekvenser, det har fremadrettet. Her er der i stedet beregnet seks scenarier, som er baseret på seks forskellige målgrupper, der hver især minder om målgruppen for M-ACT. I fem af de seks scenarier resulterer indsatsen i et negativt samlet budgetøkonomisk nettoresultat.

Det er dog vigtigt ikke kun at kigge på de budgetøkonomiske resultater, når det skal vurderes, hvorvidt der skal investeres yderligere i indsatsen. Evalueringens resultater indikerer lovende resultater for de borgere, der har været en del af indsatsen, når man betragter borgernes livssituation og stabilitet i tilværelsen. Medarbejderne vurderer ligeledes, at borgernes funktionsevne og livskvalitet øges, ligesom borgernes tillid til både kommunen og øvrige hjælpe- og behandlingssystemer styrkes. Sidstnævnte kan særligt være med til at nedbringe de offentlige udgifter til borgerne, fordi borgerne i så fald vil dukke op til aftalte møder og aftaler. Kommunerne oplever yderligere, at de kan hjælpe borgere, som de tidligere ikke er lykkedes med at håndtere og imødekomme.

Disse resultater har gjort, at samtlige tre kommuner har valgt at videreføre indsatsen fremadrettet efter projektperiodens udløb. Det må antages, at kommunerne dermed har vurderet, at der er et rimeligt forhold mellem M-ACT-indsatsens omkostninger og de resultater, de har set for borgerne i indsatsen.

BILAG 1 - METODEBESKRIVELSE

Evalueringen består af en **implementeringsevaluering**, en evaluering af **indsatsens resultater** samt en **økonomisk evaluering**.

Implementeringsevalueringen har både haft et formativt og et summativt sigte. Den formative del af evalueringen har tilvejebragt viden om kvaliteten i udmøntningen af indsatsen samt den lokale organisatoriske modenhed til at arbejde med indsatsen. Viden fra den formative del er særligt blevet anvendt til at understøtte læring og tilpasning af indsatsen lokalt i projektkommunerne, og dermed til modning af indsatsen på nationalt plan. Den summative del af implementeringsevalueringen har omvendt haft fokus på at evaluere fidelitet i implementeringen af indsatsen samt på drivkræfter og barrierer i implementeringskonteksten.

Evalueringen af indsatsens resultater fokuserer på, hvilken progression der kan måles hos de i alt **39 borgere**, der har deltaget i indsatsen, samt hvilke organisatoriske resultater indsatsen har affødt. Evalueringen af indsatsens resultater er fokuseret omkring de forventede organisatoriske og borgernære resultater, der er opstillet for projektet. De forventede resultater er:

1. Borgere oplever en bedring i den samlede livssituation.
2. Borgere modtager indsats, der har en varighed, så der skabes bedring og stabilitet i borgernes liv.
3. Borgere får foretaget relevant social- og sundmæssig udredning.
4. Borgere modtager en helhedsorienteret og koordineret indsats fra M-ACT-teamet.
5. Projektkommunerne organiserer sig således, at der kan ydes en helhedsorienteret indsats på tværs af det specialiserede og almene område for borgere i målgruppen.
6. Projektkommunerne organiserer et forpligtende samarbejde på tværs af de relevante aktører, fx med udgangspunkt i Én Plan.

Den økonomiske evaluering består af en indledende potentialeberegning i opstartsfasen og opdateringer heraf i løbet af projektet. Omkostningsvurderingen indeholder en afdækning af indsatsens etableringsomkostninger og af indsatsen driftsomkostninger. Der foretages således en samlet økonomisk evaluering bestående af en omkostningsvurdering af den modnede indsats suppleret med scenarieanalyser. Omkostningerne er blevet beregnet i Socialstyrelsens omkostningsmodel, mens scenarieanalyserne er blevet udført i SØM.

Dataindsamlingsredskaber i evalueringen

Dette afsnit præsenterer de datakilder, som evalueringsrapporten bygger på. Datakilderne er oplistet i tabellen nedenfor.

Datakilde	Beskrivelse af datakilde
Opstarts- og afslutningsskema	<p>Når borgere indskrives i M-ACT-indsatsen indsamles en række baggrundsoplysninger. Baggrundsoplysningerne er anvendt til at foretage en beskrivelse af målgruppen for indsatsen. Opstartsskemaet er blevet udfyldt af medarbejdere fra M-ACT-teamet og afdækker borgerens boligsituation, eventuelle tidligere og igangværende indsatser, eventuel psykiatrisk diagnose, og hvorvidt der er foretaget en social- eller sundhedsfaglig udredning forud for indsatsen. Derudover indeholder skemaet medarbejdernes faglige vurdering af borgerens funktionsniveau på VUM-dimensionerne.</p> <p>I afslutningsskemaet indsamles der oplysninger om afslutningsårsag, hvorvidt der er foretaget social- eller sundhedsfaglig udredning i løbet af projektperioden, borgerens boligsituation og hvilke dimensioner der har været arbejdet med for borgeren mv. Derudover foretager medarbejderne en ny vurdering af borgerens funktionsniveau på VUM-dimensionerne. Afslutningsskemaet udfyldes af medarbejdere ved borgernes afslutning i indsatsen og/eller ved afslutning af projektperioden.</p> <p>Data fra opstartsskemaet indgår som datakilde i kapitel 5, som belyser, hvad der kendetegner de borgere, som opstarter i indsatsen (fx ift. udredning og udfordringer). Data fra opstarts- og afslutningsskemaet er også blevet brugt i kapitel 6, som blandt andet afdækker medarbejdernes faglige vurdering af borgernes udvikling i indsatsen.</p>
Registerdata	<p>Som supplement til de baggrundsoplysninger, der er blevet indsamlet via opstartsskemaet, er der blevet anvendt registerdata på de borgere, der er blevet indskrevet i indsatsen. Nedenfor fremgår de registre, som er blevet benyttet i evalueringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>BEF - Befolkning</i>: Køn, alder og etnicitet i 2019 og 2020. • <i>UDDF - Højeste fuldførte uddannelse</i>: Grundskole som højest fuldførte uddannelse i 2020. • <i>LPR og SSKO</i>: Gennemsnitligt antal kontakter i sygesikringsregistret, som er til almen praktiserende læge i 2020; gennemsnitligt antal kontakter i landspatientregistret i 2020; Gennemsnitligt antal kontakter i landspatientregistret i 2020, hvor kontakten er klassificeret til at skyldes en psykisk lidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse; Dem som har/ikke har haft nogen kontakter i landspatientregistret i 2020, som skyldes en psykisk lidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse. • <i>IND - Indkomstregistret</i>; Andel med hhv. kontanthjælp og førtidspension som væsentlige indtægtskilde/beskæftigelse i 2020; Andel, som hverken har kontanthjælp eller førtidspension som væsentlige indtægtskilde/beskæftigelse i 2020. • <i>HERB_FORSORG_MV_F - Herberger og forsorghjem</i>: Andel med/uden én eller flere dage på herberg i 2019-2020. • <i>NAB - Det Nationale Alkoholbehandlingsregister</i>: Andel, som har været i alkoholbehandling i 2019-2020. • <i>SIB - Stofmisbrugere i behandling</i>: Andel som har været i et stofmisbrugsbehandling i 2019-2020. <p>Data fra ovennævnte registre indgår som datakilde i kapitel 5, som belyser, hvad der kendetegner målgruppen, som den ser ud, når borgerne visiteres til M-ACT-indsatsen.</p>
Efterlevelsesskema 2 (fidelitetsmåling)	<p>I løbet af projektperioden er der blevet indsamlet data om indsatsens implementeringsgrad. Målingen beror på et detaljeret skema, som belyser, hvorvidt projektkommunerne udfører M-ACT-indsatsen med høj fidelitet. Skemaet for efterlevelse har været udfyldt hver tredje måned af projektkommunernes M-ACT-team. Fidelitetsmålingen er derfor et udtryk for kommunernes selvvaluerede fidelitet. Inden for projektets rammer har det ikke været muligt at gennemføre en mere objektiv måling af fidelitet.</p> <p>Data fra efterlevelsesskema 2 indgår som datakilde i kapitel 4, der belyser, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret M-ACT-indsatsen.</p>
Borgernes oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret (Brief INSPIRE)	<p>Borgernes oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret, er målt med redskabet Brief INSPIRE. Redskabet er valideret i England og oversat til dansk.</p> <p>Brief INSPIRE er udviklet til at indfange borgerens oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret. Måleredskabet kan derfor understøtte arbejdet med kvalitetsudvikling i recovery-orienterede indsatser. Måleredskabet er udviklet med afsæt i de fem dimensioner for personlige recovery-processer: Connection, Hope, Identity, Meaning og Empowerment, der har fået betegnelsen CHIME. Skemaet består af fem items (et for hver CHIME-dimension), som besvares af borgeren. Skemaet har været udfyldt cirka hver tredje måned af borgerne.</p>

	<p>Borgeren besvarer de fem spørgsmål på en skala fra 0-4 (0: slet ikke, 1: lidt, 2: i nogen grad, 3: en hel del, 4: rigtig meget). Scoren for de fem spørgsmål lægges sammen og ganges med 5, således at skalaen går fra 0-100. En score på 50 svarer dermed til, at borgeren har svaret "i nogen grad" til alle fem spørgsmål, mens en score på 75 svarer til, at borgeren har svaret "en hel del" til alle fem spørgsmål.</p> <p>Data fra Brief INSPIRE indgår i kapitel 4, som blandt andet afdækker, hvorvidt medarbejderne formår at praktisere en recovery-orienteret tilgang i deres samarbejde med borgerne.</p>
<p>Progressionsmåling af borgernes små skridt i indsatsen</p>	<p>Til at måle borgernes små skridt på vejen mod en bedre livssituation anvendes et selvudviklet spørgeskema. Spørgsmålene i spørgeskemaet afdækker borgerens mestring af hverdagslivet i forhold til udvalgte dimensioner i VUM og med yderligere fokus på uddannelses-/beskæftigelsesparathed. For hver dimension i progressionskemaet har borgerne svaret på deres aktuelle oplevelse af at kunne håndtere denne dimension. Borgerne har besvaret spørgeskemaet cirka hver tredje måned gennem projektløbet. Den hyppige besvarelse giver mulighed for at se på borgernes udvikling over tid på de enkelte dimensioner.</p> <p>Data fra progressionsmålingen indgår som en del af datagrundlaget i kapitel 5, hvor borgernes scorer på de enkelte dimensioner benyttes til at belyse målgruppens funktionsniveau ved indsatsens opstart. Målingen benyttes igen i kapitel 6, hvor målgruppens udvikling i indsatsen belyses.</p>
<p>Før- og eftermåling af borgernes recovery-proces og mestringsevne</p>	<p>Før- og eftermålingen af borgernes recovery-proces og mestringsevne er målt med måleredskaberne Brief INSPIRE-O samt Generel Self-efficacy Scale (GSE). Brief INSPIRE-O er valideret i England og oversat til dansk. GSE er valideret i en dansk kontekst.</p> <p><i>Brief INSPIRE-O</i> Skemaet udgør en videreudvikling af Brief INSPIRE, her er blot et outcome-mål på fem items, hvor der måles på borgernes grad af recovery. Skemaets fem items dækker de fem dimensioner for personlige recovery-processer (CHIME). Skemaet er ikke valideret i en dansk kontekst, men det er oversat til dansk. Brief INSPIRE-O anvendes til at måle borgerens udvikling i de fem recovery-faktorer.</p> <p>Borgeren besvarer de fem spørgsmål på en skala fra 0-4 (0: slet ikke, 1: lidt, 2: i nogen grad, 3: en hel del, 4: rigtig meget). Scoren for de fem spørgsmål lægges sammen og ganges med 5, således at skalaen går fra 0-100. 100 indikerer, at borgeren oplever en meget høj grad af recovery. En score på 50 svarer dermed til, at borgeren har svaret "i nogen grad" til alle fem spørgsmål, mens en score på 75 svarer til, at borgeren har svaret "en hel del" til alle fem spørgsmål.</p> <p><i>GSE</i> GSE anvendes til at måle borgernes udviklingen i borgernes mestringsevne. Det vil sige, om der er sket en udvikling i borgernes tro på at kunne håndtere de udfordringer, de møder i deres liv. GSE indeholder 10 items, der måler borgerens selvvaluerede mestringsevne. GSE er psykometrisk evalueret blandt deltagere fra 25 forskellige lande, og undersøgelser peger på, at redskabet er anvendeligt i forskellige kulturelle sammenhænge.</p> <p>Måleværktøjet giver en score fra 10 til 40, hvor en høj score indikerer en høj grad af selvvalueret mestringsevne.</p>
<p>Kvartalsvise telefoninterviews med projektledere</p>	<p>Rambøll har gennemført telefoniske interviews med projektlederne i de tre projektkommuner hvert kvartal. Formålet med den løbende telefoniske opfølgning med projektlederne har været at afdække projektkommunernes arbejde med indsatsens forskellige dele, implementeringskonteksten samt aktuelle drivkræfter og barrierer relateret til implementeringen af indsatsen. Interviewene har været afholdt med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, som har dannet afsæt for at indsamle erfaringer om følgende temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuel status på arbejdet med indsatsen • Forudsætninger for at kunne arbejde med indsatsen • Anvendelsen af En Plan • Anvendelsen af praksismodellen. <p>I forbindelse med interviewene er der blevet taget referat, som udgør en del af evalueringsrapportens kvalitative datagrundlag. Analysen af de indsamlede kvalitative data er baseret på en casestudiemetodik. Det betyder, at interviewdata fra de forskellige</p>

	<p>projektkommuner er analyseret som en samlet case, der skal ses og forstås i den konkrete kontekst, hvor den er gennemført. Analysen af det kvalitative datamateriale har taget afsæt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål, hvor der er udledt centrale tendenser og analytiske fund på tværs af det samlede antal interviews.</p> <p>Kvalitative data fra telefoninterviews er bærende i kapitel 4, som fremhæver projektkommunernes erfaringer med implementering.</p>
Lokale projektbesøg	<p>Foruden kvartalsvise telefoninterviews har Rambøll gennemført casebesøg i projektkommunerne. Formålet med casebesøgene har været at få indblik i projektkommunernes erfaringer med at implementere indsatsen samt indsatsens lokale resultater på både borger- og organisatorisk niveau. Derudover har der været rettet et særligt fokus på at få belyst projektkommunernes omsætning af kerneelementerne i praksis. Endelig har casebesøgene bidraget til at belyse oplevelsen af indsatsens relevans og sammensætning.</p> <p>Som led i casebesøgene er ledere, M-ACT-teamets medarbejdere og projektledere blevet interviewet i individuelle interview eller gruppeinterviews. Alle interviews er afholdt med udgangspunkt i semistrukturerede og målgruppespecifikke interviewguides, som har dannet afsæt for at indsamle erfaringer om følgende temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerneelementerne omsat til praksis • Rammerne for indsatsene • Oplevet udbytte (borgernært såvel som organisatorisk) • Tilbuddets relevans. <p>I forbindelse med interviewene er der blevet taget referat, som udgør en del af evalueringsrapportens kvalitative datagrundlag. Analysen af de indsamlede kvalitative data er - ligesom telefoninterviews med projektledere - baseret på en casestudiemetodik. Analysen af det kvalitative datamateriale har taget afsæt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål, hvor der er udledt centrale tendenser og analytiske fund på tværs af det samlede antal casebesøg.</p> <p>Kvalitative data fra casebesøgene er bærende i kapitel 4, som fremhæver tilbuddenes erfaringer med implementering og operationalisering af kerneelementerne. Derudover benyttes de kvalitative data i kapitel 6, som belyser medarbejdernes vurdering af indsatsens resultater på både borgerniveau og organisatorisk niveau.</p>
Narrative forløbsstudier	<p>Rambøll har gennemført narrative forløbsstudier blandt udvalgte borgere i hver projektkommune.</p> <p>Formålet med de narrative forløbsstudier har været tredelt. For det første har de narrative forløbsstudier tilvejebragt dybdegående viden om, hvordan indsatsen opleves fra borgernes perspektiv. For det andet har de narrative forløbsstudier givet indsigt i borgernes udvikling i henhold til både mestring af hverdagsliv og livssituation. For det tredje har de narrative forløbsstudier givet indsigt i, hvilken betydning de forskellige dele af indsatsen har, og herunder hvilke mekanismer der evt. understøtter og hæmmer borgernes udvikling.</p> <p>Borgerne blev udvalgt på baggrund af, om de havde lyst til og kunne indgå i tre interviews i løbet af projektperioden. Den anlagte udvælgelsesstrategi skyldes et ønske om at sample en gruppe af borgere, der passede på den målgruppe, som projektet teoretisk var interesseret i, og som samtidigt havde de nødvendige forudsætninger for at kunne deltage i et forløbsstudie.</p> <p>Forventningen var, at de udvalgte borgere skulle interviewes tre gange i løbet af projektperioden. I praksis lykkedes det imidlertid ikke blandt hovedparten af borgerne grundet forskellige omstændigheder i borgernes liv. I stedet deltog:</p> <ul style="list-style-type: none"> - To borgere i alle tre kvalitative nedslag - Fire borgere i to kvalitative nedslag - Én borger i et kvalitativt nedslag. <p>Rambøll vurderer ikke, at de manglende kvalitative nedslag har haft en betydning for analysens validitet, da fokus fortsat har været på borgernes perspektiver på indsatsen og herunder kerneelementernes relevans, anvendelighed og udmøntning.</p> <p>Forløbsinterviewene har været centreret omkring tre tematikker: (1) borgerens nuværende situation, (2) borgerens oplevelse af M-ACT og deres udbytte samt (3) borgerens forestillinger om fremtiden. De tre tematikker har dannet grundlaget for alle tre narrative forløbsstudier,</p>

	<p>men de er operationaliseret forskelligt afhængigt af, om det har været det første, andet eller tredje nedslag.</p> <p>Spørgsmålene i interviewguiden har konkret taget form som åbne invitationer til at fortælle om et tema, samtidig med at spørgsmålene blev fulgt op af uddybende spørgsmål, der sikrede, at interviewene kom hele vejen rundt. Yderligere blev der anvendt understøttende redskaber, herunder en illustration over borgerens rejse samt en "humørskala" til at understøtte borgerens fortælling og skabe et godt grundlag for videre dialog.</p>
Omkostningsvurdering af indsatsen	<p>Som led i evalueringen har Rambøll vurderet indsatsens etablerings- og driftsomkostninger. Vurderingen har til formål at give viden om, hvor meget det koster at implementere og drifte indsatsen. Omkostningsvurderingen er blevet suppleret med scenarieanalyser. Omkostningerne er blevet beregnet i Socialstyrelsens omkostningsmodel, mens scenarieanalyserne er blevet udført i SØM.</p> <p>Omkostningsvurderingen er beskrevet i rapportens kapitel 7.</p>

Økonomisk analyse

I det følgende beskrives datagrundlaget samt den analytiske tilgang, som ligger til grund for den økonomiske analyse.

Omkostningsvurdering

Datagrundlag

Datagrundlaget for driftsomkostningerne baserer sig på oplysninger fra de tre kommuner, der deltager i modningsprojektet. Konkret er data indsamlet ved strukturerede interviews med projektlederne samt relevante medarbejdere i hver af de tre kommuner. Interviewene er foretaget i løbet af sidste del af projektperioden.

Konkret er dataindsamlingen foretaget ved strukturerede interviews med projektlederne samt relevante medarbejdere i hver af de tre kommuner. Formålet hermed har været at sikre, at de indsamlede omkostningsdata er blevet hhv. valideret og nuanceret med viden om de faktiske lokale forhold. Ligeledes har der i forbindelse med interviewene været et fokus på, at datagrundlaget udelukkende omfatter ressourcer relateret til selve indsatsen, mens tidsforbrug samt øvrige udgifter forbundet med deltagelse i hhv. projektet og evalueringsaktiviteterne så vidt muligt ikke indgår i omkostningsvurderingen, da de ikke er relevante i et fremtidigt driftsperspektiv.

Det indberettede tidsforbrug er omregnet til omkostninger ved at benytte gennemsnitlige årslønninger fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor⁴¹ (se oversigt i figuren herunder). Det betyder, at de faktiske omkostninger, afholdt i kommunerne, kan variere fra omkostningsvurderingen, alt efter hvilken overenskomst samt anciennitet og tillæg de enkelte konkrete medarbejdere har. Ved at anvende en overhead tages der højde for, at der for en medarbejder ikke kun er lønomkostninger, men at arbejdskraft også har omkostninger udover lønnen. Dette kan fx omfatte udgifter til kontorpladser, it-udstyr og anden administration omkring det at være ansat i en større organisation. I beregningerne er der ligeledes taget højde for kommunernes realistiske caseload af borgere ud fra de medarbejderressourcer, de har.

⁴¹ Den gennemsnitlige årsløn er hentet fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (krl.dk). Her er følgende filtre brugt: Kommune, Stilling, Lønde og Gennemsnit anvendt. Lønomkostningerne indeholder grundløn, tillæg, særydelser, feriepenge, pension og overarbejde.

Lønninger	Enhed	Løn	Overenskomstområde fra KRL.dk
Socialpædagog (bostøtte)			Socialpædagogisk pers. ved døgninst. mv.
Gns. løn	kr./mdr.	38.906	
Gns. timeløn	kr./time	243	
Gns. timeløn inkl. overhead (20 pct.)	kr./time	291	
Ergoterapeut (bostøtte)			Ergo-, Fysio- og Jordemødre, basis KL
Gns. løn	kr./mdr.	40.580	
Gns. timeløn	kr./time	253	
Gns. timeløn inkl. overhead (20 pct.)	kr./time	304	
Sygeplejerske (kommune)			Syge- og Sundhedspersonale, basis KL
Gns. løn	kr./mdr.	39.925	
Gns. timeløn	kr./time	249	
Gns. timeløn inkl. overhead (20 pct.)	kr./time	299	
Socialrådgiver (sagsbehandler)			Socialrådgivere/socialformidlere, KL
Gns. løn	kr./mdr.	41.390	
Gns. timeløn	kr./time	258	
Gns. timeløn inkl. overhead (20 pct.)	kr./time	310	
SOSU-assistent (hjemmepleje)			Social- og sundhedspersonale, KL
Gns. løn	kr./mdr.	33.454	
Gns. timeløn	kr./time	209	
Gns. timeløn inkl. overhead (20 pct.)	kr./time	250	

Note: Lønudgifterne er baseret på gennemsnitlige årslønninger hentet fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (krl.dk), trukket juni 2022. Her er følgende filtre brugt: Kommune, Stilling, Løndelev og Gennemsnit anvendt. Lønomsatningerne indeholder grundløn, tillæg, særydelser, feriepenge, pension og overarbejde.

Scenarieanalyser

Analytisk tilgang

På baggrund af ovenstående datagrundlag er der gennemført en økonomisk analyse. Nedenfor beskrives den analytiske tilgang.

Som beskrevet i evalueringsafsnittet om den økonomiske analyse opstiller og beregner vi seks scenarier for mulige budgetøkonomiske konsekvenser, der forventes som følge af indsatsen. Konkret er de seks scenarier beregnet ved hjælp af den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM), hvor nedenstående beregningsramme er anvendt. Input vedr. indsatsens omkostninger stammer fra omkostningsvurderingens resultater, jf. beskrivelsen ovenfor. Datagrundlaget vedr. effekt og konsekvenser er beregnet på baggrund af SØMs vidensdatabase. Figuren herunder giver et indblik i denne systematik, ligesom den illustrerer de trin, en SØM-beregning består af.

Figur B1-1: Illustration af beregningen i SØM



Kilde: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/som>

Effekt-/succesmål

I nedenstående tabel sammenlignes effektmålet for målgruppen for M-ACT med succesmålet for de anvendte SØM-målgrupper i scenarie A-F.

Tabel B1-2: Sammenligning af effektmål for M-ACT m. succesmål for SØM-målgrupper (scenarie A-F)

Effekt- og succesmål	
Målgruppen for M-ACT	Stabilisering eller en reduktion i deltagernes misbrug og større psykisk stabilitet, hvilket potentielt stabiliserer eller reducerer behovet for psykiatrisk sygehuskontakt.
Scenarie A-F	Mindre kontakt med psykiatrien sammenlignet med det foregående år.

Kilde: Effektmål for M-ACT baseret på oplysninger fra kommunerne samt SØM-succesmål for de seks scenarier baseret på oplysninger fra SØM.

Som det ses af tabellen, er SØM-succesmålet for de seks SØM-målgruppen defineret som mindre kontakt med psykiatrien sammenlignet med det foregående år. Til sammenligning er effektmålet for M-ACT defineret som en bedring i deltagernes livssituation. Dette kan, som tidligere beskrevet, både dække over en stabilisering eller en reduktion i deltagernes misbrug og, at borgerne opnår en større psykisk stabilitet, hvilket potentielt stabiliserer eller reducerer behovet for psykiatrisk sygehuskontakt. Særligt sidstnævnte vurderes at stemme godt overens med SØM-succesmålet.

Målgruppesammenligning

Af nedenstående tabel ses en simpel sammenligning af målgruppekarakteristika for M-ACT og SØM-målgrupperne i scenarie A-F. Af tabellen ses det bl.a., at der er en overvægt af mænd i både målgruppen for M-ACT og i de seks SØM-undermålgrupper. Aldersintervallet for målgruppen, som M-ACT henvender sig til, er 18-64 år, hvilket stemmer overens med aldersintervallet for de seks undermålgrupper. Ligeledes ses det, at den gennemsnitlige alder for borgerne i M-ACT ligger omkring gennemsnitsalderen for undermålgrupperne. Endelig gælder det for SØM-målgrupperne, at andelen af personer i beskæftigelse er relativt lav (mellem 5-33 pct.). Dette er et relativt stort spænd og understreger relevansen af at foretage flere scenarieberegninger, hvor målgrupperne varierer. For målgruppen i M-ACT gælder det, at de har en meget lav arbejdsmarkedstilknytning. Over halvdelen af borgerne er på kontanthjælp (54 pct.) mens 18 pct. er førtidspensionister (se beskrivelse af målgruppen i afsnit 5). Endelig har samtlige SØM-målgrupper gennemsnitligt et lavt uddannelsesniveau. I SØM-målgrupperne har mellem 39-80 pct. grundskolen som højeste uddannelsesniveau, mens dette gælder for 64 pct. af målgruppen for M-ACT.

Tabel B1-1: Sammenligning af målgruppekarakteristika for M-ACT og SØM-målgrupper (scenarie A-F)

Målgruppen for M-ACT	Scenarie A	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E	Scenarie F
Demografiske forhold						
Andel mænd	66,7 pct.	69,0 pct.	72,0 pct.	67,0 pct.	65,0 pct.	70,0 pct.
Gennemsnitsalder	38 år	42 år	37 år	47 år	45 år	39 år
Aldersinterval	18-64 år	18-64 år	25-64 år	18-64 år	18-64 år	25-64 år
Beskæftigelse						
Andel i beskæftigelse	Manglende arbejdsmarkedstilknytning*	6 pct.	17 pct.	33 pct.	30 pct.	5 pct.
Uddannelse						
Andel med grundskole som højeste uddannelsesniveau	64 pct.	79 pct.	66 pct.	39 pct.	42 pct.	80 pct.

Note: *Se konkret opdeling af arbejdssituation i Tabel 1 i afsnit 5.

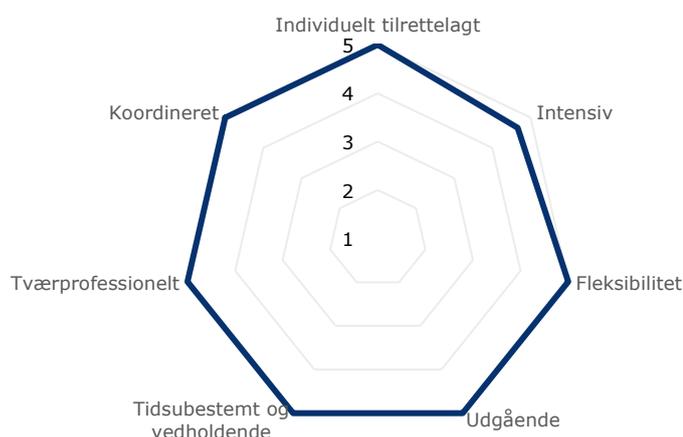
Kilde: Målgruppekarakteristika for M-ACT baseret på oplysninger fra kommunerne og registerdata fra Danmarks Statistik samt målgruppekarakteristika for de seks scenarier baseret på oplysninger fra SØM.

Overordnet set stemmer M-ACT-målgruppen nogenlunde overens med målgrupperne for de seks forskellige målgrupper i SØMs vidensdatabase. Dette gælder særligt for køn og alder. Målgrupperne varierer dog en del særligt på andel i beskæftigelse, og det understreger derfor relevansen af at have forskellige scenarier, som målgruppen for M-ACT vil kunne afspejle.

BILAG 2 - FIGUROVERSIGT

Dette bilag belyser de data, som der refereres til i rapporten.

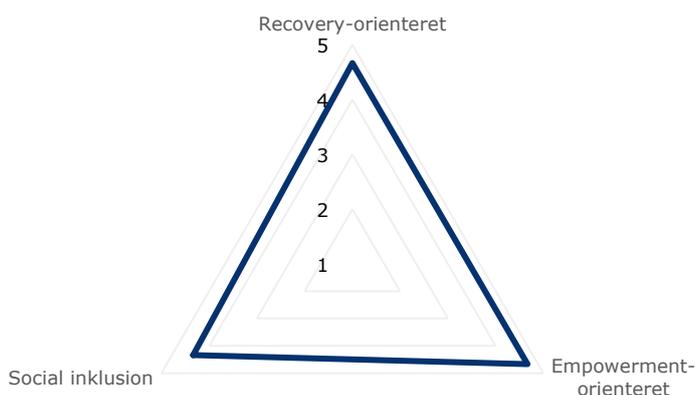
Figur A: M-ACT-teams vurdering af, om de har viden om, hvorfor kerneelementerne er vigtige for M-ACT-indsatsen



Note: Figuren er baseret på kommunernes besvarelse af efterlevelsesskema 2.

Figur A viser, at de tre M-ACT-teams i projektkommunerne i meget høj grad oplever at have viden om, hvorfor kerneelementerne er vigtige for M-ACT-indsatsen. De tre M-ACT-teams scorer alle højt på fidelitetsskalaen med en gennemsnitsscore på fem på en fidelitetsskala fra 1 til 5.

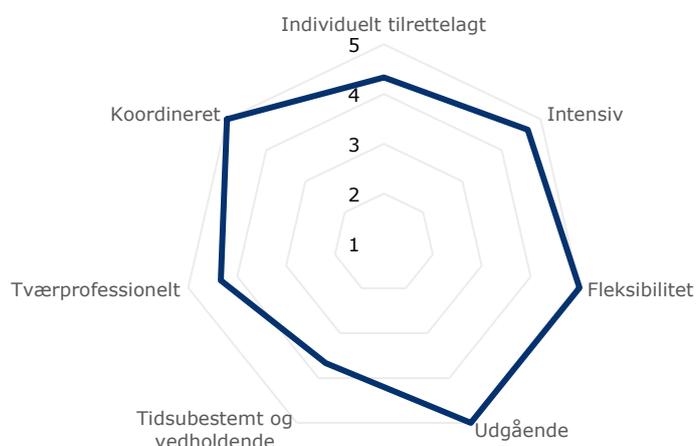
Figur B: Projektkommunernes vurdering af, om de har kompetencerne til at praktisere indsatsens værdigrundlag



Note: Figuren er baseret på kommunernes besvarelse af efterlevelsesskema 2.

Figur B viser, at de tre M-ACT-teams i projektkommunerne i høj grad vurderer, at de har kompetencerne til at praktisere indsatsens værdigrundlag. Den gennemsnitlige score i projektkommunerne ligger mellem 4,3 og 4,7 på en fidelitetsskala fra 1 til 5.

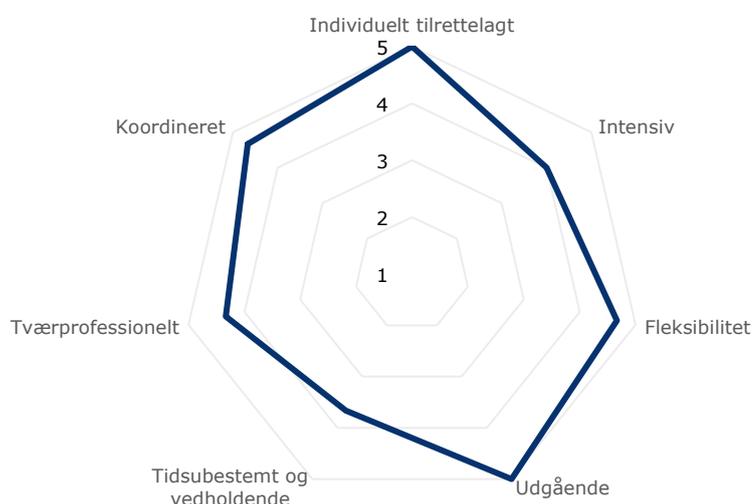
Figur C: Projektkommunernes vurdering af, om de har kompetencerne til at praktisere indsatsens kerneelementer



Note: Figuren er baseret på kommunernes besvarelse af efterlevelsesskema 2.

Figur C viser, at de tre M-ACT-teams i projektkommunerne i høj grad vurderer, at de har kompetencerne til at praktisere indsatsens kerneelementer. Den gennemsnitlige score i projektkommunerne ligger mellem 4,2 og 5 på en fidelitetsskala fra 1 til 5.

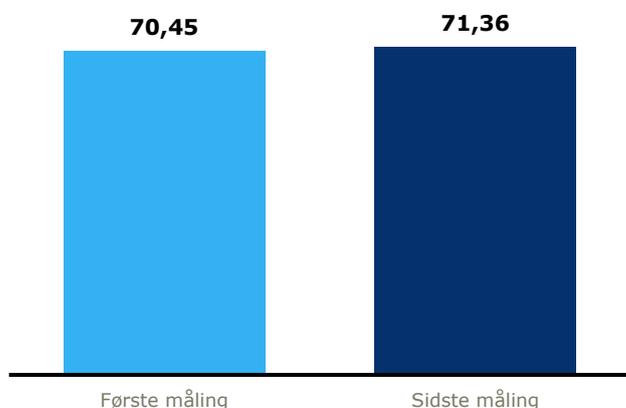
Figur D: Projektkommunernes vurdering af, om de oplever at have de tilstrækkelige metoder/redskaber til at tilrettelægge indsatsen ud fra kerneelementerne



Note: Figuren er baseret på kommunernes besvarelse af efterlevelsesskema 2.

Figur D viser, at de tre M-ACT-teams i projektkommunerne i høj grad vurderer, at de har de tilstrækkelige metoder og redskaber til at kunne tilrettelægge indsatsen ud fra kerneelementerne. Den gennemsnitlige score i projektkommunerne ligger på 3,7 på en fidelitetsskala fra 1 til 5.

Figur E: Gennemsnitsscore på Brief INSPIRE

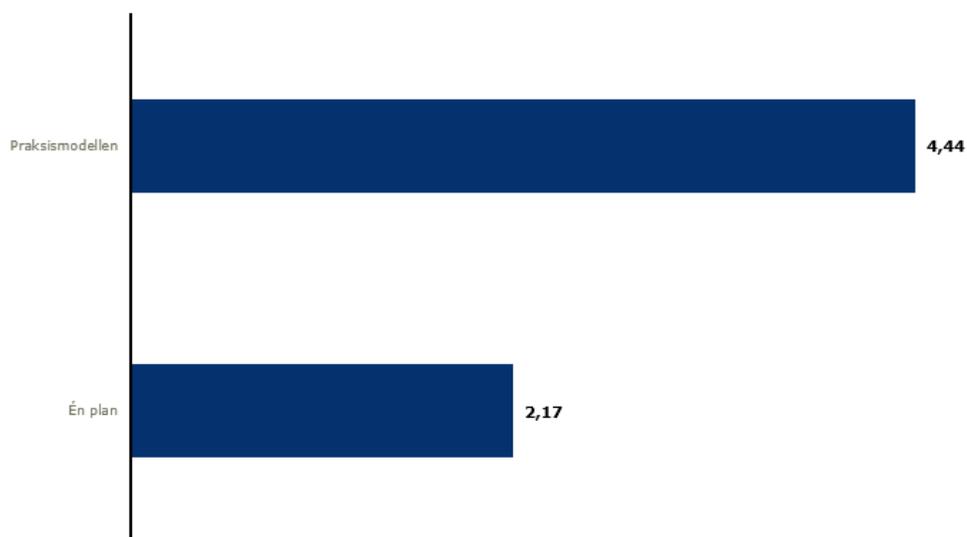


Note: Figuren er baseret på måleredskabet Brief INSPIRE, som indgår i spørgeskemaet omhandlende borgernes oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret.

Figur E viser, at borgerne i relativ høj grad anser M-ACT-indsatsen som understøttende for deres individuelle recovery-proces. Borgernes gennemsnitlige scorer er 71 på en skala fra 0 til 100.

Figur F: Projektkommunernes implementering af praksismodellen

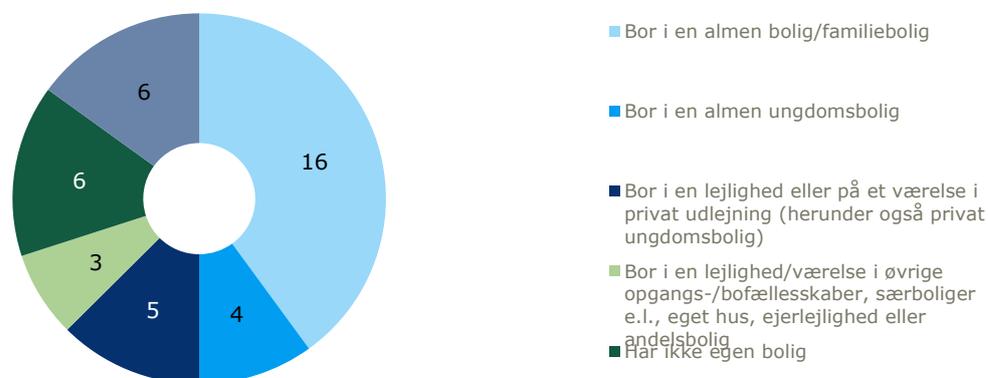
ÉN PLAN & PRAKSISMODELLEN



Note: Figuren er baseret på kommunernes besvarelse af efterlevelsesskema 2.

Figur F viser, at projektkommunerne i høj grad vurderer, at praksismodellen er blevet implementeret som et led i udmøntningen af indsatsen. Den gennemsnitlige score i projektkommunerne er 4,5 på en fidelitetsskala fra 1 til 5.

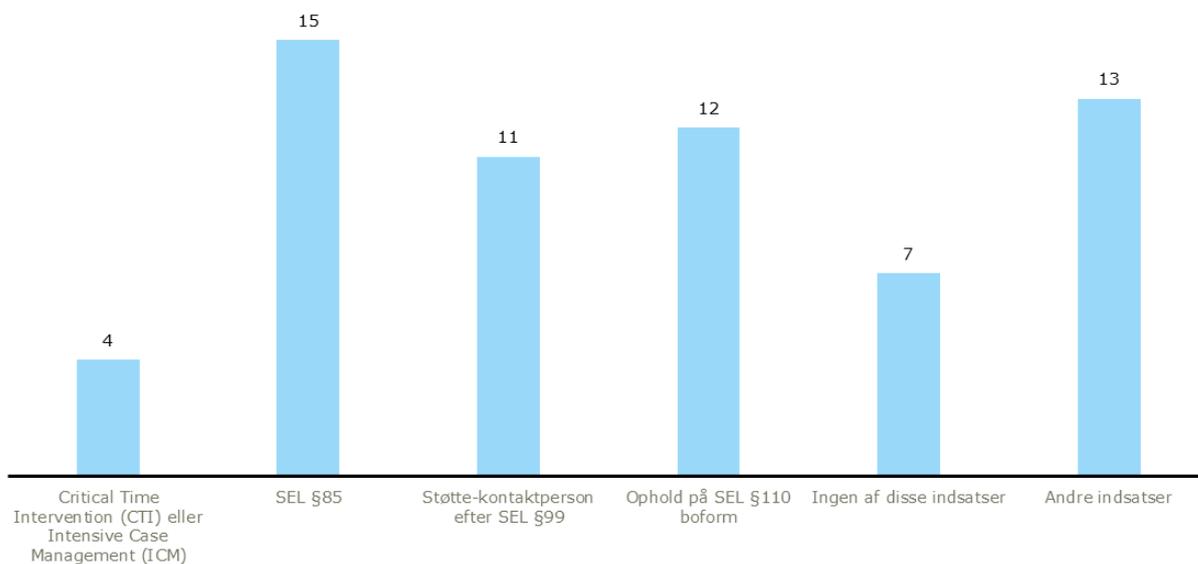
Figur G: Borgernes boligsituation ved opstart i indsatsen



Note: Figuren er baseret på data fra opstartsskemaet.

Figur G viser, at borgerne primært er bosat i eget hjem, når de tilknyttes M-ACT-indsatsen. 16 borgere bor således i egen bolig⁴², mens seks borgere ikke har egen bolig.

Figur H: Hvilke indsatser har borgeren været tilknyttet forud for M-ACT-indsatsen?

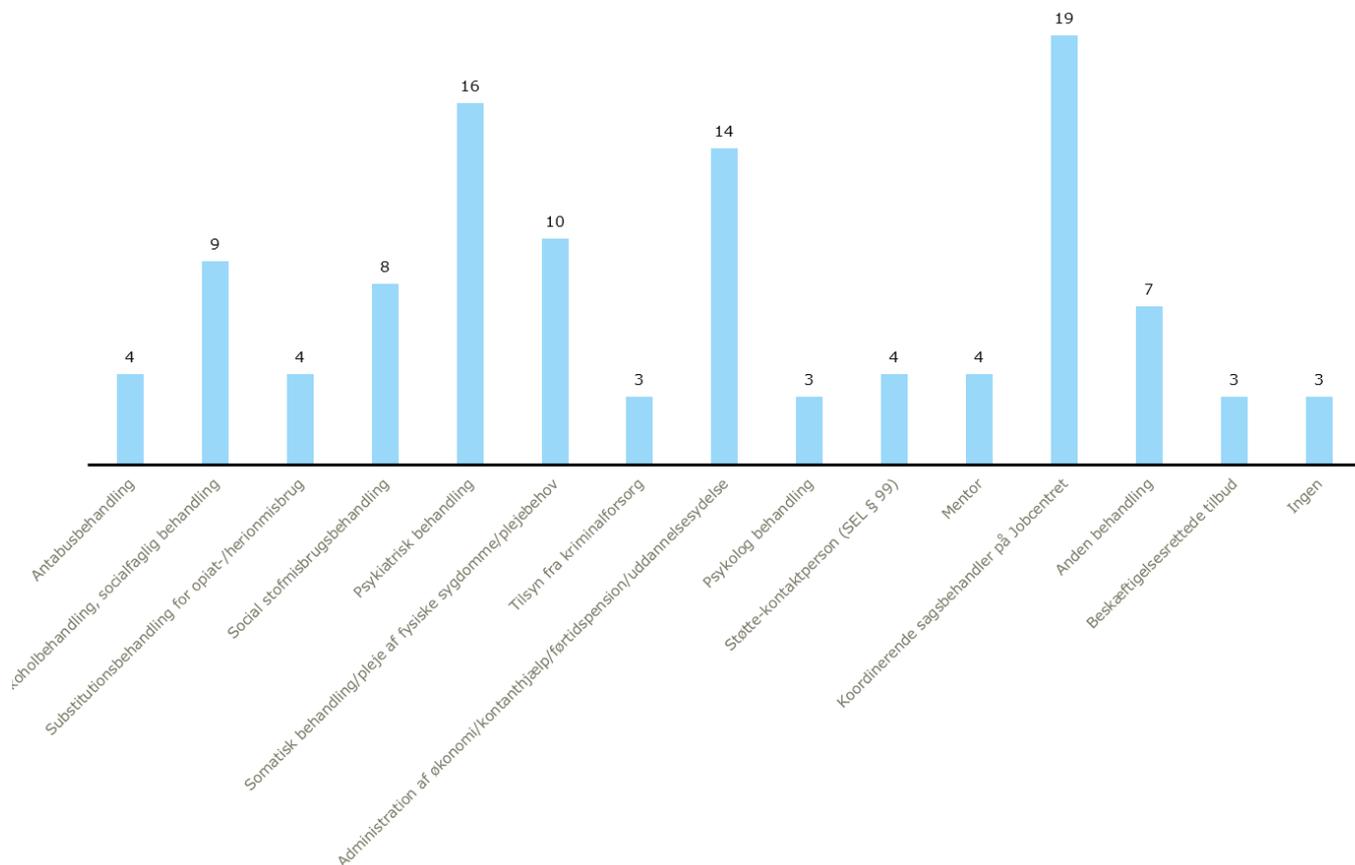


Note: Figuren er baseret på data fra opstartsskemaet.

Figur H viser, at borgerne forud for M-ACT-indsatsen primært har været tilknyttet tre typer af sociale indsatser. Dette er SEL §85-indsats (15 borgere), ophold på §110-boform (12 borgere) og været tilknyttet en støttekontaktperson efter SEL §99 (11 borgere).

⁴² 40 pct. bor i en almen bolig, mens 10 pct. bor i en almen ungdomsbolig. Derudover bor 12,5 pct. i en lejlighed eller på et værelse i privat udlejning, og 2,5 pct. bor i eget hus, ejerlejlighed eller andelsbolig. Sluttelig bor 5 pct. i en lejlighed eller på et værelse i øvrige opgangs-/ bofællesskaber.

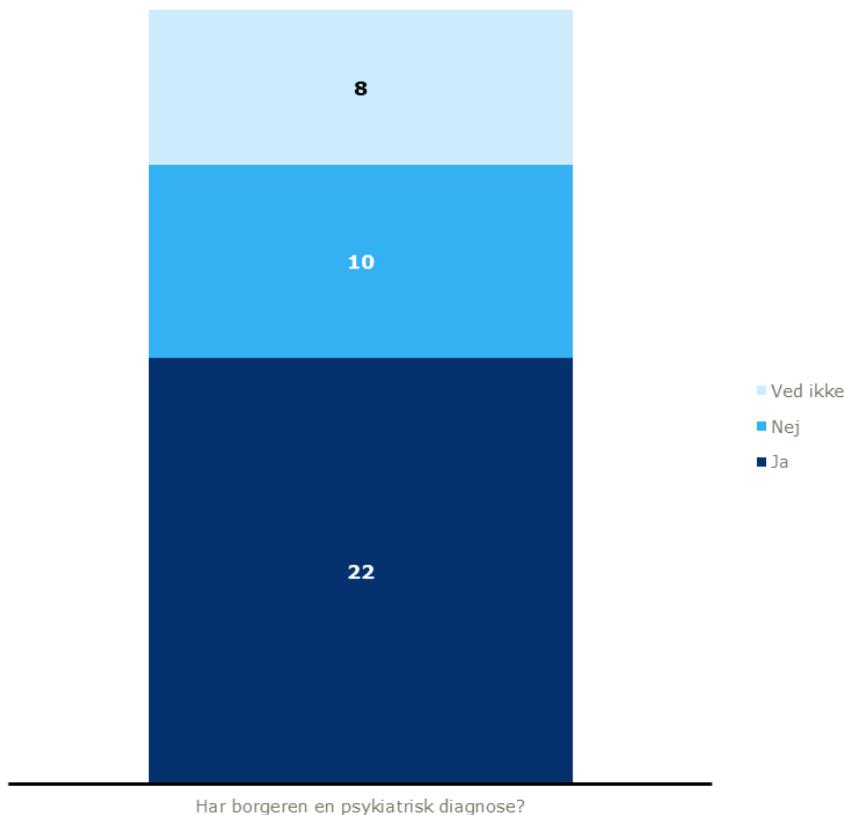
Figur I: Hvilke indsatser er borgeren tilknyttet, når de visiteres til M-ACT-indsatsen?



Note: Figuren er baseret på data fra opstartsskemaet.

Figur I viser, at når borgere visiteres til en M-ACT-indsats, har hovedparten en koordinerende sagsbehandler på jobcentret (19 borgere.), mens lidt over en tredjedel modtager psykiatrisk behandling (16 borgere.) og/eller administrativ hjælp til håndtering af økonomi (14 borgere.).

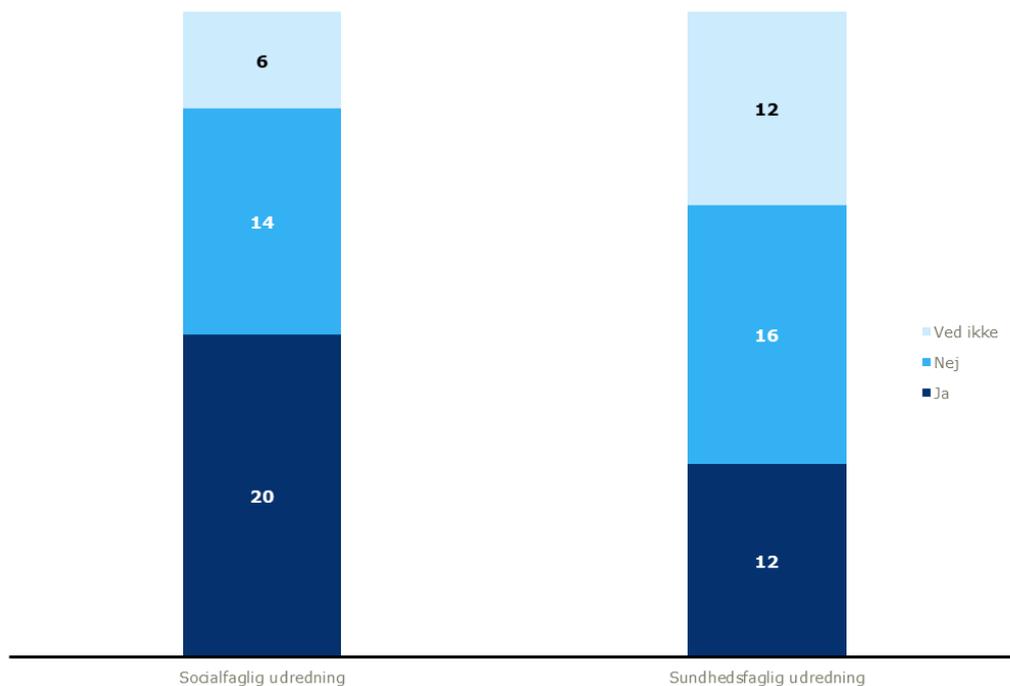
Figur J: Andel af borgere med en psykiatrisk diagnose



Note: Figuren er baseret på data fra opstartsskemaet.

Figur J viser, at over halvdelen (22 borgere.) har en psykiatrisk diagnose, mens 10 borgere ikke vurderes til at have en psykiatrisk diagnose.

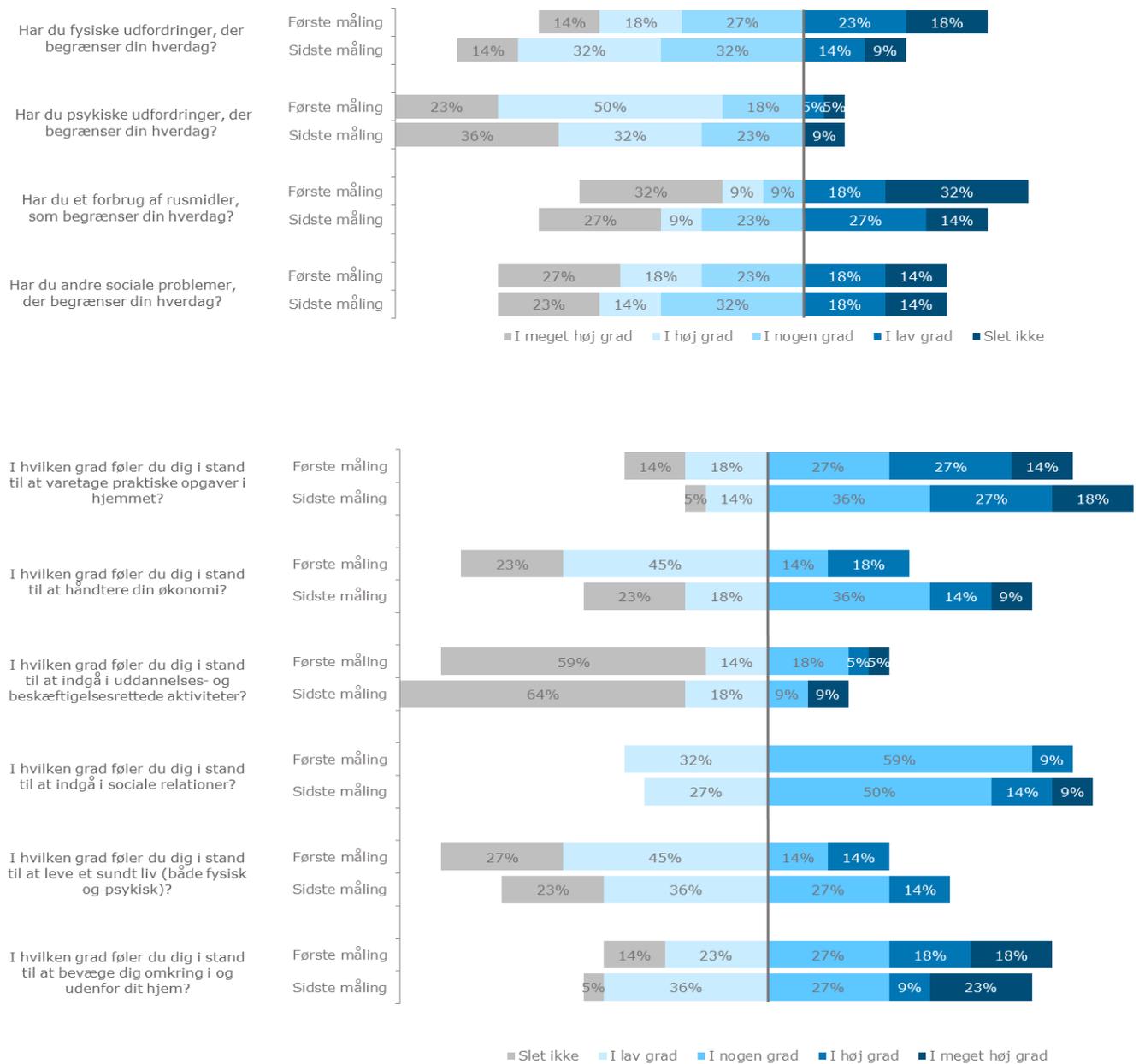
Figur K: Andel borgere, som har modtaget en relevant udredning forud for indsatsen



Note: Figuren er baseret på data fra opstartsskemaet.

Figur K viser, at halvdelen af borgerne (20 borgere) ikke har fået foretaget en socialfaglig udredning forud for M-ACT-indsatsen, mens 16 borgere mangler at få udarbejdet en sundhedsfaglig udredning forud for M-ACT-indsatsens.

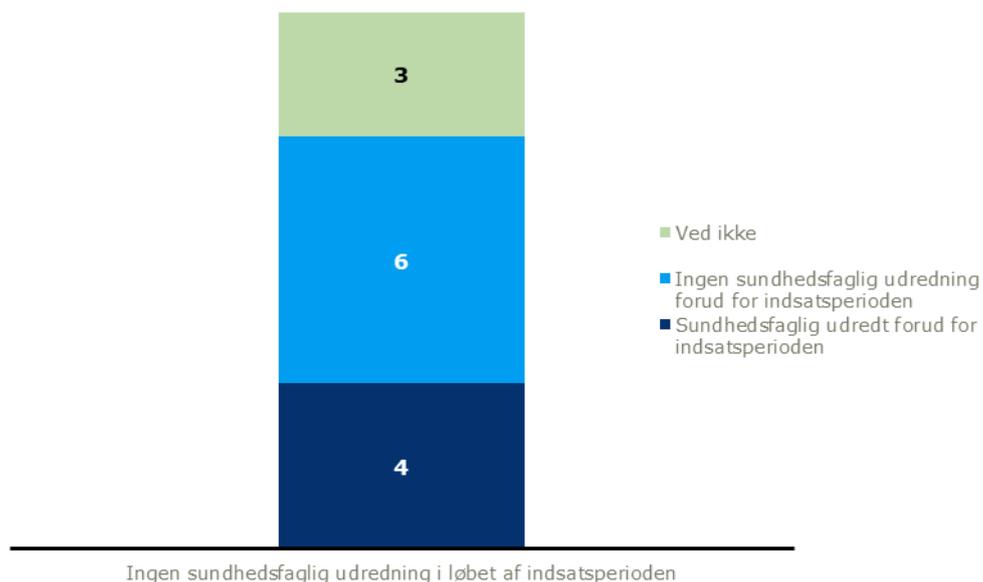
Figur L: Borgernes vurdering af VUM-dimensioner.



Note: Figuren er baseret på data fra progressionsmålingen af borgernes små skridt i indsatsen.

Figur L indikerer, at borgerne i M-ACT-indsatsen oplever en mærkbar og positiv udvikling ift. følgende tre tematikker: praktiske opgaver i hjemmet, økonomi samt sociale relationer. For de øvrige dimensioner i VUM ses der ingen nævneværdig positiv udvikling, da borgernes svarfordeling næsten er identisk ved både indsatsens opstart og afslutning.

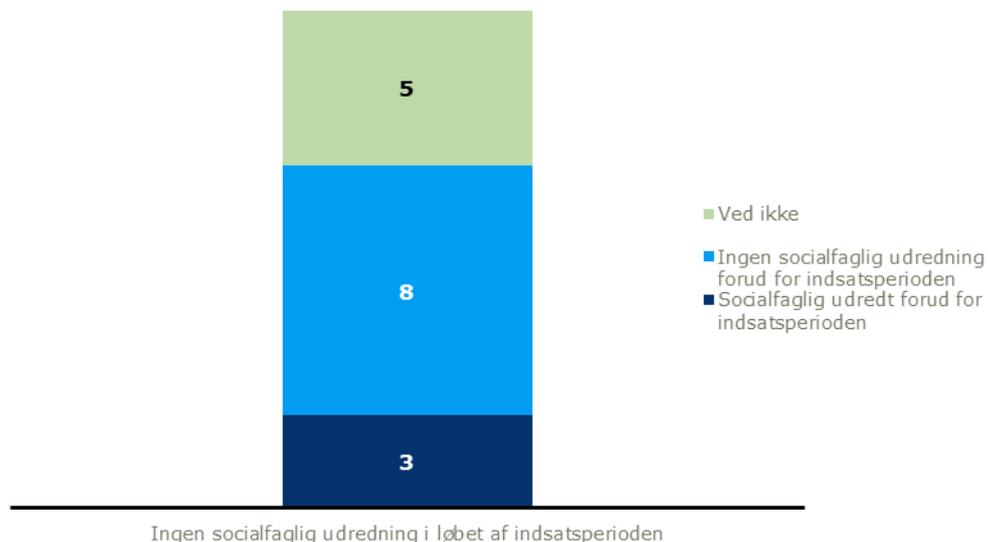
Figur M: Borgere, som hverken har modtaget sundhedsfaglig udredning forud for og i løbet af indsatsen



Note: Figuren er baseret på data fra opstarts- og afslutningsskemaet.

Figur M viser, at cirka halvdelen af de borgere, som ikke bliver udredt i løbet af M-ACT-indsatsen, ej heller har fået foretaget en sundhedsfaglig udredning forud for indsatsen (seks borgere). Der er cirka en tredjedel, som ikke bliver udredt i løbet af M-ACT-indsatsen, som har fået foretaget en sundhedsfaglig udredning forud for indsatsen (fire borgere).

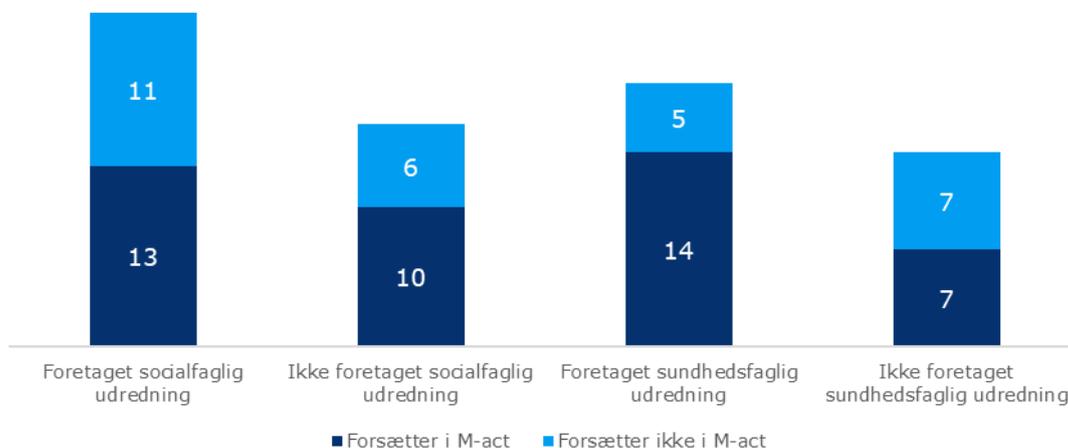
Figur N: Borgere, som hverken har modtaget socialfaglig udredning forud for og i løbet af indsatsen



Note: Figuren er baseret på data fra opstarts- og afslutningsskemaet.

Figur N viser, at cirka halvdelen af de borgere, som ikke bliver udredt i løbet af M-ACT-indsatsen, ej heller har fået foretaget en socialfaglig udredning forud for indsatsen (otte borgere). Der er cirka en femtedel, som ikke bliver udredt i løbet af M-ACT-indsatsen, men som allerede har fået foretaget en socialfaglig udredning forud for indsatsen (tre borgere).

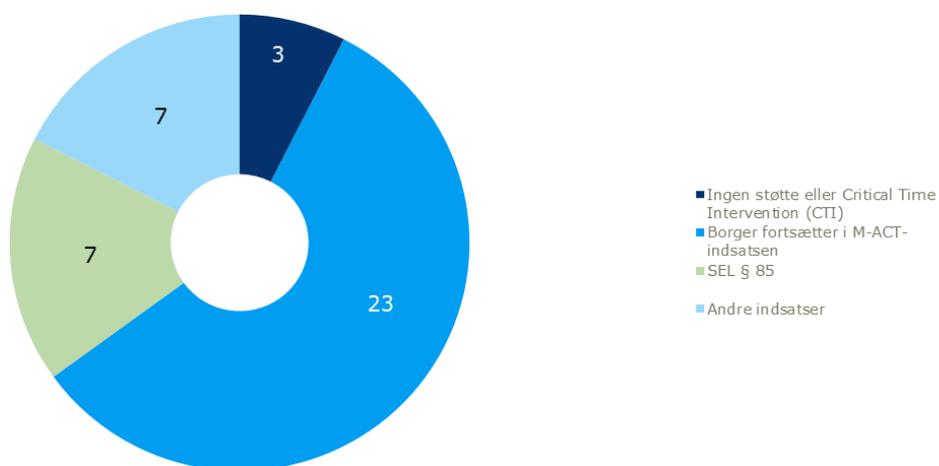
Figur O: Udredning og afslutning i indsatsen



Note: Figuren er baseret på data fra opstarts- og afslutningsskemaet.

Figur O viser, at cirka halvdelen af de borgere, som mangler at få foretaget en hhv. sundhedsfaglig udredning (syv borgere svarende til 50 pct.) og/eller en sundhedsfaglig udredning (10 borgere svarende til 63 pct.), fortsætter i indsatsen efter projektperiodens ophør.

Figur P: Hvilken støtte overgår borgerne til, når indsatsen afsluttes?



Note: Figuren er baseret på data fra afslutningsskemaet.

Figur P viser, at hovedparten af borgerne er overgået til en SEL §85-indsats (syv borgere) eller 'andre indsatser' (syv borgere).