

Rapport

Evaluering af "Afprøvning af ACT- metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug"



Anna Amilon, Jesper Fels Birkelund, Anders Bo Bojesen, Ian Kirkedal Nielsen & Mikkel Stamp Møller

Evaluering af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug"

© VIVE og forfatterne, 2017

e-ISBN: 978-87-7119-481-4

Projekt: 100092

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug er en heterogen gruppe med komplekse sociale problemer, som også er i forskellige situationer, hvad angår økonomi, uddannelse og beskæftigelse samt boligforhold. Disse borgere har derfor behov for en indsats, der kan rumme den høje grad af kompleksitet.

En sammenhængende og integreret indsats over for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug og ofte massive sociale problemer bør inkludere et fokus på den enkeltes samlede livssituation og hverdagsliv, hvor også beskæftigelse eller uddannelse kan være centrale elementer. En indsats, der kan føre til en forbedret livssituation og på længere sigt til bedre integration på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessektoren, kan understøtte borgerens proces mod recovery.

På den baggrund er der i satspuljen 2014-2017 afsat 13 millioner kroner til puljen "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug". Det overordnede formål med puljen er at støtte borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug til en forbedret livssituation. Afprøvningen af ACT-metoden gennemførtes i Københavns Kommune og Skanderborg Kommune i perioden fra 2014 til 2017.

Denne evalueringsrapport bidrager med viden om, hvorvidt en intensiv, helhedsorienteret og tværfaglig indsats som ACT-metoden kan støtte borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug til en bedre tilværelse i en kommunal sammenhæng.

Et udkast af denne rapport er blevet læst og kommenteret på af fuldmægtig Tina Levysohn (KL), konsulent Pernille Loumann (Rådet for Socialt Udsatte), seniorforsker Katrine Schepelern Johansen (Region Hovedstaden), stabschef Mie Carstensen (Københavns Kommune), leder Lise Hessel Damsgaard (Skanderborg Kommune), specialkonsulent Mette Strunge Dubert (Socialstyrelsen) og fuldmægtig Marianne Rasmussen (Socialstyrelsen), og samtlige takkes for gode og yderst relevante kommentarer og forslag. Lektor Morten Hesse (Center for Rusmiddelforskning) har været ekstern referere på rapporten og takkes for en grundig og kvalificeret kritik og konstruktive kommentarer.

Rapporten er udarbejdet af manager Ian Kirkedal Nielsen og konsulent Mikkel Stamp Møller ved Rambøll Management Consulting (Rambøll) samt analytiker Jesper Fels Birkelund, analytiker Anders Bo Bojesen og seniorforsker Anna Amilon ved Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE). Evalueringen er iværksat på foranledning af Socialstyrelsen.

København, december 2017

Torben Tranæs

Indhold

SAMMENFATNING	7
1 INDLEDNING	13
1.1 ACT-metoden og de ønskede resultater og effekter	13
2 EVALUERINGENS FORMÅL OG DESIGN	17
2.1 Metoder, datakilder og datagrundlag	17
3 BESKRIVELSE AF ACT-METODEN	21
3.1 ACT-indsatsen	21
4 KARAKTERISTIKA VED BORGERNE	25
4.1 De fleste er danske mænd og under 40 år	26
4.2 De fleste har egen bolig	27
4.3 Langt hovedparten modtager offentlig understøttelse	27
4.4 En stor del har arbejdserfaring, men er ledige	28
4.5 Lavt uddannelsesniveau	29
4.6 Komplekst diagnosebillede og lav psykisk trivsel	30
4.7 Over halvdelen har både stof- og alkoholmisbrug	31
5 BORGERNES UDVIKLING	33
5.1 Udvikling i psykisk trivsel	35
5.2 Udvikling i forhold til stofmisbrug	40
5.3 Udvikling i forhold til alkoholmisbrug	41
5.4 Udvikling i sociale forhold og parathed til at indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter	43
6 EFFEKTEVALUERING AF ACT-INDSATSEN	47
6.1 Indsatsgruppen og kontrolgruppen	48
6.2 Beskæftigelsessituation	49
6.3 Kontakt til den regionale behandlingspsykiatri	50
7 IMPLEMENTERINGEN AF ACT-METODEN	53
7.1 Projektkommunernes overordnede loyalitet i implementeringen	54
7.2 Ledelse, organisering og medarbejdere og kompetencer	59
8 ØKONOMISK EVALUERING	63
8.1 Data	64
8.2 Resultater	64
LITTERATUR	67
Bilag 1 Metode	69
Bilag 2 Tabeller og figurer	75
Tabeller og figurer – kapitel 4	75
Tabeller og figurer – kapitel 5	78

Tabeller og figurer – kapitel 6.....	81
Tabeller og figurer – kapitel 7.....	83
Tabeller og figurer – kapitel 8.....	84

SAMMENFATNING

Denne rapport evaluerer satspuljeprojektet "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug". I projektet blev ACT-metoden afprøvet over for 62 borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i Københavns Kommune og Skanderborg Kommune i perioden 2014 til 2017.

Assertive Community Treatment – ACT – er en metode, der er udviklet på psykiatriområdet i USA i 1970'erne med henblik på at støtte borgere med psykiske vanskeligheder til at fungere i lokalsamfundet og undgå vedvarende genindlæggelser på psykiatrisk hospital. I Danmark er ACT blandt andet blevet brugt i *Housing first*-indsatsen over for hjemløse samt i den regionale behandlingspsykiatri (se fx Benjaminsen m.fl. (2017), Aagård & Müller-Nielsen (2011) og Haastrup & Aagaard (2015)). ACT-indsatsen ydes som en intensiv, fleksibel, udgående, direkte, helhedsorienteret og tidsubegrænset indsats, der er tilrettelagt ud fra borgerens ønsker og behov.

ACT-metoden har en opsøgende karakter og omfatter behandling og støtte i borgerens eget hjem eller dér, hvor borgeren er. Indsatsen leveres af et tværfagligt team af medarbejdere, som yder støtte og behandling til borgerne. I dette projekt var teamet i kommunerne sammensat af medarbejdere med forskellige fagkompetencer og specialer som fx socialpædagoger, sygeplejersker, sagsbehandlere, misbrugskonsulenter, beskæftigelseskonsulenter, psykologer og psykiatere. ACT-teamets specialiserede fagfunktioner giver mulighed for at yde en specialiseret, proaktiv og opsøgende indsats. I hvert team var et af medlemmerne (oftest en af de socialpædagogiske bostøttemedarbejdere) den primære kontakt og støttefunktion for borgeren. Medarbejderne havde en lav caseload (maksimalt otte borgere var tilknyttet den enkelte fuldtidsmedarbejder) for at muliggøre en høj grad af fleksibilitet i indsatsen.

I projektet arbejdede man recovery-orienteret. Recovery er ikke en behandlingsmetode, men kan defineres som borgerens egen helingsproces, hvorfor det er afgørende, at forandringer i borgerens liv sker ud fra borgerens egne ønsker og med udgangspunkt i de ressourcer, borgeren har. Indholdet i indsatsen udformedes derfor på borgernes præmisser og ud fra borgernes mål i dialog med medarbejderne, som bidrog med faglig viden og erfaring. Et fokus på recovery og borgerens styrker må ikke forskydes til "krav" om mål, udvikling og forandring. Der stilles således ikke krav til borgeren om fx reduktion eller ophør af misbrug, aktivitetsniveau eller ændret adfærd.

Målgruppen for indsatsen var i dette projekt afgrænset til borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, der har brug for intensiv social støtte og kun vanskeligt eller slet ikke kan benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser. Da målgruppen for ACT-indsatsen ofte har brug for længerevarende støtte og behandling, er indsatsen som udgangspunkt tidsubegrænset og vedvarende. I denne evaluering undersøger vi borgernes udvikling frem til projektets afslutning i slutningen af 2017. Ved afslutningen af projektperioden var samlet set kun 19 forløb (31 pct.) afsluttet, hvorfor hovedparten af borgerne, der indgår i evalueringen, er i et igangværende forløb. Da målgruppen kan forventes at have behov for lange og integrerede indsatser, er det muligt, at mange resultater først vil kunne ses på længere sigt. Resultaterne i denne rapport skal derfor læses med det forbehold, at de fleste borgere ikke er færdigbehandlede og afsluttet i ACT-indsatsen.

Denne rapport bidrager med viden om, hvorvidt en intensiv, helhedsorienteret og tværfaglig indsats som ACT-metoden kan bidrage til forbedrede levevilkår for borgere med komplekse sociale problemer i en kommunal kontekst. Vi fokuserer på borgernes fysiske og psykiske trivsel, stof- og alkoholmisbrug, familie- og andre sociale forhold samt uddannelse og beskæftigelse samt brug af det psykiatriske behandlingssystem. Vi anvender primært data fra løbende borgermålinger, hvor vi

sammenholder borgerens status ved første og sidste måling. For at kunne sandsynliggøre, at eventuelle fund vedrørende forbedringer i borgernes levevilkår er forårsaget af ACT-indsatsen, er det centralt at kunne påvise, at metoden er implementeret med en høj grad af fidelitet. Vi undersøger derfor, hvor loyale kommunerne er i implementeringen af ACT-metoden, herunder også hvilke drivkræfter og barrierer der har indvirket på implementeringen af ACT-indsatsen i de to projektkommuner.

Afslutningsvist er det centralt at kende udgifterne, forbundet med ACT, samt eventuelle gevinster ved indsatsen, grundet reduktion i borgernes forbrug af sundheds- og sociale ydelser. Udgifter og gevinster ved ACT undersøges i en økonomisk evaluering af indsatsen.

Hovedresultater

Kendetegn hos de borgere, der har modtaget ACT-indsatsen

I alt har 62 borgere indgået i afprøvningen af ACT-indsatsen i dette projekt. Den typiske borger er en mand under 40 år. Hovedparten af borgerne forsørger sig via offentlig understøttelse, og 55 pct. har grundskolen som højeste afsluttede uddannelse. Langt størstedelen af borgerne er ledige og er ikke i aktivering ved projektets start, men 60 pct. har tidligere arbejds erfaring. 86. pct. af borgerne bor i egen bolig, mens 14 pct. er hjemløse.

Op mod 80 pct. af borgerne har en eller flere psykiatriske diagnoser, heraf har over 10 pct. mere end to psykiatriske diagnoser. Samtidig har alle borgerne enten et stof- eller et alkoholmisbrug, mens over halvdelen har både et stofmisbrug og et alkoholmisbrug.

ACT-indsatsens virkning og effekt

Overordnet set viser resultaterne, at de fleste borgere har oplevet at profitere af ACT-indsatsen. Dog findes der en gruppe af borgere, som hverken har oplevet en positiv eller en negativ forandring, ligesom en mindre gruppe har oplevet tilbagegang.

Boks 1 Oplevede resultater.

De fleste borgere har oplevet en positiv udvikling, hvilket f.eks. ses ud fra nedenstående fortællinger fra et udvalg af borgerne.

”Jeg er gået fra at være alkoholiker og dybt alkoholiseret – og hvad der her følger med – til, at jeg nu har en 16 timers arbejdsuge. Det er ene og alene ACT-indsatsens fortjeneste” (borger).

”Jeg føler, at jeg for første gang oplever, at kommunen faktisk er på min side – og jeg føler mig mindre alene med mine problemer, hvilket har hjulpet mig til at kunne overskue dagligdagen” (borger).

Dog er der som nævnt også nogle af borgerne, der har oplevet en tilbagegang.

”Der er borgere, som ikke udvikler sig i forhold til erkendelse, motivation og udvikling” (medarbejder). Medarbejderne giver udtryk for, at det kan være svært at tale om forandringer eller udvikling med disse borgere.

Størstedelen af borgerne i indsatsen, 59 pct., oplever forbedret psykisk trivsel fra indsatsens start til den sidst gennemførte måling. Det gælder især, at en stor andel af borgerne har oplevet en positiv udvikling i forhold til at se optimistisk på fremtiden, ligesom de i højere grad oplever at føle sig nyttige og har fundet mere ro. Også i forhold til misbrug rapporterer størstedelen af borgerne

en lavere belastningsgrad, efterhånden som indsatsen skrider frem. 63 pct. rapporterer en lavere belastningsgrad i deres alkoholforbrug i den sidste måling, sammenholdt med den første måling. Tilsvarende rapporterer 51 pct. en lavere belastningsgrad i deres stofmisbrug. Ligeledes viser resultaterne, at lidt over en tredjedel af borgerne, som har modtaget indsatsen, bevæger sig fra at have et risikofyldt alkohol- og stofmisbrug til at have et mindre risikofyldt misbrug eller slet intet misbrug.

Derudover oplever en overvægt af borgerne en positiv udvikling i forhold til deres sociale situation, og 48 pct. oplever større selvtilid og parathed til at kunne indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter. Det samlede billede, der tegnes, er således, at en relativt stor andel af borgerne har oplevet en positiv udvikling eller stabilisering på væsentlige livsområder, herunder psykisk trivsel, misbrugsforhold og ønske om og parathed til at indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter. Samtidig tegner evalueringen et billede af, at det er de borgere, som ved opstart på indsatsen har den største belastningsgrad i forhold til deres psykiske mistrivsel og misbrug, der også i højere grad oplever en positiv udvikling. Det kan tyde på, at ACT-indsatsen er særligt virksom i forhold til at løfte de borgere, som er mest udfordrede, ud af en negativ udviklingsspiral. Evalueringen viser også, at der blandt de borgere, som ikke har oplevet en positiv udvikling, er en tendens til, at den gennemsnitlige tilbagegang i deres psykiske trivsel og misbrug aftager i takt med varigheden af ACT-indsatsen.

I evalueringen har vi også undersøgt, hvorvidt borgerne er kommet tættere på uddannelses- og beskæftigelsessystemet, samt deres brug af psykiatriske ydelser i behandlingspsykiatrien. Vi har sammenlignet ACT-borgerne med en matchet kontrolgruppe. Det viste sig imidlertid at være svært at identificere en matchet kontrolgruppe på samme høje belastningsniveau som ACT-borgerne. Med dette forbehold finder vi i matchinganalysen ingen indikationer på, at ACT-borgerne kommer i beskæftigelse, eller at de kommer i "aktiv" aktivering (i stedet for "passiv" aktivering) i højere grad end borgerne i kontrolgruppen. Vi finder dog, at ACT-borgerne har færre kontakter til den regionale behandlingspsykiatri end borgerne i den matchede kontrolgruppe.

Implementering af ACT-indsatsen

I forhold til implementeringen af ACT-indsatsen i de to projektkommuner har vi undersøgt kommunernes arbejde med metoden i forhold til fem kerneelementer, nemlig: "*krav til at modtage ACT-indsatsen*", "*indholdet i ACT-indsatsen*", "*indsatsens struktur*", "*krav til myndighedsdelen*" samt "*caseload og kompetencer*". I hver kommune har medlemmerne i ACT-teamet i fællesskab udfyldt løbende fidelitetsmålinger, hvor de har evalueret, i hvor høj grad de lever op til hvert kerneelement i ACT-indsatsen. Derudover har vi foretaget kvalitative interview med ledelse, projektlede og medlemmerne i ACT-teamet i de to projektkommuner. Samlet set viser vores analyser, at projektkommunerne i overvejende grad selv vurderer, at de har implementeret ACT-indsatsen og metodens kerneelementer med en høj grad af fidelitet eller metodeloyalitet. Hermed kan ovenstående positive resultater i forhold til borgernes progression sandsynliggøres at være forårsaget af ACT-indsatsen.

Derudover peger evalueringen på en række drivkræfter og barrierer i implementeringen, herunder i forhold til ledelse, organisering og kompetencer. I forhold til *ledelse* har der samlet set været en klar ledelsesmæssig forankring af projektet og god ledelsesmæssig opbakning. Dog har udskiftning i det faglige lederskab (teamledere) medført en udfordring i begge kommuner. Generelt har det interne kommunale *samarbejde* fungeret godt, og især det tætte samarbejde med jobcenteret fremhæves som positivt. Dog har begge kommuner oplevet udfordringer med at få etableret et velfungerende samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri. Heri ligger der blandt andet

en udfordring i manglende ledige ressourcer i form af en psykiater til ACT-teamet, som den regionale behandlingspsykiatri kan bidrage med. Samlet set har kommunerne oplevet, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at arbejde med ACT-indsatsen, samt at de både har kunnet og villet arbejde fleksibelt, vedholdende og opsøgende. Den helhedsorienterede tilgang, hvor teamets medlemmer understøtter hinanden i arbejdet med borgeren, har været en drivkraft for medarbejderne.

I dette projekt har man haft et beskæftigelsesfokus, og indsatsen har enten været organisatorisk forankret i beskæftigelsesforvaltningen eller været tæt knyttet til beskæftigelsesområdet i kommunen, hvor der arbejdes efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB). Det tætte samarbejde med beskæftigelsesforvaltningen har skabt dilemmaer i behandlingen. Projektlederne peger på, at krav om faste kadencer for mødepligt for borgerne og krav til aktivitetsniveau og udvikling, som gælder for beskæftigelsesområdet, har udfordret implementeringen af recovery-fokusset i indsatsen, hvor det er borgerens ønsker og behov, der er omdrejningspunktet for indsatsen. Omvendt peger projektledere og medarbejdere også på, at forankringen i LAB-lovgivningen skaber nogle positive synergieffekter, idet ACT-medarbejdere fra jobcentret trækker deres viden og erfaringer om borgermålgruppen ind i jobcentrene, hvilket har skabt en større forståelse af målgruppen og ACT-indsatsen i jobcentrene.

ACT-indsatsens økonomiske konsekvenser

Et overblik over omkostningerne, der er forbundet med ACT, er et vigtigt element i den samlede vurdering af indsatsen. Vi har derfor, på baggrund af løbende målinger af medarbejdernes tidsforbrug, beregnet driftsomkostningerne for indsatsen. Den økonomiske evaluering viser, at lønudgifterne inklusive overhead til ACT-indsatsen beløber sig til ca. 107.000 kr. pr. borger pr. år.

Begge kommuner oplevede udfordringer med at rekruttere en psykiater til de to ACT-teams, hvilket resulterede i et forholdsvis lavt psykiater-timetal. Hvis vi i stedet beregner omkostningerne for ACT under den antagelse, at en psykiater var ansat på deltid (50 pct.) i begge teams, beløber lønudgifterne inklusive overhead sig til ca. 131.500 kr. pr. borger pr. år.

Selv om ACT-borgerne har et *lavere antal* af kontakter til den regionale behandlingspsykiatri end borgerne i den matchede kontrolgruppe, er omkostningerne, forbundet med de to gruppers kontakter, stort set ens. Det skyldes primært, at ACT-borgerne i større omfang har *dyrere* kontakter (fx indlæggelser) end borgerne i kontrolgruppen.

Konklusion og perspektivering

De borgere, der har modtaget ACT-indsatsen i dette projekt, er kendetegnede ved at være en særligt udsat gruppe med et komplekst socialt og sundhedsmæssigt problembillede og med en lav grad af tilknytning til uddannelse og beskæftigelse. ACT-indsatsen er en fleksibel, tværgående og helhedsorienteret indsats og har dermed potentiale til at kunne rumme meget udsatte borgere med komplekse problemer.

Analyserne viser, at de fleste borgere har oplevet at profitere af ACT-indsatsen. Der er imidlertid også en gruppe af borgere, som hverken har oplevet en positiv eller en negativ forandring, ligesom der er en gruppe, der har oplevet tilbagegang. Det kan der være flere forklaringer på. Medarbejderne i ACT-teamet giver fx udtryk for, at der i opstartsmålingen ikke altid indfanges et fuldt dækkende billede af borgerens samlede problematik og situation. Det kan skyldes, at der endnu ikke er etableret en tæt og fortrolig relation mellem borgerne og medarbejderne i ACT-teamet, eller at borgerne ikke selv har fuldt indblik i egen situation og problembillede. Derudover er det muligt, at

ACT-indsatsen endnu ikke har vendt en eventuel yderligere social deroute blandt nogen borgere. Det kan ikke afvises, at disse borgere måske ville have oplevet en endnu større negativ udvikling, hvis ikke de havde modtaget ACT-indsatsen. Denne tolkning er i overensstemmelse med forskning i målgrupper med svære psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug (Pedersen & Hesse, 2012; Tylstrup, 2012). Her peges der på, at selv små skridt eller opbremsning af en negativ udvikling kan være første tegn på en mere stabil, positiv udvikling på længere sigt. Samme forskning tegner også et billede af, at de mest udsatte borgere har langt større risiko for at afbryde en social indsats før tid. I det lys er det positivt, at borgerne har været fastholdt i ACT-indsatsen i indsatsperioden. Til trods for at der findes plausible forklaringer på de udeblevne og måske negative resultater, kan vi ikke udelukke, at ACT-indsatsen ikke er virkningsfuld for nogle borgere.

Evalueringen tegner et billede af, at det er de borgere, som ved indsatsens start har den største belastningsgrad i forhold til deres psykiske mistrivsel og misbrug, der også i højere grad oplever en positiv udvikling. Det kan tyde på, at ACT-indsatsen er særligt virkningsfuld i forhold til at løfte de borgere, som er mest udfordrede, ud af eller stoppe en negativ udviklingsspiral. Evalueringen viser også, at der blandt de borgere, som ikke har oplevet en positiv udvikling, er en tendens til, at den gennemsnitlige tilbagegang i deres psykiske trivsel og misbrug aftager i takt med varigheden af ACT-indsatsen.

Samlet set viser denne evaluering, at flertallet af borgerne oplever at have profiteret af ACT, hvilket indikerer, at metoden har potentiale over for målgruppen. Vi kan dog ikke sige præcist, om disse borgere også ville have profiteret af en anden indsats. På grund af problemerne med at identificere en matchet kontrolgruppe på samme høje belastningsniveau som ACT-borgerne ville det være en fordel at gennemføre et større randomiseret, kontrolleret forsøg med længere løbetid for med større sikkerhed at kunne konkludere på metodens effektivitet.

1 INDLEDNING

Den tidligere regering¹ har med handlingsplanen *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser* sat fokus på bedre rehabilitering og sammenhæng i indsatsen for borgere med psykiske vanskeligheder for herved at sikre, at denne gruppe af borgere får samme mulighed for at deltage i samfundet som alle andre.

Med rapporten *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* fra Regeringens udvalg om psykiatri (2013) er der desuden kommet øget fokus på at tilbyde en mere sammenhængende og integreret indsats over for borgere med komplekse problemer, herunder borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. Rapporten peger blandt andet på, at borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug har behov for en indsats, hvor misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling er integreret og tæt koordineret med en social indsats, og hvor der tages udgangspunkt i en grundig udredning af den enkelte borgers livssituation. Denne indsats indebærer også et fokus på beskæftigelses- og uddannelsesindsatser og andre indsatser, der kan fremme borgerens deltagelse og integration i samfundslivet.

Derudover peger flere studier på, at oplevelsen af barrierer for deltagelse i samfundslivet hæmmer muligheden for at gennemgå en recovery-proces, mens det at have en hverdag med blandt andet netværk og beskæftigelse fremmer muligheden for recovery (Socialstyrelsen, 2013). En integreret indsats, der kan føre til bedre integration på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessektoren, kan således understøtte borgerens proces mod recovery. En sammenhængende og integreret indsats over for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug bør derfor, ud over at have fokus på de psykiatriske og misbrugsrelaterede problematikker, inkludere et fokus på den enkeltes samlede livssituation og hverdagsliv, hvor også beskæftigelse eller uddannelse kan være centrale elementer.

På den baggrund er der i satspuljen 2014-2017 afsat 13 millioner kroner til puljen "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug". Det overordnede formål med puljen er at støtte borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i forhold til sociale, fysiske og psykiske problemstillinger samt bidrage med viden om, hvorvidt en intensiv, helhedsorienteret og tværfaglig indsats som ACT-metoden kan støtte borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i forhold til at forbedre deres levevilkår samt til at komme i beskæftigelse eller uddannelse eller indgå i beskæftigelses- eller uddannelsesrettede aktiviteter. Afprøvningen af ACT-metoden gennemførtes i Københavns Kommune og Skanderborg Kommune i perioden 2014 til 2017.

Som led i afprøvningen af ACT-metoden gennemfører Rambøll Management Consulting (Rambøll) og Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) på vegne af Socialstyrelsen en evaluering af afprøvningen af ACT-metoden. Denne slutevaluering sætter fokus på de endelige resultater, effekter og økonomiske konsekvenser ved at anvende ACT-metoden målrettet borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.

1.1 ACT-metoden og de ønskede resultater og effekter

Metoden Assertive Community Treatment (ACT) er udviklet i en amerikansk kontekst, men er tidligere afprøvet i blandt andet Danmark, Sverige og Norge, hvor den har vist sig effektiv over for

¹ Regeringen Helle Thorning-Schmidt II.

borgere med eksempelvis skizofreni og samtidigt misbrug og over for hjemløse borgere (Rambøll og SFI, 2013).

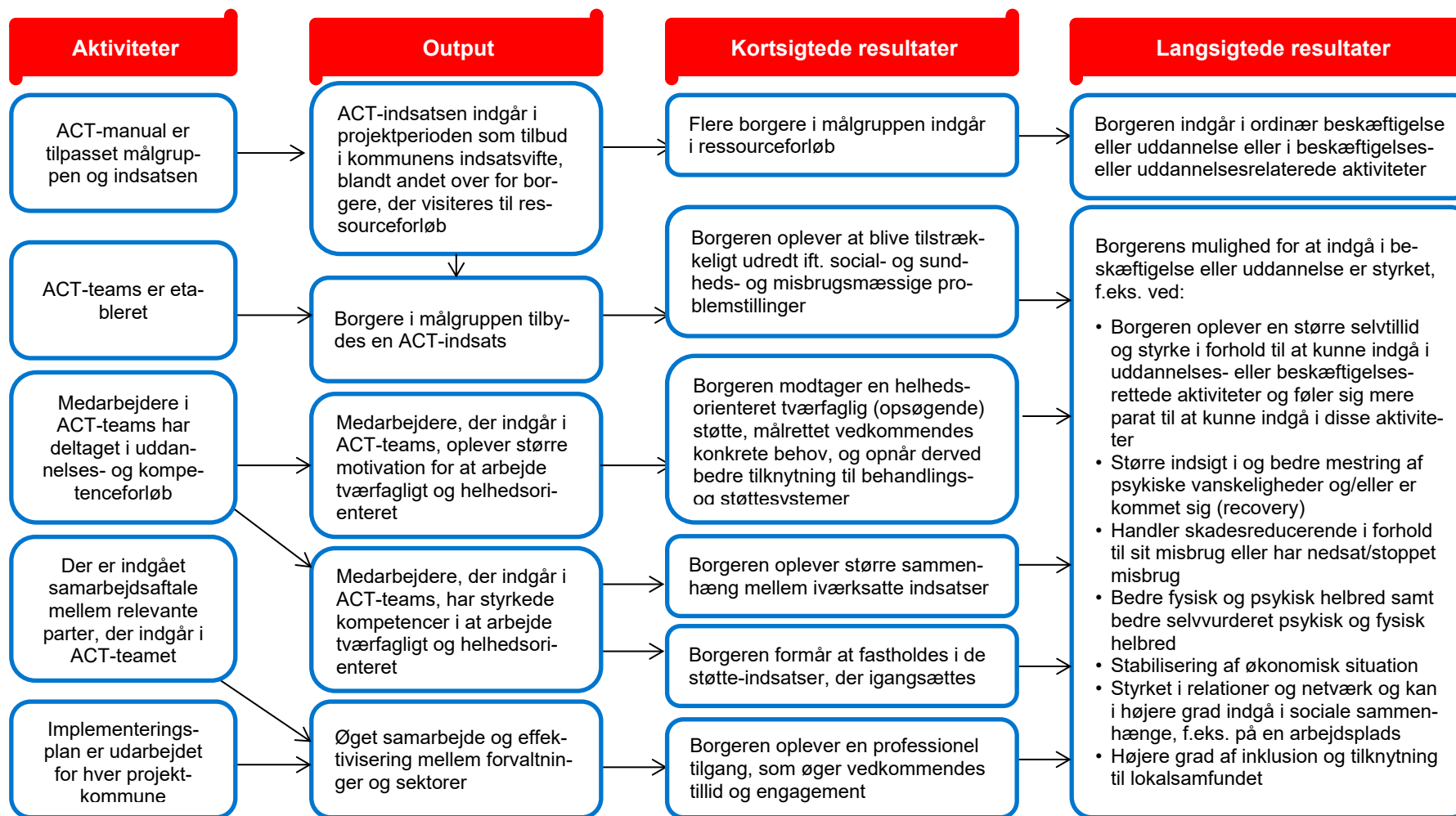
Målgruppen for ACT-metoden i nærværende projekt er borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i alderen fra 18 år og opefter. Borgere i målgruppen er desuden enten aktivitetsparate eller i målgruppen for et ressourceforløb. Samtidig er borgere i målgruppen kendetegnede ved ikke at kunne fastholde behandling og støtte fra ordinære behandlings- og støttesystemer på sundheds-, social- og/eller beskæftigelsesområdet.

Indsatsen i ACT-metoden er en helhedsorienteret, tværfaglig indsats, hvor fokus er på borgeren, og hvor det er borgerens behov og ønsker, der er styrende for indsatsen. Det centrale i ACT-metoden er, at borgeren tilknyttes et tværfagligt ACT-team, som leverer den samlede indsats dér, hvor borgeren opholder sig. Målet er, at teamet så vidt muligt skal yde en direkte indsats over for borgeren, så denne har færrest mulige kontakter på tværs af fagområder og sektorer.

I figur 1.1 illustreres forandringsteorien bag afprøvningen af ACT-metoden i Københavns Kommune og Skanderborg Kommune.

Som det fremgår af forandringsteorien, er antagelsen, at ACT-indsatsen på kort sigt vil medføre, at borgerne modtager en helhedsorienteret, sammenhængende og professionel støtte, målrettet deres konkrete behov, samt at de på længere sigt vil opleve forbedret psykisk trivsel, mindre misbrug og bedre sociale relationer samt vil kunne indgå i beskæftigelse eller uddannelse eller beskæftigelses- eller uddannelsesrettede aktiviteter.

Figur 1.1 ACT-metodens forandringsteori.



2 EVALUERINGENS FORMÅL OG DESIGN

Den samlede evaluering er designet med afsæt i forandringsteorien bag ACT-metoden (jf. figur 1.1). Således skal evalueringen tilvejebringe viden om resultaterne og effekterne af ACT-metoden over for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, herunder hvorvidt en intensiv, helhedsorienteret og tværfaglig indsats kan støtte borgerne i forhold til sociale, fysiske og psykiske problematikker, og om denne støtte på længere sigt kan bringe borgerne i beskæftigelse eller uddannelse eller i beskæftigelses- eller uddannelsesrettede aktiviteter. Evalueringen har herudover fokus på at generere viden om de samlede samfundsmæssige gevinster og omkostninger ved brug af ACT-metoden over for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.

Samlet skal evalueringen således tilvejebringe viden om følgende centrale evalueringsspørgsmål:

- I hvilket omfang er ACT-metoden effektiv med hensyn til at støtte borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i forhold til sociale, fysiske og psykiske problemer og bringe disse borgere i beskæftigelse eller uddannelse eller beskæftigelses- eller uddannelsesrettede aktiviteter?
- Hvilke implementeringsforudsætninger skal der være til stede for, at de forventede resultater og virkninger ved anvendelse af ACT-metoden over for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug opnås?
- Hvad er de samfundsmæssige omkostninger ved at anvende ACT-metoden i indsatsen over for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug på kort sigt?

2.1 Metoder, datakilder og datagrundlag

Evalueringen er baseret på både kvalitative og kvantitative metoder og datakilder. Evalueringen af udviklingen blandt borgerne er baseret på løbende før- og eftermålinger, ligesom det billede, der tegnes af borgernes karakteristika, er baseret på målinger, gennemført i forbindelse med borgernes opstart i ACT-indsatsen. I forhold til førstnævnte er der anvendt tre validerede måleredskaber, som er beskrevet i boks 2.1 I forhold til sidstnævnte er der udviklet et måleredskab til dokumentation af baggrundsoplysninger, udviklet specifikt til projektet her.

Boks 2.1 Måling af borgernes misbrug og psykiske trivsel

Til at vurdere borgernes misbrugssituation, blandt andet ved opstart og afslutning af ACT-indsatsen, har Rambøll og VIVE i evalueringen gjort brug af to validerede måleredskaber. Det drejer sig om *AUDIT (Alcohol Use Disorder Test)* og *DUDIT (Drugs Use Disorder Test)*. Begge måleredskaber opfanger borgernes misbrug ved at spørge til en række forskellige forhold, herunder blandt andet omfang af misbruget, afhængighed og afledte konsekvenser og følgevirkninger. Måleredskaberne giver således et dækkende billede af borgernes misbrugsproblematik, ligesom det på baggrund af måleredskaberne er muligt at placere borgerne i forskellige risikogrupper, herunder at spore eventuel udvikling i borgernes risiko.

Til at vurdere borgernes psykiske trivsel har Rambøll og VIVE anvendt *SWEMWBS (Short-Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale)*. Måleredskabet giver et dækkende billede af borgernes psykiske trivsel, målt via psykosociale dimensioner og indikatorer, som indgår i måleredskabet.

Det er vigtigt at påpege, at der i evalueringen af *udviklingen* (se kapitel 5) blandt borgerne alene ses på før- og eftermålinger blandt de borgere, der modtager ACT-indsatsen (med udgangspunkt i ovenstående måleredskaber). Således er der i denne analyse ikke inkluderet en kontrolgruppe af

borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, som ikke modtager ACT-indsatsen. I *effektevalueringen* af ACT-indsatsen (se kapitel 6) er der etableret en kontrolgruppe ved statistisk matching på baggrund af registerdata. I den økonomiske evaluering er der løbende indsamlet data om driftsomkostninger ved brug af ACT-indsatsen, ligesom der er indsamlet data om økonomiske omkostninger ved sædvanlig praksis fra de to projektkommuner, der har indgået i projektet.

Ud over de kvantitative metoder og datakilder er der gennemført kvalitative interview med projektledere, medarbejdere i ACT-teamet og ledelsen i de to projektkommuner. Endvidere er der gennemført enkelte borgerinterview. De kvalitative datakilder har – i kombination med kvantitative fidelitetsmålinger – særligt fokus på at belyse, hvorvidt de kortsigtede mål er realiseret, og hvilke drivkræfter og barrierer projektkommunerne har oplevet i forbindelse med implementeringen af ACT-indsatsen. Tabel 2.1 viser en oversigt over og beskrivelse af de enkelte metoder og datakilder, der benyttes i evalueringen. I bilagsmaterialet er disse udfoldet mere detaljeret.

Tabel 2.1 Metoder og datakilder i evalueringen.

Metoder	Datakilder
Løbende baggrundsmålinger af borgernes situation	Medarbejdere i ACT-teamet
Løbende dokumentation af projektkommunernes fidelitet i implementeringen af ACT-indsatsen	Medarbejdere i ACT-teamet og projektledere
Løbende før- og eftermålinger af borgernes udvikling	Medarbejdere i ACT-teamet og borgere
Løbende dokumentation af organisatorisk og faglig kvalitet i arbejdet med ACT-indsatsen	Medarbejdere i ACT-teamet og projektledere
Casebesøg i de to projektkommuner	Medarbejdere i ACT-teamet, projektledere, ledelse, samarbejdspartnere og borgere
Kontrolgruppebaseret effektevaluering via matching	Registerdata
Løbende dokumentation af omkostninger ved ACT-indsatsen og sammenligning med sædvanlig praksis	Måleredskab til dokumentation af drifts- og implementeringsomkostninger samt indsamling af omkostninger ved sædvanlig praksis blandt de to projektkommuner. Begge baseret på indberetninger fra medarbejdere i ACT-teamet og projektledere

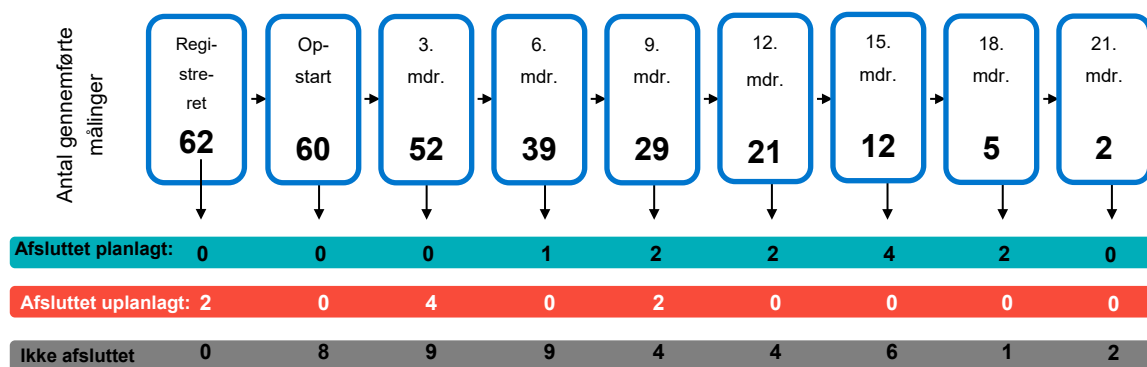
2.1.1 Individdata i evalueringen

De data, der belyser udviklingen i borgernes sociale, psykiske og fysiske problemer, stammer fra løbende målinger, dels hvor borgerne selv giver udtryk for deres oplevede situation, og dels hvor medarbejderne i ACT-teamet rapporterer deres vurdering af borgerens situation.

Borgere og medarbejdere har fra indsatsens opstart og fremefter gennemført målinger hver tredje måned. I den forbindelse har både borgere og medarbejdere besvaret en række spørgsmål, der belyser borgernes samlede livssituation. Det er de data, der er udgangspunktet for den del af evalueringen, der omhandler borgernes udvikling (kapitel 5). I alt indgår 62 borgere i evalueringen. Ikke alle borgere har ved afslutningen af projektperioden afsluttet ACT-indsatsen (19 afsluttet og 43 ikke afsluttet). Det betyder, at evalueringen ikke i alle tilfælde er baseret på endelige eftermålinger.

I stedet udtrykker resultaterne vedrørende borgernes udvikling forskellen mellem den førmåling, der er gennemført ved indsatsens opstart, og den senest gennemførte måling, som kan være fx 3, 6, 9 eller 12 måneder efter opstart eller en egentlig eftermåling ved afslutningen af ACT-indsatsen. Figur 2.1 giver et overblik over, hvor borgerne er i deres indsatsforløb ved afslutningen af projektperioden, herunder hvilke målinger der er inkluderet i evalueringen af borgernes udvikling.

Figur 2.1 Forløbet for de borgere, som indgår i evalueringen.



Oversigten i figur 2.1 er vigtig at holde sig for øje i tolkningen af resultaterne af ACT-indsatsen i forhold til borgernes udvikling. For det første er der kun 11 ud af 62 borgere, hvor indsatsen er afsluttet planmæssigt, mens 8 borgere har afsluttet indsatsen uplanlagt. Det betyder, at vi kun kan forvente at se den fulde virkning af ACT-indsatsen for en mindre andel af borgerne. Samtidig ses det af figuren, at under halvdelen af de borgere, som stadig er i gang med en ACT-indsats ved projektets afslutning, og hvor evalueringen er gennemført, har modtaget indsatsen i et år eller mere. For denne del af borgerne, som har modtaget ACT-indsatsen i under et år, forventes det ligeledes ikke, at vi kan spore det fulde udbytte af ACT-indsatsen. Det skal ses i lyset af, at forskning og evalueringer viser, at borgerne, grundet deres komplekse problembilleder, ikke forventes at opleve store positive forandringer øjeblikkeligt (Rambøll og SFI, 2013).

2.1.2 Fidelitetsdata i evalueringen

I gennemgangen af evalueringen er det også vigtigt at være opmærksom på, at data til dokumentation af fidelitet i implementeringen af indsatsen er baseret på selvrapporteringer fra de to projektkommuner. Det betyder, at det er projektlederne og medarbejderne i ACT-teamet, der selv vurderer, i hvilken grad de har implementeret de centrale grundprincipper i ACT-indsatsen. Dette kan give en skævvridning i dokumentationen af fideliteten. Vi vurderer imidlertid, at projektkommunerne er gået systematisk til arbejdet med dokumentation af fidelitet, og at de har haft fokus på at indberette reelle og pålidelige data, som de også selv har kunnet gøre brug af i projektperioden. Dette understøttes også af, at der er variationer i loyaliteten i implementeringen, som kommer til udtryk ved, at ikke alle grundprincipperne i ACT-indsatsen er implementeret lige systematisk på tværs af de to projektkommuner.

3 BESKRIVELSE AF ACT-METODEN

ACT-metoden er udviklet i USA på psykiatriområdet efter afinstitutionaliseringen af psykiatrien i 1970'erne med henblik på at støtte borgere med psykiske vanskeligheder til at fungere i de lokalsamfund, de flyttede ud i, og undgå vedvarende genindlæggelser på psykiatrisk hospital (Stein & Test, 1980).

ACT-metoden er således en metode til at støtte borgerne i lokalsamfundene til at fungere i deres hverdagsliv med de problematikker, de måtte have. Metoden er siden videreudviklet til at støtte hjemløse med psykiske vanskeligheder til at komme i bolig (Tsemberis, 2010). Metoden benyttes i flere stater i USA og i Australien, Canada og flere europæiske lande, herunder Holland, England og Norge. I Danmark er ACT blandt andet blevet brugt i *Housing first*-indsatsen over for hjemløse samt i den regionale behandlingspsykiatri (se fx Benjaminsen m.fl. (2017), Aagård & Müller-Nielsen (2011) og Haastrup & Aagaard (2015)).

Det **centrale formål med kapitlet** er:

- At give et kort indblik i ACT-metodens værdigrundlag
- At belyse fremgangsmåden i ACT-metoden samt metodens centrale kerneelementer.

I den udarbejdede metodemanual til ACT-metoden findes en dybdegående beskrivelse af metoden, kernelementer og grundprincipper – se Benjaminsen m.fl., 2017.

3.1 ACT-indsatsen

ACT-metoden er en integreret indsats, der ydes som en helhedsorienteret, fleksibel, udgående, tidsubegrænset og direkte støtte og behandling til borgeren ud fra borgerens ønsker og behov. Indsatsen er baseret på en kravløs tilgang, men har i nærværende projekt også haft et beskæftigelsesfokus, som ikke er en del af den oprindeligt udviklede ACT-indsats.

Det vil sige, at metoden ikke er en case-management-baseret metode, hvor støtte medarbejderne henviser til andre behandlings- og støttetilbud, men derimod en metode, hvor ACT-medarbejderne yder den direkte støtte og behandling til borgeren. Dette sker igennem et såkaldt ACT-team, der er sammensat af forskellige fageksperter, der kan yde den specifikke behandling og støtte direkte til borgeren, bestående eksempelvis af socialpædagog, sygeplejerske, misbrugskonsulent, psykiater og beskæftigelseskonsulent.

3.1.1 Indsatsens kerneelementer

Indsatsen bygger på følgende kerneelementer: intensitet, fleksibilitet, udgående behandling, direkte behandling, tidsubegrænset og vedholdenhed. Den er helhedsorienteret samt tilrettelagt ud fra borgerens egne ønsker. I boks 3.2 er de enkelte kerneelementer udfoldet.

Boks 3.1 Kernelementer i ACT-metoden.

ACT-metoden er:

Intensiv, idet målgruppen vil have behov for vedholdende støtte og, i nogle perioder mere end andre, brug for omfattende støtte inden for flere områder.

Fleksibel, idet borgerens behov for støtte kan ændre sig, fx ved akut opståede kriser, hvilket kan medføre, at støtten skal intensiveres i disse perioder, ligesom ACT-teamet kan reagere hurtigt ved opståede kriser.

Udgående, da borgerne ikke regelmæssigt møder op til behandling og støtte. Støtten fra de forskellige ACT-medarbejdere gives, hvor borgeren ønsker det, hvilket typisk er i borgerens hjem.

Direkte, idet behandling og støtte i videst muligt omfang ydes direkte til borgeren fra ACT-teamet.

Tidsubegrænset og vedholdende, da målgruppen ofte har brug for længerevarende støtte og behandling, der ikke stopper, selv om der ikke med det samme udvises parathed og motivation fra målgruppen til at tage imod støtte og behandling.

Individuelt tilrettelagt ud fra borgerens ønsker og behov, da det er borgeren, der beslutter, hvilke indsatser han/hun ønsker at arbejde med. ACT-medarbejderen kan støtte og motivere borgeren i forhold til andre problematikker i borgerens liv, men det er borgeren, der sammen med ACT-medarbejderen afgør, hvilke områder der arbejdes med. Borgeren kan takke nej til dele af støtten uden at miste indsatsen som helhed.

3.1.2 Indsatsens værdigrundlag

I projektet blev ACT-indsatsen leveret på baggrund af et sæt af principper, som tilsammen udgør indsatsens værdigrundlag. Principperne er:

- Recovery-understøttende tilgang
- Udgangspunkt i borgerens ønsker og behov
- Ikke krav om forandring
- Aktiv indsats.

3.1.2.1 Recovery-understøttende tilgang

Recovery er ikke en behandlingsmetode, men kan defineres som borgerens egen helingsproces, hvorfor det er afgørende, at forandringer i borgerens liv sker ud fra borgerens egne ønsker og mål, og at arbejdet i alle led er baseret på at lytte til borgerens ønsker og at støtte op om de ressourcer, borgeren har. Recovery-understøttende arbejde er således at støtte op om denne helingsproces fra psykisk vanskeligheder, herunder at lytte til borgerens behov, drømme og ønsker til at kunne 'komme sig' og fungere i lokalsamfundet på de vilkår, borgeren ønsker. Undersøgelser viser, at det er muligt at 'komme sig' over psykiske vanskeligheder eller at opnå betydelige forbedringer i livssituationen på trods af psykosociale vanskeligheder (Socialstyrelsen, 2013).

Fokus på recovery betyder ligeledes, at der skal tages udgangspunkt i de ønsker, mål, håb og drømme, som borgeren selv definerer og ønsker at arbejde med. Recovery bygger på respekt, empati og indføling med borgerens situation og ønsker, og den tager udgangspunkt i borgerens ønsker og ikke nødvendigvis de samme problemer, som medarbejderen ser. Der skal samtidig tages hensyn til, at mange borgere, efter et mangeårigt liv med psykiske vanskeligheder, misbrug og eventuelle øvrige sociale problemer, kan have det meget dårligt og måske ikke er i stand til eller har vanskeligt ved at formulere mål og ønsker for deres liv. ACT-indsatsen skal således ud-

formes i dialog med borgeren om, hvad borgeren oplever at have behov for hjælp til, samtidig med at de medarbejdere, der udfører indsatsen, bidrager med deres faglige viden, indsigt og erfaring og herudfra kan støtte, lytte, motivere og yde behandling til borgeren i hverdagen.

Borgeren anskues som værende i besiddelse af ressourcer, evner og egne ønsker og håb, der kan føre til, at han/hun kan foretage forandringer i sit eget liv. I nogle tilfælde kan disse dog være trådt i baggrunden, fx fordi borgeren ikke har brugt dem i et stykke tid, eller fordi borgeren er blevet vænnet til at være afhængig af andre. Her er det vigtigt at støtte borgeren i at blive bevidst om sine egne ønsker og drømme, og fokusere på, hvordan borgeren kan bruge sine eksisterende ressourcer og evner i forhold til at skabe de forandringer, borgeren eventuelt ønsker i sit liv.

3.1.2.2 Udgangspunkt i borgerens ønsker, ressourcer og behov

Borgeren og ACT-medarbejderne (teamet) indgår i et ligeværdigt samarbejde, hvor borgeren kan bruge ACT-medarbejderne (teamet) som støtte til at arbejde med at styrke sin livssituation. Det er således særlig vigtigt, at indsatsen tager udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af, hvad hun/han har brug for støtte til, og at fokus på at skabe forandring er med udgangspunkt i borgerens styrker og ressourcer. Dette udelukker *ikke*, at ACT-medarbejderen kan arbejde med at bringe borgeren nye indsigter om sammenhænge og problematikker i hendes/hans liv, men at dette arbejde skal ske ud fra en empatisk forståelse, der møder borgeren, hvor hun/han selv er i sit liv.

3.1.2.3 Ikke krav om forandring

Et fokus på recovery må ikke forskydes til et krav om at sætte mål eller et krav om udvikling og forandring. Der stilles således ikke krav til borgeren om fx reduktion eller ophør af misbrug, at bo i en bolig eller generelt at ændre adfærd i forhold til at modtage støtte fra ACT-teamet. Der stilles ej heller krav til, at borgeren udtrykker forandringsparathed, dvs. udtrykker ønske om at ville ændre på sin situation, for at modtage støtten. Eneste krav for at modtage ACT-indsatsen er, at borgeren tilhører målgruppen, og at borgeren ønsker at modtage støtte. ACT-indsatsen har således et ændret fokus: fra en omsorgsbaseret tilgang og parathedstilgang til en recovery-understøttende tilgang.

3.1.2.4 Aktiv indsats

Indsatsen bygger i høj grad på, at medarbejderen skal være den aktive part. Medarbejderen skal være tålmodig og vedholdende i forhold til at opsøge borgerne, skabe en tillidsfuld relation og være motiverende i forhold til at vedligeholde kontakten og tilliden mellem medarbejder og borger. Der ligger dermed et stort ansvar hos medarbejderen for ikke at opgive kontakten til borgeren og sikre, at borgeren får mulighed for at få den støtte og behandling, som hun/han har behov for.

3.1.3 Teamindsats og tværfaglighed

Et af de vigtigste elementer i ACT-metoden er, at behandling og støtte ydes som en direkte, udgående og fleksibel teamindsats. De enkelte ACT-medarbejdere har deres egen faglighed at byde ind med, men de arbejder sammen i *et team* for, at alle er vidende om den enkelte borgers samlede behov, hvorved de i fællesskab kan sikre en helhedsorienteret behandling og støtte til borgeren. ACT-teamet afholder derfor jævnligt møder, så alle medarbejdere er opdateret om de enkelte borgers situation og kan bidrage med deres faglige viden i forhold hertil. Teamet er også opmærksomme på den ACT-indsatsplan, der udarbejdes for hver enkel borger, og skitserer de mål, som borgeren ønsker at arbejde med i ACT-indsatsen. Borgeren har den afgørende rolle i forhold

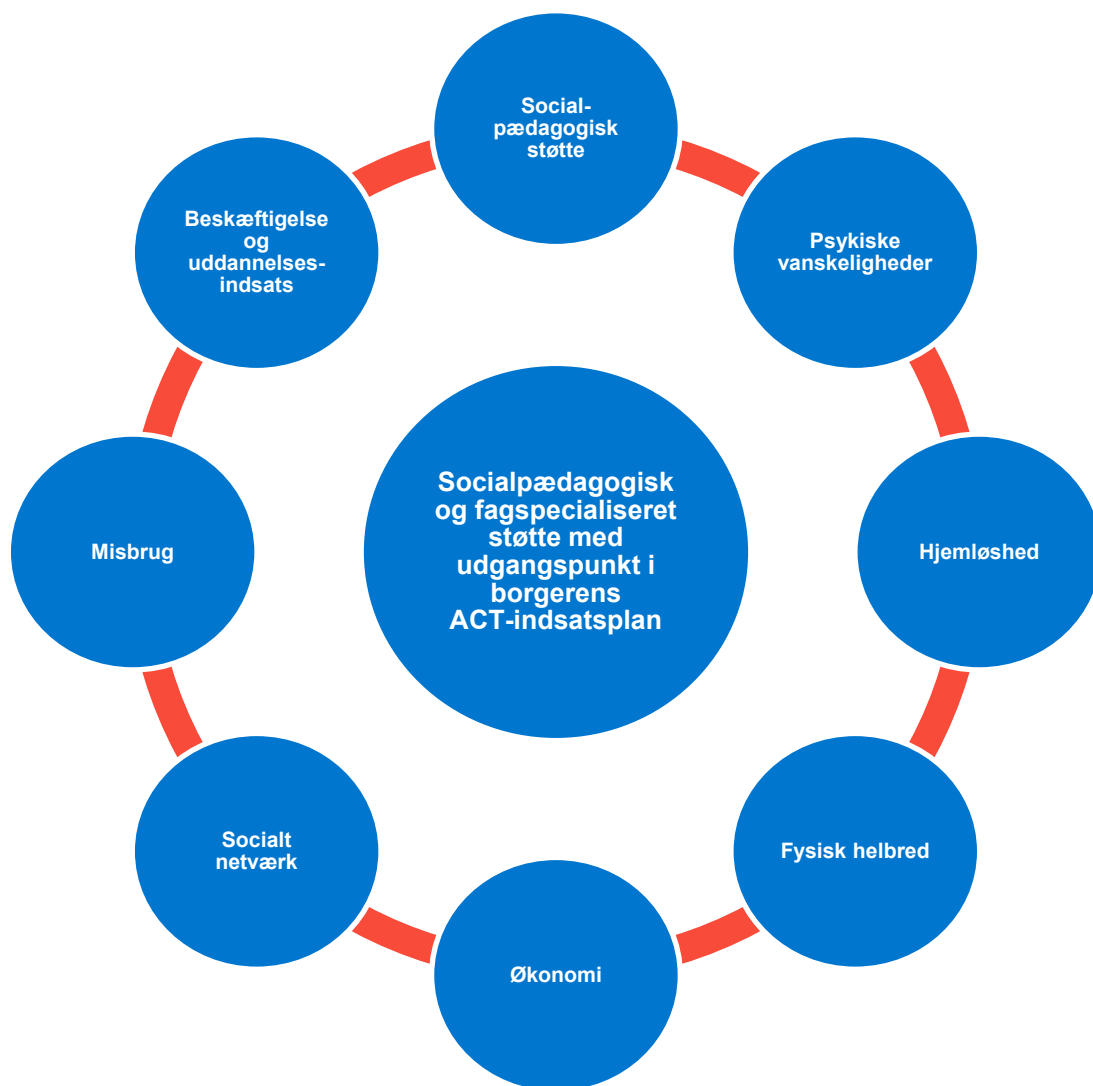
til at definere mål og lægge handlingsplanen for sin ACT-indsats. Teamet (ofte den socialpædagogiske støtte, der har den primære kontakt til borgeren) har ansvaret for at få den udarbejdet og få fulgt op på målene i samarbejde med borgeren.

3.1.4 Fagspecialiseret støtte i ACT-indsatsen

Det centrale i ACT-indsatsen er, at borgeren kan modtage støtte og behandling til en række problematikker i sin hverdag, men det betyder ikke, at der skal arbejdes med alle områder. Det er afgørende, at der arbejdes med de indsatser, som borgeren selv ønsker støtte til. Figur 3.1 tegner et billede af den fagspecialiserede støtte, som borgere, der modtager ACT-indsatsen, mødes med i det daglige arbejde, og som målrettes deres individuelle problembillede.

Figuren viser således, at borgerne med ACT-indsatsen kan forvente en indsats med fokus på de udfordringer, de har i forhold til misbrug, psykisk sårbarhed, fysisk helbred, socialt netværk og økonomi. Idéen er, at den fagspecialiserede støtte "holdes sammen" af den socialpædagogiske støtte, som er den koordinerende og primære støtte, der sikrer, at borgerne får gavn af disse indsatser.

Figur 3.1 Fagspecialiseret støtte i ACT-indsatsen.



4 KARAKTERISTIKA VED BORGERNE

Målgruppen for ACT-indsatsen er i dette projekt defineret som borgere i alderen fra 18 år og opefter med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. Borgere i målgruppen er desuden enten aktivitetsparate eller i målgruppen for et ressourceforløb og har ikke kunnet fastholde behandling og støtte fra de ordinære støttesystemer på sundheds-, social- og/eller beskæftigelsesområdet.

Samtidig er målgruppen forskelligartet, idet der er forskel på graden af psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug og graden af borgerens støttebehov og ønsker til støtte. Der er således tale om en bred gruppe af mennesker – fra borgere med mildere symptomer på psykiske vanskeligheder og mindre omfang af misbrug til borgere med blandingsmisbrug og sværere psykiske vanskeligheder, samt eventuelt andre problemer som fx fysiske helbredsproblemer, økonomiske problemer, boligproblemer eller problemer med kriminalitet, og borgere, som ikke søger hjælp eller har svært ved at fastholde den.

Fælles for målgruppen er, at der er tale om borgere, der, som følge af deres komplekse problem-billede, vurderes at have behov for et fleksibelt, intensivt, opsøgende og længerevarende, helhedsorienteret forløb.

Det centrale formål med dette kapitel er at:

- Beskrive, hvad der karakteriserer målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, som modtager ACT-indsatsen, herunder borgernes psykiske situation, økonomiske situation samt uddannelses- og beskæftigelsessituation.
- Sammenholde borgernes centrale karakteristika med dels andre udsatte grupper, eksempelvis hjemløse borgere og borgere med ophold på akut krisecenter, og dels borgere i normalbefolkningen i det omfang, det er muligt.

I kapitlet sammenlignes der løbende med andre udsatte grupper ud fra en tanke om, at eventuelle sammenfaldende kendetegn vil give mulighed for at perspektivere evalueringens resultater til andre lignende grupper af socialt udsatte borgere.

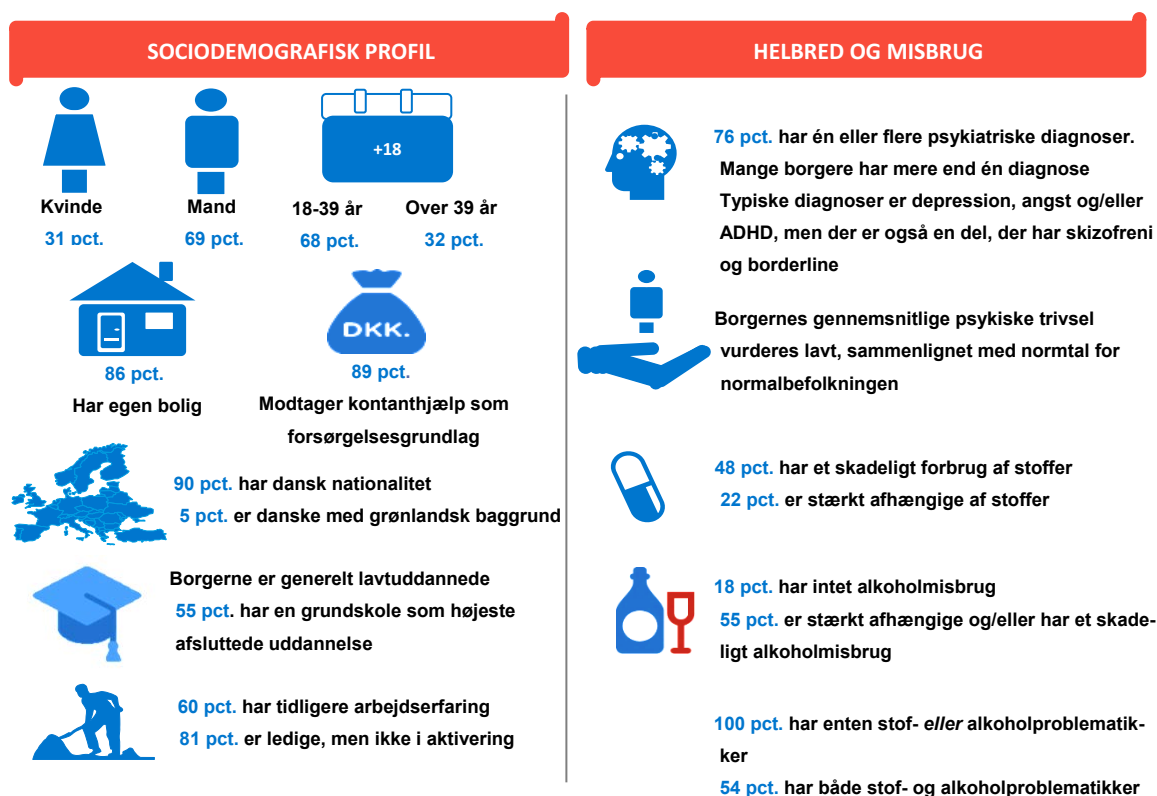
Kapitlet bygger på følgende metoder og datakilder:

- Første baggrundsmålinger af borgernes situation, som er gennemført i forbindelse med opstart af ACT-indsatsen, og som er indsamlet af medarbejdere i ACT-teamet
- Kvalitative interview med projektledere og medarbejdere i ACT-teamet.

Beskrivelsen af borgernes særlige karakteristika i kapitlet er baseret på de i alt 62 borgere, som har været indskrevet i ACT-indsatsen i løbet af projektperioden i de to projektkommuner.

De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår i figur 4.1.

Figur 4.1 Borgernes sociodemografiske profil, helbred og misbrug.



4.1 De fleste er danske mænd og under 40 år

I tabel B4.1 i bilagsmaterialet tegnes et billede af borgernes køn, alder og nationalitet. Dette er sammenholdt, dels med gruppen af hjemløse borgere, som er kendetegnet ved at have en profil, der ligner den profil, som kendetegner borgere, der er i målgruppen for ACT-indsatsen i dette projekt, dels med normalbefolkningen.

I forhold til køn, alder og nationalitet er der overordnet stor lighed mellem de borgere, der har modtaget ACT-indsatsen, og gruppen af hjemløse borgere. **Blandt de borgere, der modtager ACT-indsatsen, er 70 pct. mænd.** Blandt hjemløse borgere udgør mænd 75 pct., og tilsvarende viser en evaluering af hjemløsestrategien fra 2013, at hovedparten af borgerne, der indgik i en ACT-indsats, var mænd (Rambøll & SFI, 2013). **Samtidig er mænd overrepræsenteret blandt borgere, der modtager ACT-indsatsen, når der sammenlignes med normalbefolkningen.**

Det fremgår også af tabel B4.1, **at borgere, der modtager ACT-indsatsen, er væsentligt yngre end resten af befolkningen.** Gennemsnitsalderen for borgere, der modtager ACT-indsatsen, er ca. 36 år mod 49 år i normalbefolkningen.² Næsten 70 pct. af borgerne i ACT-indsatsen er mellem 18 og 39 år, hvor den tilsvarende andel i normalbefolkningen er 35 pct. Omvendt har de borgere, som modtager ACT-indsatsen, nogenlunde samme aldersfordeling som gruppen af hjemløse.

2. I normalbefolkningen er gennemsnitsalderen kun beregnet for borgere på 18 år eller derover for at gøre den gennemsnitlige alder sammenlignelig med ACT-borgernes gennemsnitsalder, da ACT-borgerne skal være 18 år eller derover for at modtage indsatsen.

Det billede, der tegnes ovenfor, skal naturligvis ses i lyset af, at den gennemsnitlige levealder blandt udsatte borgere er markant lavere end i resten af befolkningen. Således viser en undersøgelse af dødeligheden blandt brugere af landets herberger, at socialt udsatte borgere i gennemsnit lever 22 år kortere end normalbefolkningen (Davidsen m.fl., 2013).

4.2 De fleste har egen bolig

Data viser et billede af borgernes boligforhold – jf. figur B4.1 i bilagsmaterialet. **Her ses det, at hovedparten af de borgere, der har modtaget ACT-indsatsen, har egen bolig. Det gælder for 86 pct. af borgerne.** Det fremgår også, at hovedparten af de borgere, som ikke er i en hjemløshedssituation, bor i en almen bolig eller en familiebolig (60 pct.). **14 pct. af borgerne har ikke egen bolig og opholder sig enten hos familie eller venner, på en § 110 SEL-boform eller er i anden hjemløshedssituation.**

Sammenligner vi de borgere, der modtager ACT-indsatsen, med andre udsatte grupper, så er boligsituationen for de borgere, der modtager ACT-indsatsen, relativt mere stabil. Eksempelvis viser en evaluering af akuttilbud til socialt udsatte borgere med stofmisbrug, at 39 pct. af de borgere, der har haft et ophold på akutkrisecenter Munkerup³, er hjemløse (Rambøll, 2016a). Det er således umiddelbart ikke hjemløseproblematikker, der fylder blandt de borgere, der modtager ACT-indsatsen⁴.

4.3 Langt hovedparten modtager offentlig understøttelse

Langvarige psykiske vanskeligheder og måske et kaotisk stofmisbrug kan have betydelige økonomiske konsekvenser. Samtidig kan økonomiske vanskeligheder have en række negative konsekvenser for borgerne. Blandt andet viser hjemløsetællingen fra 2015, at 40 pct. af de unge hjemløse angiver, at økonomiske vanskeligheder er en direkte årsag til deres hjemløshed (Benjaminsen & Lauritzen, 2015). Samtidig peger flere af medarbejderne fra ACT-teamet på, at **de borgere, de møder, ofte har behov for omfattende støtte til at håndtere deres økonomiske situation.** Det kan dreje sig om hjælp til at betale regninger, oprette betalingsaftaler og sørge for, at huslejen bliver betalt.

Ligeledes viser evalueringens data, at det primære forsørgelsesgrundlag for de borgere, som modtager ACT-indsatsen, er offentlig forsørgelse, hvilket fremgår af figur B4.2. **Det kommer til udtryk ved, at 89 pct. af borgerne forsørger sig via kontanthjælp, mens 11 pct. modtager uddannelseshjælp.**

Vi har ingen data, der viser omfanget af borgernes gæld. **Erfaringen blandt nogle af medarbejderne i ACT-teamet er imidlertid, at en del af borgerne ofte har større gæld til offentlige myndigheder, men i nogle tilfælde også til private personer, blandt andet fra misbrugsmiljøet,** og at en del af deres støtte derfor består i at hjælpe borgerne med at håndtere deres gæld. Samtidig fortæller de, at borgernes gældssituation gør, at de i perioder måske er truet af andre personer, hvilket i værste tilfælde kan betyde, at de er nødt til at flytte fra hjemkommunen. Dette billede er også velkendt blandt de allermost socialt udsatte stofmisbrugere. En evaluering viser, at næsten 60 pct. af borgere med ophold på akutkrisecenter har gæld til private personer. De kan

3. Akutkrisecenter er et etableret lavtærskeltilbud til socialt udsatte med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og livstruende krisesituation. På akutkrisecenter får borgerne mulighed for at opholde sig på et skærmet døgntilbud i en periode, hvor formålet er at skabe ro om den enkelte borgers kaotiske og kriseprægede situation.

⁴ Københavns Kommune har en parallel ACT-indsats, som er koblet op på Hjemløsestrategien. Dette kan måske forklare, hvorfor hjemløseproblematikker fylder lidt blandt indsatsens målgruppe.

være truede på deres liv og være nødt til at flytte fra hjemkommunen for at undgå livsfare (Rambøll, 2016a)

Boks 4.1. Borgernes økonomiske udfordringer – de har behov for omfattende hjælp.

En stor andel af borgerne er kontanthjælpsmodtagere, og medarbejdere i de to ACT-teams udtrykker, at mange af borgerne har behov for omfattende hjælp til at administrere deres økonomi – og få den til at strække længere end den første uge i måneden. En medarbejder fra en af projektkommunerne fortæller: **”Jeg har haft en borger, som jeg stort set skulle hjælpe med alt rent økonomisk. Det kunne handle om at få betalt telefonregning, oprette betalingsaftaler, lave madbudget og administrere forbrug på indkøb af dagligvarer”.**

Samtidig fortæller flere af medarbejderne i et ACT-team, at borgernes økonomiske udfordringer ofte også har negative konsekvenser for deres psykiske trivsel og generelle velvære. De fortæller, at borgerne er under et stort pres og oplever stress ved ikke at kunne overskue deres egen økonomiske situation.

4.4 En stor del har arbejds erfaring, men er ledige

På langt sigt er målet med afprøvningen af ACT-metoden, at borgerne, via støtte, som er målrettet deres sociale, fysiske og psykiske problematikker, kan komme tættere på beskæftigelse, uddannelse eller beskæftigelses- og uddannelsesrettede aktiviteter.

Samlet set tegner der sig et billede af en målgruppe, hvor en del har arbejds erfaring, men som generelt er meget langt fra arbejdsmarkedet ved opstarten af ACT-indsatsen. Det fremgår således af tabel 4.1, at over halvdelen af borgerne ved indsatsens opstart i et eller andet omfang har tidligere arbejds erfaring (60 pct.), at 16 pct. ikke har tidligere arbejds erfaring, mens det ikke vides for 24 pct. af borgerne.

Dog ses det samtidig, at størstedelen af borgerne ved opstarten af deres ACT-indsats er ledige, men ikke i aktivering. Det gælder for 81 pct. af borgerne. Fem borgere (8 pct.) er i aktivering, herunder løntilskud og virksomhedspraktik. De resterende 10 pct. har en beskæftigelsessituation, der er kendetegnet ved, at de er sygemeldte, at de indgår i en anden beskæftigelsessituation, som ikke kan kendetegnes af nogle af de øvrige kategorier i tabellen, eller at beskæftigelsessituationen ikke kendtes ved indsatsens opstart.

Tabel 4.1 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter tidligere arbejds erfaring og beskæftigelsessituation. Antal og procent.

	Borgere, der modtager ACT-indsatsen	
	Antal	Procent
<i>Tidligere arbejds erfaring</i>		
Ja	37	60
Nej	10	16
Ved ikke	15	24
<i>Beskæftigelsessituation</i>		
Ledig, men ikke i aktivering	50	81
I aktivering, herunder løntilskud og virksomhedspraktik	5	8
Andet, angiv hvilken:	4	6
Sygemeldt	1	2
Uden for arbejdsmarkedet (fx pensionist, førtidspensionist)	0	0
Under uddannelse	0	0
I fleksjob, skånejob, beskyttet beskæftigelse e.l.	0	0
Ansæt på ordinære vilkår	0	0
Ved ikke	2	3

Anm.: N = 62.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

4.5 Lavt uddannelsesniveau

Borgerne, som modtager ACT-indsatsen, er, ikke overraskende, **relativt lavtuddannede, sammenlignet med normalbefolkningen**. Deres uddannelsesniveau minder i højere grad om andre udsatte grupper. Tabel 4.2 viser, at over halvdelen af borgerne, som modtager ACT-indsatsen, har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse (55 pct.). Dette er en relativt større andel end blandt borgere med ophold på akuttilbud og blandt borgere i normalbefolkningen.

Tabel 4.2 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, borgere på akut krisecenter og normalbefolkningen, fordelt efter højeste gennemførte uddannelse. Procent.

	Borgere, der modtager ACT-indsatsen	Borgere med ophold på akut krisecenter	Normalbefolkningen
	N = 62	N = 181	N
Grundskole	55 ¹	40	29
Gymnasial uddannelse	8	3	10
Erhvervsfaglig uddannelse, grundforløb	10 ²	20	34
Erhvervsfaglig uddannelse, praktik og hovedforløb		15	
Kort og mellemlang videregående uddannelse	11	3	19
Lang videregående uddannelse	2	0	8
Ved ikke	13	19	0

Note: 1. Indbefatter her kategorierne "Folkeskole, 7 års skolegang" (5 pct.) samt "Folkeskole, 8 eller 9 års skolegang" (50 pct.). 2. Indbefatter her kategorien "Faglært håndværker".

Kilde: Rambøll Results, 2017; Rambøll, 2016a samt Statistikbanken (DST).

Dog ses det, at flere af borgerne, som modtager ACT-indsatsen, har en kort eller mellemlang videregående uddannelse (14 pct.), sammenlignet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug, som har haft et ophold på akut krisecenter (3 pct.). Dog er andelen af borgere med en længerevarende uddannelse blandt de borgere, der modtager ACT-indsatsen, markant lavere end andelen af borgere i normalbefolkningen.

4.6 Komplekst diagnosebillede og lav psykisk trivsel

Målgruppen for ACT-indsatsen er borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. I 2013 var der godt 5.500 indlæggelser forbundet med psykiske vanskeligheder i kombination med stofmisbrug, og opgørelser viser, at der i de seneste fem år er sket en stigning i antallet af borgere, der indlægges til psykiatrisk behandling, hvor stofmisbrug er en medvirkende faktor (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Det ses også af tabel B4.2 i bilagsmaterialet, at blandt de borgere, der modtager en ACT-indsats, er det trefjerdedele af borgerne, der har fået stillet en eller flere psykiatriske diagnoser.⁵ Ligeledes viser evalueringens data, at borgere uden en psykiatrisk diagnose heller ikke har fået gennemført en udredning. Det kan således ikke afvises, at disse borgere har psykiske vanskeligheder, men at disse blot endnu ikke er diagnosticeret.

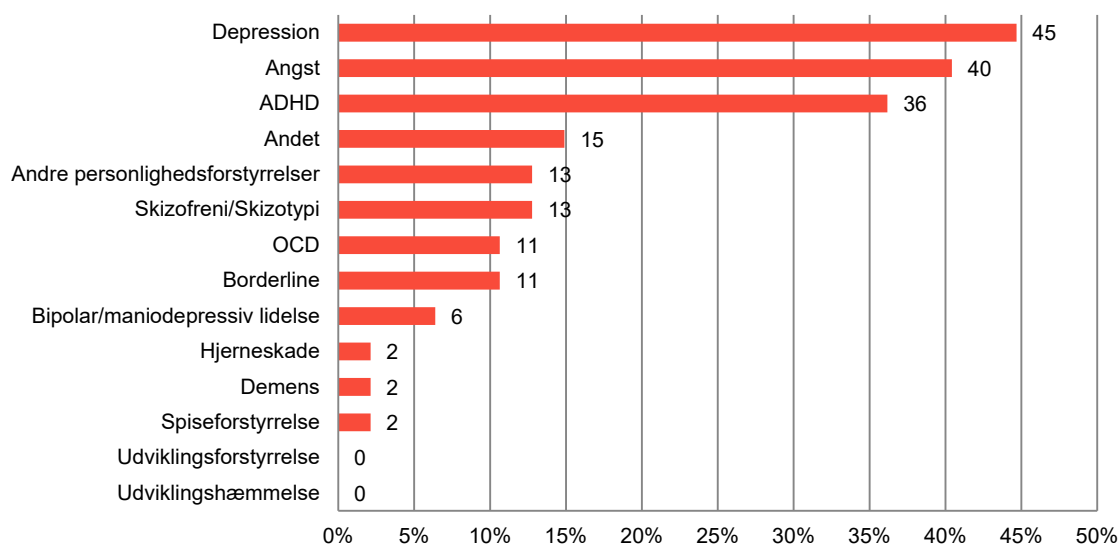
Andelen af de borgere, som har modtaget ACT-indsatsen, og som har fået stillet en psykiatrisk diagnose, er også markant højere end fx andelen blandt hjemløse, hvor ca. halvdelen af borgerne har fået stillet en psykiatrisk diagnose (Benjaminsen & Lauritzen, 2015). Ligeledes viser evalueringen af akuttilbud til de mest socialt udsatte borgere med misbrug, at det er ca. 25 pct. af borgerne, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose (Rambøll, 2016a). Sammenlignet med andre socialt udsatte målgrupper er de borgere, der har modtaget ACT-indsatsen, altså kendetegnet ved, at en relativt høj andel af dem har fået stillet psykiatriske diagnoser. På spørgsmålet om, hvorvidt borgere er tilknyttet andre indsatser ud over ACT-indsatsen, angiver medarbejderne i de to ACT-teams også, at op mod 25 pct. er tilknyttet psykiatrisk behandling ved siden af ACT-indsatsen.

I figur 4.2 kan det ses, at de borgere, som har fået stillet en psykiatrisk diagnose, primært har depression, angst eller ADHD. Omkring 45 pct. lider af depression, mens 40 pct. og 38 pct. henholdsvis lider af angst og ADHD. Ca. 15 pct. lider af andre personlighedsforstyrrelser som fx PTSD og mental retardering. Færre borgere har fået stillet diagnoser som skizofreni, borderline eller bipolar lidelse. Mere end 80 pct. af borgerne, som har fået stillet en diagnose, har flere diagnoser, og heraf har 10 pct. et særligt komplekst diagnosebillede med mere end to diagnoser.

De oftest forekommende kombinationer af flere diagnoser er depression og angst (ni borgere), depression og ADHD (syv borgere), depression eller ADHD og andre personlighedsforstyrrelser (fem og fire borgere). Samtidig ses det også, at en del borgere har mere alvorlige psykiske vanskeligheder som fx skizofreni og borderline. De borgere, der har modtaget ACT-indsatsen, har således et komplekst problembillede af forskelligartede psykiatriske diagnoser, hvor der ofte optræder flere diagnoser sammen.

5. Psykiatriske diagnoser vil være udredte diagnoser, som er foretaget af en fagprofessionel psykiater. Borgeren er således ikke diagnosticeret af medarbejderne i ACT-teamet.

Figur 4.2 Andelen af borgere, der modtager ACT-indsatsen, som har specifikke psykiatriske diagnoser. Procent.



Anm: Under kategorien "Andet" findes diagnoser som skadelig brug af flere eller andre psykoaktive stoffer, PTSD, F70-79 og mental retardering. N = 47. Da det har været muligt at give mere end ét svar, summerer procentsatserne i figuren ikke til 100. Endvidere er der otte borgere, som ikke har en psykiatrisk diagnose, som ikke er medtaget i figuren. De angivne procentsatser bygger således kun på de borgere, som har en psykiatrisk diagnose ved indsatsens opstart.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

På baggrund af evalueringens data kan vi også tegne et billede af borgernes psykiske vanskeligheder, når dette sammenlignes med engelske normtal for psykisk trivsel. Her ses det, at borgere, der modtager ACT-indsatsen, har en gennemsnitlig psykisk trivsel, som er signifikant lavere end normalbefolkningens (engelske normtal).⁶ Dette ses i figur B4.3 i bilagsmaterialet.

Umiddelbart er det ikke overraskende, set i lyset af, at en stor andel af borgerne, som har modtaget ACT-indsatsen har psykiatriske diagnoser, også når de sammenlignes med lignende grupper af socialt udsatte. Samtidig har borgerne et komplekst diagnosebillede, hvor de har mere end én psykiatrisk diagnose, som må antages at påvirke deres psykiske trivsel.

4.7 Over halvdelen har både stof- og alkoholmisbrug

Borgere i målgruppen for ACT-indsatsen i dette projekt har, ud over psykiske vanskeligheder, en samtidig stof- og/eller alkoholmisbrugsproblematik, som kan variere i omfang og intensitet.

Som det fremgår af tabel 4.3, har over **80 pct. af borgerne, som indgår i ACT-indsatsen, et alkoholproblem af et vist omfang**. 39 pct. af borgerne har endvidere en stærk afhængighed af alkohol. **Herudover ses det, at 70 pct. af målgruppen har stofmisbrugsproblemer, hvor næsten hver fjerde har en stærk afhængighed af stoffer**. Det er endelig værd at bemærke, at over halvdelen af borgerne, som modtager ACT indsatsen, både har stof- og alkoholproblemer, ligesom der ikke er nogen borgere, som hverken har et stof- eller alkoholmisbrug.

6. En standardafvigelse under den gennemsnitlige trivsel indikerer en lav psykisk trivsel. Denne tilgang til fortolkning af trivselsniveauet er hentet fra Davidson, Sewel, Tse, Ipsos MORI & O'Connor (2009)

Tabel 4.3 Andelen af borgere, der modtager ACT-indsatsen, der har et misbrug ved indsatsens start. Særskilt for alkoholforbrug, stofmisbrug og alkohol- og/eller stofmisbrug. Antal og procent.

	Antal	Pct.
Initialt alkoholforbrug		
Intet alkoholproblem	11	16
Storforbrug af alkohol	16	23
Skadeligt forbrug af alkohol	6	9
Stærk afhængighed af alkohol	27	39
Initialt stofmisbrug		
Ingen stofproblemer	18	30
Skadeligt forbrug af stoffer	29	48
Stærk afhængighed af stoffer	13	22
Alkohol- og/eller stofmisbrug		
Både stof- og alkoholproblematikker	32	54
Stof- eller alkoholproblematikker	27	46
Hverken stof- eller alkoholproblematikker	0	0

Anm.: Kategorien "Både stof- og alkoholproblematikker" omfatter borgere, som hverken falder i kategorierne "Intet alkoholproblem" og "Ingen stofmisbrugsproblemer".

Antal besvarelser for "Initialt alkoholforbrug" = 60; Antal besvarelser for "Initialt stofmisbrug" = 60; Antal besvarelser for "Alkohol- og/eller stofmisbrug" = 60.

Alkoholforbruget er blevet afdækket gennem det validerede måleredskab AUDIT (Alcohol Use Disorder Test). Kategoriseringen er konstrueret på baggrund af den samlede AUDIT-score ud fra de grænseværdier, der er defineret af WHO (Barbor m.fl., 2001).

Stofmisbrug er blevet afdækket gennem det validerede måleredskab DUDIT (Drugs Use Disorder Test). Kategoriseringen er konstrueret på baggrund af den samlede DUDIT-score ud fra de grænseværdier, som er defineret i redskabet (Berman & Pamstierna, 2003).

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Sammenlignes der med hjemløse i Danmark, er det 61 pct. af de hjemløse (Benjaminsen, 2017)⁷, som har et alkohol- eller stofmisbrug, mens borgerne, der modtager ACT-indsatsen, alle er i målgruppen, som har en misbrugsproblematik. **Alt i alt tyder det på, at det i høj grad er lykkedes for projektkommunerne at rekruttere borgere, som falder inden for ACT-projektets målgruppeafgrænsning af borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.**

7. Opgørelsesmetoderne divergerer fra den nationale kortlægning af hjemløse og ACT-projektet. Mens ACT-projektets vurdering af misbrugsproblematikker bygger på henholdsvis DUDIT og AUDIT, bygger den nationale kortlægning på et enkelt spørgsmål, hvor behandleren bliver bedt om at vurdere, hvorvidt den hjemløse er afhængig af rusmidler (herunder alkohol). (Se Benjaminsen, 2017 s. 133)

5 BORGERNES UDVIKLING

Målet med ACT-indsatsen er at støtte borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i at håndtere deres sociale, fysiske og psykiske problematikker og dermed understøtte, at borgerne oplever øget trivsel og evne til mestring af eget hverdagsliv og på længere sigt kommer tættere på beskæftigelse eller uddannelse eller i beskæftigelses- eller uddannelsesrettede aktiviteter.

Som det også fremgår af kapitel 4, er det i den forbindelse vigtigt at have for øje, at der er tale om borgere med et komplekst problembillede, som måske i længere perioder har været i eller er på vej mod en social deroute. På det tidspunkt, hvor borgerne rekrutteres til ACT-indsatsen, har de ofte været fanget i en ond spiral, hvor deres problemer vokser sig større og mere uoverskuelige. Det kan skyldes, at der ikke er taget hånd om disse problemer tidligere, ligesom borgerne ofte har behov for længerevarende indsatser. Store forandringer i borgernes situation sker derfor ikke med et enkelt greb. Vejen mod en mere stabil situation vil derimod ofte være præget af både fremgang og tilbagefald undervejs. Selv en lille udvikling eller opbremsning af en yderligere social deroute kan således være en stor succes.

De forventede resultater af ACT-indsatsen på kort og mellemlangt sigt er således ikke, at borgerne bliver fuldt integrerede i lokalsamfundet og opnår deltagelse i beskæftigelse og uddannelse på lige vilkår med andre. ACT-indsatsen skal i højere grad bidrage til, at borgerne tager deres første skridt på vejen mod en positiv udvikling af egne livsvilkår. Og det er via denne udvikling, at borgerne måske på længere sigt kan få fodfæste på beskæftigelses- eller uddannelsesområdet. Det betyder også, at der **i dette kapitel er fokus på ACT-indsatsens resultater på mål, hvor der kan forventes resultater på kort og mellemlangt sigt**. Disse mål er udledt af forandringsteorien bag ACT-indsatsen og fokuserer på, om borgerne har oplevet en positiv udvikling i:

- Psykisk trivsel
- Misbrugssituation, herunder reduktion i forhold til stof- og alkoholmisbrug eller måske endda ophør af eget misbrug
- Relationer, netværk og deltagelse i sociale sammenhænge
- Selvtillid, mod og parathed til at kunne indgå i beskæftigelses- eller uddannelsesrettede aktiviteter.

Som det også fremgår i kapitel 2, er det vigtigt, at tolkningen af virkningen for borgerne sker med øje for, at ACT-indsatsen er tidsubegrænset. Det betyder, at hovedparten af de borgere, som har modtaget ACT-indsatsen i projektperioden, stadig modtager indsatsen på tidspunktet for denne evaluering. Derfor er det billede, der tegnes af borgernes udvikling, langt hen ad vejen et øjebliksbillede. Det er muligt, at billedet ville se anderledes ud, hvis flere borgere havde afsluttet ACT-indsatsen inden for projektets tidsperiode.

Kapitlet her bygger på følgende metoder og datakilder:

- Første og seneste måling af borgernes udvikling, hvor borgerne selv rapporterer egen oplevelse af udvikling
- Første og seneste måling af borgernes udvikling, rapporteret af medarbejderne i ACT-teamet
- Kvalitative interview med udvalgte borgere, medarbejderne i ACT-teamet og projektledere i de to projektkommuner.

De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår af figur 5.1.

Figur 5.1 Udvikling i psykisk trivsel, misbrug og sociale forhold og uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter hos borgere, der modtager ACT-indsatsen.



59 pct.

Oplever en fremgang i deres samlede psykiske trivsel, 39 pct. oplever tilbagegang

Borgere med højeste psykiske mistrivsel ved opstart af indsats oplever en positiv udvikling i psykisk trivsel



63 pct.

Oplever en positiv udvikling i deres alkoholforbrug. 27 pct. oplever tilbagegang

31 pct. er rykket til en mindre alvorlig risikogruppe.

Ved seneste måling havde en tredjedel af borgerne intet alkoholmisbrug, sammenlignet med en sjettedel ved indsatsstart



51 pct.

Oplever en positiv udvikling i deres stofmisbrug, 22 pct. oplever tilbagegang

Omkring 30 pct. er rykket til en mindre alvorlig risikogruppe
Stor andel af borgere, som oplever positiv udvikling inden for:

- Størrelsen og intensiteten af deres stofmisbrug
- Stofrelaterede problematikker
- Omgivelsernes bekymring for deres stofmisbrug



Både medarbejdere i ACT-teamet og borgerne selv vurderer, at en overvægt af borgerne oplever positiv udvikling ift. deres sociale situation



48 pct.

Oplever større selvtillid og parathed til at kunne indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter

En tredjedel af borgerne deltager i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter ved seneste måling. Langt de fleste indgår i beskæftigelsesrettede aktiviteter

5.1 Udvikling i psykisk trivsel

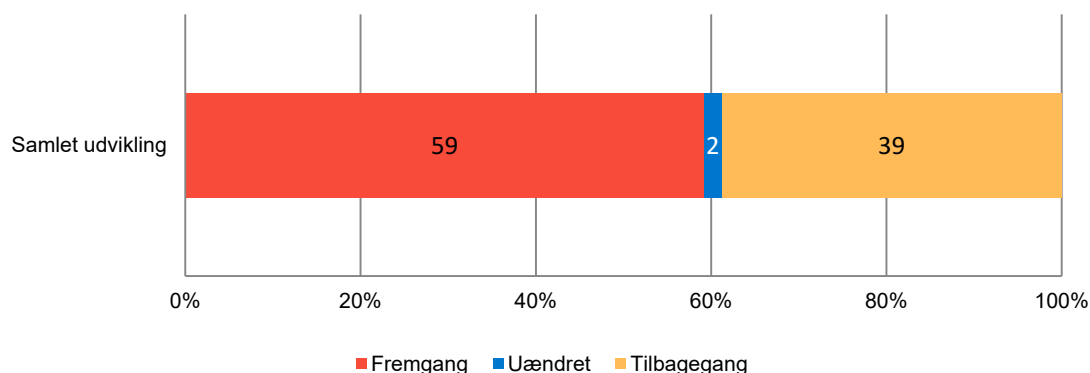
Et vigtigt element i ACT-indsatsen er, at medarbejderne i ACT-teamet understøtter en udvikling i borgernes psykiske trivsel. På den ene side kan det handle om, hvorvidt borgerne opnår en god forståelse af egne psykiske vanskeligheder. På den anden side kan det handle om, at borgerne bliver i stand til at klare svære oplevelser, følelser og tanker på en positiv og konstruktiv måde. Således drejer det sig ikke om, at borgerne efter ACT-indsatsen er fuldstændig frie for deres psykiske vanskeligheder, men at de i højere grad er i stand til at mestre disse på et personligt tilfredsstillende niveau.

5.1.1 Næsten 60 pct. af borgerne oplever øget psykisk trivsel

Figur 5.2 viser, at en stor andel af de borgere, der har modtaget ACT-indsatsen, oplever, at de samlet set har opnået en positiv udvikling i deres psykiske trivsel. **Således er det næsten 60 pct. af borgerne, der giver udtryk for, at deres psykiske trivsel er forbedret**, når vi sammenholder deres trivsel ved opstart af indsatsen med den senest gennemførte måling.

Evalueringsens data viser, at det særligt kommer til udtryk ved, at en relativt større andel af borgerne oplever en positiv udvikling i forhold til, at de *føler sig mere optimistiske om fremtiden* (46 pct.), *føler sig nyttige og afslappede* (46 pct. og 37 pct.) og *kan klare problemer og tænke klart* (35 pct. og 39 pct.).

Figur 5.2 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter samlet udvikling i psykisk trivsel fra første til sidste måling. Procent.



Anm.: Cohen's d = 0,19. N = 49.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Figuren viser også, at **39 pct. af borgerne oplever en tilbagegang i deres psykiske trivsel**. Der hvor flest borgere oplever tilbagegang, er særligt de dimensioner af psykisk trivsel, som omhandler, om *borgerne føler sig tæt på andre mennesker* (35 pct.), men det gælder også på nogle af de dimensioner, hvor en stor andel oplever en positiv udvikling, blandt andet vedrørende, om *de føler sig nyttige* (31 pct.) eller *afslappede* (29 pct.), og om de er *optimistiske omkring fremtiden* (29 pct.). **Ganske få af borgerne oplever ingen udvikling** i hverken positiv eller negativ retning, hvilket også fremgår af figur 5.2.

Medarbejderne i ACT-teamet har også vurderet borgernes udvikling i deres psykiske trivsel. **De rapporterer, at 35 pct. af borgerne oplever, at deres psykiske vanskeligheder i mindre grad begrænser deres hverdag** end før indsatsen. I boks 5.1 ses eksempler på, hvordan borgerne i højere grad oplever at kunne mestre dagligdagen.

Boks 5.1. Borgere, der i mindre grad er begrænsede af deres psykiske vanskeligheder i dagligdagen.

Flere af de borgere, som Rambøll og VIVE har interviewet, fortæller, at de har fået hjælp til forskellige problemer, som de selv vægter højt. Eksempler herpå er, at borgerne har fået hjælp, som blandt andet har bidraget til, at de i højere grad kan mestre egen økonomi i dagligdagen. En borger fortæller: **"Jeg har fået styr på min gæld og fået oprettet betalingsaftaler, som gør, at jeg har mere overblik over tingene i dagligdagen"**.

Flere af de interviewede borgere fortæller også, at overskuddet i deres dagligdag er kommet i takt med, at de har fået hjælp til andre praksisnære ting i dagligdagen såsom at finde møbler til egen lejlighed, at foretage indkøb og at håndtere aftaler med kommunen. Blandt andet fortæller en borger: **"Jeg har fået hjælp, som gør, at jeg i dag kan klare praktiske gøremål, som jeg ellers ikke selv ville få gjort. Det bidrager til at styrke min trivsel"**.

Forskellen fra andre lignende indsatser, som kommunerne leverer, er ifølge ACT-medarbejderne, at ACT-teamet er tættere på borgerne, dels gennem en mere intensiv og personlig kontakt med borgeren, dels ved, at de møder borgerne på deres egen hjemmebane. Det betyder, at teamet får et helt andet og mere fyldestgørende billede af borgerne, hvilket giver en større forståelse af, hvorfor borgerne er fastlåste. En ACT-medarbejder beskriver det fx således: **"Man kommer ud til borgerne og ser, at der står opvask for flere måneder og ser, at der er så mange andre udfordringer, der gør, at borgerne er helt fastlåste"**. Dette giver også en større forståelse af borgernes behov på den korte bane – og hvad det kræver af forskellige kompetencer og ekspertiser fra teamet at møde borgernes behov.

27 pct. af borgerne har, ifølge medarbejderne i ACT-teamet, oplevet en negativ udvikling i deres psykiske trivsel, mens medarbejderne rapporterer, at en andel, svarende til 38 pct., hverken har oplevet en positiv eller negativ udvikling i deres psykiske trivsel.

Der tegnes altså et billede af, at en stor andel af borgerne har oplevet en positiv udvikling i deres psykiske trivsel eller i det mindste samme niveau af trivsel. I forhold til den gruppe af borgere, som ikke har oplevet en forbedring eller forværring i deres psykiske trivsel, kan dette være udtryk for, at ACT-indsatsen har været med til at bremse en eventuel yderligere social deroute. Denne analyse er også i tråd med eksisterende forskning i målgrupper med svære psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug (Pedersen & Hesse, 2012). Her ses det, at det kan være svært at fastholde resultater for de mest udsatte borgere over en længere periode, hvorfor en opbremsning i en negativ udviklingsspiral kan være første tegn på en stabil, positiv udvikling på længere sigt. Det ses også, at de mest udsatte borgere er i større risiko for at afbryde sociale indsatser. I det lys kan det være positivt, at borgerne er fastholdt i indsatsen, selvom der ikke på kort eller mellemlangt sigt kan spores en positiv udvikling i trivsel.

Der er dog også en gruppe af borgere, som oplever en negativ udvikling i deres psykiske trivsel. Dette er ikke positivt, og det kan være udtryk for, at ACT-indsatsen ikke er tilstrækkelig for denne del af borgerne. Det kan også være udtryk for, at der her er tale om borgere, som uden indsatsen ville have oplevet en negativ udvikling, men hvor ACT-indsatsen måske har været med til at minimere graden af denne. Ligeledes fortæller en række af medarbejderne i de to ACT-teams, at ACT-indsatsens igangsættelse for nogle borgere er et første led i en større erkendelse af egne problemer, som gør, at de under indsatsen oplever, at deres situation måske er værre, end da indsatsen gik i gang.

Medarbejderne i ACT-teamene fortæller også, at der er borgere, som ikke udvikler sig i forhold til erkendelse, motivation og udvikling. De giver udtryk for, at det kan være svært at tale om forandringer eller udvikling med disse borgere. Ifølge medarbejderne i ACT-teamene kan det være borgere, der er afvisende over for støtte og kontakt, som ikke er motiverede eller som måske har behov for en helt anden indsats. Medarbejderne i de to ACT-teams peger dog også på, at det her er vigtigt at fortsætte en vedvarende indsats og det relationsopbyggende arbejde med henblik på at understøtte en gradvis, positiv forandring i borgernes motivation.

5.1.2 Betydningen af borgernes alder og køn

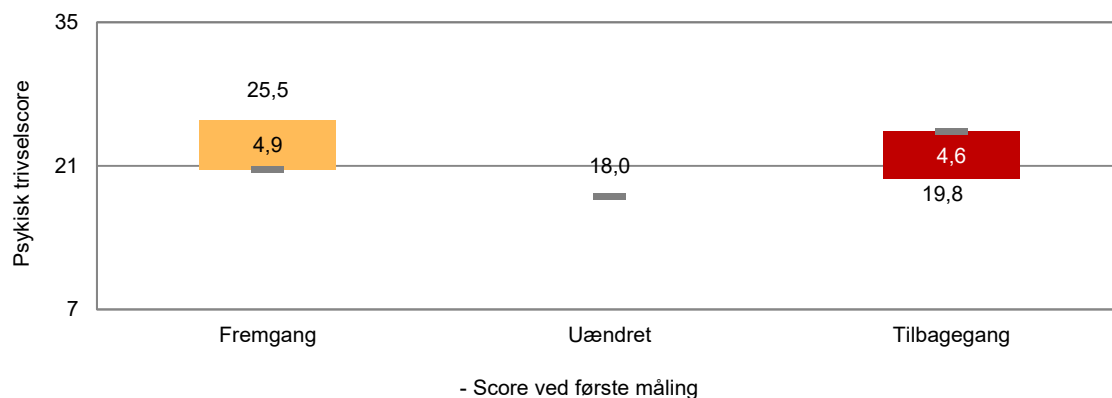
Dykker vi ned i ovenstående resultater, viser evalueringens data, at en lidt **større andel af kvinder oplever en positiv udvikling i deres psykiske trivsel, sammenlignet med mænd**. En sådan udvikling oplever 75 pct. af kvinderne og 54 pct. af mændene. Evalueringens data kan ikke give entydige forklaringer på denne forskel. En mulig forklaring, som enkelte af medarbejderne i de to ACT-teams peger på, kan være, at kvinder generelt er bedre og tidligere ude i forhold til at søge hjælp og støtte end mænd. Eksempelvis fortæller en medarbejder fra ACT-teamet i en af projektkommunerne: "Vi har mange af de her mænd, hvor der næsten ingen papirer er på dem. De er faldet igennem stort set alle systemer".

Samtidig peger evalueringens data i retning af, **at en større andel af borgere over 30 år oplever en positiv udvikling i deres psykiske trivsel, sammenlignet med borgere under 30 år**. Igen er det her svært at pege præcist på, hvad årsagen er. Det kan hænge sammen med, at de unge har særlige typer af vanskeligheder og måske en anden misbrugsproblematik end ældre borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. En evaluering af udgående stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug og psykiske vanskeligheder viser således, at det typisk er blandt de yngre borgere, at der ses et misbrug af såkaldte "uppers" som kokain, amfetamin og ecstasy samt et mere risikobetonet misbrug (Rambøll, 2017). Dette misbrugsmønster blandt unge udgør særskilte udfordringer, som komplicerer indsatsen, hvilket fx kommer til udtryk ved, at det er vanskeligt at fastholde kontakten til de unge. Samtidig peger samme evaluering på, at de unge ofte ikke har en fuld erkendelse af deres problembillede, hvorfor det ofte kan være svært at igangsætte og fastholde de unge i en systematisk og længerevarende indsats.

5.1.3 Betydningen af borgernes udgangspunkt og længden af indsatsen

Evalueringens data viser, at den andel af borgere, som har oplevet en positiv udvikling i deres psykiske trivsel, er de borgere, der ved opstart af ACT-indsatsen har en relativt lavere psykisk trivsel. Det ses i figur 5.3, som viser den psykiske trivsel for alle borgere ved opstart af ACT-indsatsen. De borgere, der har opnået en bedre psykisk trivsel, har ved opstart af ACT-indsatsen en score på 21 på det anvendte validerede måleredskab, hvor 35 er udtryk for højeste niveau af psykisk trivsel. Omvendt ses det, at de borgere, som har oplevet en tilbagegang i deres psykiske trivsel, er kendetegnede ved at have en højere psykisk trivsel ved opstart af ACT-indsatsen (en score på ca. 24). Denne tendens til en sammenhæng mellem trivsel ved opstarten og udviklingen i trivsel under indsatsen går igen, når vi ser på de enkelte dimensioner i målet for psykisk trivsel. Det ses i figur B5.1 i bilagsmaterialet.

Figur 5.3 Psykisk trivsel samlet set blandt borgere, der deltager i ACT-forløbet, ved første og sidste måling, samt udvikling i score. Særskilt for fremskridt, uændret trivsel og tilbagegang. Score på skala fra 7 til 35.



Anm.: I figuren er der kun inkluderet borgere, som har besvaret spørgsmålene ved indsatsens opstart og ved deres seneste måling.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Evalueringens data viser således, at det er borgere, der har lavest psykisk trivsel ved opstart af indsatsen, der i størst grad udvikler sig i en positiv retning, og at den gennemsnitlige udvikling er relativt større (4,9 vs. 4,6) end blandt de borgere, der oplever tilbagegang i deres psykiske trivsel.

Det kan tolkes på flere måder. På den ene side kan det skyldes, at det relative niveau og potentiale for udvikling (udviklingsrummet) hos de borgere, der i udgangspunktet har lavest psykisk trivsel, er større end blandt de borgere, der i mindre grad oplever psykisk mistrivsel ved opstart af ACT-indsatsen. På den anden side kan det skyldes, at ACT-indsatsen er mere effektiv i forhold til at løfte de borgere, som har lavest psykisk trivsel og er mest udfordrede. Det kan hænge sammen med, at de borgere, der har mere alvorlig psykisk mistrivsel, nu bliver mødt af en relevant, skræddersyet, koordineret og målrettet støtte, hvilket de måske ikke tidligere har oplevet. Denne støtte har således haft en relativt stor betydning for deres psykiske trivsel. I boks 5.2 ses eksempler på dette.

Boks 5.2 Borgerne oplever, at deres ønsker har været omdrejningspunktet for indsatsen.

På tværs af de interview, som Rambøll og VIVE har gennemført med borgerne, fortæller borgerne, at de er blevet mødt af en målrettet og skræddersyet indsats, hvor deres egne behov og ønsker har været i centrum for indsatsen. De fortæller, at de har oplevet, at det er dem, som har styret på både samtaleemner og fokusområder i deres kontakt med medarbejderne fra ACT-temaet. Dette peger på, at medarbejderne har formået at lade dem komme til orde og formulere de ønsker, som de gerne vil have, at medarbejderne i ACT-teamet skal hjælpe og støtte dem i. En borger fortæller: **”Jeg oplever for første gang i lang tid, at medarbejderne i kommunen er imødekommende og vil i dialog”, mens en anden borger ”føler, at han for første gang oplever, at kommunen faktisk er på hans side – og at han nu føler sig mindre alene med sine problemer, hvilket har hjulpet ham til at kunne overskue dagligdagen”.**

Ovenstående tendens, beskrevet oven for boksen, kan også spores i andre evalueringer af indsatsen, målrettet lignende udsatte grupper af borgere. I både evalueringen af modeller for screening og udredning af borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, og evalueringen af en indsats, målrettet isolerede sindslidende i egen bolig, ses det ligeledes, at indsatserne har skabt relativt bedre resultater for borgere med svære psykiske vanskeligheder, sammenlignet med borgere med mere moderate psykiske vanskeligheder.

Evalueringens data kan også tegne et billede af betydningen af ACT-indsatsens længde. Her viser evalueringen, at der ikke er nogen tydelig sammenhæng mellem længden på ACT-indsatsen og om borgerne har oplevet henholdsvis en positiv eller en negativ udvikling i deres psykiske trivsel.

Ser vi på de borgere, der har oplevet en negativ udvikling i deres psykiske trivsel, så giver data i figur B5.2 en indikation af, at **længden af ACT-indsatsen har en betydning for niveauet af borgernes psykiske trivsel**. Det ses ved, at borgere, der har været i ACT-indsatsen i et år eller længere, har en gennemsnitlig **mindre tilbagegang i deres psykiske trivsel end borgere, der har været i ACT-indsatsen under et år**. Det er dog vigtigt her at være opmærksom på, at der er tale om relativt små forskelle, og at det er baseret på få borgere.

Resultatet kan indikere, at gruppen af borgere, som oplever tilbagegang i **løbet af den første fase i indsatsen, får en større erkendelse af deres niveau af psykisk trivsel**, udtrykt ved en lavere score på trivselsskalaen, og efter et år eller mere begynder at opleve en øget psykisk trivsel, som kommer til udtryk ved, at deres gennemsnitlige tilbagegang fra første måling til seneste måling bliver mindre og mindre.

Samtidig kan det være udtryk for, at der er nogle borgere, som det tager lang tid at motivere til forandring, men når det lykkes, så virker ACT-indsatsen. Denne tolkning understøttes af medarbejderne fra ACT-teamene. De fortæller, at borgerne ofte har haft mange nederlag og er meget lidt motiverede for støtte, når de møder dem. Det betyder, at de skal bruge meget tid på motivationsarbejde i opstarten af indsatsen. Medarbejderne i ACT-teamene giver imidlertid udtryk for, at ACT-indsatsen er den rette indsats, da borgerne her får en vedvarende indsats, hvor de oplever, at medarbejderne kontinuerligt bakker dem op og understøtter dem i deres motivation og i at bevare fokus trods udfordringer undervejs. Som det fremgår af boks 5.3, peger medarbejderne i ACT-teamene på, at de er i stand til at handle hurtigt og fleksibelt med en særlig indsats, inden borgerne mister motivation for at fortsætte i indsatsen.

Boks 5.3 Det hjælper at arbejde med borgernes motivation.

Af interviewene med medarbejderne fra ACT-teamet i de to projektkommuner fremgår det, at en stor del af arbejdet med borgerne er motivationsarbejde. Medarbejderne peger på, at det skal ses i lyset af, at borgerne ofte er fastlåst i deres situation og hårdt ramt af deres misbrugssituation. Ved opstart af ACT-indsatsen oplever medarbejderne således også, at mange af borgerne har svært ved at se, hvordan deres livssituation kan ændres.

Medarbejderne i de to projektkommuner fortæller dog – i tråd med de positive resultater i forhold til borgernes psykiske trivsel – at det ofte lykkes at motivere borgerne til en indsats. De peger på, at muligheden for en vedvarende, fleksibel og intensiv indsats, hvor medarbejderne kan handle hurtigt, er en vigtig drivkraft for, at de lykkes i arbejdet med borgerne. Det gør, at de kan handle, når borgerne udviser motivation for at ændre deres egen situation, og det bidrager til, at borgerne ikke oplever lange processer, nye nederlag og frafald.

Et eksempel på, hvordan der konkret arbejdes med borgerens motivation, er minikonferencer, hvor borgeren inddrages sammen med hele teamet. På minikonferencen mødes borgeren med teamet og samarbejdspartnerne, og her diskuteres borgerens indsatsplan, ligesom fokus er på fremrettede indsats- og udviklingsområder. Herigennem får borgerne også en følelse af, at der er et helt team i ryggen på dem, som er klar til at rykke, hvis de viser motivation for indsatsen.

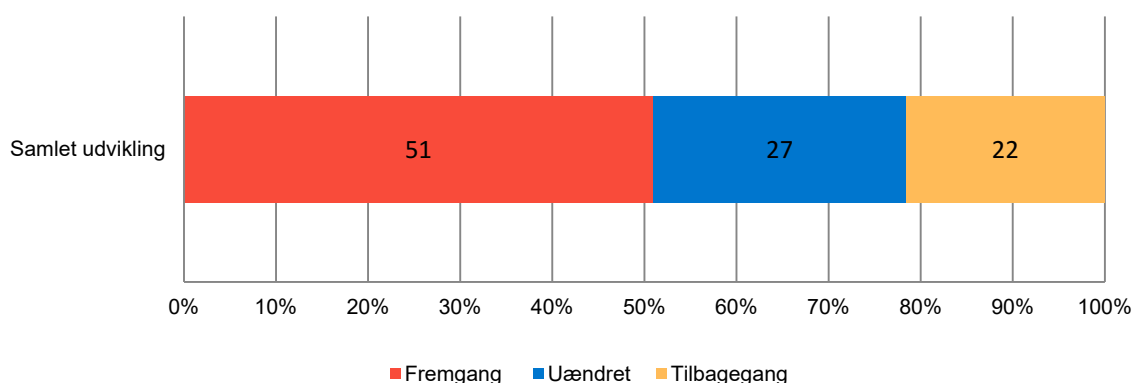
5.2 Udvikling i forhold til stofmisbrug

Et vigtigt mål med ACT-indsatsen har været at understøtte borgere, som ofte ikke eller kun i ringe grad har kontakt til tilbud om stofmisbrugsbehandling, i at påbegynde eventuel stofmisbrugsbehandling med henblik på stabilisering, reduktion eller ophør i deres stofmisbrug. Dette med sigte på at borgerne genvinder, udvikler eller vedligeholder deres funktionsevne og oplevelse af at have indflydelse på og kontrol over eget liv og hverdag.

5.2.1 Halvdelen af borgerne oplever en positiv udvikling i forhold til deres stofmisbrug
Det fremgår af figur 5.4, at **51 pct. af borgerne har oplevet en positiv udvikling i deres stofmisbrugssituation**, mens **22 pct. af borgerne har udviklet sig i negativ retning, hvad angår deres stofmisbrugssituation. 27 pct. har ikke oplevet en udvikling i hverken positiv eller negativ retning.** I forhold til sidstnævnte gruppe er der her tale om borgere, som har meget små eller ingen stofmisbrugsproblemer. Det er derfor forventeligt og positivt, at denne gruppe af borgere ikke oplever en udvikling i deres stofmisbrugssituation.

Det ses i evalueringens data, at det især er på spørgsmålene, der vedrører, *at andre er urolige for borgerens stofmisbrug* (33 pct.), og vedrører, *at borgeren anvender stoffer flere gange i løbet af en typisk dag* (31 pct.), at en større andel af borgere har udviklet sig positivt. Omvendt er der flest borgere, der fortsat oplever, at det er blevet *sværere at stå imod længslen* (20 pct.), ligesom 18 pct. oplever, at *de har fået sværere ved at stoppe, når de først er begyndt*, og/eller at de i højere grad *bliver kraftigt påvirket af stoffer*. I figur B5.3 i bilagsmaterialet ses den gennemsnitlige størrelse i udviklingen af borgernes stofmisbrugssituation blandt de borgere, der har oplevet henholdsvis en positiv eller negativ udvikling

Figur 5.4 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter samlet udvikling i stofmisbrug (DUDIT-score). Procent.



Anm.: N = 51. Stofmisbrug er blevet afdækket gennem det validerede måleredskab DUDIT (Drugs Use Disorder Test). Cohen's d = 0,41. En t-test viser en statistisk signifikant forskel på et p = 0,01-niveau fra før til efter.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

I læsningen af ovenstående resultater er det vigtigt at have for øje, at flere af medarbejderne i de to ACT-teams oplever, at nogle borgere kan være tilbageholdende med at udtrykke det fulde omfang af deres stofmisbrug. Det betyder, at de først senere i ACT-forløbet giver udtryk for det egentlige omfang af deres misbrug. En konsekvens af dette kan være, at borgernes stofmisbrugsproblematik undervurderes ved målingen, der gennemføres ved opstart af ACT-indsatsen, hvorfor der er risiko for, at resultaterne af ACT-indsatsen undervurderes. Således er der formentlig en større andel af borgerne, der har oplevet en positiv udvikling i deres stofmisbrug, end det fremgår af figur

5.4. En analyse, hvor vi har sammenholdt borgernes stofmisbrug ved anden måling (i stedet for første måling) med seneste måling, viser også, at der her kan spores en tendens til, at en lidt større andel har oplevet en positiv udvikling i deres stofmisbrugssituation. En tilsvarende tendens kan ses i forhold til borgernes alkoholmisbrug (jf. afsnit 5.3), hvor vi har gennemført tilsvarende robusthedsanalyse.

Som figur 5.4 viser, er der en andel på 22 pct. af borgerne, der har oplevet en negativ udvikling i deres stofmisbrug. Samme tendens så vi også i forhold til udviklingen i borgernes psykiske trivsel (jf. afsnit 5.1). Igen kan det være udtryk for, at ACT-indsatsen ikke er tilstrækkelig for denne gruppe af borgere. Øvrige evalueringer, blandt andet evalueringen af hjemløsestrategien fra 2013, viser imidlertid et nogenlunde tilsvarende billede. I denne evaluering ses således også, at omkring 15 til 20 pct. af de hjemløse borgere har oplevet en negativ udvikling i deres misbrugssituation på trods af, at de har modtaget en ACT-indsats. Det kan pege i retning af, at der er en lille del af den samlede målgruppe af meget udsatte borgere, som det trods en systematisk, længerevarende og integreret indsats kan være svært at hjælpe og støtte i retning af en mere positiv livssituation.

De borgere, som oplever en negativ udvikling i deres stofmisbrugssituation, har som udgangspunkt også et relativt mindre problem med stofmisbrug ved indsatsens opstart, sammenlignet med de borgere, som oplever en forbedring i deres stofmisbrugssituation. Dette er udtryk for samme tendens, som kan spores i borgernes psykiske trivsel, hvor det også er de borgere, der har den laveste psykiske trivsel ved opstart af ACT-indsatsen, der i højere grad har opnået bedre psykisk trivsel.

5.2.2 En del borgere har nu et mindre risikofyldt stofmisbrug

Data fra evalueringen giver også mulighed for at inddele borgerne i forskellige risikogrupper ud fra deres stofmisbrug og dermed tegne et billede af, hvorvidt ACT-indsatsen har medvirket til at rykke nogle borgere, fx fra stærk afhængighed af stoffer til et mindre skadeligt forbrug af stoffer – eller måske endda til en situation uden et stofmisbrug.

I data ses det, at 15 borgere, eller 40 pct., har bevæget sig mod en mindre alvorlig risikogruppe (de blå felter i tabellen).⁸ Det ses ved, at ni borgere har oplevet en positiv udvikling og ikke længere har et stofmisbrugsproblem. Ligeledes er der seks borgere, som har oplevet en positiv udvikling, idet de tidligere havde en stærk afhængighed af stoffer, mens de nu 'kun' har et skadeligt forbrug af stoffer.

I alt fem borgere, eller 17 pct., har oplevet en negativ udvikling i deres stofmisbrugssituation, som kommer til udtryk ved, at de nu har et mere risikofyldt stofmisbrug⁹. Hvor disse borgere før havde et skadeligt forbrug af stoffer, er de nu i en situation, hvor de er stærkt afhængige af stoffer. Resten af borgerne har samme misbrugsmønster i forhold til karakteren og omfanget som ved opstart af indsatsen.

5.3 Udvikling i forhold til alkoholmisbrug

I lighed med, at der som led i ACT-indsatsen arbejdes med at afhjælpe borgernes stofmisbrugsproblematik, er det også et centralt mål i indsatsen, at der tilsvarende arbejdes med at understøtte borgerne i en positiv udvikling i et eventuelt alkoholmisbrug. Det skal ligeledes sikre, at borgerne

8. Borgere, der ikke har et stofmisbrug ved opstart af indsatsen, indgår ikke i beregningen.

9. Borgere, der ikke har et stofmisbrug ved opstart af indsatsen, indgår ikke i beregningen.

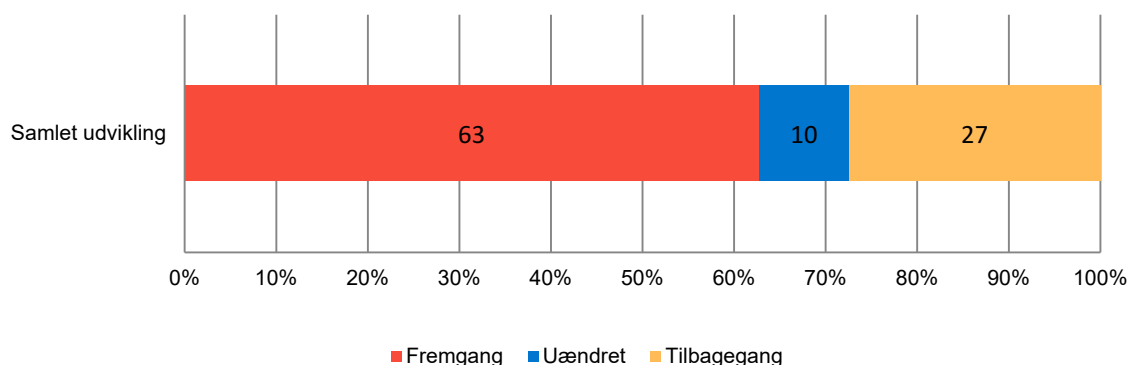
genvinder, udvikler og vedligeholder deres funktionsevne og oplevelse af at have indflydelse på og kontrol over eget liv og hverdag.

5.3.1 Langt over halvdelen oplever en positiv udvikling i forhold til deres alkoholmisbrug

Ligesom evalueringens data viser, at en relativt større andel af borgerne oplever en positiv udvikling i deres stofmisbrugssituation, fremgår det af figur 5.5, at ACT-indsatsen også har haft en virkning for en stor andel af borgerne, når vi ser på udviklingen i deres alkoholmisbrug. **Det ses, at 63 pct. af borgerne har oplevet en positiv udvikling i deres alkoholmisbrug.** Det kommer til udtryk ved, at relativt flere borgere har oplevet en positiv udvikling på spørgsmålene, der går på, om *man har haft dårlig samvittighed eller fortrudt efter druk* (56 pct.), *oplevet ikke at kunne huske, hvad der skete aftenen før på grund af druk* (49 pct.), *om man selv eller andre er kommet til skade på grund af druk* (40 pct.) og *antallet af genstande, når man drikker* (39 pct.) – jf. figur B5.4. i bilagsmaterialet. **27 pct. af borgerne har oplevet en tilbagegang og et mere problematisk alkoholmisbrug. 10 pct. af borgerne har ingen udvikling oplevet.**

En robusthedsanalyse, hvor samme analyse er gennemført, men hvor vi sammenholder borgernes anden måling med seneste måling, viser, at det så er hele 70 pct. af borgerne, der har oplevet en positiv udvikling i deres alkoholmisbrug, mens det er 22 pct., der har oplevet en negativ udvikling. Denne analyse understøtter også vurderingen blandt medarbejdere i de to ACT-teams om, at borgerne kan have en tendens til at undervurdere deres misbrugsproblem ved opstart af ACT-indsatsen.

Figur 5.5 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter samlet udvikling i alkoholmisbrug. Procent.



Anm.: N = 51. Alkoholmisbrug er blevet afdækket gennem det validerede måleredskab AUIDIT (Alkohol Use Disorder Test). Cohen's d=0,38. En t-test viser en statistisk signifikant forskel på et p = 0,01-niveau fra før til efter.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Figur 5.5 giver ikke et billede af, i hvilket omfang borgerne har udviklet sig, eller størrelsen af udviklingen i deres alkoholmisbrug. Det ses i figur B5.6. i bilagsmaterialet. Her viser evalueringens data, at de borgere, som oplever en positiv udvikling i deres alkoholmisbrug, gennemsnitligt oplever et fald på syv point på skalaen fra 0 til 40, hvor 0 er udtryk for intet alkoholproblem. Omvendt oplever borgerne, der har gennemgået en negativ udvikling, en gennemsnitlig stigning på 12 point på samme skala.

Som det også gælder for borgernes udvikling i henholdsvis deres stofmisbrugssituation og deres psykiske trivsel, viser evalueringens data, at det er blandt de borgere med alkoholproblemer, der

har det laveste problemomfang ved opstart af ACT-indsatsen, at der ses den største tilbagegang i misbrugssituationen.

5.3.2 En stor del af borgerne har fået et mindre risikofyldt alkoholforbrug

I afsnit 5.2 kunne vi, på baseret på evalueringens data, inddele borgerne i risikogrupper på baggrund af deres stofmisbrugsproblematik. Det samme er muligt, når vi ser på borgernes alkoholmisbrug og alkoholforbrug. Herved er det muligt at tegne et billede af, hvorvidt den enkelte borger oplever en udvikling, som eventuelt kommer til udtryk ved, at de bevæger sig fra én risikogruppe til en anden. **Blandt de 51 borgere, som har gennemført en måling ved opstart af ACT-indsatsen og en opfølgende måling, har 16 borgere (31 pct.) oplevet en positiv bevægelse til en mindre alvorlig risikogruppe.** Dette ses ved, at syv af de 15 borgere, som i udgangspunktet havde et storforbrug af alkohol, nu intet alkoholmisbrug har. Endvidere ses det ved, at otte af de 23 borgere, som ved opstart af ACT-indsatsen havde en stærk afhængighed af alkohol, har bevæget sig i en positiv retning mod et mindre risikofyldt alkoholmisbrug. Endelig er der én borger, der er gået fra at have et skadeligt forbrug af alkohol til ikke at have et alkoholmisbrug,

Omvendt har otte borgere (16 pct.) oplevet en negativ bevægelse til en mere alvorlig risikogruppe. De resterende 27 borgere (52 pct.) er i samme risikogruppe, hvad angår alkoholforbrug, både ved opstart af ACT-indsatsen og ved den seneste måling.

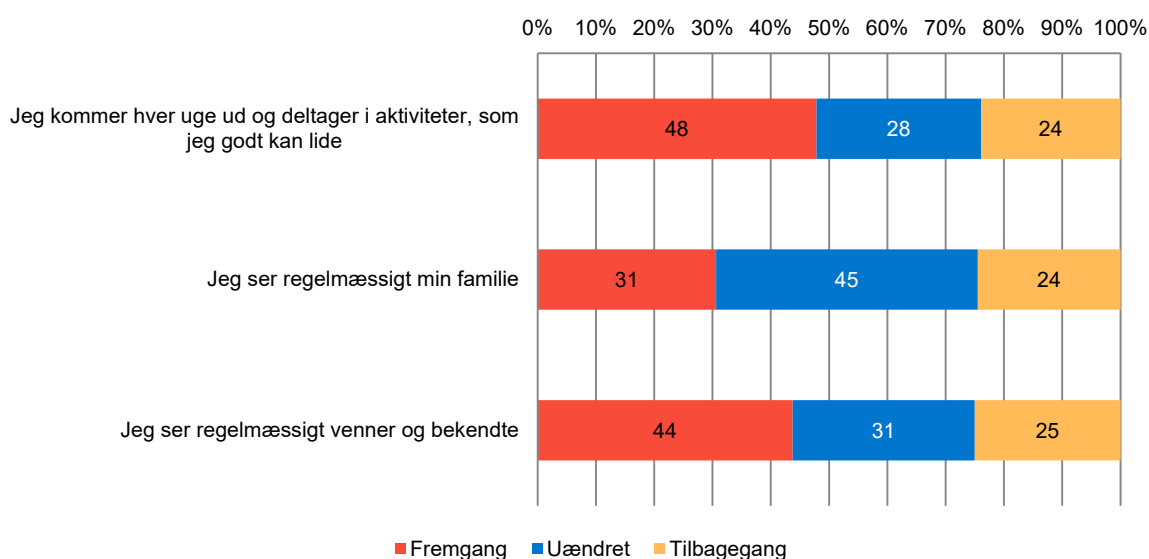
5.4 Udvikling i sociale forhold og parathed til at indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter

Som det også fremgår af forandringsteorien bag ACT-indsatsen, er det et mål, at borgere, der modtager ACT-indsatsen, oplever en positiv udvikling i deres sociale situation og kommer tættere på beskæftigelses- og uddannelsesrettede aktiviteter. Dette er med henblik på, på længere sigt, at forbedre borgernes mulighed for beskæftigelse og uddannelse og deltagelse i samfundslivet.

5.4.1 Lidt under halvdelen oplever en positiv udvikling i deres sociale situation

Figur 5.6 tegner et billede af, at **næsten halvdelen af borgerne, der har modtaget ACT-indsatsen, oplever en positiv udvikling i forhold til at komme ud og deltage i aktiviteter, som de har et ønske om at deltage i.** Nogenlunde samme billede ses, når vi ser på, hvor stor en andel af borgerne, der giver udtryk for, at de **har oplevet en positiv udvikling i forhold til at indgå i fællesskaber med venner og bekendte.** Det er 44 pct., der angiver dette, mens henholdsvis 25 pct. og 31 pct. oplever en negativ udvikling eller ingen udvikling. **Lidt færre borgere, ca. 30 pct., giver udtryk for, at de har oplevet en positiv udvikling i forhold til, hvorvidt de regelmæssigt ser deres familie.**

Figur 5.6 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter udvikling i social situation. Særskilt for aspekter af social situation. Procent.



Anm.: N, Jeg kommer hver uge ud og deltager i aktiviteter, som jeg godt kan lide = 46; N, Jeg ser regelmæssigt min familie = 49; N, Jeg ser regelmæssigt venner og bekendte = 48.

Cohen's d: Jeg kommer hver uge ud og deltager i aktiviteter, som jeg godt kan lide = 0,19.

Cohen's d: Jeg ser regelmæssigt min familie = 0,00.

Cohen's d: Jeg ser regelmæssigt venner og bekendte = 0,09.

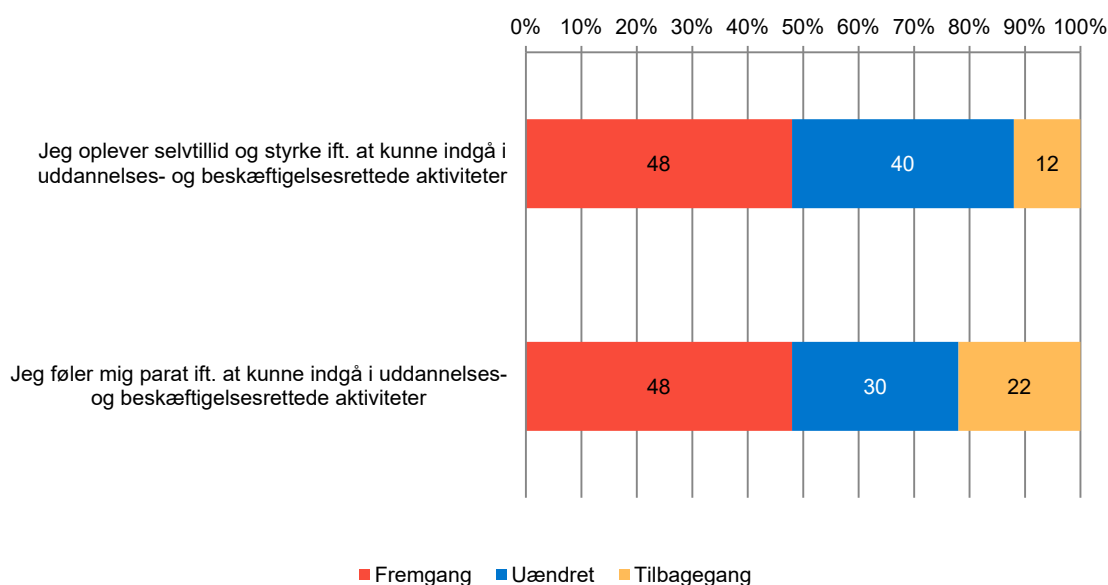
Kilde: Rambøll Results, 2017.

Ovenstående billede bekræftes også af medarbejderne fra ACT-teamene, som fortæller, at flere af borgerne har fået kontakt eller genetableret kontakt til et godt og ressourcefuldt netværk, ligesom de oplever, at der er færre af borgerne, der er isolerede uden netværk. Det kommer også til udtryk i medarbejdernes løbende rapportering af borgernes udvikling. Her fremgår det, at 31 pct. af borgerne, ifølge medarbejderne i ACT-teamene, har oplevet en positiv udvikling i deres sociale netværk. 57 pct. af borgerne har ingen udvikling oplevet, mens kun 12 pct. af borgene har oplevet en negativ udvikling ifølge medarbejderne i de to ACT-teams (jf. tabel B5.1 i bilagsmaterialet).

5.4.2 Næsten halvdelen af borgerne opnår mod og parathed til at indgå i aktiviteter

Evalueringsens data tegner også et billede af, om borgerne bevæger sig tættere på beskæftigelse eller uddannelse. Også her har næsten halvdelen oplevet en positiv udvikling. Det fremgår af figur 5.7, som viser, at **næsten 50 pct. oplever, at de har opnået henholdsvis øget selvtillid og styrke og en følelse af parathed til at kunne indgå i beskæftigelses- og uddannelsesrettede aktiviteter**. Henholdsvis 12 pct. og 22 pct. af borgerne har oplevet en tilbagegang på disse spørgsmål. 40 pct. oplever ingen udvikling i forhold til øget selvtillid til at indgå i denne type aktiviteter, mens 30 pct. ingen udvikling oplever med hensyn til at være parate til dette.

Figur 5.7 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter udvikling i uddannelses- og beskæftigelsessituation. Særskilt for aspekter af uddannelses- og beskæftigelsessituation. Procent.



Anm.: N, Jeg oplever selvtillid og styrke ift. at kunne indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter = 42; N, Jeg føler mig parat ift. at kunne indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter = 46.

Cohen's d: Jeg oplever selvtillid og styrke i forhold til at kunne indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter = 0,15.

Cohen's d: Jeg føler mig parat ift. at kunne indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter = 0,2.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Set i lyset af dels målet om, at borgerne først forventes at opnå en tilknytning til uddannelses- og beskæftigelsessystemet på langt sigt, dels borgernes komplekse problembillede, kan borgernes øgede selvtillid og parathed til at indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter ses som et første skridt i deres recovery-proces og måske som små skridt på vejen til at opnå en mere fast og stabil tilknytning til uddannelse og beskæftigelse på længere sigt.

Boks 5.5 En borger, der er gået fra at være dybt alkoholiseret til at komme i beskæftigelse

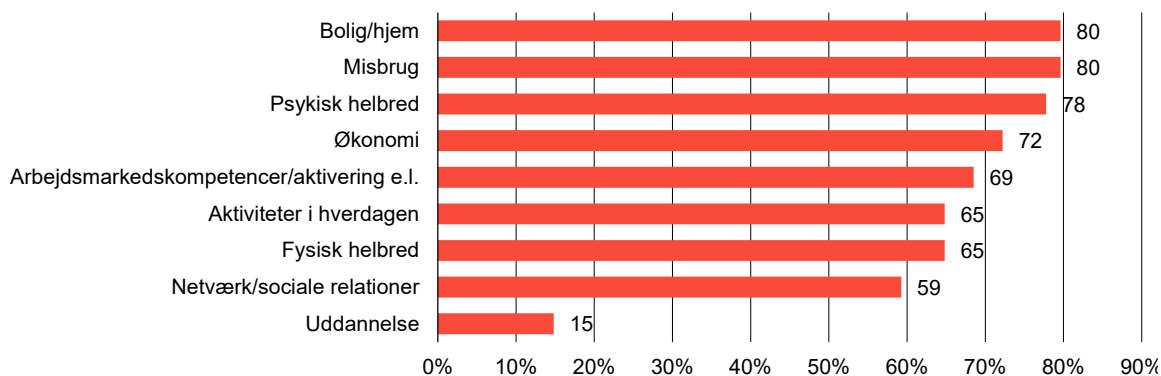
Der er enkelte borgere, som har modtaget en ACT-indsats, der er kommet i egentlig beskæftigelse. Rambøll og VIVE har haft mulighed for at interviewe en af disse borgere. Borgeren var inden opstart på indsatsen præget af et omfattende alkoholmisbrug og følgevirkningerne af det, blandt andet psykisk mistrivsel og et skrantende fysisk helbred. Borgeren fortæller, at han ikke selv havde forestillet sig, at han igen ville komme i beskæftigelse. Han udtrykker det således: **”Jeg er gået fra at være alkoholiker og dybt alkoholiseret – og hvad der her følger med – til, at jeg nu har en 16-timers arbejdsuge. Det er ene og alene ACT-indsatsens fortjeneste”.**

Sammenholder vi ovenstående resultater om borgernes udvikling i deres sociale situation og i forhold til at have mod på og være parat til at indgå i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter med udviklingen i deres psykiske trivsel og misbrugssituation, ser vi, at det faktisk er en relativt mindre andel af borgerne, der har udviklet i sig i positiv retning i forhold til førstnævnte. Det kan hænge sammen med, hvilke mål der har været i fokus i samarbejdet mellem medarbejderne i de to ACT-teams og den enkelte borger.

Figur 5.8 giver en indikation af dette. I den fremgår det, at medarbejderne i ACT-teamene i høj grad har arbejdet med borgernes boligsituation, misbrug, psykiske helbred og økonomi. Omvendt er der i lidt mindre grad arbejdet med arbejdsmarkedskompetencer, aktivering, aktiviteter i hverdagen, netværk og (især) uddannelse. Det kan der være mange årsager til, fx at borgerne endnu ikke har nået et punkt i deres forandringsproces, hvor det er relevant at arbejde med disse områder, eller at der er øget fokus på at arbejde med de mere "bagvedliggende" problematikker i form af psykisk mistrivsel og misbrug.

Dette kan måske også være en af flere forklaringer på forskellen i andelen af borgere, der har udviklet sig positivt i forhold til sociale forhold og uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter på den ene side og psykisk trivsel og misbrug på den anden side.

Figur 5.8 Andelen af ACT-medarbejdere, der efter egen vurdering har arbejdet med specifikke mål i de enkelte forløb. Procent.



Note: N = 54.

Kilde: Rambøll Results, 2017

6 EFFEKTEVALUERING AF ACT-INDSATSSEN

I kapitel fem viste vi, at de fleste borgere, som har deltaget i ACT-indsatsen, oplever en forbedret psykisk trivsel og en reduktion i deres misbrug, og at mange i højere grad føler sig parate til at kunne indgå i beskæftigelses- eller uddannelsesrettede aktiviteter. I dette kapitel undersøger vi, hvorvidt indsatsborgernes **beskæftigelsessituation er forbedret efter ACT-indsatsen**, samt om de **benytter den regionale behandlingspsykiatri** mindre, sammenholdt med en sammenlignelig **kontrolgruppe uden ACT-forløb**.

Når man undersøger effekter af indsatser, er det optimale, at indsats- og kontrolgruppen bliver dannet tilfældigt, fx ved lodtrækning. Når dette er tilfældet, vil forskelle mellem de to grupper efter en indsats kun kunne skyldes den intervention, som indsatsgruppen har deltaget i. I vores tilfælde kan man dog forestille sig, at kommunerne har udvalgt særligt udsatte borgere til at deltage i ACT-indsatsen. Det er derfor vigtigt, at vi kan **identificere en kontrolgruppe af lige så udsatte borgere**, som ikke har deltaget i ACT-indsatsen, til at sammenligne med. Vi anvender statistisk matchning på baggrund af registerdata til at etablere en kontrolgruppe. Der er dog tegn på, at den **matchede kontrolgruppe havde en lidt bedre beskæftigelsessituation** end indsatsgruppen, når vi går tilbage til 2013, dvs. at den matchede kontrolgruppe allerede fra starten er en bedre stillet gruppe end indsatsgruppen. Dette er et væsentligt forbehold i forhold til at sammenligne de to grupper efter indsatsen.

ACT-indsatsen er som udgangspunkt tidsbegrænset. **I denne analyse inddrager vi kun 37 borgere, som havde modtaget ACT-indsatsen i mindst 6 måneder ved udgangen af 2016. Resultaterne i dette kapitel skal derfor læses med de forbehold, at analyserne baserer sig på få borgere, samt at hovedparten af borgerne, der indgår i evalueringen, er i et igangværende forløb.** Da målgruppen kan forventes at have behov for lange og integrerede indsatser, er det muligt, at mange resultater først fremgår på længere sigt. Dette kan i særlig høj grad forventes at gælde for resultater vedrørende uddannelse og beskæftigelse.

De centrale *formål med kapitlet* er at:

- Undersøge, om indsatsborgernes beskæftigelsessituation er forbedret efter ACT-indsatsen, sammenholdt med en matchet kontrolgruppe, der ikke har modtaget ACT
- Undersøge, om indsatsborgerne benytter den regionale behandlingspsykiatri mindre end en matchet kontrolgruppe, der ikke har modtaget ACT.

Kapitlet bygger på følgende *metoder og datakilder*:

- Løbende borgermålinger samt registerdata fra DREAM, Landspatientregistret, SIB samt øvrige registre hos Danmarks Statistik.
- Propensity score-matching bruges for at identificere en kontrolgruppe, som ligner borgerne i indsatsgruppen. Metoden beskrives i flere detaljer i bilaget.

De væsentligste konklusioner i kapitlet fremgår i figur 6.1.

Figur 6.1 Resultater af effektevaluering af ACT-indsatsen.

BESKÆFTIGELSESSITUATION



Ingen signifikant effekt i beskæftigelsessituation for indsatsborgere i ACT, sammenlignet med kontrolgruppen

Efter ACT-start: Indsatsborgere er ikke kommet tættere på arbejdsmarkedet.

Mulig tendens til, at flere af indsatsborgerne er rykket fra passiv til aktiv kontanthjælp, men udviklingen er ikke statistisk signifikant.

KONTAKT TIL PSYKIATRISK SYGEHUS



Signifikant mindre brug af psykiatriske sygehuse blandt indsatsborgerne, sammenlignet med kontrolgruppen

I en tre-måneders kontaktperiode til psykiatrisk sygehus har:

- 13 pct. af indsatsborgere haft mindst én kontakt til psykiatrien
- 38 pct. af kontrolgruppen haft mindst én kontakt til psykiatrien

OBS! Data bygger kun på 24 borgere, som har indgået i ACT-indsatsen, hvilket behæfter generaliseringen af resultaterne med en vis grad af usikkerhed.

6.1 Indsatsgruppen og kontrolgruppen

I alt 62 borgere fra Skanderborg Kommune og Københavns Kommune har deltaget i ACT-indsatsen. De første borgere påbegyndte indsatsen i juni 2015, og den sidste borger påbegyndte indsatsen i juni 2017. I denne effektevaluering begrænser vi indsatsgruppen til kun at inkludere de borgere, der har deltaget i ACT-forløbet i mindst seks måneder ved udgangen af 2016. Dette giver os en indsatsgruppe på 37 borgere, som alle har påbegyndt ACT-indsatsen i perioden fra juni 2015 til maj 2016 (heraf har 30 af borgerne påbegyndt indsatsen i 2015). Seks af de 37 borgere har afsluttet ACT-forløbet inden udgangen af 2016, men de har alle haft forløb på mindst ti måneder.

Kontrolgruppen, som vi bruger til at danne en matchet kontrolgruppe, er en subgruppe af den samlede danske befolkning i år 2015. Kontrolgruppen består af alle borgere, som er registreret med både en psykisk vanskelighed i Landspatientregistret (somatiske og psykiatriske sygehuse) og en misbrugsdiagnose (stof eller alkohol) i enten Landspatientregistret eller Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB) i perioden fra og med juli 2012 til og med juni 2015. Denne gruppe af borgere bør ligne indsatsgruppen på den måde, at de har psykiske vanskeligheder og et samtidigt misbrug. Ekstra betingelser for kontrolgruppen er, 1) at de skal være fyldt 18 år inden 2015, 2) at de ikke må flytte udenlands i undersøgelsesperioden, og 3) at de ikke må være gået på pension

eller førtidspension, inden de første indsatsborgere påbegynder deres ACT-forløb i uge 27, 2015. Dette giver os en samlet kontrolgruppe på 19.047 borgere.

I delanalysen, hvor vi undersøger kontakter til den regionale behandlingspsykiatri efter ACT-forløbet, begrænser vi indsatsgruppen og kontrolgruppen til kun at inkludere de borgere, som har haft kontakt til psykiatrien i perioden op til indsatsen (fra og med juli 2012 til og med juni 2015). Dette giver os en indsatsgruppe på 24 borgere og en kontrolgruppe på 18.033 borgere.¹⁰ Vi beskriver selve matching-metoden og de variable, som vi bruger, for at generere en matchet kontrolgruppe, i bilaget.

6.2 Beskæftigelsessituation

6.2.1 Før og efter indsatsen for indsatsgruppen

Figur B6.1 viser beskæftigelsessituationen pr. uge, relativt til den uge, hvor ACT-indsatsen startede for de enkelte borgere i indsatsgruppen. Figuren viser beskæftigelsen i en periode fra 52 uger før indsatsen til 52 uger efter indsatsens start. Da borgerne har påbegyndt ACT-indsatsen på forskellige tidspunkter, og vi kun har beskæftigelsesoplysninger frem til udgangen af 2016, har vi kun dækkende beskæftigelsesoplysninger for alle 37 indsatsborgere til og med 31 uger efter indsatsens start, mens vi har beskæftigelsesoplysninger for 29 af indsatsborgerne til og med 52 uger efter indsatsens start.

Det fremgår af figur B6.1, at alle borgerne i året op til og efter starten af ACT-indsatsen er kontanthjælpsmodtagere. Der er dog enkelte undtagelser af indsatsborgere, der i perioder modtager fx SU eller ikke modtager overførselsindkomst, men pga. anonymiseringshensyn viser vi dem ikke i figuren. I det store og hele er der **ikke tegn på, at indsatsborgerne i året efter ACT-indsatsens start er kommet væsentligt tættere på arbejdsmarkedet**. Dog er der en **mulig tendens til, at flere af indsatsborgerne er rykket fra passiv til aktiv kontanthjælp**¹¹ og er kommet i gang med en form for opkvalificering eller aktivering. Stigningen i andelen på aktiv kontanthjælp blandt indsatsborgerne fra den uge, hvor indsatsen starter, til 31 eller 52 uger efter indsatsens start, **er ikke statistisk signifikant**, men ligger på linje med resultaterne fra progressionsmålingen i kapitel 5, som viste, at mange borgere i ACT-indsatsen følte sig mere parate til at kunne indgå i beskæftigelsesrettede aktiviteter.

6.2.2 Sammenligning af indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe

Figur B6.2 og B6.3 viser beskæftigelsessituationen pr. uge for henholdsvis indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe over en periode på fire år (2013-2016). I disse figurer ser vi således ikke på beskæftigelsen i forhold til, hvornår den enkelte borger har startet ACT-forløbet, men på de overordnede tendenser for indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe i årene før ACT-indsatsen (2013-2014) frem til en periode, hvor alle indsatsborgere har været i ACT-forløbet i mindst seks måneder (ved udgangen af 2016).

Indsatsgruppen og kontrolgruppen er matchet på deres overførselsindkomst i perioden fra juli 2014 til juni 2015. Figurene bekræfter, at de to grupper ligner hinanden meget i denne periode,

10. Begrænsningen af indsatsgruppen og kontrolgruppen skyldes, at vi til dette projekt kun har haft mulighed for at få data på en kontrolgruppe, som er registreret med både et misbrug og psykiske vanskeligheder i registrene. Vi har derfor ikke mulighed for at matche de indsatsborgere, som har et registreret misbrug, men ikke en registreret kontakt til psykiatrien, til kontrolborgere, som tilsvarende har et registreret misbrug og ingen registreret kontakt til psykiatrien.

11 Borgere på passiv kontanthjælp er ikke i gang med en form for opkvalificering/aktivering, mens borgere på aktiv kontanthjælp er i gang med en form for opkvalificering/aktivering.

hvor ca. to tredjedele af borgerne i begge grupper er på passiv kontanthjælp, mens en tredjedel er på aktiv kontanthjælp.

Går vi endnu **længere tilbage, til år 2013, så ser vi dog, at matchingen ikke er lykkedes til fulde, da den matchede kontrolgruppe er bedre stillet end indsatsgruppen i dette år.** Det betyder, at den matchede kontrolgruppe allerede fra starten er en bedre stillet gruppe end indsatsgruppen. Dette er selvfølgelig et markant forbehold i forhold til at sammenligne de to grupper efter indsatsen.¹² Ca. 10 pct. af borgerne i begge grupper var i år 2013 på jobparat kontanthjælp eller dagpenge. I den matchede kontrolgruppe var yderligere ca. 10 pct. enten på SU eller helt uden for overførselssystemet. Der er altså tegn på, at den matchede kontrolgruppe havde en lidt bedre beskæftigelsessituation end indsatsgruppen, når vi går tilbage til 2013, som er året før den periode, hvor vi har matchet grupperne.

Ser vi på perioden efter, at de første borgere påbegynder ACT-indsatsen (efter uge 27 2015), så ser vi, at ingen i indsatsgruppen forlader kontanthjælpssystemet. I den matchede kontrolgruppe er der derimod ca. 10 pct., der i slutningen af 2016 ikke længere modtager overførselsindkomst, og derudover er enkelte på SU eller jobparat kontanthjælp eller dagpenge. At flere i den matchede kontrolgruppe umiddelbart er tættere på arbejdsmarkedet mod slutningen af 2016, kan dog være et tegn på, at gruppen i udgangspunktet havde en bedre beskæftigelsessituation end indsatsgruppen.

Selvom indsatsgruppen ikke lader til at komme tættere på arbejdsmarkedet i slutningen af 2016, så viser gruppen dog nogle tegn på, at flere forlader passiv kontanthjælp og i stedet kommer på aktiv kontanthjælp, hvilket bekræfter mønsteret fra figur B6.1 En test viser imidlertid, at **der ingen signifikant forskel er i andelen på passiv kontanthjælp ved udgangen af 2016, når vi sammenligner indsatsgruppen med den matchede kontrolgruppe.**

6.3 Kontakt til den regionale behandlingspsykiatri

I denne analyse undersøger vi, om indsatsborgerne har færre kontakter til den regionale behandlingspsykiatri efter ACT-indsatsen. Til denne analyse begrænser vi indsatsgruppen til kun at inkludere de 24 borgere, som har haft kontakt til psykiatrien i perioden op til indsatsen.¹³ Som det fremgår af tabel B6.2, har disse 24 indsatsborgere i gennemsnit haft 18 ambulante kontakter, 4 skadestuekontakter og 52 indlæggelsesdage på psykiatriske sygehuse i en periode på tre år før ACT-indsatsen.

6.3.1 Før og efter indsatsen for indsatsgruppen

I figur 6.2 ser vi på andelen af indsatsgruppen, som har haft kontakt til psykiatriske sygehuse over en række tre-månedersperioder i forhold til den dato, hvor ACT-indsatsen startede for de enkelte borgere i indsatsgruppen. Figuren dækker en periode fra 6-9 måneder før til 6-9 måneder efter indsatsens start.

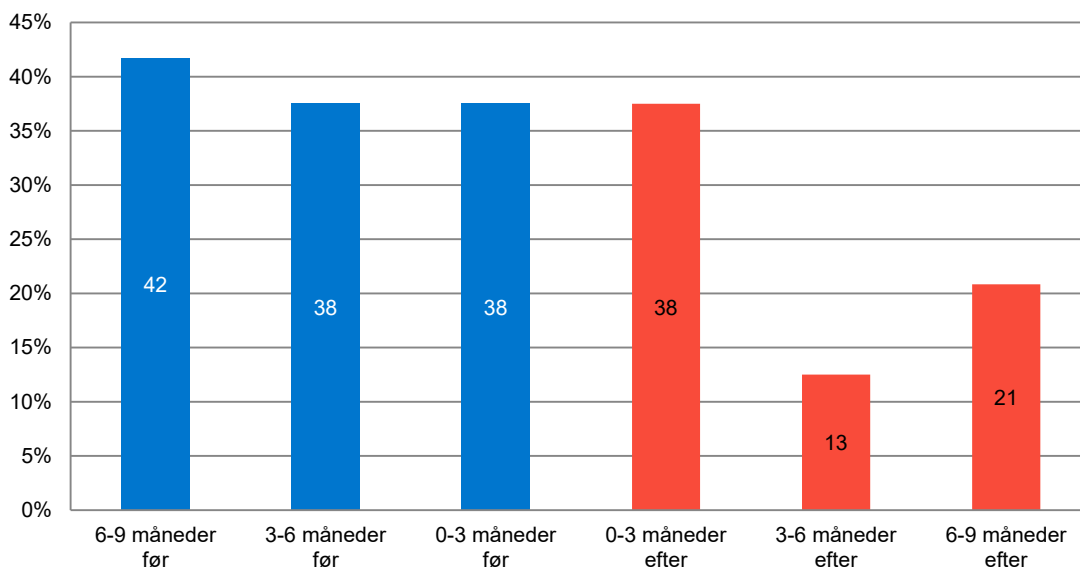
I perioden før indsatsens start er det ca. 40 pct. af indsatsgruppen, der har haft mindst én kontakt til psykiatriske sygehuse for hver tremånedersperiode. **I perioden 3-6 måneder efter indsatsens start er andelen faldet til 13 pct., og andelen er 21 pct. i perioden 6-9 måneder efter indsats-**

12. Vi har også forsøgt en alternativ matching, hvor vi matcher indsatsgruppen og kontrolgruppen på deres overførselsindkomst i en længere periode fra juli 2013 til juni 2015. Dette ændrer dog ikke analysens resultater i nogen betydelig grad.

13. Begrænsningen af indsatsgruppen og kontrolgruppen skyldes, at vi til dette projekt kun har haft mulighed for at få data på en kontrolgruppe, som er registreret med *både* et misbrug og psykiske vanskeligheder i registrene. Vi har derfor ikke mulighed for at matche de indsatsborgere, som har et registreret misbrug, men ikke en registreret kontakt til psykiatrien, til kontrolborgere, som tilsvarende har et registreret misbrug og ingen registreret kontakt til psykiatrien.

sens start. På grund af for få observationer er det af anonymiseringshensyn ikke muligt nærmere at beskrive karakteren af disse kontakter. **Faldet i andelen, der har haft kontakt til et psykiatrisk sygehus, er statistisk signifikant ($p < 0,05$), når vi sammenligner 0-3 måneder før med 3-6 måneder efter indsatsens start, men dog ikke, når vi sammenligner 0-3 måneder før med 6-9 måneder efter indsatsens start.**

Figur 6.2 Andelen af borgere, der modtager ACT-indsatsen, som har haft kontakt til psykiatrisk sygehus i perioden op til indsatsen (indsatsgruppen). Særskilt for kontakt i tremånedersperioder i forhold til den dato, hvor ACT-forløbet begyndte. Procent.



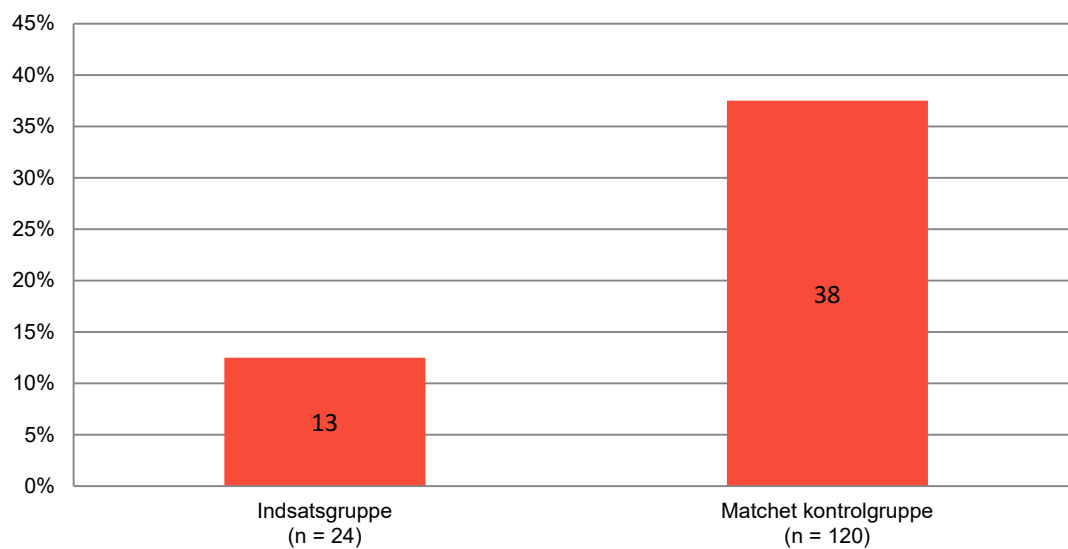
Anm: n24. Rambøll Results, 2017; Landspatientregistret.
 Kilde: Rambøll Results, 2017; Landspatientregistret.

6.3.2 Sammenligning af indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe

Vi kan også sammenligne indsatsgruppen med den matchede kontrolgruppe. Her ser vi på en tremånedersperiode (december 2016 til februar 2017), hvor alle 24 borgere har modtaget ACT-indsatsen i mindst 6 måneder. I denne periode **er det 13 pct. af indsatsborgerne, der har haft mindst én kontakt til psykiatrien.**

Dette tal kan vi sammenligne med den matchede kontrolgruppe, der har haft et lignende antal ambulante kontakter, skadestuekontakter og indlæggelsesdage i perioden op til ACT-indsatsen. **I denne matchede kontrolgruppe er det 38 pct., der har haft mindst én kontakt til psykiatrien i løbet af de tre måneder fra december 2016 til februar 2017. Forskellen mellem indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe er ganske betydelig og statistisk signifikant ($p < 0,05$) – særligt i lyset af, at den matchede kontrolgruppe muligvis er en lidt bedre stillet gruppe i perioden efter ACT-indsatsen, i hvert fald med hensyn til beskæftigelse.** Dette er således **en indikation på, at ACT-indsatsen har mindsket benyttelsen af psykiatriske sygehuse blandt indsatsborgerne.** En mulig fortolkning af resultatet er, at kontakten til ACT-teamet, herunder den tilknyttede psykiater, kan have ført til en stabilisering af borgernes mentale helbred. Resultatet er også helt på linje med progressionsmålingen, som viser, at 59 pct. af borgerne oplever progression i deres psykiske helbred.

Figur 6.3 Andelen af borgere, som har haft kontakt til psykiatrisk sygehus i perioden fra december 2016 til og med februar 2017. Særskilt for indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe. Procent.



Anm.: Forskellen mellem indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe er statistisk signifikant ($p < 0,05$).

Kilde: Rambøll Results, 2017; Landspatientregistret.

7 IMPLEMENTERINGEN AF ACT-METODEN

For at ACT-indsatsen skal skabe positive resultater for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt stofmisbrug kræves der en effektiv og loyal implementering af metoden. I implementeringslitteraturen peges der på en række drivkræfter, som påvirker implementeringen: *organisering, ledelse, mennesker og kontekst* (Durlak & DuPre, 2008; Fixsen m.fl., 2005; Socialstyrelsen, 2015).

At implementere ACT-indsatsen som en del af praksis kræver således ledelsesmæssig bevågenhed, den rette organisering, et ønske om faglig udvikling, opkvalificering og kompetenceudvikling og en dedikeret indsats blandt ledelse og medarbejdere.

Det *centrale formål med kapitlet* er at belyse:

- I hvilken grad de to projektkommuner har implementeret metodens kerneelementer systematisk og loyalt. Dette for at kunne sandsynliggøre, at eventuelle positive resultater i borgernes udvikling kan føres tilbage til ACT-indsatsen.
- Hvilke faktorer i implementeringsmiljøet der har fremmet eller hæmmet implementeringen af indsatsen i de to projektkommuner, herunder også betydningen af ledelse, organisering, samarbejde og medarbejdernes kompetence og kvalifikationer.

Som led i opsamlingen på afprøvningen af ACT-metoden over for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug er der ligeledes udarbejdet en implementeringsguide. I guiden er centrale erfaringer fra projektkommunernes implementering af metoden formidlet i form af gode råd, tips, cases og værktøjer.

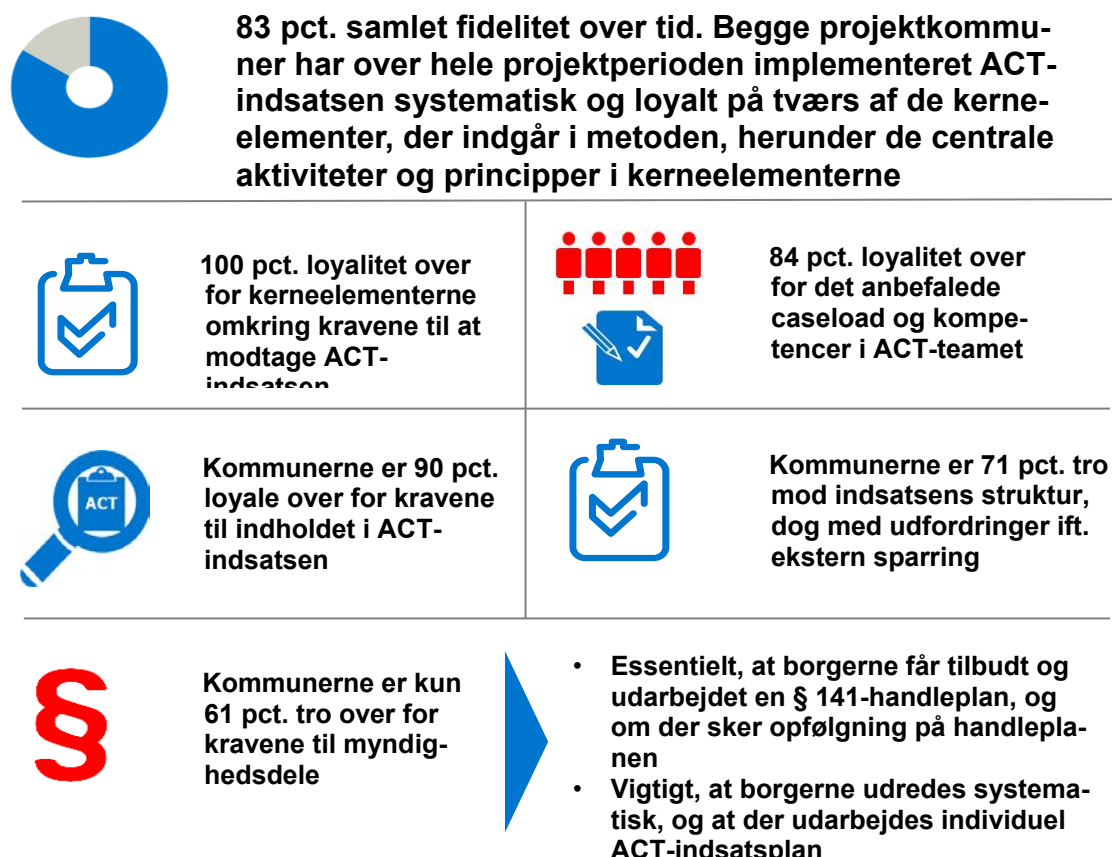
Kapitlet bygger på følgende *metoder og datakilder*:

- Løbende dokumentation af fidelitet i arbejdet med ACT-indsatsen
- Kvalitative interview med ledelse, projektledere og medarbejdere i ACT-teamene i de to projektkommuner.

Som nævnt tidligere er det vigtigt at være opmærksom på, at data til dokumentation af fidelitet i implementeringen af indsatsen er baseret på selvrapporteringer fra de to projektkommuner.

De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår af figur 7.1.

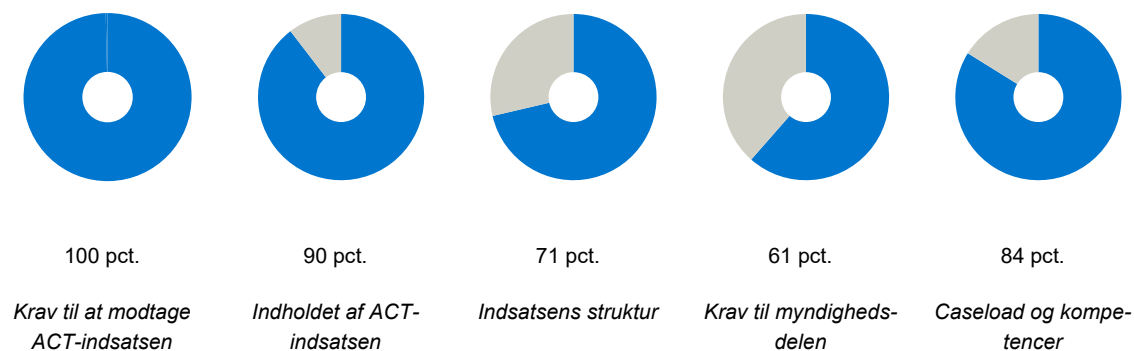
Figur 7.1 De centrale resultater i implementeringen af ACT-indsatsen.



7.1 Projektkommunernes overordnede loyalitet i implementeringen

På baggrund af løbende fidelitetsmålinger, gennemført i de to projektkommuner, kan der tegnes et billede af, hvorvidt ACT-indsatsen er implementeret loyalt, samlet set. Dette ses i figur 7.2.

Figur 7.2 Fidelitet i implementeringen af ACT-indsatsens kernelementer.



Note: Procenttallet angiver, i hvilken grad projektkommunerne er "tro" mod de principper og aktiviteter, som udgør de enkelte temaer. 100 pct. betyder fuld "trofasthed" i forhold til principper og aktiviteter på tværs af kommunerne.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Det ses, at projektkommunerne i deres arbejde med implementeringen af ACT-indsatsen i overvejende grad har været loyale i implementeringen af de fem kerneelementer. Dog er der kerneelementer, der i mindre grad er implementeret med den systematik, som beskrives i manualen for ACT-metoden.

7.1.1 Krav til at modtage ACT-indsatsen

ACT-indsatsen er, som den afprøves i dette projekt, baseret på en recovery-understøttende tilgang. Det er dog helt centralt, at fokus på recovery ikke forskydes til et krav om at sætte mål eller et krav om udvikling og forandring hos borgeren for at kunne modtage ACT-indsatsen.

Figur 7.2 viser, at begge projektkommuner er 100 pct. loyale over for den del af ACT-indsatsen, der omhandler et fokus på, at recovery ikke må forskydes til krav om mål eller en bestemt udvikling blandt borgerne. Data i fidelitetsmålinger viser, at det blandt andet ses ved, at:

- ACT-medarbejdere ikke stiller krav om misbrugs- eller psykiatrisk behandling, for at borgerne kan modtage indsatsen
- ACT-indsatsen i høj grad implementeres på en måde, hvor den bygger på skadesreduktionsprincippet
- ACT-indsatsen i høj grad implementeres således, at borgerne har ret til at vælge og ændre støttens indhold, uden at det har konsekvenser for deres fortsatte støtte fra ACT-teamet
- ACT-medarbejderne i høj grad arbejder vedholdende med at genetablere eller fastholde kontakt med borgerne, hvis de i en periode har været uden kontakt med borgerne.

Boks 7.1 Borgernes oplevelse af den kravløse tilgang.

Vigtigheden af, at der ikke stilles modkrav til borgerne for at modtage ACT-indsatsen, fremhæves af flere af de borgere, som Rambøll og VIVE har interviewet.

De fortæller, at det har stor betydning for deres oplevelse af at udvikle sig i en positiv retning. En borger fortæller: **”Jeg oplevede tidligere, at så snart jeg følte en forbedring i min psykiske tilstand, så blev der stillet krav fra jobcentrets side. Disse krav var meget uoverskuelige og gjorde, at jeg faktisk fik det psykisk dårligt igen”**. Samme borger fortæller ydermere: ”At jeg i ACT-indsatsen ikke mødes af pres for at skulle opfylde bestemte krav, gør, at jeg har fået det bedre, og at jeg har fået en større tro på, at min situation kan ændres til det bedre”.

En anden borger fortæller: **”Jeg vil klart opleve det mindre motiverende at indgå i ACT-indsatsen, hvis det ikke var mig selv, men medarbejderne i ACT-teamet, som sætter dagsordenen for, hvad vi skal arbejde med”**.

Samlet indikerer data således, at ACT-indsatsen til borgerne på tværs af projektkommuner er implementeret på en måde, hvor indsatsen i høj grad bygger på, at medarbejderne i ACT-teamet er den aktive part – **dette på en måde, hvor medarbejderne i ACT-teamet er tålmodige, anerkendende og vedholdende i forhold til at opsøge borgerne, skabe en tillidsfuld relation og være motiverende i forhold til at fastholde kontakten og tilliden mellem dem og borgerne.**

7.1.2 Indholdet i ACT-indsatsen

Værdigrundlaget i ACT-indsatsen er, at støtten fra ACT-teamet tager udgangspunkt i borgernes ønsker og behov og er baseret på en vedvarende dialog med borgerne om deres aktuelle livssituation. Samtidig er der med ACT-indsatsen fokus på at støtte borgerne i selv at håndtere proble-

mer i deres liv og mestre egen hverdag. **Også her viser data fra fidelitetsmålingerne, at begge projektkommuner i høj grad er loyale over for kravene til indholdet i ACT-indsatsen.**

I evalueringens data ses det blandt andet ved, at der i begge projektkommuner i høj grad arbejdes med at iværksætte aktiviteter og tilbud for borgerne i det omfang, borgerne ønsker dette, herunder blandt andet sociale tilbud, misbrugsbehandling og eventuelt psykiatrisk behandling, som kan imødekomme borgernes behov. Dog nævner flere af medarbejderne i de to ACT-teams, at den enkelte borgers komplekse problembillede kan gøre det svært for hende/ham at fokusere på de udfordringer, der er vigtige at tage hånd om på den korte bane, ligesom det kan være en udfordring at motivere til støtte.

Boks 7.3 Medarbejderne i ACT-teamene oplever, at indsatsen er menings- og virkningsfuld.

På tværs af de forskellige medarbejdere i de to ACT-teams er oplevelsen, at det er motiverende at arbejde med indsatsen, og at den bidrager til at styrke engagement, både monofagligt og tværfagligt. De fortæller, at ACT-indsatsen giver dem – og også borgerne – et "drømme-setup", hvor de kan komme tæt på borgerne og følge dem i en længere periode. Det skaber bedre betingelser for at opbygge en relation til borgerne end ved "normale" indsatser, ligesom det giver nogle bedre og mere fleksible rammer, hvilket medarbejderne i ACT-teamene giver udtryk for også skaber en bedre og mere virkningsfuld indsats for borgerne. En medarbejder udtrykker det således: **"Det med, at vi har mulighed for at følge borgerne, det er fedt. Borgerne sejler ikke bare, men der bliver fulgt op på dem. Det er stort, at der er ressourcer til det. Man kan se fremskridt hos borgerne, små fremskridt".**

Med indsatsens fleksibilitet får medarbejderne i ACT-teamene tilbudt friere rammer til at udfolde deres faglighed til gavn for borgerne.

Det er også centralt, at ACT-teamet har kontakt med og vejleder borgernes sociale netværk, eksempelvis familie og venner som led i støtten til borgerne. Også her viser data, at de to ACT-teams arbejder loyalt med indsatsen. Dog viser data, at graden af fidelitet her er en anelse lavere end på nogle af de andre områder.

En mulig forklaring på dette kan være den recovery-orienterede tilgang, hvor ACT-teamet tager udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov. **Den lavere grad af fidelitet på dette område kan således skyldes, at borgerne udtrykker ønske om først at inddrage deres netværk i støtten,** når indsatsen har været i gang i længere tid. Det kan med andre ord være udtryk for, at medarbejderne i ACT-teamet arbejder efter recovery-princippet og først vælger at inddrage borgernes netværk, når borgerne er motiverede og giver udtryk for et ønske om, at netværket skal inddrages. Dog peger medarbejderne i de to ACT-teams selv på, at det er vigtigt **at inddrage borgerens netværk i det omfang, det er muligt. De fortæller, at der her kan være vigtige ressourcer at tage med ind i arbejdet med borgerne.**

7.1.3 Strukturen i indsatsen

ACT-indsatsen skal implementeres på en måde, hvor borgerne modtager vedholdende støtte, ofte over længere tid og inden for flere områder. Samtidig skal indsatsen være fleksibel, fordi borgernes behov for støtte kan ændre sig over kortere eller længere tidsperioder.

Data fra fidelitetsmålinger tegner et billede af, at **ACT-indsatsen i høj grad implementeres, så borgerne oplever en fleksibel indsats, hvor intensiteten i støtten løbende justeres efter deres ønsker og behov.** Ligeledes mødes borgerne med en tværfaglig støtte, hvor de enkelte medarbejdere i ACT-teamet bidrager med deres særskilte ekspertiser.

Data peger også på, at **støttens intensitet er fleksibel, og at den ydes og justeres efter borgernes behov og ønsker – og samtidig vedholdende og positivt insisterende**. Data giver også et klart indtryk af, **at medarbejderne i ACT-teamet arbejder som et tværfagligt team og ikke som individuelle medarbejdere**. Det vil sige, at alle i teamet deler ansvaret for den enkelte borger, og at den enkelte medarbejder i teamet bidrager med sin ekspertise, når det er relevant.

Boks 7.2 Den gode relation og den insisterende tilgang som hjørnesten i den effektfulde indsats.

Blandt medarbejderne i de to ACT-teams er der en bred konsensus om, at den gode relation mellem ACT-medarbejdere og borgeren er afgørende for at skabe en virkningsfuld indsats. Medarbejderne fortæller, at mange borgere har mange dårlige oplevelser med "systemet", hvor de ikke har følt sig hørt. Relationsdannelsen bliver derfor et bærende element til at opbygge den fornødne tillid, før borgerne er villige til at åbne op og give medarbejderen lov til at arbejde med dem. Som en medarbejder udtrykker det: **"Relationen til borgeren er helt central, og der skal være en god relation for, at vi overhovedet kan komme nogen vegne"**.

Ifølge ACT-medarbejderne er et af de afgørende elementer i etableringen af den gode relation den insisterende tilgang, hvor medarbejderne ikke giver op over for borgeren, men bliver ved med at kontakte hende/ham – også selvom de gang på gang møder en slukket telefon eller en lukket dør. Den insisterende tilgang er således med til at få borgeren til at føle, at ACT-medarbejderne faktisk vil dem, også selvom borgeren ikke altid har det fornødne overskud eller lyst til at snakke med medarbejderne. Opbygningen af den gode relation kan dermed være et langt og vedholdende træk. Eksempelvis udtrykker en medarbejder, at **"ting tager tid. Det har taget halvandet år at opbygge tillid hos en borger og få ham til at komme med nogle ønsker, som han ikke har haft tidligere. Der skal meget til, før han har tillid til folk, især kommunalarbejdere."**

Dataene viser dog, at **der kun i mindre grad er regelmæssig supervision af medarbejderne i de to projektkommuners ACT-teams**. Det er dog vigtigt at påpege, at der i beskrivelsen af ACT-indsatsen heller ikke er et eksplicit krav om, at der sker en regelmæssig supervision af medarbejderne, eksempelvis ved en ekstern psykolog.

7.1.4 Krav til myndighedsdelen

Med henblik på at sikre borgerne den rette indsats, er det afgørende, at der sker en systematisk udredning af borgernes støttebehov. Samtidig skal der som led i indsatsen udarbejdes en individuel § 141-handleplan med henblik på at øge borgerinddragelse og styrke borgernes selvbestemmelse samt sikre, at indsatsen er individuelt tilpasset borgernes ønsker og behov.

Som det også fremgår i barometrene i figur 7.2 over projektkommunernes fidelitet, tegner data et billede af, at der **har været udfordringer i forhold til arbejdet med borgernes § 141-handleplaner**. Dette er dog dels imødegået via arbejdet med voksenudredningsmetoden, dels ved at borgerne udredes systematisk i forhold til deres sociale og sundhedsmæssige problemer, dels ved at der på den baggrund udarbejdes en individuel ACT-indsatsplan, som sætter retning og mål for indsatsen over for borgerne.

7.1.5 Caseload

Data viser, at der, som anbefalet i udgangspunktet, maksimalt har været maksimalt 10 borgere tilknyttet den enkelte fulltidsmedarbejder i ACT-teamet. Blandt de ACT-medarbejdere, som har den primære kontakt med borgerne, anses den lave caseload som afgørende for, at medarbejderne kan tilbyde en fleksibel og vedholdende indsats over for borgerne. **Data viser også, at der i begge projektkommuner har været begrænsninger i forhold til fleksibiliteten i**

den støtte, som borgerne mødes med. Således har det i praksis kun været i nogle tilfælde, at borgerne kan få kontakt til en medarbejder fra ACT-teamet uden for normal åbningstid. Dog peger de borgere, som Rambøll og VIVE har interviewet, på, at de oplever fleksibilitet og en tryghed i, at de i visse tilfælde kan få kontakt til de centrale medarbejdere i ACT-teamet uden for åbningstid, hvis der opstår et behov, fx via SMS eller telefonisk kontakt.

7.1.6 Kompetencer

Data fra fidelitetsmålingerne viser også, at begge projektkommuner i høj grad har sikret, at borgerne mødes af et ACT-team, hvor de rette støtte- og behandlingskompetencer er til stede. Denne spændvidde i de faglige kompetencer har, ifølge medarbejdere i teamet, gjort det muligt at yde en specifik og målrettet støtte og behandling til borgerne, som møder deres forskelligartede problematikker.

Boks 7.2 Kompetencer i de to projektkommuners ACT-teams

I den ene projektkommune er ACT-teamet sammensat af:

En teamleder, der også indgår som socialfaglig medarbejder, og som er ansat 37 timer i ACT-teamet. Herudover består teamet af en misbrugsbehandler (15 timer om ugen), en sygeplejerske (30 timer om ugen), to socialfaglige medarbejdere (hver 37 timer om ugen), en sagsbehandler fra jobcentret (23 timer ugentligt) samt en psykolog (5 timer ugentligt) og en psykiater (7 timer om måneden).

I den anden projektkommune er ACT-teamet sammensat af:

To projektledere, henholdsvis en administrativ og en faglig projektleder (hver 20 timer ugentligt). Endvidere er teamet sammensat af tre bostøttemedarbejdere (37 timer om ugen), en beskæftigelseskonsulent (to dage om ugen), en socialrådgiver (7 timer om ugen), en misbrugskonsulent (7 timer om ugen) og en psykiater (7 timer om ugen).

Dog har der i opstartsperioden i begge projektkommuner været udfordringer med at sammensætte ACT-teamet med de rette kompetencer. Det skyldtes dels, at ledelsen fra de forskellige dele af den kommunale forvaltning først blev involveret i arbejdet med ACT-indsatsen sent, dels at kommunerne oplevede vanskeligheder med at få rekrutteret en psykiater til teamet.

For at udnytte fordelene ved et ACT-team med forskellige og komplementære kompetencer er det væsentligt, at de forskellige medarbejdere med forskellige kompetencer også har en nogenlunde fast tilknytning til teamet. Således fortæller projektlederne i de to projektkommuner, at det er afgørende for en effektiv implementering ikke blot at have de rette kompetencer i teamet, men også, at disse kompetencer har de ressourcer, der skal til for at møde borgerne efter principperne i ACT-indsatsen. På den ene side fortæller projektlederne, at heltids-ACT-medarbejdere kan drage fordel af at fokusere fuldt på indsatsen og ikke skulle skifte mellem forskellige indsatser, hvilket giver medarbejdere muligheden for at blive "ACT-eksperter", ligesom det kan skabe et mere forankret team, som også understøtter det tværfaglige perspektiv på indsatsen. På den anden side fortæller projektlederne også, at der kan være nogle organisatoriske fordele ved, at ACT-medarbejderne er tilknyttet på deltid. Ved at ansætte deltids ACT-medarbejdere spredes viden om metoden ud på flere medarbejdere. Dette gør forankringen af viden mere stabil i forhold til medarbejderudskiftninger og optimerer muligheden for, at viden om ACT-metoden forbliver inden for organisationen

Boks 7.3 Udfordring med deltidsansatte medarbejdere i teamet.

En udfordring for ACT-samarbejdet – som flere ACT-medarbejderne peger på – er, at flere af medarbejderne kun er tilknyttet projektet få timer om ugen, da en høj mødefrekvens hurtigt kan opbruge den tid, som flere af medarbejderne er ansat til, hvorved deres mulighed for at yde en fleksibel indsats over for borgerne bliver indskrænket. Eksempelvis fortæller de i en af projektkommunerne, at de i forløbets opstart havde tilknyttet to misbrugskonsulenter, hvis timer blev "ædt" op af møder. En medarbejder fra den anden projektkommune siger da også, at det kan være svært at være fleksibel, når man kun arbejder én dag om ugen på ACT.

Dog uddyber flere af medarbejderne, at de overkommer dette ved at arbejde mere i uger, hvor der er behov for det, og tilsvarende mindre i andre uger. Eksempelvis uddyber en socialrådgiver, at hun **"lægger møder ind, når det passer i min kalender. Jeg kan bruge 35 timer om ugen, hvor jeg arbejder intensivt på ACT, og næsten ikke i den næste uge. Ledelsen bakker op om det"**.

Begge kommuner har endelig over tid opfyldt kravet om, at ACT-teamet har en fast teamleder, som har det administrative ansvar samt vejledningsansvar for teamet. Medarbejderne i ACT-teamet fortæller, **at en fagligt stærk teamleder er afgørende for at sikre, at indsatsen bliver implementeret og udført loyalt over for ACT-metodens principper. I begge projektkommuner fremgår det også af data, at der regelmæssigt holdes teammøder.** Erfaringen blandt medarbejderne i ACT-teamet og blandt projektlederne er, at teammøderne bidrager til, at medarbejderne opnår en fælles forståelse af den enkelte borger, og at dette understøtter en sammensat og helhedsorienteret indsats over for borgerne med udgangspunkt i borgernes situation og behov.

7.2 Ledelse, organisering og medarbejdere og kompetencer

At implementere ACT-indsatsen som en del af praksis kræver ledelsesmæssigt fokus, understøttende organisering og samarbejde samt et ønske om faglig udvikling, opkvalificering og kompetenceudvikling og en dedikeret indsats blandt ledelse og medarbejdere.

Boks 7.4 ACT-indsatsernes organisatoriske og lovgivningsmæssige forankring

I *Skanderborg Kommune* er ACT-indsatsen organisatorisk forankret i Beskæftigelses- og Sundhedsforvaltningen under Kompetencecenter Skanderborg, mens det lovgivningsmæssigt er forankret under loven om aktiv beskæftigelse (LAB). De forskellige medarbejdere i ACT-teamet kommer fra tre forskellige søjler i Beskæftigelses- og Sundhedsforvaltningen, henholdsvis jobcenteret, sundhedsfremmecedret, rusmiddelcentret og Kompetencecenter Skanderborg. Herudover er der eksternt tilknyttet en psykolog og en psykiater. Projektets styregruppe består af repræsentanter fra de tre søjler samt projektlederen og den faglige leder.

I *Københavns Kommune* er ACT-indsatsen fysisk placeret i Botilbuddet Tranhavegård, der ligger under Københavns Kommunes Socialforvaltnings Center City, som er et af fem socialpsykiatriske centre i kommunen. Indsatsen dækker dog hele kommunen. I styregruppen sidder der, ud over lederen af Center City og de to projektledere, to repræsentanter fra Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, en repræsentant fra Misbrugscentret og en repræsentant fra Borgercenter Voksen i Socialforvaltningen.

7.2.1 Ledelse

Data fra evalueringen tegner et billede af, at der i begge projektkommuner er sikret en ledelsesmæssig forankring af arbejdet med ACT-indsatsen bredt i forvaltningen til understøttelse af imple-

menteringen. Endvidere fremgår det, at der har været ledelsesopbakning til arbejdet med ACT-indsatsen – jf. figur B7.1 i bilagsmaterialet.

Projektlederne i de to projektkommuner giver også udtryk for, at tværfagligt sammensatte styregrupper, eksempelvis med repræsentanter fra jobcentret, misbrugsbehandling, socialpsykiatrien og beskæftigelsesforvaltningen, har bidraget til at understøtte implementeringen af ACT-indsatsen. Det har bidraget til, at ledelsen i forvaltningen, hvor ACT-indsatsen er forankret, prioriterer og synliggør valg af tilgang og samarbejds måder, fx ved at understøtte udbredelsen af recovery. Herudover har de tværfaglige styregrupper haft en rolle i at afklare snitflader, roller og ansvar mellem de forskellige ledelsesniveauer, der er involveret i arbejdet med ACT-indsatsen og været med til at understøtte implementeringen af indsatsen og rykke ved ”traditionelle” arbejdsgange i forhold til arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.

Endelig ses det også af figur B7.1 i bilagsmaterialet, at ledelsen i høj grad bakker op om og understøtter implementeringen af ACT-indsatsen. Det har, ifølge projektlederne og medarbejderne i de to projektkommuners ACT-teams, bidraget til, at tilgangen og værdigrundlaget i ACT-indsatsen har vundet indpas i store dele af den kommunale forvaltning. I en af kommunerne har man dog erfaret, at det i indsatsens opstartsfasen var vanskeligt at få ledelsen i forvaltningen med på idéen om ACT-indsatsen. Ifølge projektlederen og medarbejderne i ACT-teamene skyldtes det dels, at de ledere, som var udset til at have en rolle i implementeringen af indsatsen, ikke var involveret i udformningen af projektansøgningen, dels manglende kommunikation til relevante ledelseslag i opstarten af implementeringen.

7.2.2 Medarbejdere og kompetencer

Data fra evalueringen indikerer, at projektkommunerne samlet set i en rimelig grad har sikret, at de medarbejdere, der skal arbejde med ACT-indsatsen, har fået undervisning i udførelsen af metoden. Data viser også, at medarbejderne i høj grad vurderes at have de nødvendige professionelle kompetencer til at arbejde med ACT-indsatsen og de centrale kerneelementer samt målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug - jf. figur B7.2 i bilagsmaterialet.

I begge projektkommuner har man erfaret, at det er vigtigt, at den teoretiske undervisning i ACT-metoden understøttes, dels af praksisnær læring og afprøvning, dels af praksisnære materialer og vejledninger, som kan understøtte medarbejderne i ACT-teamene i den konkrete omsætning af indsatsen. Medarbejderne pointerer dog, at det er meget vigtigt, at man som ny medarbejder får en grundig indførelse i ACT-indsatsen som helhed. Eksempelvis beskriver nye medarbejdere, at de til tider har oplevet en utilstrækkelig indføring i metoden og arbejdsgange som helhed. I den ene projektkommune har man oplevet en stor udskiftning af medarbejdere grundet ledelsesmæssig uklarhed om, hvilke faglige og personlige kompetencer ACT-teamet skulle bestå af. Projektlederne fortæller således, at der er et behov for en klar plan for, hvordan nye medarbejdere klædes på, og hvordan de får det nødvendige indblik i projektet.

Samlet set giver medarbejderne i projektkommunerne klart udtryk for, at de har haft den fornødne faglige viden og de nødvendige kompetencer til at kunne gennemføre indsatsen. I den forbindelse lægger medarbejderne vægt på, at det er meget motiverende og fagligt tilfredsstillende at få lov til at arbejde helhedsorienteret med borgerne i et dynamisk og koordinerende team, hvor de nødvendige kompetencer til at understøtte borgeren er til stede, og hvor man kan byde ind med sin egen specialiserede faglighed.

Boks 7.5 Komplementære kompetencer og respekt for fagfagligheden.

At arbejde tæt sammen i et team, bestående af mange forskellige fagkompetencer, giver – ifølge ACT-medarbejderne – unikke muligheder i forhold til arbejdet med den enkelte borger. Det gør, at teamet kan reagere hurtigt og dermed effektivisere indsatsen. Samtidig ses borgerens situation fra forskellige faglige perspektiver, hvor de enkelte kompetencer komplementerer hinanden og sikrer, at man vælger den bedst mulige indsats over for borgeren. Som en medarbejder udtrykker det, sikrer de mange fagligheder i teamet, at **”vi kan fx træffe en beslutning her rundt om bordet. Det er vigtigt, at vi samler funktionerne og gør det effektivt. Vi kan kvalificere indsatsen og samtidig reagere superhurtigt, monofagligt og tværfagligt”**.

ACT-medarbejderne lægger endvidere vægt på, at det er afgørende for et godt samarbejde i teamet, at medarbejderne udnytter og respekterer hinandens fagligheder. De enkelte medarbejdere er således kun eksperter på deres egne fagområder og bringer kun deres faglighed i spil, når det er relevant. Som en medarbejder udtrykker det, skal **”vi jo ikke være fællesfaglige, men tværfaglige. Selvom jeg kender svaret på jobkonsulentens område, sidder hun med det, og vi har respekt for, hvad vi sidder med hver især. De er lige så meget mine konsulenter”**. Arbejdsdelingen giver, ifølge ACT-medarbejderne, borgerne en følelse af at blive mødt af hele det faglige spektrum, og dermed en følelse af, at de bliver støttet på alle områder i deres liv.

Erfaringer viser også, at det er afgørende at sikre en tilstrækkelig afklaring af roller og ansvar mellem medarbejderne i ACT-teamet, inden et indsatsforløb med borgerne startes op. I begge projektkommuner har de blandt andet haft gode erfaringer med at udarbejde konkrete funktionsbeskrivelser for de enkelte medarbejdere i ACT-teamet. Ifølge projektlederne i begge kommuner er det med til at gøre det tydeligt, hvem der har hvilke roller i borgernes indsats.

7.2.3 Organisering og samarbejde

Data fra evalueringen tegner også et billede af samarbejdet mellem forskellige parter i den kommunale forvaltning og den regionale behandlingspsykiatri, herunder også, hvordan organiseringen i de to projektkommuner har understøttet samarbejdet – jf. figur B7.3 i bilagsmaterialet.

Generelt giver projektlederne og medarbejdere i de to projektkommuner ACT-team udtryk for, at der er et velfungerende tværfagligt samarbejde om indsatsen. Dette ses også ved den relativt høje score, der kan spores på tværs i figur B7.3 i bilagsmaterialet, som udtrykker projektledernes og medarbejdernes egen vurdering af samarbejdet i kommunen omkring ACT-metoden.

Figuren viser imidlertid, at der har været udfordringer med at få etableret et velfungerende samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri (jf. sidste søjle i figur B7.3 i bilagsmaterialet). En del af forklaringen på dette er, at de i regionen ikke har kunnet finde ressourcer til, at en psykiater kunne indgå i ACT-teamet. I stedet har de i den ene kommune valgt at indgå et samarbejde med en privatpraktiserende psykiater, som indgår på deltid i ACT-teamet, mens den anden kommune, efter en lang opstartsperiode, fik ansat en psykiater til at indgå i teamet en dag om ugen.

I den ene af kommunerne er oplevelsen dog, at der er etableret et godt samarbejde med udskrivningskoordinatoren i den regionale behandlingspsykiatri. Det har medvirket til, at flere borgere henvises fra behandlingspsykiatrien til ACT-indsatsen i forbindelse med udskrivning fra psykiatrisk behandling. I begge kommuner udtrykker projektlederne, at det vil være en fordel, hvis psykiateren i teamet har kompetencer til at udrede og iværksætte medicinsk behandling til borgerne. Ifølge projektlederne vil det reducere den ventetid, som borgerne oplever i forbindelse med dette.

Ligeledes peger figur B7.3 i bilagsmaterialet på, at der undervejs i forløbet har været nogle mindre udfordringer forbundet med samarbejdet om indsatsen mellem forskellige dele af den kommunale forvaltning. Medarbejdere fra ACT-teamet og projektlederen i en af kommunerne udtrykker i de kvalitative interview, at de undervejs i forløbet oplevede samarbejdsvanskeligheder med kommunens ydelseskantor omkring borgernes økonomi. Vanskelighederne ses ved et forskelligt syn på, om borgerne kan bevilges enkelttydelser i perioder, hvor hun/han er udfordret økonomisk, eksempelvis til betaling af medicin mod fysiske sygdomme. Ifølge medarbejderne i ACT-teamet er ydelseskantoret mindre villigt til at imødekomme borgerens ønsker. En vigtig pointe i at skabe det gode samarbejde er således, at der imellem de forskellige forvaltninger og samarbejdspartnere udbredes en viden om og en forståelse af ACT-metoden og de rammer, som teamet arbejder under. Herigennem vil man kunne forebygge, at arbejdet med borgeren modarbejdes i andre dele af det kommunale system.

I forhold til selve organiseringen peger medarbejderne i de to projektkommuners ACT-teams på, at det i perioder har været en udfordring, at arbejdet med ACT-indsatsen har været forankret i beskæftigelsesforvaltningen – eller har været tæt knyttet til beskæftigelsesområdet – hvor der arbejdes efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB). Erfaringen er her, at det i perioder har modvirket værdigrundlaget og kerneelementerne i ACT-indsatsen. Projektlederne peger på, at krav om faste kadencer for mødepligt for borgerne og krav til aktivitetsniveau og udvikling, som gælder for beskæftigelsesområdet, har udfordret implementeringen af en ACT-indsats, hvor det er borgeren, der er med til at fastslå indholdet, og hvor borgernes ønsker og behov er omdrejningspunktet for indsatsen.

Omvendt peger erfaringerne fra den ene kommune på, at det også har været en drivkraft, at indsatsen har været tæt på jobcentrene. Her fortæller projektlederne og medarbejderne i ACT-teamet, at kommunens relativt lille størrelse medvirker til, at sagsbehandlerne i jobcentrene allerede har et godt kendskab til borgerne i målgruppen. **De vurderer, at forankringen i beskæftigelsesregi har været en drivkraft, særligt for arbejdet med opsporing og rekruttering af borgere.** Endelig peger projektlederen fra den anden kommune på, at det også handler om, at viden om de respektive indsats, fx på beskæftigelsesområdet og socialområdet, blandt ACT-medarbejderne omsættes på en måde, så borgerne trods forskellige krav og lovgivninger mødes med en borgernær og borgerrettet indsats, også i et beskæftigelsesøjemed.

8 ØKONOMISK EVALUERING

Vi har tidligere set, at ACT-indsatsen har positive konsekvenser for mange af deltagerne, blandt andet oplever ACT-borgerne forbedret psykisk trivsel samt reduktion i deres misbrug (kapitel 5). Derudover benytter ACT-borgerne den regionale behandlingspsykiatri mindre, sammenholdt med en sammenlignelig kontrolgruppe uden ACT-forløb (kapitel 6).

Et **overblik over omkostningerne, forbundet med ACT**, er et vigtigt element i den samlede vurdering af indsatsen. Det giver et grundlag for at kende de økonomiske konsekvenser ved en større udbredelse af ACT. Denne samfundsøkonomiske evaluering skal derfor undersøge, hvordan **prisen på et gennemsnitligt ACT-forløb** ser ud, sammenholdt med udgifter ved den eller de indsatser, som borgerne ellers ville have modtaget. Den økonomiske evaluering i denne rapport er begrænset af en relativt **kort opfølgingsperiode** (fra december 2015 til juni 2017), fordi der kun er foretaget tidsregistrering i denne periode. Det giver dels nogen **usikkerhed omkring de estimerede omkostninger** og dels **ikke mulighed for at beregne de langsigtede effekter af ACT**.

Det centrale formål med kapitlet er at evaluere de samfundsøkonomiske perspektiver af ACT-indsatsen på to måder:

- Ved at sammenligne udgifter ved ACT med udgifter ved standardindsatsen
- Ved at sammenligne eventuelle gevinster ved ACT, relateret til beskæftigelse samt reduktion i forbrug af psykiatriske sundhedsydelser hos ACT-borgere, sammenholdt med hhv. beskæftigelsen samt forbruget af psykiatriske sundhedsydelser i en matchet kontrolgruppe.

Kapitlet bygger på følgende *datakilder og metoder*:

- Løbende målinger af drift- og implementeringsomkostninger ved ACT-indsatsen
- Omkostninger for sædvanlig praksis, baseret på beregninger fra de to projektkommuner.

De væsentligste konklusioner fremgår af figur 8.1.

Figur 8.1 Væsentligste konklusioner i den samfundsøkonomiske evaluering af ACT-indsatsen.



Den samfundsøkonomiske evaluering viser, at lønudgifterne til ACT-indsatsen inklusive 15 pct. overhead beløber sig til ca. **107.000 kr. pr. borger pr. år**.

Vi har også beregnet udgifter til ACT-borgernes psykiatriske sygehusforbrug i en tremånedersperiode og sammenlignet dem med udgifterne, der er forbundet med en matchet kontrolgruppes psykiatriske sygehusforbrug.

Denne analyse viser, at selv om andelen med en psykiatrisk kontakt i opfølgingsperioden er signifikant lavere i ACT-gruppen end hos de matchede kontroller, er **omkostningerne forbundet med de to grupper psykiatriske kontakter stort set ens**. Der er dog **stor usikkerhed knyttet til estimerne**, fordi kun tre borgere i ACT-gruppen havde kontakt til psykiatrien i opfølgingsperioden.

8.1 Data

Data om ACT-medarbejdernes tidsforbrug er indsamlet i perioden fra december 2015 til juni 2017 fra alle allokerede medarbejdere i ACT-teamene i København og Skanderborg. På ugentlig basis har personalet registreret tid brugt på:

- borgerkontakt (besøg/møder, telefonisk kontakt, SMS, e-mail)
- koordinering og samarbejde (møder internt i ACT-teamet, koordinering med øvrige samarbejdspartnere)¹⁴

Registreringerne af tidsforbrug er gennemført som ugentlige spørgeskemabesvarelser, udfyldt af alle medlemmer af det enkelte ACT-team. Tidsforbruget er specificeret på enkelte opgaver og registreret i minutter pr. uge. ACT-medarbejderne har også ugentligt registreret antallet af normerede ansættelsestimer i ACT-teamet pr. måned.

Lønsatser for de forskellige personalegrupper er baseret på udtræk af gennemsnitlig bruttoløn (inkl. pension) fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL 2017) for januar 2016 for det kommunale område. Løn er trukket som gennemsnitsløn for de forskellige medarbejderkategorier (se tabel B8.1 for de anvendte satser). Grundet den forholdsvis korte projektperiode har vi valgt ikke at korrigere lønsatserne for inflation. Til beregning af tidsforbrug har vi anvendt både personalets selvrapporterede tidsforbrug og de antal timer, som personalet oplyser at være ansat i ACT-timet pr. måned. Tidsforbrug er summeret pr. medarbejder for hele perioden og derefter ganget med den skønnede bruttoløn pr. tidsenhed for den pågældende medarbejdergruppe. De samlede lønomkostninger er opgjort pr. år for hele ACT-indsatsen. Bruttolønninger pr. måned er omregnet til en timesats ved at dividere med 160,33, som er det månedlige antal arbejdstimer i en almindelig fuldtidsstilling.

Data om ACT-borgernes sundhedsydelsesforbrug er hentet fra Landspatientregisteret (LPR) og afgrænset til ambulante kontakter og indlæggelser i psykiatrien i perioden december 2016 til og med februar 2017. Taksterne for de psykiatriske kontakter er hentet fra Sundhedsdatastyrelsen (2016, s. 27).

8.2 Resultater

8.2.1 Lønomkostninger for ACT-teamet

De 62 borgere, som har modtaget ACT-indsatsen, har samlet set modtaget ACT-indsatsen i en periode svarende til 63,8 personår mellem december 2015 og juni 2017.

ACT-personalets selvrapporterede tidsforbrug viser, at der i perioden fra december 2015 til juni 2017 er brugt 6.496 timer på direkte borgerkontakt og på koordinering omkring ACT-indsatsen med andre parter. Det svarer til 26 pct. af de 24.916 timer, hvor personalet er ansat i ACT-teamet i perioden. Projektlederne er den eneste medarbejdergruppe, der registrerer, at de bruger længere tid på direkte borgerkontakt og koordinering end det timetal, med hvilket de er tilknyttet ACT-teamet i deres ansættelse (se tabel B8.1 for detaljer).

14. Fx botilbud, andre forvaltninger, beskæftigelsesindsatser, psykiatri, sundhedssektor (læge, tandlæge, sygehus) og frivillige organisationer, osv.

I de fortsatte beregninger har vi valgt at tage udgangspunkt i ansættelsestiden, undtagen for projektlederne, hvor vi beregner omkostningerne på baggrund af den faktisk anvendte tid og ikke den formelle ansættelsesnorm.

Hvis vi summerer projektledernes registrerede tid med ansættelsesnormen for øvrige medarbejdergrupper, finder vi, at der er brugt 24.963 timer i de to ACT-teams fra december 2015 til juni 2017. Det skønnes at koste omkring 6 mio. kroner i bruttolønninger til ACT-personalet, hvilket svarer til 93.431 kr. pr. borger pr. år. Skanderborg og Københavns kommuner har oplyst forskellige overhead-satser. I den fælles beregning anvender vi et tillæg på 15 pct.¹⁵ Når vi inkluderer et overhead på 15 pct. til lønudgifterne, når den samlede pris for ACT op på **107.446 kr. pr. borger pr. år.**

Som beskrevet i kapitel 7 oplevede begge kommuner udfordringer med at rekruttere en psykiater til ACT-teamet. I det ene team indgik en psykiater med 7 timer om ugen, mens der i det andet team indgik en psykiater med 7 timer om måneden. I begge teams var timetallet for psykiateren dermed forholdsvis lavt. Hvis vi i stedet beregner **prisen for ACT-indsatsen med en psykiater, ansat på deltid (50 pct.), ville prisen for indsatsen være 131.500 kr. pr. borger pr. år.**

8.2.2 Omkostninger til alternative indsatser

For at give et billede af, hvorvidt omkostningen for ACT er "høj" eller "lav", har vi bedt Skanderborg og Københavns kommuner om at estimere udgifterne for de indsatser, som borgerne i målgruppen for ACT typisk ellers vil få. Priserne for disse alternative indsatser fremgår af tabel 8.2. Det er dog vigtigt at have in mente, at vi baserer vores beregning af omkostningen for ACT på lønudgifter inklusive overhead. Priserne i tabel 8.2 baserer sig på oplysninger om takster for forskellige ydelser fra projektkommunerne og kan dermed inkludere andre omkostninger end lønudgifter inklusive overhead. Det er derfor ikke sikkert, at disse priser er helt sammenlignelige med den beregnede omkostning for ACT.

Derudover er målgruppen for indsatsen borgere, der kun vanskeligt eller slet ikke kan benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser. Der kan derfor sættes spørgsmålstegn ved, om samtlige borgere i målgruppen ville deltage i kontinuerlige indsatser, hvis de ikke deltog i ACT. Hvis borgerne slet ikke modtager en indsats, eller hvis de kun modtager indsatser sporadisk, bliver kommunernes omkostninger for borgerne i målgruppen selvfølgelig lavere på kort sigt, men sandsynligvis på bekostning af borgernes livskvalitet. På langt sigt kan mangel på virkningsfulde indsatser derudover øge borgernes fremtidige forbrug af dyre ydelser og foranstaltninger, som fx aktivering af akut beredskab, tilbud for hjemløse mv. (Rambøll, 2016b).

Hvis målgruppen af borgere for ACT-indsatsen skulle tilbydes en alternativ indsats, har Skanderborg og Københavns kommuner indberettet forskellige alternative indsatser med tilhørende økonomiske takster. Det fremgår af tabel 8.2, at der i de to kommuner er stor forskel på, hvilke alternative indsatser de ville have tilbudt tilsvarende borgere i målgruppen (hvis ACT ikke var der). Derudover er taksterne meget forskellige på tværs af kommunerne. I Skanderborg Kommune vil borgerne i målgruppen fx blive tilbudt bostøtte til 177.025 kr. pr. borger pr. år samt pakken 'Indsatsklar', som indeholder undervisning og individuelle samtaler til 70.000 kroner pr. borger pr. år. En del af målgruppen vil også modtage misbrugsbehandling til ca. 16.000 kroner pr. borger pr. år

15. I udgifterne til standardindsatsen i Skanderborg Kommune er der inkluderet 20 pct. overhead. I Københavns Kommune er satsen på 12 pct. Det omfatter imidlertid også udgifter til projektledelse. Vi har inkluderet projektledertimer i beregningen af udgifterne til ACT. Samlet set udgør projektlederlønningerne ca. 1 pct. af de samlede lønomkostninger. Derfor anvender vi en overhead-sats på 15 pct., svarende til gennemsnittet af 12 pct. og 20 pct., fratrukket 1 pct. til projektledelse.

(alle tal inkl. overhead). I Københavns Kommune regner man med, at ACT i et typisk scenarie vil erstatte en beskæftigelsesindsats til ca. 39.325 kroner pr. borger pr. år samt et botilbud (enten i egen bolig eller i bofællesskab efter § 107) eller hjemmevejledning. Grundet de store forskelle på tværs af de to kommuner samt usikkerheden vedrørende, i hvor høj en grad kommunernes takster er sammenlignelige med de beregnede omkostninger for ACT, er det ikke muligt at foretage en tværgående økonomisk analyse.

Tablet 8.1 Estimat af omkostninger for alternative indsatser i Skanderborg og Københavns kommuner. Kroner.

Indsats	Pris, kr. pr. borger pr. år
<i>Skanderborg Kommune</i>	
Bostøtte	177.025
Indsatsklar ¹	77.000
Misbrugsbehandling	16.000
<i>Københavns Kommune</i>	
Beskæftigelsesindsats	39.325
Hjemmevejledning	50.669
Botilbud i bofællesskab	160.133
§ 107-botilbud	254.890

Note: 1. Pakken "Indsatsklar" indeholder undervisning og individuelle samtaler.

8.2.3 Beskæftigelse og kontakter til den regionale behandlingspsykiatri

Som vist i kapitel 6 fandt vi ingen statistisk signifikante effekter i forhold til beskæftigelse for ACT-borgerne. På kort sigt kan vi dermed ikke forvente en gevinst relateret til øget beskæftigelse og/eller reduktion i antallet af borgere, der modtager sociale ydelser på grund af ACT-indsatsen. Matchinganalysen i kapitel 6 viste dog en reduktion i antallet af psykiatriske kontakter i ACT-gruppen, sammenholdt med en matchet kontrolgruppe, når der ikke skelnes mellem indlæggelsesforløb og ambulante besøg. I denne analyse indgik kun 24 borgere i ACT-gruppen, og kun 13 pct. af disse borgere havde kontakt til psykiatrien efter indsatsen, hvor andelen blandt den matchede kontrolgruppe var 38 pct.

På trods af den store forskel i andelen af borgere med psykiatriske kontakter i ACT- og kontrolgruppen i sammenligningsperioden er **de samlede omkostninger forbundet med psykiatriske indlæggelser og ambulante kontakter i de to grupper hverken substantielt eller statistisk signifikant forskellige fra hinanden**. Det skyldes primært, at meget få personer i ACT-gruppen har haft forholdsvis mange indlæggelsesdage, mens personerne i kontrolgruppen primært har haft få ambulante kontakter.¹⁶ Da indlæggelsesdage er væsentligt dyrere end ambulante kontakter, er der samlet set under 2.000 kr. i forskel på den gennemsnitlige udgift forbundet med psykiatriske kontakter pr. borger i ACT-gruppen, sammenlignet med kontrolgruppen.¹⁷ Samlet set har ACT-indsatsen dermed på kort sigt ikke resulteret i gevinster eller besparelser, grundet øget beskæftigelse eller reduktion i omkostninger for psykiatriske kontakter for borgerne i indsatsen.

16. Grundet anonymiseringshensyn kan vi ikke beskrive omfang og type af psykiatriske kontakter i de to grupper i flere detaljer.

17. Indlæggelsesdage er takseret med 3.628 kr.; ambulante behandlinger og skadestuebesøg er takseret med 1.815 kr. (Sundhedsdatastyrelsen, 2016).

LITTERATUR

- Aagaard, J. & K. Müller-Nielsen (2011): "Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: A case-control study with a 2-year follow-up". *Nordic Journal of Psychiatry*. 65, s. 299-305.
- Babor, T.F., J. Higgins-Biddle, C. Saunders, J.B. Monteiro & B. Maristela (2001): *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Genève: World Health Organization.
- Benjaminsen, L., I.K. Nielsen, M.S. Møller & A. Amilon (2017): *Assertive Community Treatment (ACT) – metodebeskrivelse. For borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug og omfattende tværfagligt støttebehov*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen, (2015): *Hjemløshed i Danmark 2015*. National kortlægning. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 15:35.
- Benjaminsen, L. (2017): *Hjemløshed i Danmark 2017. National kortlægning*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M.T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther (2017): *Housing First i Danmark – Evaluering af Implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: Rambøll & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 17:03.
- Berman, A.H, H. Bergman, T. Palmstierna & F. Schlyter (2003): *DUDIT manual*. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience. Section for Alcohol and Drug Dependence Research.
- Davidson, M., P.V. Pedersen, M. Holst & K. Juel (2013): *Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012: Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Davidson, S., K. Sewel, D. Tse, Ipsos MORI & R. O'Connor (2009): *Well? What Do You Think? (2008): The Fourth National Scottish Survey of Public Attitudes to Mental Wellbeing and Mental Health Problems*. Edinburgh: Scottish Government Social Research.
- Durlak, J.P. & E.P. DuPre (2008): "Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation." *American Journal of Community Psychology*. 41(3-4), s. 327-350.
- Fixsen, D.L., S.F. Naoom, K.A. Blase, R.M. Friedman & F. Wallace (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Hastrup, L.H. & J. Aagaard (2015): "Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: 4-year register-based follow-up". *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, s. 110-117.

- Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (2017): *SIRKA – Statistisk Information om det Regionale og Kommunale Arbejdsmarked*. Tilgængelig på: <https://statistik.krl.dk/#/sirka>. Besøgt: 2017-11-14.
- Pedersen M.U. & M. Hesse (2012): *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Rambøll (2016a): *Evaluering af modellen for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug*. København: Rambøll.
- Rambøll (2016b): *Isolerede sindslidende i egen bolig - Evalueringsrapport*. København: Rambøll.
- Rambøll (2017): *Evaluering af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug*. København: Rambøll.
- Rambøll Results (2017): *Evaluering af ACT-metoden*. København: Rambøll.
- Rambøll & SFI (2013): *Hjemløsestrategien – Afsluttende rapport*. København: Rambøll & SFI.
- Regeringens udvalg om psykiatri (2013): *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Socialstyrelsen (2013): *Mennesker med psykiske vanskeligheder – Sociale indsatser, der virker*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015): *Måleredskaber til dokumentation af rådgivning – For centre, der arbejder med voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen*. Odense: Socialstyrelsen.
- Stein, L.I. & M.A. Test (1980): "Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation". *Archives of General Psychiatry*. 37(4), s. 392-397.
- Sundhedsdatastyrelsen (2016): *Takstsystem 2017*. Tilgængelig på: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/finansiering-og-afregning/takster/2017/takstvejledning-2017.pdf>. Besøgt: 18-10-2017.
- Sundhedsstyrelsen (2014): *Narkotikasituationen i Danmark 2014*. København. Sundhedsstyrelsen.
- SWEMWBS (2011): *Population Norms in Health Survey for England data 2011*. Tilgængelig på: "https://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/researchers/interpretations/wemwbs_population_norms_in_health_survey_for_england_data_2011.pdf" Besøgt: 18-10-2017.
- Warwick Medical School (2017): *SWEMWBS* Tilgængelig på: <https://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/development/swemwbs/>. Besøgt: 18-10-2017.
- Tsemberis, S. (2010): *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Health and Substance Use Disorders*. Minnesota: Hazelden Publishing.
- Tylstrup, B. (2012): *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. København: KL.

Bilag 1 Metode

Propensity score-matching

Propensity score-matching¹⁸ kan anvendes i situationer, hvor indsats- og kontrolgruppen ikke er dannet tilfældigt. Metoden bygger på den antagelse, at effekten af en indsats er uafhængig af, hvorvidt borgeren er i indsats- eller kontrolgruppen, betinget af observerbare karakteristika hos borgerne i de to grupper. Det betyder, at hvis vi tager højde for observerbare karakteristika, vil eventuelle forskelle mellem grupperne efter indsatsen kunne tilskrives effekten af indsatsen.

For hver borger i både indsats- og kontrolgruppen udregner vi en sandsynlighed for at modtage indsatsen på baggrund af de observerbare karakteristika, der forventes at have betydning for deltagelse i ACT-indsatsen. Det er denne sandsynlighed, der kaldes en "propensity score". Propensity scoren bruges til at finde borgere i kontrolgruppen, der så vidt muligt har samme score som hver enkelt borger i indsatsgruppen. Dermed matches indsatsgruppen med den del af kontrolgruppen, der ligner dem mest, baseret på de observerbare karakteristika. Forskellen i effektmålet mellem en borger i indsatsgruppen og de matchede borgere fra kontrolgruppen er dermed (i en ideel situation) udtryk for indsatsens effekt. Dette gentages for alle borgere i indsatsgruppen, og det samlede effektmål er den gennemsnitlige forskel mellem hele indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe.

Selve matchingen kan udføres på forskellige måder, blandt andet kan matchingen ske med eller uden tilbagelægning. Vi har anvendt en procedure, der kaldes "nearest neighbor"-matching med tilbagelægning, hvilket betyder, at hver borger i indsatsgruppen er matchet med de borgere i kontrolgruppen med den propensity score, der ligger tættest på vedkommendes egen, samt at de enkelte borgere i kontrolgruppen kan matches med flere forskellige borgere fra indsatsgruppen. For at opnå et bedre match mellem indsats- og kontrolgruppe har vi tilladt, at hver borger i indsatsgruppen matches med fem borgere fra kontrolgruppen.

Matching-proceduren

Som nævnt sammenligner vi kun indsatsgruppen med de borgere i kontrolgruppen, der ligner indsatsgruppen mest i forhold til en række variable. Dette gør vi på baggrund af karakteristika, der er målt, før de første borgere påbegyndte ACT-indsatsen i uge 27 2015, for at sikre, at der matches på variable, der ikke er påvirket af selve indsatsen.

I matchingen indgår grundlæggende variable som køn, alder og uddannelse. Derudover inkluderer vi en variabel for, om borgeren i 2015 bor i København eller i en af landets øvrige 97 kommuner. Det ville have været optimalt at matche indsatsborgerne fra Skanderborg Kommune med kontrolborgere fra Skanderborg eller lignende kommuner. Dette har dog ikke været muligt pga. for få borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i potentielle sammenligningskommuner til Skanderborg Kommune. Vi inkluderer også en dummyvariabel for, om borgeren har svære psykiske vanskeligheder, målt i en treårig periode op til ACT-indsatsen (fra juli 2012 til juni 2015), og en dummyvariabel for, om borgeren har været i social stofmisbrugsbehandling i samme treårige periode. Endelig indgår i matchingen tre variable for andelen af tid på specifikke overførselsindkomster, målt over et år op til ACT-indsatsen (fra uge 27 2014 til uge 26 2015). Variablene måler andelen af tid på henholdsvis 1) passiv kontanthjælp (ikke er i gang med en form for opkvalificering/aktivering), 2) aktiv kontanthjælp (i gang med en form for opkvalificering/aktivering) og 3)

18. Se Greene (2012) s. 934-936 for en mere detaljeret og teknisk beskrivelse af metoden.

andre overførsler (kontanthjælpsmodtagere, der anses for jobparate, dagpenge-, sygedagpenge-, og barselsdagpengemodtagere, fleksjobbere, SU-modtagere) eller ingen overførsel.

I psykiatri-analysen matcher vi desuden på tre variable, der siger noget om intensiteten af brugen af psykiatrien. Dette er antallet af ambulante kontakter, skadestuekontakter og indlæggelsesdage på psykiatriske hospitaler, målt i en treårig periode op til ACT-indsatsen (fra juli 2012 til juni 2015).

Tabel B1.1 og B1.2 viser indsats- og kontrolgruppens gennemsnitsværdier på de variable, der indgår i matching-analysen. Vi viser gennemsnitsværdierne både før og efter matchingen for at illustrere, hvordan vi med matchingen opnår to relativt ens grupper, der kan bruges som udgangspunkt for effektberegningerne. Den matchede kontrolgruppe består af fem gange så mange borgere som indsatsgruppen, da hver af indsatsborgerne er matchet med de fem borgere i kontrolgruppen med de propensity scorerer, der ligger tættest på vedkommendes egen.

Sammenlignes indsatsgruppen og kontrolgruppen før matching, ser vi flere betydelige forskelle. Der er særligt store forskelle i tiden, der er tilbragt på overførselsindkomst. Derudover er halvdelen af indsatsgruppen logisk nok fra Københavns Kommune, hvor den ene del af indsatsen har fundet sted, mens dette kun gælder ca. 15 pct. af kontrolgruppen før matching. Efter matchingen er forskellene mellem grupperne reduceret så meget, at ingen af forskellene længere er signifikante ($p < 0,20$). Dette er sket ved, at der i kontrolgruppen er fundet de borgere, der ligner borgerne i indsatsgruppen mest på alle de anvendte variable. I disse tests har vi anvendt et højt signifikansniveau på 20 pct. for at udfordre nulhypotesen om, at der ikke er forskel på indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe.

Tabel B1.1 Indsatsgruppen, den matchede kontrolgruppe og kontrolgruppen før matching, fordelt efter match-kriterier for beskæftigelsesanalysen samt andelen med specifikke karakteristika. Procent, med mindre andet er angivet.

	Indsatsgruppe (n = 37)	Matchet kontrol- gruppe (n = 185)	Kontrolgruppe før matching (n = 19.047)
<i>Andel af tid på overførselsindkomst i perioden uge 27 2014 - uge 26 2015</i>			
Passiv kontanthjælp	62,7	67,3	35,3
Aktiv kontanthjælp	36,4	32,3	17,3
Jobparat kontanthjælp/dagpenge/SU/ ingen ydelse	0,9	0,4	47,4
I alt	100,0	100,0	100,0
Alder, år	35,2	36,6	34,4
Kvinder	32,4	33,0	37,1
Mere end grundskoleuddannelse	37,8	34,6	40,2
Københavns Kommune	51,4	52,4	14,6
Svære psykiske vanskeligheder 2012-2015	35,1	36,2	33,6
Stofmisbrugsbehandling 2012-2015	27,0	25,4	29,8

Anm.: Der er ingen statistisk signifikante forskelle ($p < 0,20$) mellem indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe.

Kilde: Rambøll Results, 2017; DREAM, Landspatientregistret, SIB, øvrige registre hos Danmarks Statistik.

Table B1.2 Indsatsgruppen, den matchede kontrolgruppe og kontrolgruppen før matching, fordelt efter match-kriterier for psykiatrianalysen. Procent, med mindre andet er angivet.

	Indsatsgruppe (n = 24)	Matchet kontrol- gruppe (n = 120)	Kontrolgruppe før matching (n = 18.033)
Andel af tid på overførselsindkomst i perioden uge 27 2014 - uge 26 2015			
Passiv kontanthjælp	61,1	62,5	35,6
Aktiv kontanthjælp	37,4	37,1	17,6
Jobparat kontanthjælp/dagpenge/SU/ ingen ydelse	1,4	0,4	46,8
I alt	100,0	100,0	100,0
Alder, år	32,6	33,3	34,1
Kvinder	33,3	35,0	36,1
Mere end grundskoleuddannelse	33,3	25,8	39,6
Københavns Kommune	50,0	51,7	14,1
Svære psykiske vanskeligheder 2012-2015	50,0	51,7	35,1
Stofmisbrugsbehandling 2012-2015	25,0	29,2	30,5
Psykiatrisk sygehus 2012-2015			
Ambulante kontakter, antal	17,5	17,5	17,6
Skadestuekontakter, antal	3,8	3,0	1,8
Indlæggelsesdage, antal	51,5	57,9	24,5

Anm.: Der er ingen statistisk signifikante forskelle ($p < 0.20$) mellem indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe.

Kilde: Rambøll Results, 2017; DREAM, Landspatientregistret, SIB, øvrige registre hos Danmarks Statistik.

Datakilder

Evalueringen af borgernes udvikling og implementeringen af ACT-metoden bygger på en række forskellige datakilder:

- Casebesøg og interview med relevante aktørgrupper og borgere
- Progressionsmålinger, herunder både borgernes og medarbejdernes vurdering af borgerens situation
- Fidelitetsmålinger og målinger af den organisatoriske og faglige kvalitet af arbejdet med ACT-metoden
- Løbende målinger af projektledere og medarbejderes tidsforbrug.

Table B1.3 giver et overblik over de forskellige datakilder, samt hvilke kapitler de anvendes i. Endvidere vil de enkelte datakilder blive beskrevet og uddybet nedenfor.

Tabel B1.3 Oversigt over de datakilder, der er anvendt i evalueringen.

Metoder	Datakilder	Anvendelse
To casebesøg i hver af de to projektkommuner	Medarbejdere i ACT-teamet, projektledere, ledelse, samarbejdspartnere og borgere	Løbende gennem hele evalueringen
Dokumentation af borgerens progression	Medarbejdere og borgere	Kapitel 4 – Karakteristika ved borgerne Kapitel 5 – Borgernes udvikling
Løbende dokumentation af projektkommunernes fidelitet i implementeringen af ACT-indsatsen	Medarbejdere i ACT-teamet og projektledere	Kapitel 7 – Implementering af ACT-metoden
Løbende dokumentation af organisatorisk og faglig kvalitet i arbejdet med ACT-indsatsen	Medarbejdere i ACT-teamet og projektledere	Kapitel 7 – Implementering af ACT-metoden
Løbende indberetning af økonomisk tidsforbrug	Medarbejdere i ACT-teamet og projektledere	Kapitel 8 – Økonomisk analyse

Casebesøg

Evalueringen bygger for det første på data, indsamlet gennem casebesøg i de to projektkommuner. Det primære formål med casebesøgene er at indsamle mere kvalitativ viden, som kan belyse sammenhængen mellem fidelitet, implementering og borgernes progression. Fokus i interviewene har derfor været på erfaringerne med implementeringen af ACT-metoden med fokus på organisatoriske, ressourcemæssige, kulturelle og holdningsmæssige forhold, der spiller ind på implementeringen. Under interviewene er aktørgrupperne også blevet bedt om at identificere og reflektere over særligt virkningsfulde elementer i ACT-metoden, samt om visse kerneelementer i metoden er mere eller mindre virkningsfulde over for forskellige typer af borgere.

Casebesøgene blev gennemført via helddagsbesøg i projektkommunerne, hvor følgende aktørgrupper blev interviewet:

- ACT-teamet
- Projektledere
- Ledelsen
- Samarbejdspartnere
- Borgere

Borgerinterview

Borgerinterviewene har haft til formål at inddrage målgruppens vurdering og oplevelse af ACT-metoden og dens udbytte heraf. Den subjektive beskrivelse af den enkelte borgers oplevelse af ACT-metodens indvirkning på hendes/hans situation betragtes som en vigtig kilde til dybdegående forståelse af, hvordan indsatsen virker på borgerniveau. Fokus i interviewene var 1) beskrivelse af det konkrete forløb, 2) borgerens oplevelse af forløbet og 3) borgerens vurdering af eget udbytte.

I forbindelse med casebesøgene i de enkelte projektkommuner er der i alt blevet interviewet syv borgere. Interviewene er gennemført som semi-strukturerede personlige interview ud fra en narrativ tilgang, hvor vi lod borgeren fortælle sin egen historie eller fortælle om det emne, der lå hende/ham mest på sinde, hvilket blev brugt som en åbning til at afdække andre aspekter af borgers situation.

Progressionsmålinger

Progressionsmålingerne gennemføres for hver enkelt af de borgere, som modtager en ACT-indsats og i samarbejde mellem borgeren og en ACT-medarbejder. Progressionsmålingerne understøttes af ét samlet spørgeskema, som integrerer parametre og spørgsmål fra tre validerede instrumenter, samt et måleinstrument, som Rambøll og VIVE har udarbejdet. Samlet dækker de tre validerede instrumenter og det udarbejdede måleinstrument borgernes psykiske vanskeligheder, stof- eller alkoholmisbrug og vurderingen af egen livssituation. Det spørgeskema, der anvendes, giver dermed et helhedsbillede af borgerens mentale velbefindende, vurdering af egen livssituation samt både stof- og alkoholmisbrug.

Herudover dokumenterer ACT-medarbejderne også løbende borgernes udvikling, hvor det alene er ACT-medarbejderen, som vurderer den enkelte borgers situation med fokus på forhold, der omhandler blandt andet borgerens beskæftigelses- og uddannelsessituation samt den sociale støtte. Det er også ACT-medarbejderne, der afdækker borgernes baggrundsforhold.

De tre instrumenter, det selvudviklede redskab til borgerens vurdering af egen livssituation og ACT-medarbejderens vurdering af kontakten og indholdet af støtten kan opregnes således:

- The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)
- Drug Use Disorder Identification test (DUDIT)
- Alcohol Use Disorder Test (AUDIT).
- Borgerens egen-vurdering af livssituation (selvudviklet måleinstrument)
- ACT-medarbejdernes vurdering af borgeren samt angivelse af form og indhold af kontakt med borgeren (selvudviklet måleinstrument fra hjemløsestrategiens redskaber, samt tilpasset til indeværende målgruppe).

Det er borgernes vurdering af egen situation og medarbejdernes vurdering af borgerens situation, som ligger til grund for dels kapitel 4 om karakteristika ved borgeren, dels kapitel 5 om borgerens udvikling. Både borgere og medarbejdere har fra indsatsens opstart og fremefter gennemført målinger hver tredje måned. I analyserne i kapitel 5 er der taget udgangspunkt i den første og den seneste måling, der er indberettet ultimo august 2017. Det betyder, at en stor del af borgerne stadig er i gang med deres forløb ved dataindsamlingens afslutning, hvorfor udviklingskapitlet for en stor del af borgernes vedkommende kun udtrykker den udvikling, som de har opnået indtil nu, og ikke den udvikling, de potentielt vil opnå gennem et fuldt ACT-forløb.

Fidelitetsmålinger

De løbende fidelitetsmålinger gennemføres kvartalvist i begge kommuner og på tværs af individer. Det er projektlederne og medarbejderne i ACT-teamet, der i samarbejde rapporterer om fideliteten i implementeringen af ACT-indsatsen.

I den løbende monitorering af fidelitet er der sat fokus på de dimensioner, som forskningen viser er centrale for fidelitet i implementeringen. Det drejer sig om loyalitet over for ACT-metodens kernelementer, dosis i form af hyppighed, caseload, frekvens og varighed i ACT-metoden samt kvaliteten i anvendelsen af ACT-metodens kernelementer.

I forbindelse med evalueringen af implementeringen og forankringen af Hjemløsestrategien har Rambøll og VIVE tilpasset et amerikansk udviklet redskab, som er beregnet til at måle fidelitet i brugen af tre bostøttemetoder, herunder ACT-metoden.

Dette er anvendt i evalueringen af ACT-metoden, og de to projektkommuner anvender dette redskab i en tilpasset version¹⁹. Redskabet indeholder følgende parametre, som har tilhørende spørgsmål:

- Krav til at modtage den sociale indsats
- Indholdet af den sociale støtte
- Indsatsens struktur
- Krav til myndighedsdelen
- Caseload og kvalifikationer.

Herudover dokumenterer de to kommuner også tre gange i løbet af projektperioden løbende fideliteten i forhold til organiseringen og den faglige kvalitet af arbejdet med ACT-metoden. Til dette er der udviklet et redskab, som fokuserer på ledelse, organisering og medarbejdernes kompetencer.

Det tilpassede fidelitetsskema og dokumentationen af organisering og faglig kvalitet er de to kvantitative datakilder, som sammen med de kvalitative interview danner baggrund for kapitel 7 om implementeringen af ACT-metoden.

Indberetningen er for begge redskaber foretaget i Rambøll Results.

Løbende målinger af medarbejdernes tidsforbrug

Endelig har projektlederen og ACT-medarbejderne ugentligt dokumenteret deres tidsforbrug digitalt via et spørgeskema. Det er denne indberetning, som ligger til grund for de økonomiske analyser af ACT-metodens effekter i kapitel 8.

Skemaet fokuserer på:

- Antal borgerbesøg og tidsforbruget i forbindelse med dem
- Øvrig kontakt til borgeren og tidsforbrug i forbindelse med denne
- Ugentligt tidsforbrug i forbindelse med koordination og samarbejde.

Skemaer er blevet sendt direkte til projektlederne og teammedarbejderne, og der har været månedlig opfølgning på manglende svar fra medarbejderne.

19. Eksempelvis er der mindre fokus på boligtildeling i dette projekt, sammenlignet med Hjemløseprojektet.

Bilag 2 Tabeller og figurer

I dette bilagsmateriale præsenteres tabeller og figurer, som der løbende refereres til undervejs i rapportens kapitler.

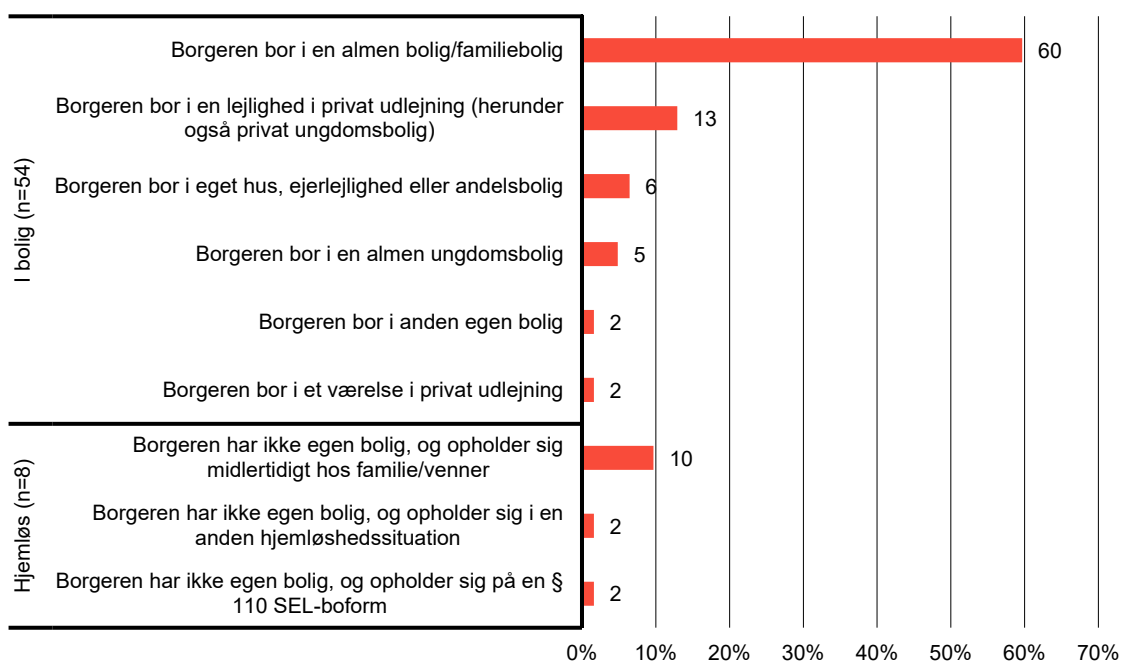
Tabeller og figurer – kapitel 4

Tablet B4.1 Borgere, fordelt efter køn, alder og nationalitet. Særskilt for borgere, der modtager ACT-indsatsen, hjemløse borgere og normalbefolkningen. Antal og procent.

	Borgere, der modtager ACT-indsats		Hjemløse borgere		Normalbefolkningen	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<i>Køn</i>						
Mand	43	69	4.952	75	2.837.887	50
Kvinde	19	31	1.633	25	2.869.364	50
<i>Alder</i>						
18-24 år	16	26	661	19	530.527	12
25-29 år	7	11	558	16	361.983	8
30-39 år	19	31	710	21	673.593	15
40-49 år	11	18	695	20	797.159	18
50 år og opefter	9	15	782	23	2.176.529	48
	Gns. alder. 35,5 år			-	Gns. alder. 49 år	
<i>Nationalitet</i>						
Dansk	56	90	~4.939	75		
Dansk med grønlandsk baggrund	3	5	~461	7	3.986.002	96,1
Øvrige nordiske lande	-	-	~66	1	10.213	0,2
Øvrige EU-27 (Inkl. Storbritannien)	0	0	~198	3	40.062	1
Øvrige Europa (inkl. Rusland)	1	2	~132	2	40.042	1
Mellemøsten	0	0	~395	6	28.075	0,7
Afrika	1	2	~329	5	12.479	0,3
Andet (Asien, Oceanien, Syd-, Nord- og Mellemamerika)	1	2	~132	2	30.887	0,7
<i>Flygtninge og indvandrerbaggrund</i>						
Første generationsflygtninge/-indvandrere	2	3	9	9	534.331	12
Anden generationsflygtninge/-indvandrere	0	0	3	3	69.680	2
Ved ikke	2	3	-	-	-	-

Kilde: Tal for "Borgere i målgruppen" er fra Rambøll Results, september 2017. Tal for "Hjemløse" er fra VIVE (2017): *Hjemløshed i Danmark 2017. National kortlægning*. Tal for "Normalbefolkningen" (1. kvartal 2017) er trukket fra Danmarks Statistik.

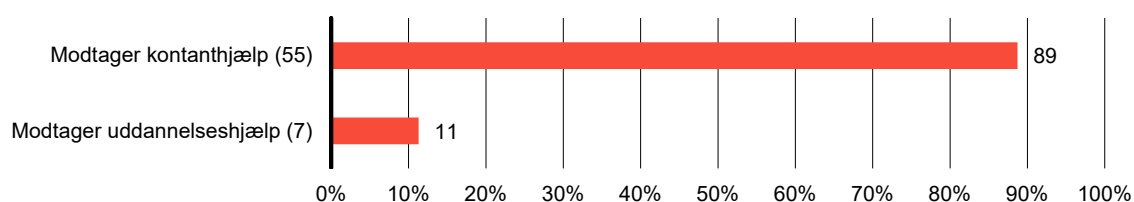
Figur B4.1 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, som er i bolig eller er hjemløse, inklusive specifikke boligforhold. Procent.



Anm.: N = 62. Grundet afrunding summerer de enkelte andele til 102 pct..

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Figur B4.2 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter økonomi og forsørgelsesgrundlag. Procent.



Anm.: N = 62.

Kilde: Rambøll Results (2017): *Evaluering af ACT-metoden*.

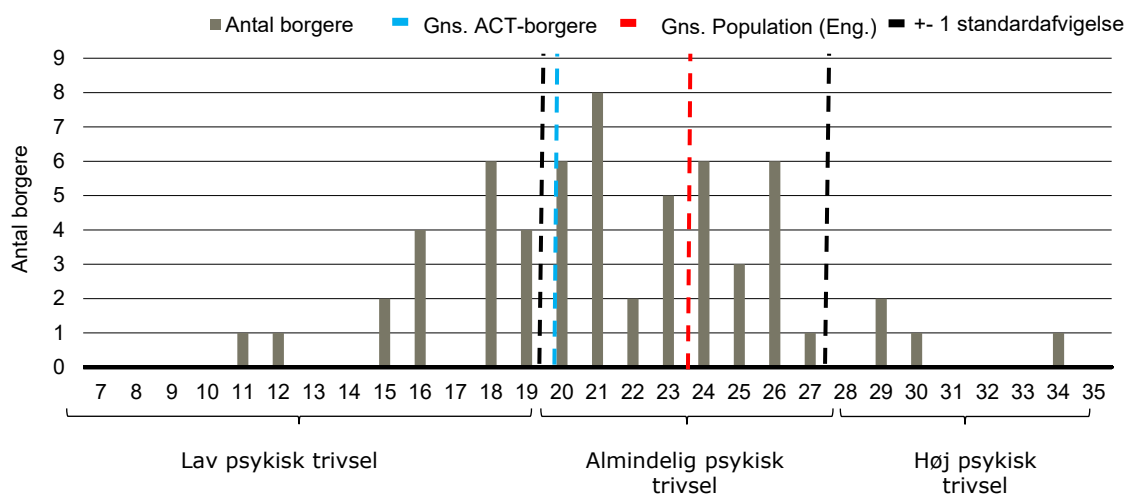
Table B4.2 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter psykiatriske diagnoser. Antal og procent.

Diagnose	Antal	Pct.
En eller flere psykiatriske diagnoser	47	76
Ingen psykiatriske diagnoser	7	11
Ved ikke	8	13

Anm.: N = 62.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Figur B4.3 Borgernes psykiske trivsel. Fordeling og gennemsnit.



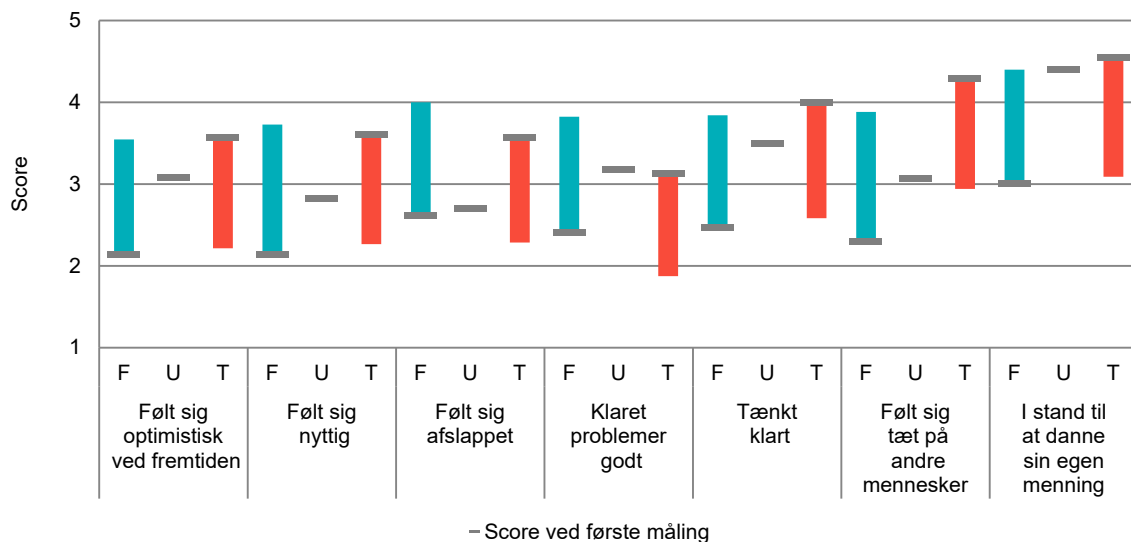
Anm.: Engelsk normaltal: Gennemsnit= 23,6, med en standardafvigelse på 3,9.

ACT-borgernes og det engelske gennemsnit er beregnet ud fra den metrisk konverterede SWEMWBS-score, som er den videnskabelige standard, der anvendes til sammenligninger mellem grupperes psykiske trivsel. Konverteringsscoren kan findes her: <https://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/development/swemwbs/>. N = 59. I den gennemsnitlige beregning indgår kun 57 borgere, da det kun har været muligt at konvertere scoren for borgere, som har besvaret alle spørgsmål i SWEMWBS-skemaet.

Kilde: Rambøll Results, 2017; SWEMWBS Population Norms in Health Survey for England data 2011.

Tabeller og figurer – kapitel 5

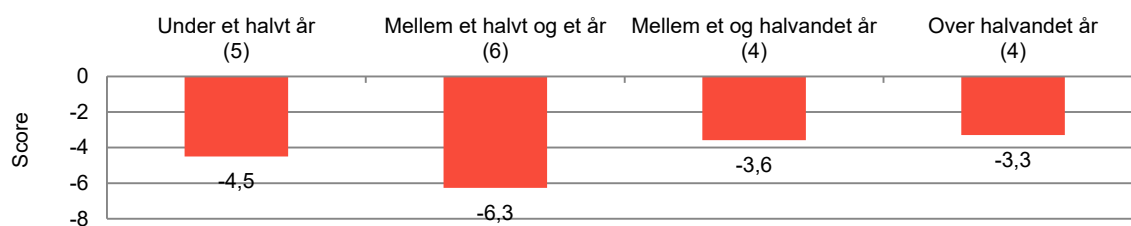
Figur B5.1 Udvikling i psykisk trivsel blandt borgere, der deltager i ACT-forløbet, ved første og sidste måling, samt udvikling i score. Særskilt for dimensioner af trivsel. Score på skala fra 1 til 5.



Anm.: F = Fremgang; U = Uændret; T = Tilbagegang.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

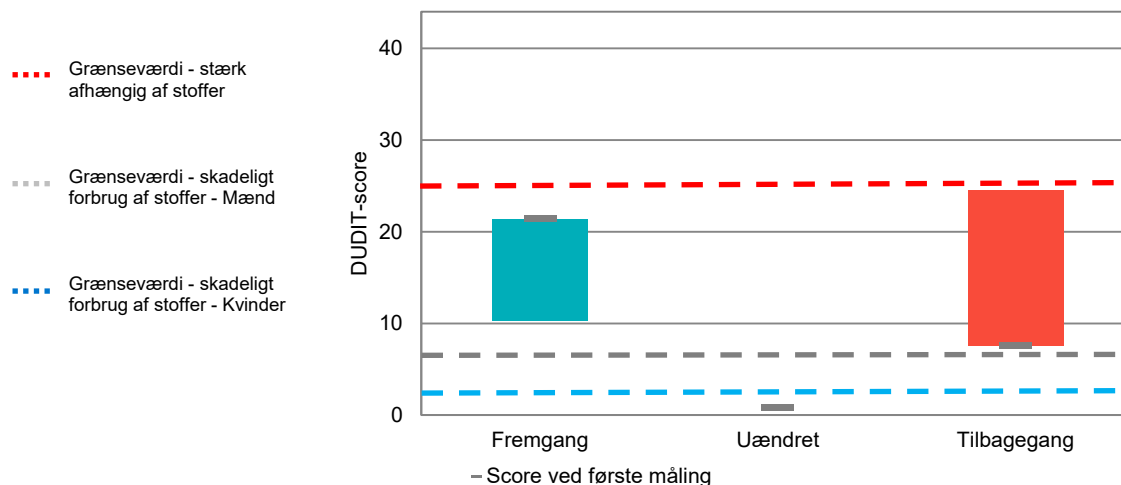
Figur B5.2 Udvikling i score for psykisk trivsel for borgere, der modtager ACT-indsatsen, og har oplevet en tilbagegang i psykisk trivsel. Særskilt for indsatslængde. Score på skala fra 0 til -28.



Anm: N = 29. Da psykisk trivsel (SWEWBS) scores på en skal fra 7-35, er den største negative udvikling -28.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

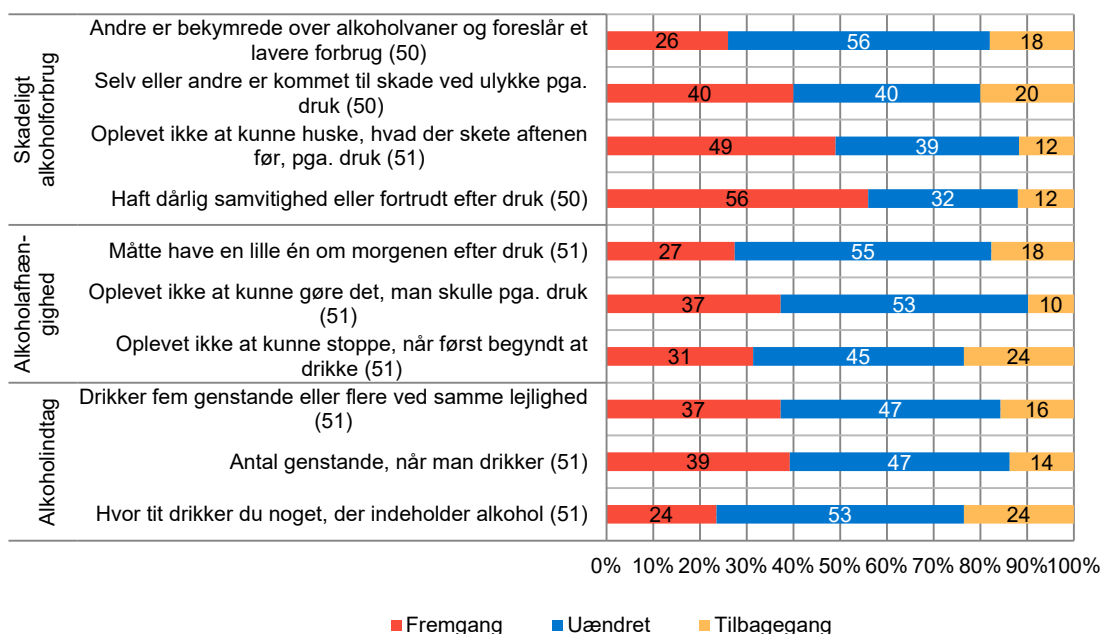
Figur B5.3 Stofmisbrug samlet set blandt borgere, der deltager i ACT-forløbet, ved første og sidste måling, samt udvikling i score. Særskilt for fremskridt, uændret trivsel og tilbageskridt. DUDIT-score



Anm: Stofmisbrug er blevet afdækket gennem det validerede måleredskab DUDIT (Drugs Use Disorder Test). Kategoriseringen er konstrueret på baggrund af den samlede DUDIT-score ud fra de grænseværdier, som er defineret i redskabet (Berman m.fl., 2003). En kvinde, som scorer over 2, har sandsynligvis et skadeligt stofmisbrug; En mand, som scorer over 6, har sandsynligvis et skadeligt stofmisbrug; En person, som scorer over 25, har en stærk afhængighed af stoffer.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

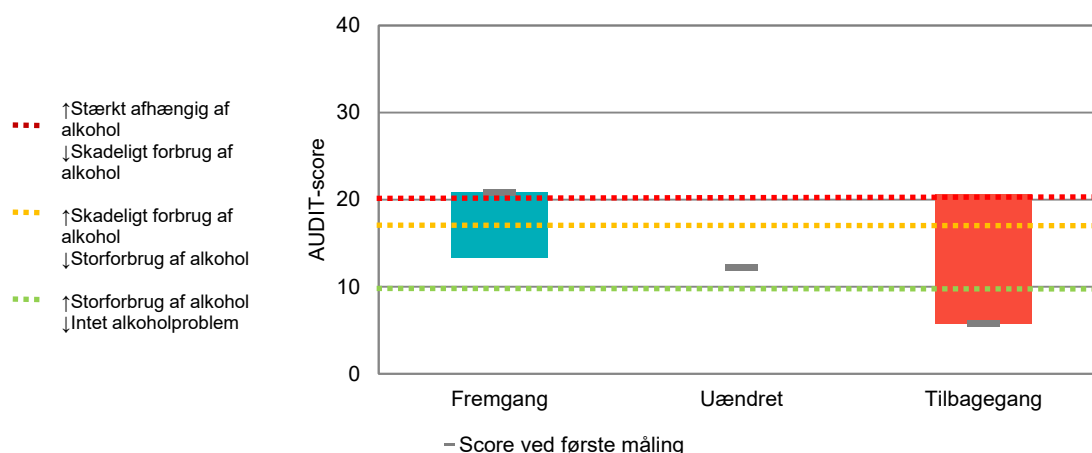
Figur B5.4 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter udvikling i alkoholmisbrug. Særskilt for specifikke områder. Procent.



Anm: Fremgang i spørgsmålet *Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol* er defineret som, når man sjældnere drikker alkohol ved seneste måling, sammenlignet med målingen ved ACT-indsatsens opstart.

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Figur B5.6 Alkoholforbrug samlet set blandt borgere, der deltager i ACT-forløbet, ved første og sidste måling samt udvikling i score. Særskilt for fremskridt, uændret trivsel og tilbagegangskridt. AUDIT-score.



Anm: Alkoholforbruget er blevet afdækket gennem det validerede måleredskab AUDIT (Alcohol Use Disorder Test). Kategoriseringen er konstrueret på baggrund af den samlede AUDIT-score ud fra de grænseværdier, der er defineret af WHO (2001). Alt over den røde streg (score + 19) falder ind under risikokategorien "stærkt afhængig af alkohol". Alt mellem den røde og den orange streg (score 16-19) falder ind under risikokategorien "skadeligt forbrug af alkohol". Alt mellem den orange streg og den grønne streg (score 8-15) falder ind under risikokategorien "storforbrug af alkohol". Alt under den grønne streg (score 7 eller mindre) falder ind under risikokategorien "ingen alkoholproblemer".

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Table B5.1 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter ACT-medarbejdernes vurdering af deres udvikling i forhold til sociale problemer, deltagelse i beskæftigelses- og uddannelsesrettede aktiviteter og deltagelse i regelmæssige aktiviteter. Procent.

	Fremgang	Uændret	Tilbagegang
Problemer med socialt netværk (49)	31	57	12
Deltagelse i uddannelses- og beskæftigelsesrettede aktiviteter (54)	30	61*	9**
Deltagelse i regelmæssige aktiviteter (48)	19	71***	10

Anm: To borgere har ingen problemer ved indsatsstart eller seneste måling. *To af disse borgere er enten i uddannelses- eller beskæftigelsesrettede aktiviteter både før og efter. ** Én borger er kommet i beskæftigelse og indgår derfor ikke i beskæftigelsesrettede aktiviteter. ***Fire borgere deltager i regelmæssige aktiviteter, både ved indsatsopstart og seneste måling.

Cohen's d: Problemer med socialt netværk = 0,24

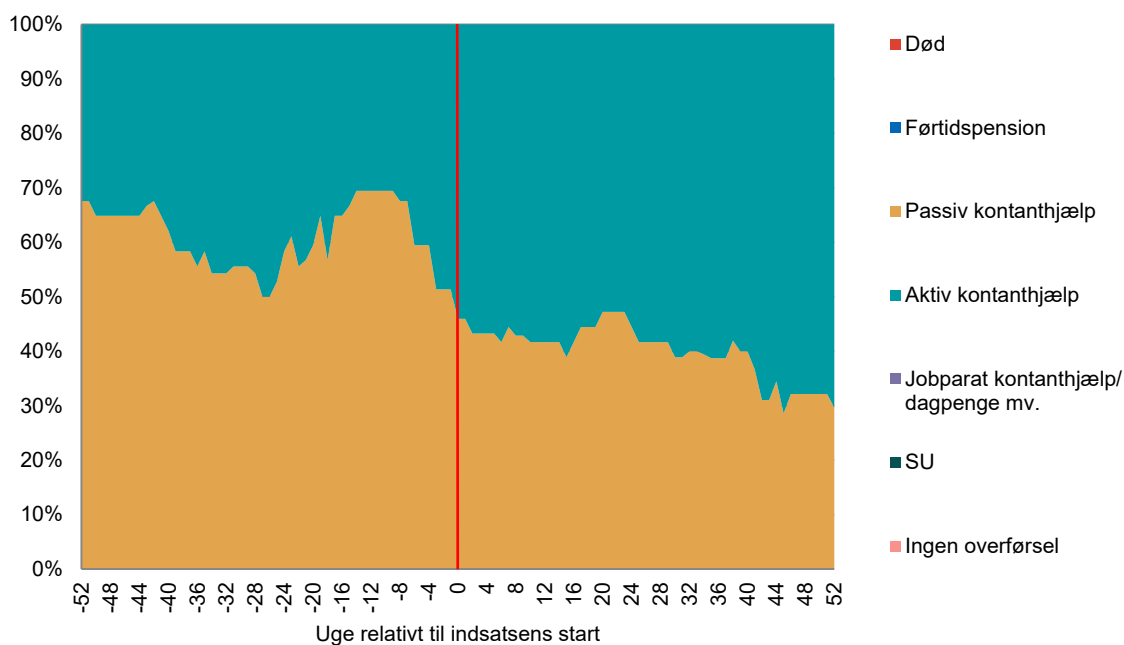
Cohen's d: Deltagelse i uddannelse og beskæftigelsesrettede aktiviteter = 0,34 *

Cohen's d: Deltagelse i regelmæssige aktiviteter = 0,15

Kilde: Rambøll Results, 2017.

Tabeller og figurer – kapitel 6

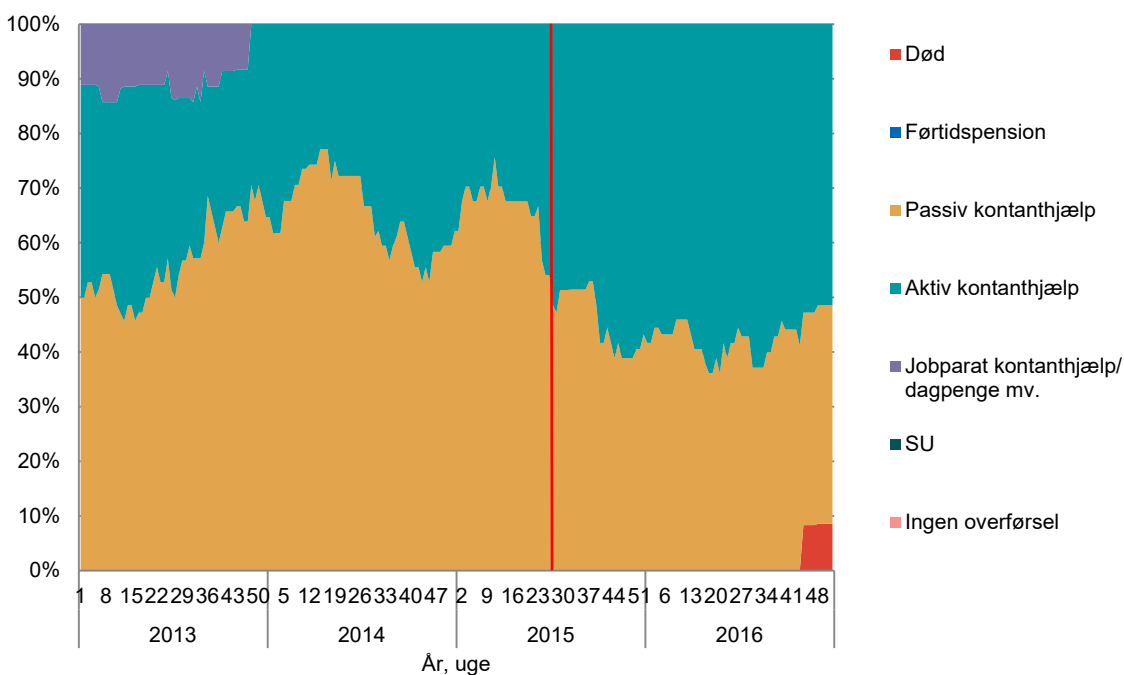
Figur B6.1 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter beskæftigelsessituation pr. uge relativt til indsatsens start. Indsatsgruppen.Procent.



Anm.: Den røde linje markerer den uge, hvor borgerne påbegyndte ACT-indsatsen. N = 37.

Kilde: Rambøll Results, DREAM.

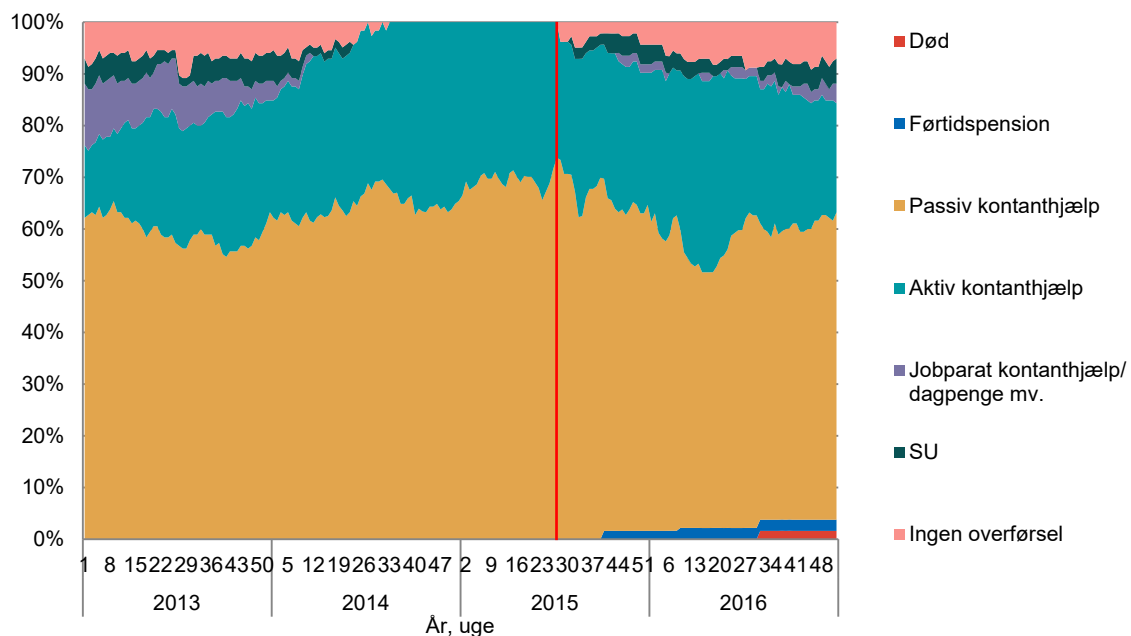
Figur B6.2 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter beskæftigelsessituation pr. uge i perioden 2013-2016. Indsatsgruppen.



Anm.: Den røde linje markerer den uge (uge 27 i 2015), hvor de første borgere påbegynder ACT-indsatsen. N = 37.

Kilde: Rambøll Results, 2017; DREAM.

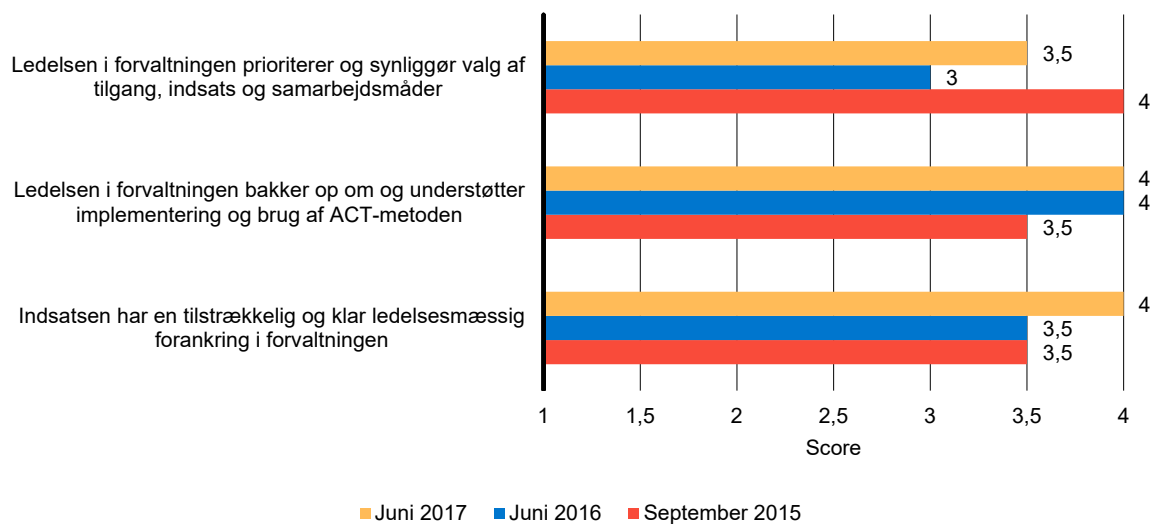
Figur B6.3 Borgere, der modtager ACT-indsatsen, fordelt efter beskæftigelsessituation pr. uge i perioden 2013-2016. Matchet kontrolgruppe.



/Anm.: Den røde linje markerer den uge (uge 27 i 2015), hvor de første borgere påbegynder ACT-indsatsen. N = 185
Kilde: Rambøll Results, 2017; DREAM.

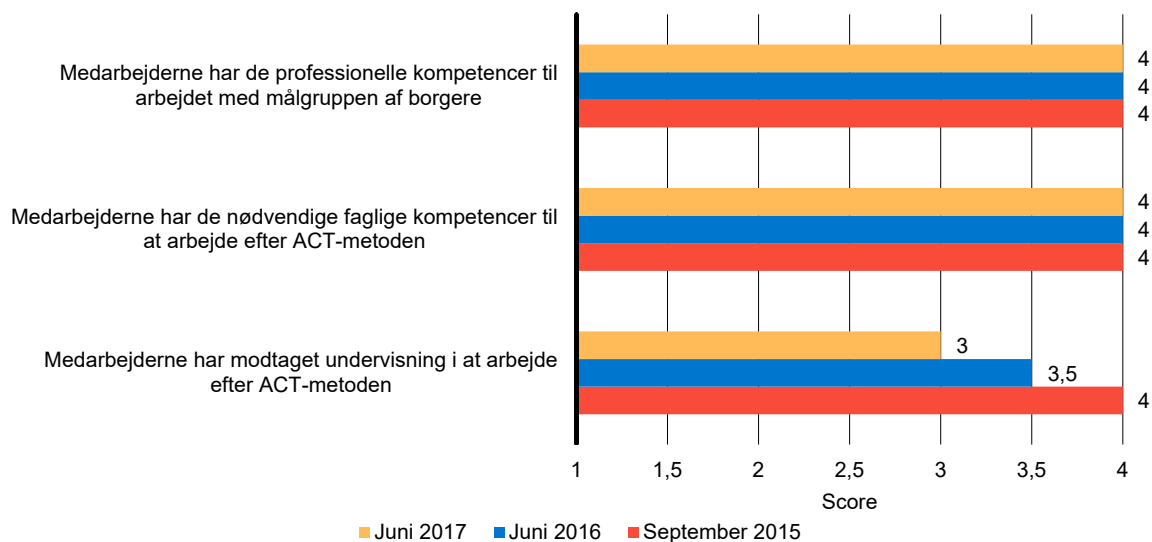
Tabeller og figurer – kapitel 7

Figur B7.1 ACT-medarbejdernes vurdering af ledelsesopbakningen til implementeringen af indsatsen. Særskilt for aspekter af opbakningen og for måletidspunkter. Score fra 1 til 4.



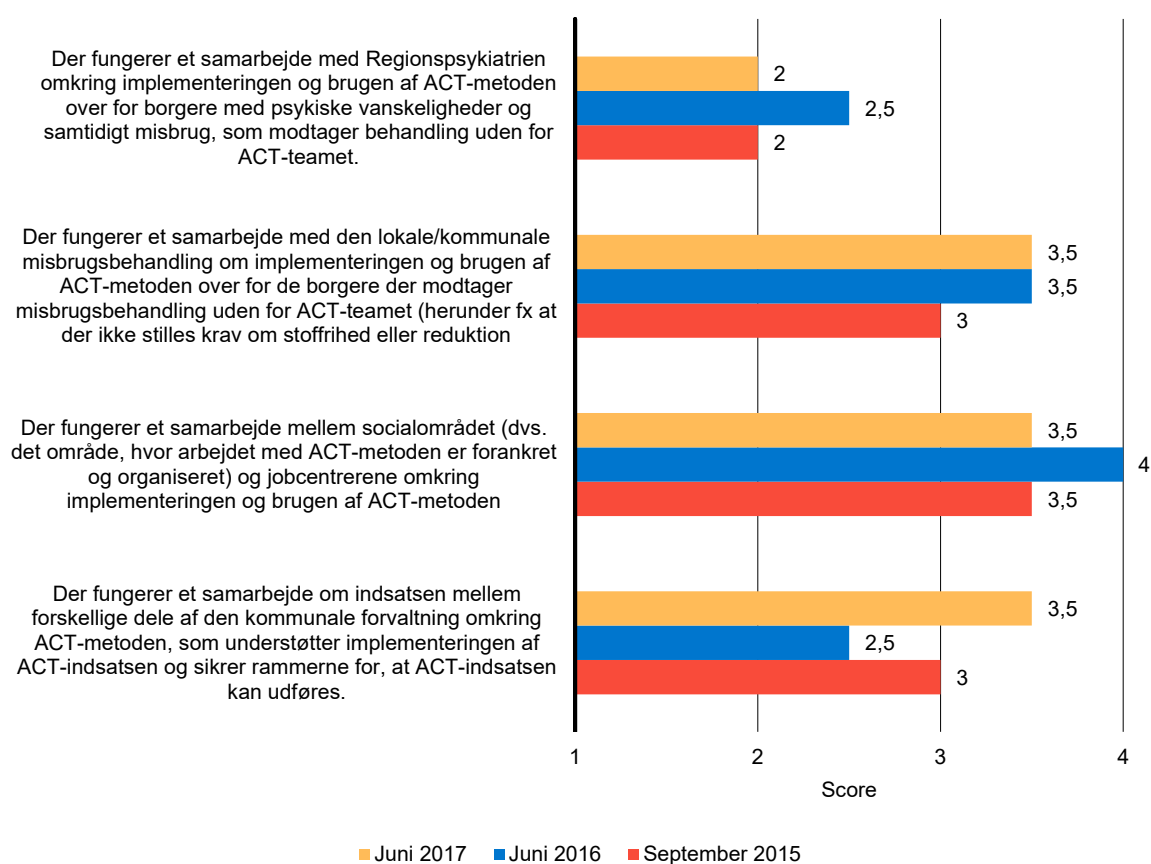
Kilde: Rambøll Results, 2017.

Figur B7.2 ACT-medarbejdernes vurdering af sikringen af medarbejdernes faglighed og kompetencer. Særskilt for aspekter af faglighed og kompetencer og for måletidspunkter. Score fra 1 til 4.



Kilde: Rambøll Results, 2017.

Figur B7.3 ACT-medarbejdernes vurdering af organisering og samarbejde. Særskilt for aspekter af organisering og samarbejde og for måletidspunkter. Score fra 1 til 4.



Kilde: Rambøll Results, 2017.

Tabeller og figurer – kapitel 8

Tabel B8.2 Estimat af samlet timeforbrug og samlede lønudgifter forbundet med ACT-indsatsen, december 2015 til juni 2017. Særskilt for medarbejdergrupper. Timer og kroner.

Funktion	Timer registreret	Timer ansat i ACT-team	Samlet pris, kr.
Pædagogisk personale	3.203	10.827	2.526.391
Socialrådgiver	967	2.492	557.564
Sygeplejerske	490	7.161	1.658.822
Misbrugskonsulent	560	1.717	384.076
Beskæftigelseskonsulent	559	1.571	351.475
Psykiater	327	648	324.909
Psykolog	213	370	103.960
Projektleder	177	131	49.902
Total	6.496	24.916	5.957.099

Anm.: De registrerede timer er selvrapporteret af personalet i et ugentligt spørgeskema.

Tabel B8.1 Lønsatser for de personalegrupper, der fungerer som ACT-medarbejdere. Kroner.

ACT-funktion	KRL-område	KRL-stillingsbetegnelse	Gns. bruttoløn pr. time (jan. 2016)	Gns. bruttoløn pr. måned (timeløn x 160,33)
Pædagogisk personale	Pædagogisk pers., forebyggelse og dagbehandling	Pædagog	233,34	37.411
Socialrådgiver	Socialrådg./socialformidlere, KL	Socialrådgiver	223,75	35.874
Sygeplejerske	Syge- og sundhedspersonale – basis, KL	Sygeplejerske	231,65	37.140
Misbrugskonsulent ^a	Socialrådg./socialformidlere, KL	Socialrådgiver	223,75	35.874
Beskæftigelseskonsulent ^a	Socialrådgivere/socialformidlere, KL	Socialrådgiver	223,75	35.874
Psykiater	Speciallægekonsulenter	Speciallægekonsulent	501,27	80.369
Psykolog	Akademikere, KL	Psykolog	281,27	45.096
Projektleder ^b	Akademikere, KL	Psykolog	281,27	45.096

Anm.: Løndata stammer fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL, 2017) og gælder for den kommunale sektor. Nogle ACT-funktioner kan dækkes af flere typer stillinger.

a) Lønudgifter for misbrugs- og beskæftigelseskonsulenter er skønnet til en gennemsnitlig socialrådgiverløn.

b) Lønudgifter til projektleder er skønnet til en gennemsnitlig psykologløn.

VIDEN TIL
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

RAMBOLL