

Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Rapport

Dato
Oktober 2015

SCREENINGS- OG UDREDNINGSMODELLER TIL BORGERE MED PSYKISKE LIDELSER OG SAM- TIDIGT MISBRUG SAMT UNGE SINDSLIDENDE MED MISBRUG **SLUTEVALUERING**



INDHOLD

1.	Indledning	1
1.1	Design for evalueringen og centrale evalueringsspørgsmål	1
1.2	Læsevejledning	3
2.	Sammenfatning og konklusioner	5
3.	Målgruppen og projektkommunerne	11
3.1	Målgruppen	11
3.2	Projektkommunerne	13
4.	Beskrivelse og udvikling af modellerne	14
4.1	Model – screenings- og udredningsprojektet	14
4.2	Model – ungeprojektet	18
5.	Implementering af modellerne	21
5.1	Screenings- og udredningsmodellen	22
5.2	Ungeindsatsen	28
6.	Drivkræfter og barrierer i implementeringen	34
6.1	Model-interne faktorer	35
6.2	Model-eksterne faktorer	45
7.	Resultater for praksis	51
7.1	Resultater for praksis i misbrugsbehandlingen	52
7.2	Resultater i forhold til en bæredygtig samarbejdsmodel	53
7.3	Resultater i forhold til en koordineret og sammenhængende indsats for de unge	54
7.4	Resultater i relation til samarbejdspartnere	55
8.	Effekter for borgerne	56
8.1	Effekter i forhold til borgernes psykiske belastning	57
8.2	Effekter i forhold til forsøgelse, uddannelse og forbrug af sundhedsydelser	61
8.3	Borgernes vurdering af effekter	67
9.	Afsluttende opmærksomhedspunkter	70

BILAG

Bilag 1

Fremgangsmåde for den registerbaseret effektanalyse

1. INDLEDNING

En meget stor gruppe af borgere med alkohol- og stofmisbrug har også en psykiske lidelse. Det skønnes, at mellem 30 og 40 procent af de borgere, der er i behandling for et misbrug, også har en alvorlig psykisk lidelse.¹ Endvidere viser den seneste hjemløsetælling, at 31 procent af alle talte hjemløse har en psykiske lidelse og samtidigt misbrug.

Borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug udgør altså en stor udfordring for de tilbud, social- og sundhedssektoren tilbyder. En stor del af borgerne mangler motivationen, sygdomserkendelse samt evnen til at indgå i strukturerede behandlingsforløb i, eksempelvis den regionale behandlingspsykiatri og det kommunale misbrugsbehandlingssystem, hvorfor de er svære at behandle². Udover en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug har målgruppen også en række andre problemstillinger, ofte i relation til eksempelvis deres boligsituation, økonomi, arbejdsløshed, kriminalitet og sociale relationer. Ikke alle eksisterende støtte- og behandlingstilbud er i tilstrækkelig grad i stand til at rumme denne kompleksitet, og det kan derfor være vanskeligt at fastholde en positiv kontakt med disse borgere og herigennem motivere dem til behandling.

Forskningen viser også, at borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug har et signifikant ringere sygdomsforløb end borgere med tilsvarende psykiske lidelser uden misbrug. Borgerne har typisk kortere indlæggelser, får kun den mest nødvendige abstinensbehandling og henvises som ofte ikke til opfølgende behandling for deres psykiske lidelse hos eksempelvis behandlings- eller distriktspsykiatrien.³ Det gælder særligt for unge med psykiske vanskeligheder og et misbrug, at vanskelighederne ikke er afklarede før misbruget er eskaleret, selvom de psykiske vanskeligheder ofte kan være årsag eller medvirkende til misbruget. Der er således tale om en målgruppe, hvor støtte og behandling stiller store krav til den enkelte medarbejders faglige viden og til det tværfaglige samarbejde mellem forskellige fagligheder, der beskæftiger sig med målgruppen. Undersøgelser viser, at det tværfaglige samarbejde i kommunerne blandt andet udfordres af manglende indbyrdes kendskab til hinandens handlekompetencer, fravær af fælles mål og sprog samt forskellige økonomiske incitamenter.⁴ Disse forhold er særligt udtalte, når der samarbejdes om personer med både psykiske lidelser og misbrug.

For at imødekomme nogle af ovenstående udfordringer har Socialstyrelsen i samarbejde med de fem kommuner: Horsens, Gladsaxe, Slagelse, Esbjerg og Aalborg gennemført to modeludviklings- og afprøvningsprojekter. Det ene, "Screenings- og udredningsmodeller til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug", er et udredningsprojekt, der skal styrke kommunernes og regionernes indsats overfor målgruppen, således at borgerens samlede behandlingsforløb koordineres og kvalificeres. Modellerne er blandt andet udviklet på baggrund af erfaringer med lignende modeller i Aarhus og Fredericia Kommune. Det andet, "Unge sindslidende med misbrug", er en indsats, der har til formål at tilrettelægge en sammenhængende, koordineret og særlig indsats overfor unge med et misbrug, der har psykiske vanskeligheder.

Som led i udviklings- og afprøvningsprojektet er Rambøll på vegne af Socialstyrelsen blevet bedt om at gennemføre en evaluering. Denne rapport samler op på de væsentligste vidensfund i evalueringer i forhold til implementering, resultater og effekter.

1.1 Design for evalueringen og centrale evalueringsspørgsmål

Formålet med evalueringen af de to modeller eller indsatser har været at bidrage til vidensudvikling i forhold til indsatser målrettet borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.

¹ Danske Regioner, 2012: (http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11496/to-dianoser-et-menneske_2012ashx-regioner.pdf)

² Socialt Udviklings Center SUS, 2011: En tværfaglig udfordring: Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug.

³ Interview med Jørn Lykke, overlæge, afdeling M, Psykiatrisk Center Sct. Hans. Afdeling M varetager specialfunktionsbehandling overfor dobbeltdiagnosepatienter med svær psykisk lidelse og afhængighedssyndrom i forhold til misbruget.

⁴ Se bl.a. 'Er der styr på mig – sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv', 2010: Dansk Sundhedsinstitut

Evalueringen har haft til formål at besvare følgende to spørgsmål:

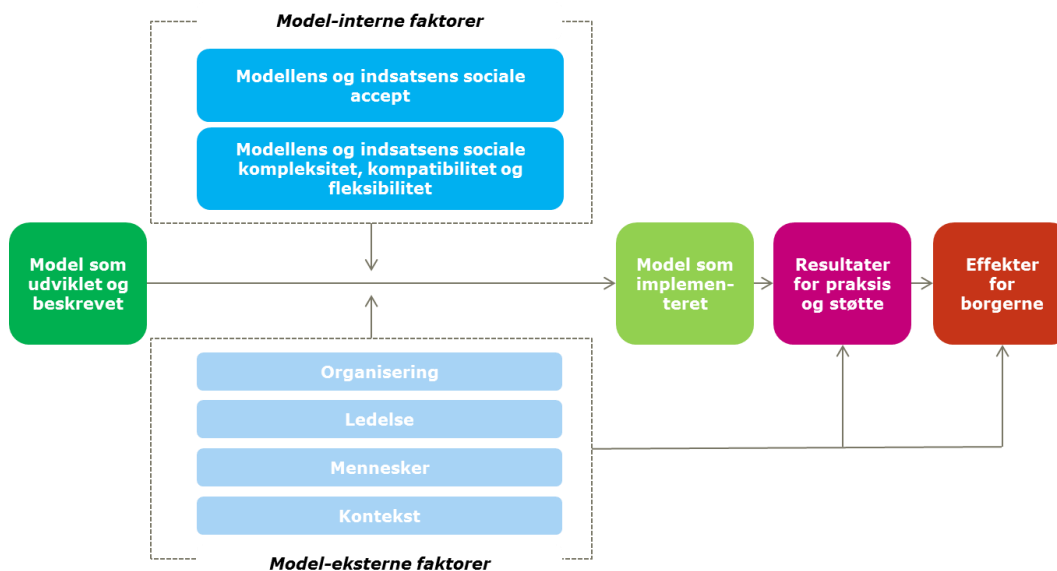
1. I hvilken grad er det lykket at implementere henholdsvis screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen i de deltagende projektkommuner? Og hvilke drivkræfter og barrierer har indvirket på implementeringen?
2. I hvilken grad kan det sandsynliggøres, at screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen har medvirket til de ønskede resultater for henholdsvis udviklingen af praksis og effekterne for borgerne?

Evalueringen har haft to hovedspor: En effektevaluering og en implementeringsevaluering. Med *effektevalueringen* belyser vi effekterne af projekterne med brug af et kontrolgruppedesign og registerdata. For at vurdere effekterne af screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen for borgerne, sammenlignes borgere, som har modtaget indsatsen, med en kontrolgruppe af sammenlignelige borgere, der ikke har modtaget indsatsen. Vi ser på indsatsgruppen og kontrolgruppens udvikling på udvalgte effektmål som indikatorer for de ønskede resultater. Den registerbaserede effektevaluering med kontrolgruppe gentages igen i 2017 for at belyse, hvordan situationen for de borgere, der har modtaget indsatsen henholdsvis under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen, ser ud to år efter, indsatserne er afsluttet. Vi belyser modellerne effekter for den eksisterende praksis i social- og behandlingspsykiatrien samt misbrugsbehandlingen, og ser desuden på modellernes virkning på det tværsektorielle samarbejde om målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.

I *implementeringsevalueringen* har vi sat fokus på, om modellerne anvendes som tilsigtet – det vil sige om de implementeres med høj grad af metodeintegritet. I den forbindelse har der også været fokus på at afdække de faktorer, der har indvirket på implementeringen af modellerne. Her er der sondret mellem model-interne faktorer og model-eksterne faktorer. De model-interne faktorer handler om, hvordan modellen modtages, modellens kompatibilitet med eksisterende praksis og kvaliteten i anvendelsen af modellernes kernelementer, faser og trin, hvorimod de model-eksterne faktorer er de fire drivkræfter omkring modellen eller indsatsen, der skal arbejdes med for at sikre en frugtbar implementeringsproces og gode resultater. De fire drivkræfter er: Organisering, ledelse, mennesker og kontekst, der påvirker, om modellen eller indsatsen implementeres effektivt og dermed har de ønskede resultater.

Figuren nedenfor illustrerer det overordnede design for evalueringen.

Figur 1-1: Design for evalueringen



Evalueringen baseres på kvalitative og kvantitative metoder og datakilder. Således er effektevalueringen baseret på registerdata, borgernes selvrapporterede psykiske vanskeligheder via Addiction Severity Index og borgerinterviews. De kvalitative analyser, der har fokus på implementering og resultater for praksis som følge af implementeringen af indsætserne, er blandt andet baseret på kvalitative casestudier, selvevalueringer hos projektlederne og projektmedarbejderne i de fem projektkommuner og to læringsworkshops. I tabellen nedenfor fremgår en oversigt over anvendte metoder og datakilder.

Tabel 1-1: Anvendte metoder og datakilder

Metode	Datakilder
Forandringsteoriworkshops	Projektbeskrivelser, ledelse i projekterne, projektledelse, projektmedarbejdere og samarbejdspartnere.
Metodeudviklingsdag	Projektledelse og projektmedarbejdere.
Læringsworkshops	Projektledelse og projektmedarbejdere.
Selvevalueringer	Udfyldelse af selvevalueringsskemaer på baggrund af refleksionsmøder med deltagelse af projektledere og projektmedarbejdere.
Casebesøg	Interview med ledelse i styregruppe, projektledelse, projektmedarbejdere, centrale samarbejdspartnere og borgere.
Dokumentation af belastningsgrad	Medarbejdernes og borgernes vurdering af borgernes psykiske belastningsgrad på baggrund af Addiction Severity Index (ASI).
Registerbaseret effektanalyse	Registerdata fra forskellige centrale registre (jf. bilag 1).

1.2 Læsevejledning

Ud over dette første kapitel indeholder rapporten følgende kapitler:

Kapitel	Indhold
Kapitel 2 <i>- Konklusion</i>	Kapitlet samler op på rapportens centrale konklusioner. Kapitlet rummer dels konklusioner specifikt for henholdsvis modellen for ungeprojektet og screenings- og udredningsprojektet og på tværs af modellerne. Samlet konkluderer kapitlet på effekter, resultater og implementering.
Kapitel 3 <i>- Målgruppen og projektkommuner</i>	I dette kapitel præsenteres målgruppen for indsatsen under de to modeller, ligesom væsentlige karakteristika ved målgruppen fremhæves. Kapitlet indeholder også en ganske kort præsentation af de fem projektkommuner, der har arbejdet med udviklingen og afprøvningen af henholdsvis screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen.
Kapitel 4 <i>- Beskrivelse af modellerne</i>	I kapitlet ridses henholdsvis modellen for ungeprojektet og screenings- og udredningsprojektet op. Kapitlet indeholder en beskrivelse af modellernes faser og centrale kerneelementer.
Kapitel 5 <i>- Implementering af modellerne</i>	Kapitlet har fokus på projekternes implementering af modellerne. Det vil sige ledelsens, projektledernes og de centrale medarbejders implementering af modellerne og de centrale kerneelementer. Kapitlet beskriver og vurderer, hvordan og i hvilken grad kernelementerne i modellerne er implementeret.
Kapitel 6 <i>- Drivkræfter og barrierer i implementering</i>	Kapitlet belyser projektledernes og projektmedarbejdernes erfaringer med implementering af kerneelementer i metoden. Fokus er særligt på centrale drivkræfter og barrierer i arbejdet med modellernes forskellige faser og kerneelementer, herunder også hvilke faktorer i projektkommunernes implementeringsmiljø, der indvirker på arbejdet med modellerne.

Kapitel	Indhold
Kapitel 7 - Resultater for praksis	I kapitlet fremgår en analyse af de primære resultater i praksis af arbejdet med modellerne. I kapitlet ses også på modellernes betydning for samarbejdet mellem centrale parter.
Kapitel 8 - Effekter for borgerne	Kapitlet belyser hvilke effekter, modellerne har haft for borgere i målgruppen. Kapitlet rummer både kvantitative og kvalitative effektanalyser, herunder effekter i forhold til borgernes psykiske vanskeligheder, forsørgelsesgrundlag, uddannelse og brug af sundhedsydelser.
Kapitel 9 - Afsluttende opmærksomhedspunkter	Kapitlet indeholder en række opmærksomhedspunkter og anbefalinger til andre kommuner, der ønsker at arbejde med indsatserne eller målgruppen.

I rapporten anvendes kontinuert en række begreber, som her defineres nærmere:

- **Projektledere** anvendes som begreb for de projektmedarbejdere, der i den pågældende projektkommune har haft ansvaret for at lede enten projektet i forbindelse med screenings- og udredningsmodellen eller ungeindsatsen.
- **Projektmedarbejderne** er det udtryk, der anvendes for de fagprofessionelle, der har indgået i projektet og som på den ene eller anden måde er knyttet til arbejdet med modellerne. Det omfatter således rådgivere, misbrugsbehandlere, psykologer og psykiatere. Vi tydeliggør, når udsagn kan henføres til specifikke fagprofessionelle.
- **Modellerne** er udtryk for de modeller eller indsats, der er afprøvet i henholdsvis ungeprojektet og screenings- og udredningsprojektet. Vi bruger modeller og indsats synonymt, og det referer til indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og indsatsen under ungemodellen.
- **Indsatsgruppe** er et udtryk, der bruges i effektevalueringen. Det refererer til de borgere, der har modtaget indsatsen under henholdsvis screenings- og udredningsmodellen eller ungemodellen. Vi bruger konsekvent ordet borgere, når vi referer til dem, der udgør indsatsgruppen.
- **Kontrolgruppe(r)** er et udtryk, som også anvendes i effektevalueringen, og det refererer til sammenlignelige personer, der blot afskiller sig fra de borgere, der har indgået i screenings- og udredningsmodellen eller ungeindsatsen ved ikke at have modtaget indsatserne, men i stedet sædvanlig indsats. Vi bruger konsekvent ordet personer, når vi referer til dem, der udgør kontrolgrupper.
- **Misbrugscenter** betegner den fysiske lokation, hvor borgere med et misbrug bliver behandlet. Vi er opmærksomme på, at der er lokale forskelle, og at mange misbrugscentre nu kaldes rusmiddelcentre. Vi har dog valgt at bevare denne betegnelse, da evalueringens opdrag samt projektdeltagerne primært har benyttet denne.

Rapportens **bilagsmateriale** består af en beskrivelse af fremgangsmåden for den registerbase-rede effektevaluering samt en detaljeret beskrivelse af deleffekter for de differentierede kontrolgrupper

2. SAMMENFATNING OG KONKLUSIONER

Som led i projekt screenings- og udredningsmodeller til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt unge sindslidende med misbrug (fra 2012 til 2015) har fem kommuner udviklet, implementeret og afprøvet henholdsvis screenings- og udredningsmodellen og modellen for ungeindsatsen. I alle fem projektkommuner er der arbejdet med screenings- og udredningsmodellen, mens der i tre af projektkommunerne er arbejdet med ungeindsatsen.

Modellerne er en sammensætning af en række kerneelementer, der i projektet er omsat til vejledende arbejdsgange, som samlet rammesætter den sociale indsats til målgruppen for de to modeller.

Screenings- og udredningsmodellen

Modellen for screening- og udredning er forankret i det kommunale misbrugsbehandlingscenter i de fem projektkommuner. Modellen består overordnet set af tre faser: *Forscreening*, *screening* og *udredning*. Til hver af faserne er der knyttet en række trin eller aktiviteter som eksempelvis en forscreening med udgangspunkt i ASI-screening, basal screening ved misbrugsbehandler, specifik screening ved psykolog, systematisk inddragelse af psykologfaglig viden, udredning ved psykolog eller psykiater samt iværksættelse af behandling og parallelle forløb under hensyntagen til borgerens psykiske vanskeligheder og samtidige misbrug.

Formålet med screenings- og udredningsmodellen er at sikre et samlet, koordineret og kvalificeret behandlingsforløb for borgeren i misbrugsbehandlingen, behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien samt hos øvrige relevante samarbejdspartnere. På sigt skal det bidrage til, at flere borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i højere grad oplever at mestre deres psykiske vanskeligheder og kontrollere eller reducere deres stofmisbrug.

Modellen for ungeindsatsen

Modellen for ungeindsatsen er forankret i socialpsykiatrien i de tre projektkommuner, hvor indsatsen er afprøvet. De unge henvises til ungeindsatsen fra screenings- og udredningsmodellen, og med udgangspunkt i den unges behov tilrettelægges et individuelt støtteforløb. Sideløbende med et individuelt støtteforløb kan den unge også blive tilbudt at deltage i ungeindsatsens gruppeforløb. Begge forløb består af aktiviteter, der skal styrke den unges selvrefleksion og sociale kompetencer og relationer. Både individuelle forløb og gruppeforløb skal baseres på aktuelt bedste viden, men der er metodefrihed i valget af tilgange, der eksempelvis kan udgøres af coaching, kognitiv terapi og psykoedukation. Der kan også iværksættes målrettede indsatser for den unges udvikling og rehabilitering i samarbejde med jobcenteret, sundheds- og forebyggelsesafdelingen eller med en uddannelsesinstitution. Såfremt det vurderes, at den unge har behov for psykologisk eller psykiatrisk udredning, tager en medarbejder i ungeindsatsen initiativ til drøftelse af en behandlingsplan, som eksempelvis indbefatter misbrugsbehandling og/eller psykiatrisk eller psykologisk behandling.

Formålet med ungeindsatsen er som led i en proces mod øget inklusion, at de unge kontrollerer eller reducerer deres stofmisbrug, mestrer psykiske vanskeligheder og opnår en mere velfungerende og selvstændig hverdag på egne præmisser med familie, uddannelse, job og netværk.

Organisatoriske resultater

Tabellen nedenfor viser de forventede organisatoriske resultater forud for implementeringen af modellerne og indfrielse af resultater. I kapitel 7 fremgår detaljeret viden om organisatoriske resultater.

Model	Forventede resultater	Indfrielse af resultater
<i>Screening og udredning</i>	Sammenhængende, koordineret og kvalificeret misbrugsbehandling	√
	Styrket samarbejde og koordinerede behandlingsforløb mellem misbrugsbehandlingen, behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien	•
<i>Ungeindsatsen</i>	Forankring af viden om unge med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i kommunale tilbud	√
	Kvalificeret og koordineret social indsats internt i kommunen og på tværs af kommune og region	•

Note: √ resultat indfriet, • resultat delvist indfriet, ÷ resultat ikke indfriet.

Evalueringen tegner et billede af, at arbejdet med *screenings- og udredningsmodellen* har ført til positive forandringer i gennemførelsen af misbrugsbehandling for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Det kommer til udtryk ved tydeligere arbejdsgange og en sammenhængende, koordineret og helhedsorienteret indsats til gavn for borgerne. Det konkluderes i evalueringen, at særligt virkningsfulde faktorer i udviklingen af en sammenhængende og kvalificeret misbrugsbehandling er forankring af forskellige fagligheder i samme organisering, systematisk inddragelse af psykologfaglig viden, anvendelse af systematiske screeningsredskaber og tidligere fokus på borgere med psykiske vanskeligheder.

Evalueringen peger på, at arbejdet med *screenings- og udredningsmodellen* har skabt forskellige resultater for samarbejde og koordinering på tværs af den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri. Konklusionen er, at der i nogle projektkommuner er sket ganske beskedne forandringer, mens der i andre er sket en forankring af samarbejde og koordinering på strategisk niveau. I én af projektkommunerne kommer det til udtryk ved, at der er indgået et forpligtende samarbejde mellem parterne, som er nedfældet i sundhedsaftalerne mellem region og kommune. Yderligere viser evalueringen, at dette strategiske samarbejde har understøttet udviklingen af operationelle samarbejdsaftaler og redskaber til støtte i henvisning og samarbejde om behandlingsforløb. Til trods for dette samarbejde mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri på ledelsesmæssigt og strategisk niveau er det samlede billede, der tegnes i evalueringen, at samarbejdet ikke er formaliseret i tilstrækkelig grad, hvorfor der i mange af projektkommunerne fortsat er udfordringer i forhold til at udmønte samarbejde og koordinering på det udførende niveau og i praksis.

Ses der på arbejdet med *ungeindsatsen*, peger evalueringen på, at indsatsen har medvirket til en forankring af øget viden om borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i de tre projektkommuner, som har arbejdet med indsatsen. Evalueringen indikerer, at denne viden er central at forankre i projektkommunernes socialpsykiatri og øvrige tilbud, idet det understøtter mere målrettede og fleksible tilbud til de unge.

Evalueringen indikerer dog, at de tre projektkommuner, trods forankring af øget viden om de unges udfordringer, har haft svært ved at omsætte denne viden til et fælles sprog, særligt mellem *ungeindsatsen*, misbrugsbehandlingscenteret og behandlingspsykiatrien. Således tegner evalueringen et billede af, at en etablering af et fælles sprog og tilgange kræver en "holdningsændring" i socialpsykiatrien, misbrugscenteret og behandlingspsykiatrien, hvor forskellige fagligheder, tilgange, metoder og relevansen af samarbejde om unge med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug anerkendes, udforskes og udvikles. Denne manglende omsætning af "ny" viden i samarbejdet mellem aktører har udfordret projektkommunerne i at skabe en mere kvalificeret og koordineret indsats til de unge.

I de projektkommuner, hvor ungeindsatsen er udviklet og afprøvet, opleves dog et styrket samarbejde internt i kommunen mellem ungeindsatsen og øvrige relevante kommunale aktører, som eksempelvis jobcenteret, UU-vejledningen, ungdomsskolerne og øvrige tilbud i socialpsykiatrien. Dette har bidraget til en mere sammenhængende indsats for de unge i kommunalt regi.

Borgereffekter

Tabellen nedenfor viser de forventede effekter for borgerne ved implementering af modellerne og indfrielse af effekter. I kapitel 8 er viden om borgereffekter udfoldet detaljeret.

Model	Forventede effekter	Indfrielse af effekter
<i>Screening og udredning</i>	Mestring af psykiske vanskeligheder	√
	Reduktion eller ophør af stofmisbrug	(-)
	Uddannelse	•
	Forsørgelse og beskæftigelse	÷/•
	Udvikling i egen sundhedssituation (brug af sundhedsydelse)	√
<i>Ungeindsatsen</i>	Mestre psykiske vanskeligheder	(-)
	Uddannelse	√*
	Forsørgelse og beskæftigelse	÷

Note: √ effekt indtruffet, • effekt delvist indtruffet, ÷ ingen effekt indtruffet, (-) effekt kan ikke vurderes.

*ingen eller negativ effekt på kort sigt, men positiv effekt på langt sigt.

Mestring af psykiske vanskeligheder

For de borgere, der har modtaget indsatsen under *screenings- og udredningsmodellen*, herunder deltagerne i ungeindsatsen, indikerer evalueringen, at der er sket en ændring i borgernes selvrapporterede psykiske vanskeligheder i positiv retning. Samlet er den gennemsnitlige belastningsgrad i forhold til psykiske vanskeligheder reduceret for borgere, der har indgået i screenings- og udredningsmodellen et halvt år efter indsatsen sammenlignet med før indsatsen. Evalueringen indikerer, at det er borgere, der ved indskrivning er mest belastede psykisk, som har ændret sig mest i positiv retning. Resultaterne gælder for de borgere, hvor der er gennemført både ASI-vurdering ved opstart og ved opfølgning. Dog skal der gøres opmærksom på, at projektkommunerne af forskellige årsager ikke har gennemført opfølgings-ASI-vurderinger blandt alle borgere, som har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen.

Uddannelse

Overordnet set viser resultaterne, at både *screenings- og udredningsmodellen* samt *ungeindsatsen* har haft en positiv effekt på, om borgerne er kommet i gang med eller har fuldført en uddannelse på længere sigt. Dog er der ingen effekt på efteruddannelse for den samlede gruppe af borgere, der har modtaget henholdsvis *screening- og udredningsmodellen* og *ungeindsatsen*.

Forsørgelsesgrundlag og beskæftigelse

Indsatsen under *screenings- og udredningsmodellen* har samlet set ingen signifikant effekt på hverken forsørgelsesgrundlag eller beskæftigelsessituation for de borgere, der har modtaget indsatsen i forhold til sammenlignelige personer i de forskellige kontrolgrupper. Dog tyder resultaterne på, at indsatsen potentielt vil have en positiv effekt på beskæftigelsessituationen for den svært belastede del af målgruppen. *Ungeindsatsen* har derimod, samlet set, ingen effekt på de unges forsørgelsesgrundlag og beskæftigelsessituation et år efter opstart af indsatsen i forhold til en sammenlignelig gruppe af unge. Her er det dog vigtigt at være opmærksom på, at de unge ofte har meget komplekse problemstillinger, som består af en kombination af psykiske lidelser, misbrug, dårlig skolegang og ustabile sociale forhold. Det kan derfor være svært at forvente positive effekter i forhold til de unges beskæftigelsessituation allerede et år efter opstart af indsatsen.

Brug af sundhedsydelser

Borgerne under *screenings- og udredningsmodellen* har signifikant flere kontakter til alment praktiserende læge end sammenlignelige personer i kontrolgruppen et år efter opstartsåret. Dette tolkes positivt, da den øgede kontakt til alment praktiserende læge kan være et udtryk for, at borgerne, i overensstemmelse med indsatsens formål, i højere grad er blevet henvist til behandlingspsykiatrien. Der er ingen signifikant effekt på antallet af psykiatriske/psykiske kontakter til sygehusvæsenet for borgerne, der har modtaget *screenings- og udredningsmodellen* i forhold til en gruppe af sammenlignelige borgere. Det vil sige, at der ikke er en signifikant forskel mellem antallet af kontakter for borgerne i indsatsen og den sammenlignelige gruppe. Resultaterne indikerer dog, at indsatsen potentielt kan føre til et reduceret antal psykiatriske/psykiske kontakter til sygehusvæsenet for borgere i den svært belastede del af målgruppen.

Drivkræfter og barrierer i implementeringen af modellerne

Set i lyset af at forskning i implementering af sociale indsatser viser, at en effektiv implementering har store konsekvenser for indsatsernes resultater og effekter, har evalueringen af modellerne haft et særskilt fokus på drivkræfter og barrierer i implementeringen. I forskningen sondres typisk mellem model-interne drivkræfter og barrierer, eksempelvis modellernes sociale accept, kompleksitet og fleksibilitet, og model-eksterne drivkræfter og barrierer, som omhandler organisering, ledelse, mennesker og kontekst. I kapitel 6 fremgår evalueringens konklusioner om drivkræfter og barrierer fyldestgørende, mens vi her primært sammenfatter og konkluderer på model-interne drivkræfter og barrierer.

Drivkræfter og barrierer i screenings- og udredningsmodellen

Evalueringen viser, at en række **drivkræfter** i *screenings- og udredningsmodellen* har understøttet implementeringen af modellen. For det første oplever projektmedarbejderne, at det dobbelt fokus på psykiske vanskeligheder og misbrug møder et behov hos en gruppe af borgere, som ikke tidligere har fået en tilstrækkelig social indsats. For det andet understøtter modellens kernelementer samt systematiske faser og trin en videreudvikling af praksis i misbrugsbehandling, ligesom modellen er kompatibel med eksisterende praksis. For det tredje fremhæves den systematiske inddragelse af psykologfaglig ekspertise som positivt, idet det bidrager til udvikling af en praksis i misbrugsbehandling, hvor indsatsen tager højde for borgernes dobbelte problematik.

Evalueringen viser også, at en række **barrierer** i *screenings- og udredningsmodellen* har indvirket på implementeringen. For det første kan det være vanskeligt at bruge screeningsredskabet ASI – og den ASI-score borgeren får – som et fast kriterium for, hvilket forløb borgeren skal tilbydes. Således er der behov for at supplere denne med faglige og kliniske observationer for at sikre det bedste udgangspunkt for borgernes forløb. For det andet viser evalueringen, at de fastsatte grænseværdier for borgernes belastningsgrad i modellen har haft betydning for, hvordan de forskellige trin og faser i *screenings- og udredningsmodellen* er implementeret. Blandt andet er psykologens involvering i *screenings- og udredningsprocessen* fremrykket i en række af projektkommunerne – sammenlignet med modellens udgangspunkt for psykologens rolle. På den ene side kan det være en fordel, idet det sikrer, at *screeningen og udredningen* tidligt kvalificeres af psykologfaglig ekspertise. På den anden side kan en tidlig fremrykning af psykologens involvering være en udfordring for implementeringen af modellen og føre til u hensigtsmæssige flaskehalsproblemer. Ydermere kan det indvirke negativt på målet om at opkvalificere rådgivere og misbrugsbehandlere til at gennemføre solide og relevante *screeninger* på egen hånd. Evalueringen viser således, at det er centralt at finde den rette rollefordeling i *screeningen og udredningen* mellem rådgivere og misbrugsbehandlere på den ene side og psykologer på den anden side.

Drivkræfter og barrierer i ungeindsatsen

Konklusionen i evalueringen er, at *ungeindsatsens* "tankegods" i form af fleksibilitet i strukturrede rammer, muligheden for at være opsøgende i forhold til de unge og fokus på inddragelse af de unge har været en central **drivkraft** for implementeringen. Samlet peges der på, at dette understøtter, at de unge kan fastholdes i indsatsen og i deres videre forløb.

I tæt tilknytning til dette viser evalueringen, at indsatsens rehabiliterende sigte og friheden til at anvende metoder baseret på aktuelt bedste viden gør det muligt at tilrettelægge indsatsen med udgangspunkt i de unges situation, ønsker og præmisser. Dette har været en vigtig drivkraft i arbejdet med ungeindsatsen, ligesom det har understøttet implementeringen, at samspillet mellem ungeindsatsen og eksisterende praksis i socialpsykiatrien opleves komplementært og gensidigt understøttende.

Evalueringen tegner et billede af, at visitationsproceduren til ungeindsatsen via screenings- og udredningsmodellen i misbrugsbehandlingscenteret har været en **barriere** for implementeringen. En række projektmedarbejdere har oplevet, at flere unge har ønsket deltagelse i ungeindsatsen, men uden "vejen" igennem misbrugsbehandlingscenteret. Samtidig viser evalueringen, at visitationsprocessen via misbrugsbehandlingscenteret har skabt flaskehalsproblemer, som har resulteret i, at projektkommunerne har haft færre unge i ungeindsatsen end forventet.

Kravet om den unges deltagelse i indsatsen under screenings- og udredningsmodellen udgør også en barriere for ungeindsatsens implementering – og implementeringen af det samlede forløb til de unge. Det kan være vanskeligt for de unge at følge et forløb i ungeindsatsen, misbrugsbehandlingen og eventuelt i behandlingspsykiatrien samtidigt. Modstridende med projektets opdrag har en konsekvens af dette været, at flere unge ikke har fulgt deres behandling i misbrugsbehandlingen sideløbende med ungeindsatsen. Endelig har det for en række projektkommuner været vanskeligt at implementere gruppeforløbene, der er en central del af ungeindsatsen.

Organisering som drivkraft i implementeringen

Generelt har organiseringen af sociale indsatser stor betydning for implementeringen. Evalueringen tegner også et billede af en række generelle drivkræfter i organiseringen, som har fremmet implementeringen af indsatserne. Det drejer sig om:

- At etablere en styregruppe, som tager ansvar for at sikre de overordnede rammer for indsatsen, da det fremmer ejerskab af og engagement i implementeringen blandt medarbejderne, som arbejder med indsatsen.
- At der nedsættes arbejdsgrupper med deltagelse af projektledere fra begge indsatser og repræsentanter for øvrige kommunale og regionale aktører, da det skaber et rum, hvor de centrale medarbejdere kan udvikle og tilpasse indsatsen løbende, eksempelvis via udvikling af retningslinjer for samarbejdet.

Herudover peger evalueringen på, at det har været en drivkraft, at *ungeindsatsen* er organiseret i socialpsykiatrien, idet det sikrer et overlap til eksisterende tilbud i socialpsykiatriens vifte af tilbud og bidrager til at styrke den samlede indsats til de unge. Konklusionen indikerer dog, at det alene er i nogle projektkommuner, at det er lykkedes at udnytte denne organisering, mens implementeringen af det socialpsykiatriske perspektiv i samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen, behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien er lykkedes i mindre grad i andre projektkommuner.

Evalueringen konkluderer også, at organiseringen af samarbejdet mellem *screenings- og udredningsmodellen* og *ungeindsatsen* på den ene side og den regionale behandlingspsykiatri og alment praktiserende læge på den anden side har været et en barriere for implementeringen af indsatserne. I den forbindelse peges der på, at de regionale aktører organisatorisk og ledelsesmæssigt ikke i udgangspunktet har været projektmæssigt forpligtet på samarbejdet, hvilket har udfordret brobygningen mellem kommunale og regionale behandlingstilbud.

Ledelse som drivkraft i implementeringen

På tværs af de fem projektkommuner tegner evalueringen et billede af en række generelle drivkræfter i forhold til ledelse, som har virket positivt for implementeringen. Det drejer sig om:

- At der fra start har været generel ledelsesopbakning til indsatserne, som har været fastholdt undervejs i projektperioden.

- At ledelsen i flere af projektkommunerne har udfyldt rollen som "ambassadører" for indsatsene i forskellige organisatorisk regi.

Dog peger evalueringen på, at enkelte projektledere af *ungeindsatsen* har oplevet, at ledelsen har "glemt" ungeindsatsen som følge af et større fokus på implementeringen af screenings- og udredningsmodellen. Evalueringen indikerer, at det har haft negativ betydning for spredningen af viden om ungeindsatsen i relevante kommunale og regionale organisatoriske led – og for indsatsens synlighed på forskellige ledelses- og medarbejderniveauer. Det har i visse situationer indvirket negativt på samspillet mellem ungeindsatsen, screenings- og udredningsmodellen og øvrige kommunale og regionale indsatsler.

Mennesker som drivkraft i implementeringen

Evalueringen viser, at det har været en drivkraft for implementeringen af begge indsatsler:

- At medarbejderne har været omstillingsparate og drevet af lysten til ny viden og opkvalificering.
- At medarbejderne har haft interesse for målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.
- At medarbejderne har været i besiddelse af de rette faglige og personlige kompetencer, eksempelvis tålmodighed, fleksibilitet, tolerance og vedholdenhed, der alle vurderes centrale i arbejdet med særligt unge med komplekse problemer.

Samtidig tegner evalueringen et billede af, at det har indvirket positivt på implementeringen af begge modeller, at projektmedarbejderne har deltaget i faglige og målrettede temadage, opkvalificeringsforløb i anvendelsen af screeningsredskaber samt modtaget supervision fra ansatte psykologer. Endelig konkluderes det også, at det har påvirket implementeringen af modellerne positivt, at borgerne undervejs har fået øget viden om egne udfordringer og årsager til disse udfordringer. Det giver dem en oplevelse af at blive lyttet til og forstået, hvilket understøtter gennemførelsen af indsatsernes forløb og aktiviteter.

Fremadrettede opmærksomhedspunkter

På baggrund af evalueringen, øvrige erfaringer og input fra de fem projektkommuner kan der fremhæves en række opmærksomhedspunkter for det fremtidige arbejde med indsatslerne:

- Det kan understøtte implementeringen, at modellerne beskrives grundigt, eksempelvis i metodemanualer, som understøtter kvalitet og loyalitet i implementeringen.
- I arbejdet med at sikre opbakning til implementeringen af modellerne kan der afholdes opstartsmøder med deltagelse af relevante nøgleaktører, eksempelvis socialpsykiatrien, misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien.
- På opstartsmøder for implementeringen bør indsatsernes målsætninger overvejes, drøftes, tydeliggøres og videreformildes internt og eksternt.
- Der bør sikres ledelsesopbakning til implementeringen af indsatslerne fra start, eksempelvis ved at ledelsen tager ansvar for både udviklingen af indsatsen, opkvalificering af medarbejdere og udfylder rollen som 'ambassadører' for indsatslerne i forskellige fora.
- Formelle samarbejdsaftaler om rolle- og ansvarsfordeling kan være effektive med henblik på at sikre, at alle relevante snitflader mellem forskellige forvaltninger og sektorer operationaliseres, så de kan formidles til relevante samarbejdspartnere.
- Ved en implementering af indsatslerne kan det fremadrettet være en ide at udvide den projektformulerede målgruppe for screenings- og udredningsmodellen og for ungeindsatsen. For begge indsatsler gælder det kravet om, at borgerne skal være førstegangshenvendende i misbrugscenteret. For screening- og udredningsmodellen gælder det også kravet om, at borgerne skal være mellem 18 og 32 år.

3. MÅLGRUPPEN OG PROJEKTKOMMUNERNE

I dette kapitel giver vi en kort præsentation af målgruppen for henholdsvis screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen, herunder en kort karakteristik af de borgere, der har modtaget indsatsen. Endvidere indeholder kapitlet en kort præsentation af de fem projektkommuner.

3.1 Målgruppen

Målgruppen for **screenings- og udredningsmodellen** er 18 til 32-årige borgere med misbrug, som er nyhenvendte i den kommunale misbrugsbehandling, og som har varierende grader af psykiske vanskeligheder, herunder:

- Lettere psykiske lidelser, som eksempelvis angst og depression.
- Middelsvære psykiske lidelser, som eksempelvis forskellige former for personlighedsforstyrrelser.
- Alvorlige behandlingskrævende psykiske lidelser, som eksempelvis skizofreni og bipolare lidelser.

Målgruppen for **ungeindsatsen** er unge med sindslidelser eller psykiske vanskeligheder fra 18 år til og med 24 år, som har et samtidigt stofmisbrug. Unge under 18 år er ikke inkluderet i indsatsens målgruppe, idet der er andre regler i Serviceloven for denne aldersgruppe.

Målgruppen for ungeindsatsen er nyhenvendte i misbrugsbehandlingen og under screenings- og udredningsmodellen, der ved screening vurderes at have psykosociale problemer, og som har selvoplevede psykiske vanskeligheder.

Begrebet 'sindslidelser' anvendes i ungeindsatsen synonymt med selvoplevede psykiske problemer. Det kan således dække over et bredt spektrum af psykiske vanskeligheder fra oplevelser af selvmordstanker eller selvmordsforsøg, kontroltab i forhold til aggression, depression, svær angst, koncentrationsbesvær og problematiske sociale relationer over i egentlige behandlingskrævende psykiske lidelser. Indsatsen retter sig ikke specifikt mod unge med diagnosticerede psykiske lidelser.

Karakteristik af borgerne

På tværs af begge modeller har i alt 331 borgere indgået i indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen. Af projektmedarbejderne i de fem projektkommuner kendetegnes borgerne ofte ved, at de har ikke-psykotiske lidelser som eksempelvis ADHD, angst, depression og personlighedsforstyrrelser. De unge, som også indgår i ungeindsatsen, vurderes af projektmedarbejdere som unge med personligheds- og/eller adfærdsforstyrrelser. Hovedparten af de unge har oplevet omsorgssvigt i barndommen eller traumer, og de har et begrænset socialt netværk, som kan støtte op om dem. Desuden er få tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, og mange er i en usikker boligsituation.

Ser vi nærmere på de mere objektive karakteristika ved borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen, er det på baggrund af registerdata muligt at tegne et billede af den typiske borger.

I tabellen nedenfor fremgår en række kendetegn ved borgernes baggrundsforhold.

Tabel 3-1: Borgernes baggrundsforhold

	Alle borgere (n=285*)	Ungeindsatsen (n=72)	Screenings- og udredningsmo- dellen (n=213)
Køn			
Kvinde	30 pct.	39 pct.	26 pct.
Mand	70 pct.	61 pct.	74 pct.
Samlet	100 pct.	100 pct.	100 pct.
Etnicitet			
Dansk	94 pct.	98 pct.	92 pct.
Indvandrer eller efterkommer	6 pct.	2 pct.	8 pct.
Samlet	100 pct.	100 pct.	100 pct.
Alder			
Gennemsnitlig alder (år)	24,8	20,7	26,1

Kilde: Evalueringens registerdata, jf. bilagsmateriale.

Anm.: *n=285 angiver det antal borgere, hvor Rambøll på baggrund af cpr-numre har kunnet indhente oplysninger om borgernes baggrundsforhold.

Det fremgår af tabellen, at hovedparten af de borgere, der har modtaget en indsats, er mænd. Af de 285 borgere, hvor vi har data fra centrale registre, er det således 70 procent, der er mænd. Andelen af mænd i ungeindsatsen (61 procent) er en smule lavere end andelen af mænd, der kun har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen (74 procent).

Tabellen viser også, at langt størstedelen har dansk etnicitet. Det er kun 6 procent, der er indvandrere eller efterkommere af indvandrere. Den gennemsnitlige alder for alle borgere, der har indgået i indsatserne, er 25 år. For borgere der har modtaget ungeindsatsen, er den gennemsnitlige alder 21 år, og for borgere der kun har indgået i indsatsen under screenings- og udredningsmodellen, er den gennemsnitlige alder 26 år. Nedenstående tabel viser borgernes situation i forhold til socioøkonomi.

Tabel 3-2: Borgernes socioøkonomi

	Alle borgere (n=285)	Ungeindsatsen (n=72)	Kun screenings- og udrednings- modellen (n=213)
Højest fuldførte uddannelse			
Grundskole eller ingen	63 pct.	60 pct.	64 pct.
Gymnasial	10 pct.	11 pct.	9 pct.
Erhvervsuddannelse	27 pct.	29 pct.	27 pct.
Samlet	100 pct.	100 pct.	100 pct.
Socioøkonomisk status			
<i>Andel de seneste 26 uger i:</i>			
I uddannelse	9 pct.	14 pct.	7 pct.
I beskæftigelse	15 pct.	11 pct.	16 pct.
Arbejdsløs eller uden for arbejdsmarked	40 pct.	44 pct.	38 pct.
Andre	37 pct.	31 pct.	39 pct.
Samlet	100 pct.	100 pct.	100 pct.
Indkomst			
Gennemsnitlig bruttoindkomst (1.000 kr.)	130,1	100,6	140,2

Kilde: Evalueringens registerdata, jf. bilagsmateriale.

Anm.: Borgernes socioøkonomi er baseret på registerdata om borgernes situation ét år før opstart af behandling eller indsats. Er behandlingen eller indsatsen eksempelvis igangsat i 2012, er borgernes situation baseret på data fra ultimo 2011.

Tabellen viser, at næsten 65 procent af alle borgere ingen uddannelse har eller har grundskole som højest fuldførte uddannelse. Kun ganske få har en gymnasial uddannelse, mens lidt flere er faglærte. Der er ikke de store forskelle i forhold til uddannelse mellem borgere, der alene har

modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og borgere i ungeindsatsen. Af tabellen fremgår også borgernes socioøkonomiske status. Ved opstart i behandling eller indsats var det ca. 10 procent, der de seneste 26 uger havde været i gang med en uddannelse. Andelen af borgere der, de seneste 26 uger, har været i uddannelse, er en smule højere for borgere i ungeindsatsen sammenlignet med borgere, der alene er startet op i indsatsen under screenings- og udredningsmodellen.

Tabellen viser, at 15 procent af alle borgerne havde været i beskæftigelse de seneste 26 uger ved opstart af behandling eller indsats. Andelen i beskæftigelse er en smule højere for borgere i indsatsen under screenings- og udredningsmodellen sammenlignet med borgere i ungeindsatsen. Dette er ikke overraskende, når indsatsernes forskellige målgrupper, herunder især den aldersmæssige forskel, holdes for øje.

Den gennemsnitlige bruttoindkomst for en borger, der har modtaget ungeindsatsen, er 100.000 kr., mens denne er lidt højere for borgere, der alene har indgået i arbejdet med screenings- og udredningsmodellen. Her er den gennemsnitlige bruttoindkomst 140.000 kr. Den gennemsnitlige bruttoindkomst for alle, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen, er 130.000 kr.

3.2 Projektkommunerne

I alt har fem projektkommuner arbejdet med screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen. Alle fem projektkommuner har medvirket i udviklingen og afprøvningen af screenings- og udredningsmodellen, mens tre af projektkommunerne også har arbejdet med ungeindsatsen.

De tre projektkommuner, der har arbejdet med både screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen, er Gladsaxe, Horsens og Aalborg, mens der i Slagelse og Esbjerg kun er arbejdet med screenings- og udredningsmodellen. Gladsaxe, Horsens og Aalborg har arbejdet med den screenings- og udredningsmodel, der kaldes lokalmodellen, mens Esbjerg har arbejdet med centermodellen, og Slagelse har arbejdet med en hybrid mellem lokal- og centermodellen.

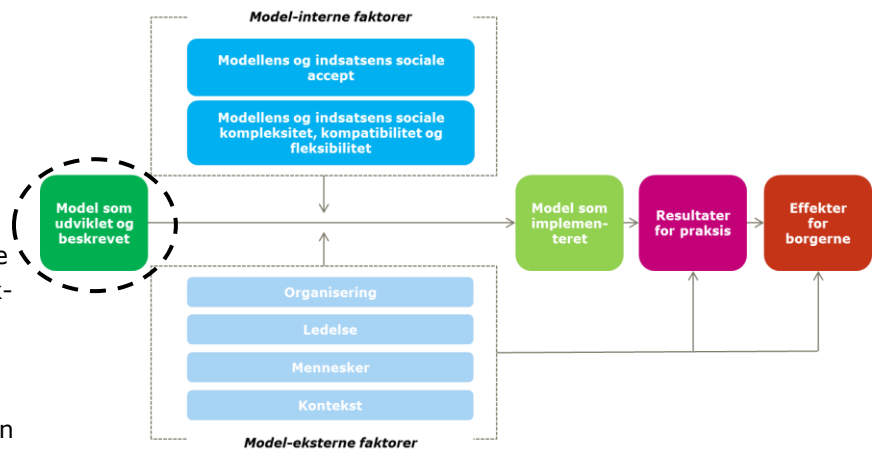
I de projektkommuner der har arbejdet med lokalmodellen, har der primært været fokus på en målgruppe af borgere med middelsvære psykiske vanskeligheder, mens man i Esbjerg alene har arbejdet med de borgere, der har sværere psykiske vanskeligheder, og som har behov for psykiatrisk hjælp. I Slagelse har man både arbejdet med borgere med middelsvære psykiske vanskeligheder og med borgere med svære psykiske vanskeligheder.

I kapitel fire er de forskellige modeller beskrevet mere udførligt.

4. BESKRIVELSE OG UDVIKLING AF MODELLERNE

I dette kapitel beskrives modellen for henholdsvis ungeprojekttet og screening- og udredningsprojektet. Det vil sige en beskrivelse af modellernes formål, forandringsteorier og arbejdsgange.

Det er vigtigt at påpege, at modellerne ikke er at sammenligne med "faste" metoder, som det kendes fra eksempelvis Socialstyrelsens vidensdeklarationskatalog⁵. Snarere er modellerne en sammensætning af en række kernelementer, der i projektet er omsat til nogle vejledende arbejdsgange, som samlet rammesætter den sociale indsats til målgruppen for modellen.



Det betyder også, at modellerne kan rumme en vis lokal variation, eksempelvis i rollefordelingen mellem forskellige typer af medarbejdere, udmøntningen af faser og trin samt anvendte metoder og redskaber. Projektkommunerne har indledningsvis deltaget i en udviklingsfase i den første periode af projektet, hvor der er gennemført forandringsteoriworkshop og metodetage med henblik på at operationalisere, beskrive og udvikle modellerne. Dernæst har der pågået en afprøvningsfase, igennem hvilken modellerne er blevet afprøvet og tilpasset. Beskrivelserne nedenfor er et produkt af den udviklingsproces, projektkommunerne har gennemgået, og som Rambøll har samlet op på. Modelbeskrivelserne er således også et konkret produkt af projektet, og beskrivelserne kan forhåbentligt være til gavn for andre kommuner, der overvejer at implementere en lignende praksis.

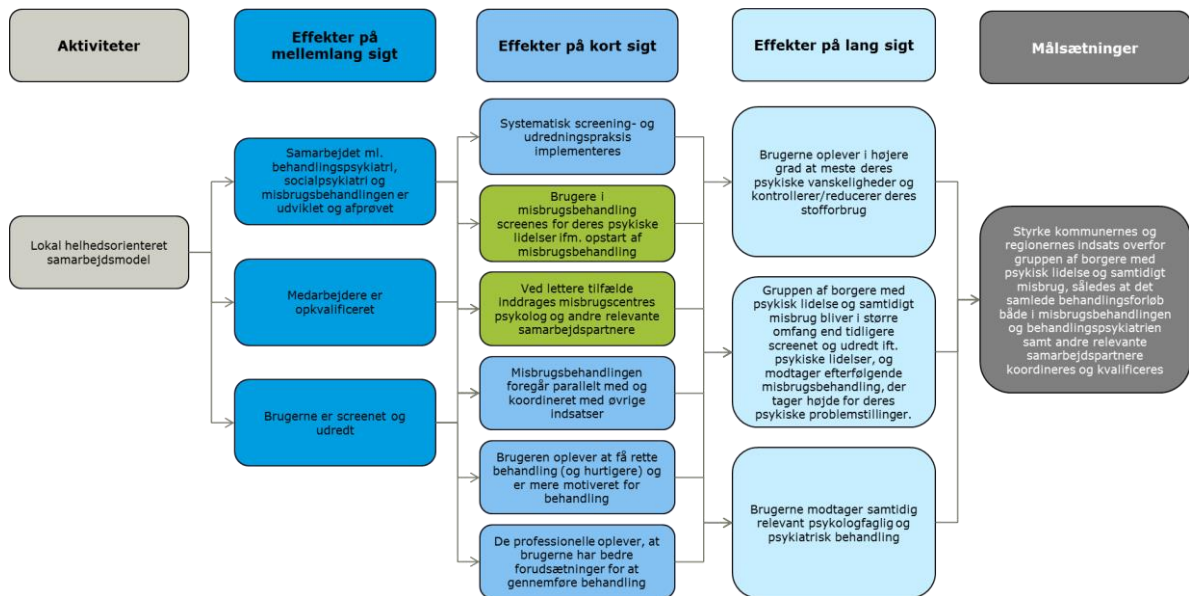
4.1 Model – screenings- og udredningsprojektet

Modellen for screenings- og udredningsprojektet er forankret i det kommunale misbrugsbehandlingscenter i de fem projektkommuner. Formålet med modelarbejdet er at styrke kommunernes og regionernes indsats til gruppen af borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Det skal sikre et samlet, koordineret og kvalificeret behandlingsforløb for borgeren i misbrugsbehandlingen, behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien samt øvrige relevante samarbejdspartnere. Samtidig skal det bidrage til, at flere borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i højere grad oplever at mestre deres psykiske vanskeligheder og kontrollere eller reducere deres stofmisbrug. I figur 4-1 nedenfor fremgår modellens overordnede forandringsteori.

Det fremgår af figuren, at effekterne for borgerne i målgruppen på lang sigt er, at de får den rette hjælp og føler sig hjulpet, at de bliver i stand til fasholde længere behandlingsforløb, og at de kan håndtere deres psykiske lidelser og kontrollere eller reducere deres stofmisbrug.

⁵<https://tilskudsportal.sm.dk/Documents/Rocker%20og%20banderekuttering%2015.75.18.70/Bande%202015%20civil/Bilag%201%20Vidensdeklaration.pdf>

Figur 4-1: Overordnet forandringsteori for screenings- og udredningsmodellen



Figuren viser, at de ønskede langsigtede effekter er, at borgeren i højere grad mestrer sin psykiske vanskeligheder og sit misbrug, at borgeren bliver screenet og udredt for dernæst at modtage misbrugsbehandling, der tager højde for borgerens psykiske vanskeligheder og misbrug samt psykologfaglig og psykiatrisk behandling, hvis der viser sig et behov herfor. For at nå disse langsigtede effekter skal en systematisk screenings- og udredningspraksis implementeres og samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og misbrugsbehandling skal styrkes.

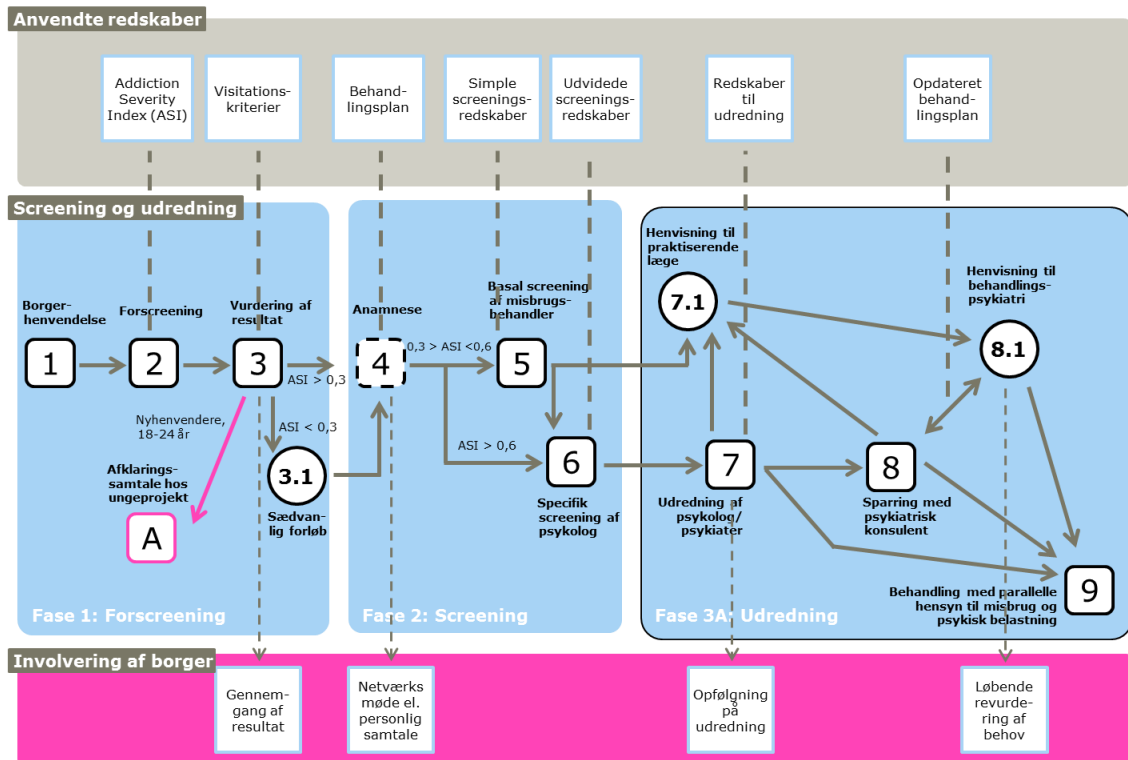
Der er to forskellige organisationsformer af screenings- og udredningsmodellen: lokalmodellen og centermodellen. I *lokalmodellen* er fokus især på de kommunale aktører, der arbejder med målgruppen primært i misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien, og der skal også etableres et samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri. Der lægges vægt på opkvalificering af medarbejdere fra både misbrugsbehandlingen, socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien og etablering af en fast screenings- og udredningsprocedure primært rettet mod borgere med middelsvære psykiske lidelser. *Centermodellen* har omvendt alene haft fokus på samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen og dermed kun kompetenceudvikling i forhold til de to typer af medarbejdere.

4.1.1 Arbejdsgangsbeskrivelser for screenings- og udredningsmodellerne

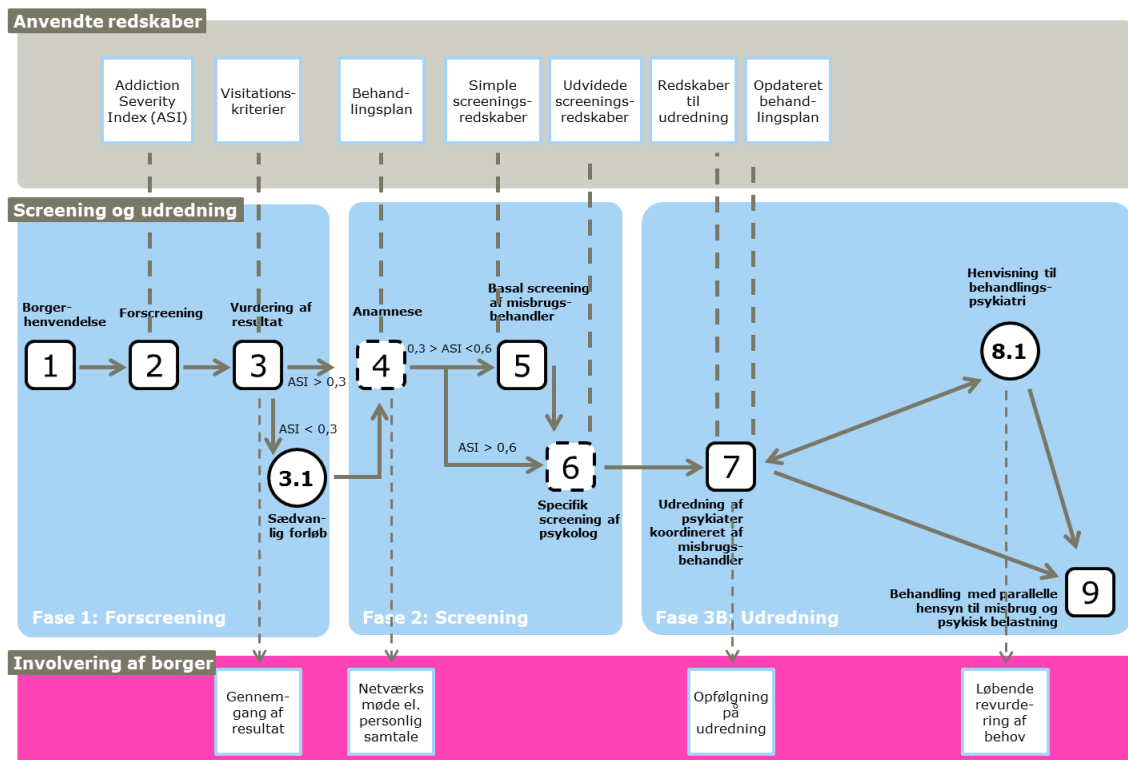
I opstarten af arbejdet med screenings- og udredningsmodellen har der været defineret en række kerneelementer, faser og trin, som projektkommunerne har skullet implementere som led i arbejdet med modellen. I et samarbejde mellem projektkommunerne, Socialstyrelsen og Rambøll er dette blevet konkretiseret i to arbejdsgangsbeskrivelser, der i projektperioden har fungeret som et redskab til at konkretisere modellerne tidligt i afprøvningsfasen. Arbejdsgangsbeskrivelsen er en visuel illustration, der viser faser og trin i et screenings- og udredningsforløb.

De to figurer nedenfor viser arbejdsgangsbeskrivelser for screenings- og udredningsmodellen opdelt efter de to organiseringsformer – lokalmodellen og centermodellen.

Figur 4-2: Arbejdsgangsbeskrivelse for lokalmodel



Figur 4-3: Arbejdsgangsbeskrivelse for centermodel



Som det fremgår i figur 4-2 og 4-3 består både lokalmodellen og centermodellen af tre faser: *Forscreening*, *screening* og *udredning*. Fase 1 og 2 er identiske, mens fase 3 varierer på tværs af lokalmodellen og centermodellen.

Fase 1 - Forscreening

Denne fase i screenings- og udredningsmodellen består af tre elementer: *Borgerhenvendelse, forscreening og vurdering af borgeren i forhold til type af indsats.*

Borgerhenvendelsen indebærer oplysning til borger om tilbud, opbygning af relation og forsamtale, som typisk gennemføres af misbrugsbehandler eller den indskrivende rådgiver. Målgruppen for projektet er nyhenvendte, der aldrig tidligere er set på misbrugscenteret i alderen 18-32 år. Efter borgerhenvendelse følger en forscreening, hvor der, med udgangspunkt i det europæiske misbrugsbelastningsindeks, Addiction Severity Index (ASI), gennemføres en struktureret samtale om omfang og karakter af misbrug, sociale relationer, psykisk belastning og øvrig baggrund.

På baggrund af forscreeningen gennemføres den samlede vurdering med udgangspunkt i ASI-scoren, og det vurderes, hvilket forløb borgeren skal tilbydes. På dette trin kan borgeren desuden henvises til ungeprojektet, der er målrettet 18 til 24-årige førstegangshenvendte, og som bygger på et samarbejde mellem misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien. Vurderingen af borgeren kan både foretages med udgangspunkt i ASI-scoren, men også ud fra en helhedsbetragtning såfremt den faglige vurdering af borgeren ikke stemmer overens med selvrapporteringen. Vurderingen foretages af en misbrugsbehandler alene eller ved inddragelse af et visitationsudvalg med ledelsesrepræsentanter og/eller psykolog og/eller psykiatrisk konsulent.

Borgeren inddrages i vurderingen og oplyses om betydningen af denne for det videre forløb. Afhængig af ASI-scoren og den endelige faglige vurdering visiteres borgeren til sædvanligt forløb eller videre til fase 2. Borgeren skal videre til næste fase ved en ASI-score $> 0,3$ under lokalmodellen, og ved en ASI-score $> 0,6$ under centermodellen. Der har dog været lokale ændringer i projektkommunerne. I Esbjerg, hvor man har afprøvet centermodellen, har man undervejs i afprøvningen valgt at sænke ASI-scoren fra 0,6 til 0,5. Dette har man gjort for at kunne tilbyde flere relevante borgere indsatsen under screenings- og udredningsmodellen. I Slagelse har man i hele projektperioden opereret med en minimums ASI-score på 0,4 og favner dermed begge modellens målgrupper. Derfor betegnes Slagelses-modellen som en form for hybrid mellem lokal- og centermodellen.

Fase 2 – Screeningen

Fase 2 består også af tre elementer, som er *udarbejdelse af en anamnese, en basal screening og en specifik screening.*

Borgeren deltager i en samtale med misbrugsbehandler/den indskrivende socialrådgiver eller misbrugscenterets psykolog for at få udarbejdet en anamnese og evt. en behandlingsplan. Anamnesen kan ligge i andre faser afhængig af lokal praksis. Som et dynamisk redskab opdateres anamnesen løbende og er udgangspunktet for behandlingen. Den beskriver typisk borgerens motivation for at søge hjælp, karakteren af misbrug, borgerens baggrund (herunder evt. udviklingsforstyrrelser/traumer i barndommen) og familiære situation samt tidligere behandlingsforløb (og evt. erfaringer med social- og behandlingspsykiatri). Anamnesen kan involvere borgerens nære relationer (gennem personlige samtaler eller som netværksmøder).

I fase 2 foretager misbrugsbehandleren også en basal screening af borgere uden diagnosticerede lidelser, men med en ASI-score mellem 0,3 og 0,6 i forhold til psykisk belastningsgrad. Den faglige vurdering kan dog i den forbindelse med overgangen til fase 2 betyde, at borgeren henvises direkte videre til psykolog/psykiater for mere specifik screening og udredning. Under den basale screening kan misbrugsbehandlere med de rette forudsætninger screene for: Angst, depression, bipolare lidelser, psykoselidelser og personlighedsforstyrrelser. Det anbefales at anvende simple screeningsredskaber, men der er metodefrihed som udgangspunkt.

Det sidste element er den specifikke screening af borgeren, som foretages af psykologen eller psykiateren i tilfælde af, at borgeren har en diagnosticeret lidelse eller psykisk belastning over 0,6. Her er også metodefrihed i forhold til valg af redskaber til den specifikke screening. I Esbjerg

har man dog ingen psykolog eller psykiater ansat i misbrugscenteret, hvorfor anamnesen og den basale screening suppleres af viden fra samarbejdspartnere omkring borgeren. Henvisningen foregår derfor direkte til psykiatrien, og indeholder både den sociale udredning, screeningen og eventuelle udtalelser fra relevante samarbejdspartnere.

Fase 3 – Udredning

Denne fase er forskellig alt efter, om det er lokalmodellen eller centermodellen, hvorunder screening og udredning gennemføres. I lokalmodellen er der en række forskellige udfaldsrum, mens det altid vil være misbrugsbehandleren, der varetager den administrative koordinering af udredningen, som altid varetages af den psykiatriske konsulent, i samarbejde med misbrugsbehandlere, i centermodellen. Dog adskiller Slagelse Kommune sig, da de både har en psykolog og psykiatrisk konsulent. I lokalmodellen foretages en decideret udredning af borgeren *af psykolog eller psykiater*, såfremt screeningen har vist, at der er behov for dette. Borgeren involveres i baggrund for og konsekvenser af udredning. Der er metodefrihed i forhold til valg af udredningsmetode i udredningen.

I forlængelse af udredningen er der – både i lokal- og centermodellen – mulighed for at sparre med en psykiatrisk konsulent om de videre handlemuligheder. Konsulenten kan enten være frikøbt fra privat praksis eller fra den regionale behandlingspsykiatri. Den psykiatriske konsulent bidrager med at tilrette behandlingsplan og sikrer eventuel overdragelse til behandlingspsykiatrisk indsats eller til praktiserende læge. I centermodellen koordineres denne indsats af misbrugsbehandleren.

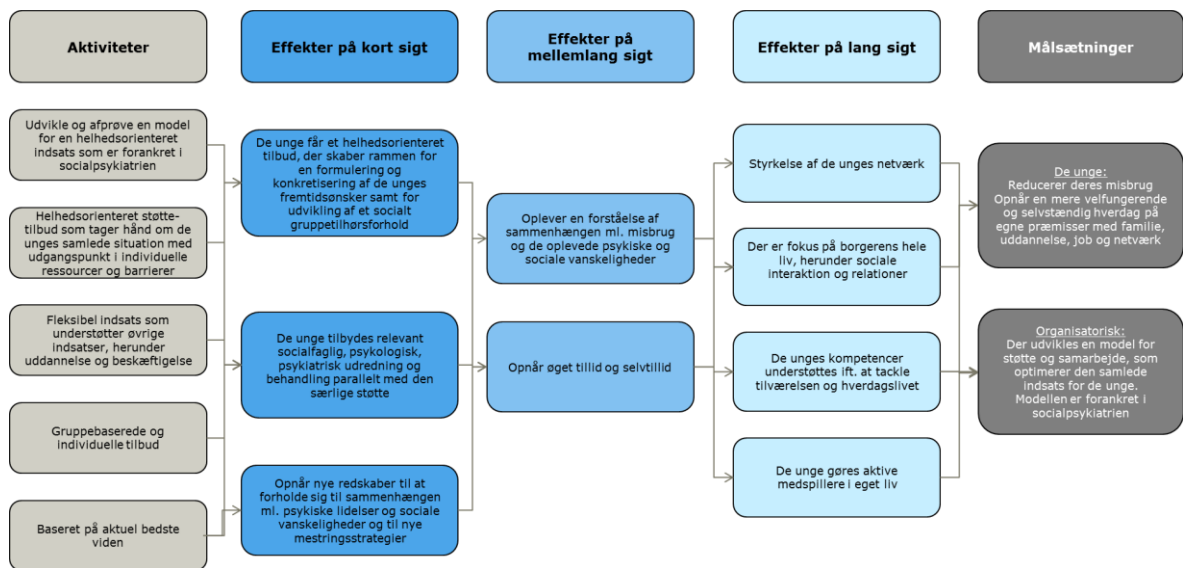
Dernæst iværksættes det koordinerede behandlingsforløb under hensyn til både misbrug og psykiatri i både lokal- og centermodel. Der sker en regelmæssig opdatering af borgerens behandlingsplan samt en løbende koordination mellem de involverede parter – og der gennemføres et ASI-interview i slutningen af borgerens samlede misbrugsbehandlingsforløb.

4.2 Model – ungeprojektet

Som led i en proces mod øget inklusion er formålet med projektet, at de unge kontrollerer eller reducerer deres stofmisbrug, mestrer psykiske vanskeligheder og opnår en mere velfungerende og selvstændig hverdag på egne præmisser med familie, uddannelse, job og netværk. Dette skal ske ved at forankre en model til unge sindslidende med misbrug i socialpsykiatrien, hvor vægten lægges på understøttelse af de unges kompetencer i forhold til at tackle tilværelsen og hverdagslivet. Modellen skal forankres i socialpsykiatrien for at profitere af socialpsykiatriens erfaringer og fokus på borgernes hele liv – herunder deres sociale interaktion og relationer.

Modellens overordnede forandringsteori fremgår af figuren nedenfor.

Figur 4-4: Overordnet forandringsteori for ungeprojekt

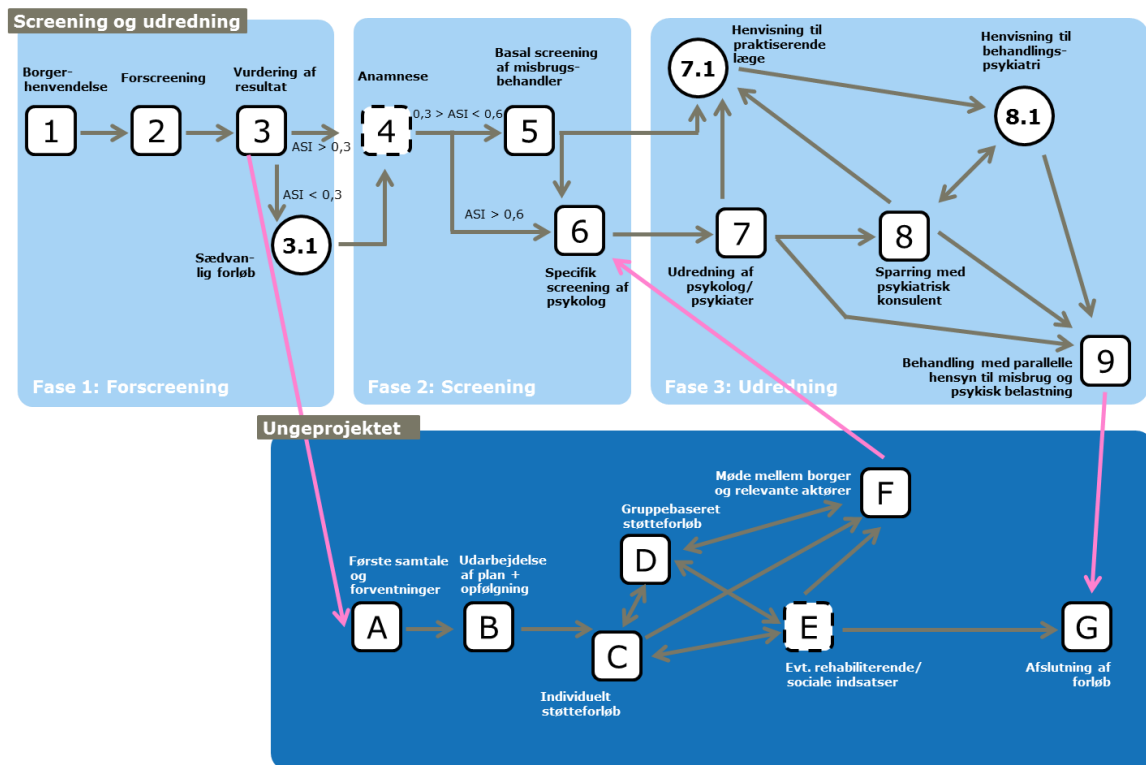


Ovenstående figur viser, at de ønskede langsigtede effekter af ungeprojektet er, at den unges sociale netværk og relationer styrkes, at de unge bliver aktive medspillere i eget liv, og at den unges kompetencer opbygges i forhold til at kunne tackle hverdagen. Disse langsigtede effekter opnås blandt andet ved, at den unge får en forståelse for sin egen situation og sammenhængen mellem egne psykiske vanskeligheder og misbrug, og derudover opnår øget selvtillid samt tillid til andre mennesker. Dette skal ske ved, at den unge modtager et mere helhedsorienteret og koordineret tilbud, herunder relevant socialfaglig støtte og psykologisk og psykiatrisk udredning og behandling.

4.2.1 Arbejdsgangsbeskrivelse for ungeindsatsen

Som det var tilfældet med screenings- og udredningsmodellen, har opstarten af udviklings- og afprøvningsperioden været nedfældet i en række kernelementer, faser og trin i modellen for ungeindsatsen. Projektkommunerne, Socialstyrelsen og Rambøll har ligeledes udarbejdet en arbejdsgangsbeskrivelse for ungeindsatsen, som konkretiserer indholdet i modellen.

Figur 4-5: Arbejdsgangsbeskrivelse for ungeindsats

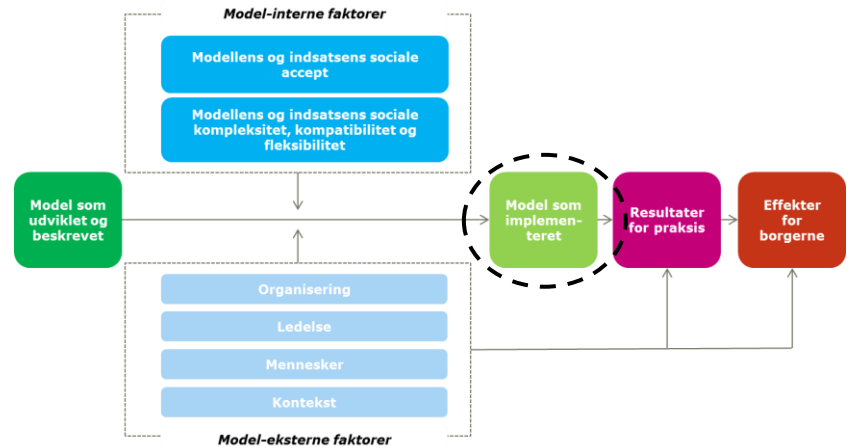


Som det fremgår af figuren henvises den unge fra screenings- og udredningsmodellen. I den første samtale oplyses den unge om indsats og de første forventninger afstemmes. Ved den afklarende samtale lægges en plan, i samarbejde mellem den unge og en medarbejder i ungeindsatsen, for borgerens videre forløb. Med udgangspunkt i den unges behov tilrettelægges et individuelt støtteforløb. Såfremt det vurderes, at den unge vil have gavn af det, vil den unge også blive tilbudt at deltage i ungeindsatsens gruppeforløb. Begge forløb skal bestå af aktiviteter, der styrker den unges selvrefleksion, sociale kompetencer og relationer samt understøtter netværksdannelse blandt deltagerne. Både individuelle forløb og gruppeforløb skal baseres på aktuelt bedste viden og metoder, men der er metodefrihed i valget af tilgange, der fx kan udgøres af coaching, kognitiv terapi, psykoedukation og personlige udviklingsøvelser. Der kan desuden iværksættes målrettede indsatser for den unges udvikling og rehabilitering i samarbejde med jobcenteret, sundheds- og forebyggelsesafdelingen eller med en uddannelsesinstitution. Såfremt det vurderes, at den unge har behov for psykologisk eller psykiatrisk udredning, tager en medarbejder i ungeindsatsen initiativ til drøftelse af en behandlingsplan, som eksempelvis indbefatter misbrugsbehandling og/eller psykiatrisk eller psykologisk behandling. Den unge og alle relevante parter involveres i disse drøftelser. Ved afslutningen af et forløb i ungeprojektet vil der være udarbejdet en plan for den unge samt være foretaget forventningsafstemning og rolleafklaring med aktørerne omkring den unge.

5. IMPLEMENTERING AF MODELLERNE

For at kunne sandsynliggøre at eventuelle positive resultater og effekter kan føres tilbage til henholdsvis modellen for ungeprojektet og modellen for screenings- og udredningsprojektet, er det nødvendigt at have viden om, i hvilken grad projekterne har implementeret modellernes kernelementer systematisk og loyalt.

I dette kapitel belyser vi projekternes implementering af modellerne. Det vil sige, hvordan og i hvilket omfang de centrale projektmedarbejdere har implementeret modellens kernelementer. Beskrivelsen og vurderingen af projekternes implementering af modellerne er hovedsagligt baseret på løbende selvevalueringer blandt projekternes projektledere og centrale projektmedarbejdere samt viden fra interviews med centrale aktører under casebesøg. Udgangspunktet for kapitlet er beskrivelsen af modellen for ungeprojektet og modellen for screenings- og udredningsprojektet i ovenstående kapitel.



Kapitlet her har en deskriptiv karakter, hvor det alene er implementeringen af faser og trin, der beskrives. I kapitel 6 udfolder vi de centrale drivkræfter og barrierer, som projektlederne og projektmedarbejderne har oplevet i implementeringen. Det er således i dette kapitel, at analytiske forklaringer på eventuelle afvigelser i modelloyalitet – og indvirkningen af dette på resultaterne og effekterne af modellerne – fremstilles og udfoldes.

Som det fremgår i kapitel 4 ovenfor, har det samlede projekt også haft karakter af et udviklingsprojekt – især i opstarten af projektet med afholdelse af forandringsteoriworkshops og metode-dage. Det betyder, at modellen for screening og udredning og ungeindsatsen ikke har været detaljeret beskrevet fra start. Dette er i høj grad sket i takt med, at modellerne er blevet implementeret. Derfor skal vurderingen og beskrivelsen af projektkommunernes implementering af modellerne, som det fremgår nedenfor, også ses i lyset af, at modellerne er yderligere udviklet i takt med, at de er afprøvet. Der vil derfor naturligt være en vis acceptabel variation i implementeringen lokalt i de enkelte projektkommuner, som ikke nødvendigvis er et udtryk for en afvigelse i metodeintegriteten eller fideliteten i implementeringen.

Kapitlets centrale konklusioner

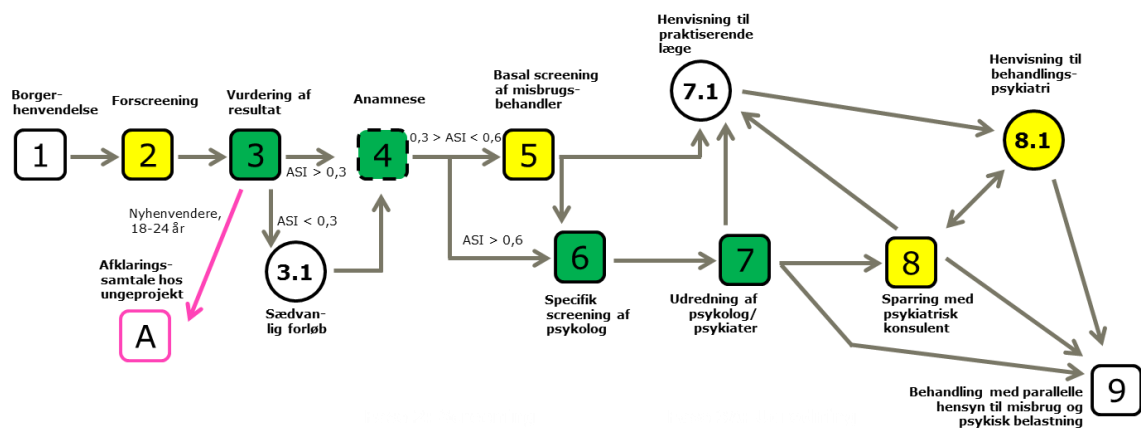
- På tværs af projektkommunerne er **screenings – og udredningsmodellen** blevet implementeret overvejende loyalt.
- ASI-vurderingen er foretaget relativt systematisk. Dog har det eksempelvis, i en projektkommune, været en udfordring at samkøre det kommunale og nationale datasystem.
- På tværs af projektkommunerne anvendes forskellige screeningsredskaber til screening af borgerne. Dette er i tråd med modelbeskrivelsen, hvor det fremgår, at der er metodefrihed i forhold til anvendelse af screeningsredskaber.
- Grundet både strukturelle og lokale barrierer, som fx visitationskriterier samt forskellige fagligheder, har det, i fire af projektkommunerne, vist sig vanskeligt at etablere direkte henvisningsprocedure fra misbrugsbehandlingen til behandlingspsykiatrien.
- I de tre projektkommuner, der har medvirket i udviklingen og afprøvningen af ungeindsatsen, er det vanskeligt at vurdere, hvorvidt modellens kerneelementer er vurderet loyalt. Dette, da ungeindsatsen ikke er 'modelgjort' i samme grad som screenings- og udredningsmodellen.
- I to af projektkommunerne har man god erfaring med at omtale gruppeforløbene som 'kursusforløb', da det tiltrækker flere unge og fremstår som et læringsforløb frem for terapi. Desuden anvendes bl.a. metoden 'På vej til et bedre liv' i forbindelse med gruppeforløb.
- På tværs af de tre projektkommuner tegner der sig dog et billede af, at projekterne ikke har udviklet helt tydelige og faste kriterier for, hvornår en ung har opnået det ønskede udbytte af ungeindsatsen og dermed kan afslutte sit forløb.

5.1 Screenings- og udredningsmodellen

På tværs af de fem projektkommuner, som har medvirket i udviklingen og afprøvningen af screenings- og udredningsmodellen, er modellens kerneelementer overvejende implementeret loyalt. I de enkelte kommuner er der imidlertid en vis variation, hvor den faktiske implementering af modellen afviger fra det oprindelige udgangspunkt, som det er udviklet og beskrevet i modellen.

Figuren nedenfor viser Rambølls overordnede vurdering af fideliteten – det vil sige metodeintegriteten – i implementeringen af screenings- og udredningsmodellen på tværs af de fem projektkommuner. Denne vurdering er baseret på projektmedarbejdernes og projektledernes fire runder af selvevalueringer samt interviews med rådgivere, misbrugsbehandlere, psykologer og projektledere i hver af de fem projektkommuner.

Figur 5-1: Vurdering af graden af fidelitet i implementeringen (screenings- og udredningsmodellen)



Anm.: Rød farve angiver vurderet lav grad af fidelitet i implementeringen af kerneelementet, gul farve angiver vurderet moderat grad af fidelitet i implementeringen af kerneelementet, grøn farve angiver vurderet fuld fidelitet i implementeringen af kerneelementet. Hvid farve angiver de kerneelementer, hvis fidelitet ikke er vurderet.

Nedenfor er grundlaget for vurderingen af fidelitet i implementeringen, som angivet i figuren ovenfor, beskrevet yderligere.

5.1.1 Fase 1: Forscreening

Som det også fremgår af figur 4-2 og 4-3 ovenfor, består forscreningen af tre kernelementer eller trin, som er: *Borgerhenvendelse, forscrening og vurdering af resultat.*

Borgerhenvendelse

I de fem projektkommuner viser projektledernes og projektmedarbejdernes selvevalueringer, at det altid er rådgiver eller misbrugsbehandler, der modtager borgeren og afholder første visitationssamtale. I det første møde med borgeren peger projektlederne og projektmedarbejderne på, at der er fokus på at kortlægge borgerens problemstillinger og motivation for misbrugsbehandling. Dette gøres, som det fremgår nedenfor, som led i forscreningen.

Projektlederne i en række af projektkommunerne peger på, at det allerede i det første møde med borgerne, kan være virksomt for motivationen hos borgeren at møde den misbrugsbehandler, som er tænkt at skulle følge borgeren i behandlingen. Endvidere giver projektlederne og projektmedarbejderne udtryk for, at det er vigtigt, at det første møde med borgeren er baseret på en anerkendende og støttende tilgang, og at borgeren mødes med udgangspunkt i hans eller hendes ønsker og behov. Flere af projektlederne og projektmedarbejderne peger også på, at borgeren i det første møde skal mødes med et konstruktivt modspil, så det er borgeren selv, der træffer valg om at påbegynde behandlingen eller ej.

Forscrening

På baggrund af projektledernes og projektmedarbejdernes løbende selvevalueringer fremgår det, at forscrening, som det først led i modellen for screening og udredning, i store træk er implementeret loyalt efter modellens retningslinjer. Der er dog lokale variationer, hvor projektmedarbejderne i enkelte kommuner har afvejet fra praksis, særligt i opstarten af arbejdet med screenings- og udredningsmodellen.

I alle misbrugsbehandlingscentre i projektkommunerne er det en indskrivende rådgiver eller misbrugsbehandler, der gennemfører forscreningen af borgerne. Ifølge projektlederne og projektmedarbejderne gennemføres forscrening med udgangspunkt i Addiction Severity Index (ASI), som kortlægger borgernes belastningsgrad på forskellige væsentlige livsområder, herunder misbrug, psykiske vanskeligheder, økonomi, bolig og sociale og familiære forhold. På baggrund af den gennemførte dokumentation af borgernes psykiske vanskeligheder via ASI, som er indberettet til Rambøll i løbet af projektperioden, fremgår også, at der for de fleste borgere er gennemført en opstartsvurdering. Det indikerer, at ASI er anvendt relativt systematisk, som grundlag for forscrening.

Dog peger projektlederne i enkelte af projektkommunerne på, at de i opstarten af arbejdet med modellen har været udfordrede af lokale generelle forhold, i relation til at sikre en systematisk anvendelse af ASI, som udgangspunkt for forscreningen. I en af projektkommunerne har denne udfordring eksempelvis bestået i manglende samkøring af det kommunale og det nationale datasystem, hvilket har betydet, at misbrugsbehandlere har udfyldt ASI-skemaerne i hånden. Som supplement har rådgivere og misbrugsbehandlere i en anden projektkommune anvendt egne spørgsmål og observationer som udgangspunkt for forscreningen, og desuden anvendt KL screeneren, da den, ifølge dem, er nemmere og ikke nær så tung som ASI.

Vurdering af resultat

I alle fem projektkommuner peger projektmedarbejderne og projektlederne på, at vurderingen af et behandlingsforløb er baseret på borgerens belastningsgrad, der er dokumenteret via ASI samt rådgiverens eller misbrugsbehandlerens såkaldte "kliniske indtryk". Sidstnævnte indebærer, at resultatet af forscreningen suppleres med rådgiverens eller misbrugsbehandlerens vurdering af borgeren på baggrund af samtale.

“Det kliniske indtryk”

I flere af projektkommunerne fortæller projektledernes og projektmedarbejderne om det kliniske indtryk, der supplerer den indledende screening i forbindelse med vurdering af screeningsresultat og understøtter beslutninger om borgerens videre forløb.

Det kliniske indtryk kan eksempelvis være rådgiverens eller misbrugsbehandlerens observationer af borgerens øjenkontakt, borgerens påklædning og egen omsorg samt borgerens beskrivelse af sig selv og rådgiverens eller misbrugsbehandlerens observation af sammenhængen mellem det, borgeren taler om, og borgerens følelsesmæssige udtryk. Endeligt kan det være et samlet billede af borgerens sociale færdigheder, eksempelvis hvordan borgeren giver håndtryk og vedkommendes adfærd i misbrugsbehandlingscentret, der ligger til grund for vurderingen.

I en af projektkommunerne fremhæver medarbejderne, at det har været et opmærksomhedspunkt for dem som rådgivere og misbrugsbehandlere, at vurderingen af borgeren er omhyggelig, og at man ikke sender borgeren videre til psykiateren, medmindre man oplever, at borgeren har et behov herfor. I samme projektkommune er det altid rådgiveren eller misbrugsbehandleren, der træffer beslutning om det videre forløb på baggrund af forscreeningen, hvilket skyldes, at de som afprøvning af centermodellen ikke har haft en psykolog ansat.

I flere af de øvrige projektkommuner har praksis været, at psykologens involvering i visse situationer er fremrykket til forscreeningen og vurderingen af resultatet, således at alle kommer i kontakt med psykologen, inden der tages stilling til det videre forløb, eksempelvis på en visitations- eller borgerkonference. Erfaringerne fra projektlederne og projektkommunernes selvevaluering viser således, at det i nogle tilfælde er rådgiveren eller misbrugsbehandleren alene, der træffer beslutning om det videre forløb efter forscreeningen, mens denne beslutning andre steder er baseret på et fælles skøn mellem rådgiver og behandler på den ene side og psykolog på den anden side. I andre situationer viser projektledernes og projektmedarbejdernes selvevalueringer, at det er en beslutning, der træffes i et visitationsudvalg eller på en borgerkonference, eventuelt med deltagelse af ledelse i misbrugscentret, psykolog og rådgiver eller misbrugsbehandler.

5.1.2 Fase 2: Screening

Fase 2 i modellen, som er screening, består af tre kerneelementer eller trin. Det drejer sig om udarbejdelse af *social anamnese*, *basal screening ved misbrugsbehandler* og *specifik screening ved psykolog*.

Anamnese

På tværs af alle fem projektkommuner fremgår det af projektmedarbejdernes og projektledernes selvevalueringer, at der altid udarbejdes en social anamnese eller socialfaglig udredning. Typisk er det den indskrivende rådgiver eller misbrugsbehandler, der udarbejder den sociale anamnese, men i nogle projektkommuner er praksis også, at psykologen eller psykiateren involveres i udarbejdelsen af anamnesen, hvilket afhænger af borgerens situation.

Projektmedarbejdernes og projektledernes selvevalueringer af praksis i arbejdet med modellen viser også, at udarbejdelsen af en social anamnese også sker i fase 1 som led i forscreeningen og vurderingen af et eventuelt behandlingsforløb. Samtidig vil viden fra screeningen i fase 2 også indarbejdes i den sociale anamnese. Der er således forskel på, hvornår den sociale anamnese udarbejdes afhængigt af lokal praksis. Det hænger også sammen med, at projektmedarbejderne og projektlederne i alle fem projektkommuner fortæller, at den sociale anamnese er et dynamisk redskab, der løbende opdateres og danner udgangspunkt for borgerens behandling i misbrugsbehandlingscentret og eventuelt i den regionale behandlingspsykiatri. I selvevalueringerne fremgår, at den sociale anamnese ofte beskriver borgerens motivation for at søge støtte, karakteren af

misbruget, borgerens baggrund og historik samt familiære og sociale situation. Endvidere fremgår også borgerens behandlingshistorik i form af eventuelle tidligere støtte- eller behandlingsindsatser i eksempelvis social- eller behandlingspsykiatrien.

På tværs af projektkommunerne fortæller projektmedarbejderne og projektlederne, at den sociale anamnese overordnet har fokus på at finde mønstre i borgerens liv, som kan have indflydelse på deres behandlingsforløb samt hændelsesforløb, som borgerne eksempelvis mangler at bearbejde, for at de kan komme videre i et behandlingsforløb. ydermere er fokus ved den socialfaglige anamnese at blive opmærksom på eventuelle øvrige behov, eksempelvis neuropsykologiske udredninger eller anden specialfaglig udredning. Den sociale anamnese vurderes af projektmedarbejdere og projektlederne som et særligt vigtigt redskab til at "fange" eventuelle særlige belastningsområder, der har betydning for behandlingsstrategien og en eventuel endelig diagnose.

I selvevalueringerne peger projektmedarbejderne og projektlederne på, at forskellige "kilder" inddrages i udarbejdelsen af den sociale anamnese. Det drejer sig om den viden, som er tilvejebragt via forscreeningen og de første samtaler med borgeren. Dog er der også fokus på at kortlægge borgerens opvækstforhold og samlede historik, hvorfor pårørende inddrages, hvis muligt, ligesom der indsamles journaler og udtalelser fra eksempelvis øvrige kommunale støtteinstanser, den regionale behandlingspsykiatri og egen læge.

Basal screening

Screening- og udredningsmodellens udgangspunkt er, at der skal gennemføres en basal screening af borgere, som har en udslagsgivende ASI-vurdering. I de projektkommuner, der har haft lokalmodellen, har man udført en basal screening på de borgere, der har haft en psykisk belastningsgrad over 0,3 og under 0,6, mens man i de to projektkommuner, der har haft centermodellen, har udført basal screening på de borgere, der har haft en psykisk belastningsgrad over 0,4 og under 0,5 (0,6). Der er således forskelligartet praksis i forhold til ASI-vurderingen på tværs af projektkommunerne og de modeller, de anvender. Den basale screening består i, at misbrugsbehandlere med de rette kvalifikationer kan screene for angst, depression, bipolare lidelser, psykoselidelser og personlighedsforstyrrelser.

Slagelse Kommune afviger i praksis fra modelbeskrivelsen, da alle borgere med en ASI-vurdering under 0,4 får gennemført en basal screening hos misbrugsbehandlerne. Har borgeren en ASI-vurdering over 0,4 eller andet, der signalerer, at borgerne har særlige problematikker, som kalder på en specifik screening, går misbrugsbehandleren og psykologen i dialog om perspektiverne i at gennemføre en specifik screening ved psykologen.

I en anden kommune gennemføres der ikke basal screening af misbrugsbehandlerne, idet psykologen involveres i alle borgere, som har en ASI-vurdering over 0,3. I stedet er det psykologen, der gennemfører screeningen således, at den basale screening og den specifikke screening i princippet gennemføres samtidigt, men samlet af psykologen. Projektlederen i den pågældende kommune fortæller, at fokus ikke har været på, at misbrugsbehandlerne skulle gennemføre den basale screening, men i stedet at opkvalificere dem til at "optage" det dobbelte perspektiv med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i selve misbrugsbehandlingen. På den måde er det i implementeringen, at dette kerneelement afviger i forhold til modellens udgangspunkt.

I de to projektkommuner, der følger den ønskede praksis, inddrages psykologen dog tidligere i forløbet, så der også gennemføres specifik screening af borgere, som i princippet skal indgå i en basal screening efter modellens forskrifter. Dette har nogle konsekvenser, som er udfoldet yderligere i kapitlerne nedenfor.

I den sidste projektkommune har der, som centermodellen foreskriver, ikke været ansat en psykolog, hvorfor praksis har været, at det er misbrugsbehandleren, der gennemfører både basal og specifik screening, som i praksis gennemføres som en enkeltstående specifik screening. På tværs af projektkommunerne har misbrugsbehandlerne anvendt forskellige screeningsredskaber til understøttelse af den basale screening. Projektlederne i flere af projektkommunerne for-

tæller, at de har anvendt KL-screener⁶ og MINI⁷, mens projektlederen i enkelte kommuner peger på, at de har anvendt et screeningsredskab, der er udviklet af den psykiatriske konsulent, som har opkvalificeret misbrugsbehandlerne i at anvende dette.

Et eksempel på et screeningskema til rådgiver og misbrugsbehandler i forbindelse med den basale screening:

Behandleren noterer refleksioner, iagttagelser og eksempler på:

1. Uforståelig adfærd (udover det, der generelt kendetegner borgere med misbrug).
2. Oplysninger om arvelige psykiske lidelser og misbrug (ikke nødvendigvis diagnoser, men speciel adfærd eller andet).
3. Oplysninger om hovedtraumer.
4. Dominerende problemløsningsstrategier (henholdsvis borgerens kommentarer og behandlerens iagttagelser).
5. Socialt/relationer (henholdsvis borgerens kommentarer og behandlerens iagttagelser).

Specifik screening ved psykolog

Som det også fremgår ovenfor er der i enkelte af projektkommunerne en praksis, hvor tidspunktet for psykologscreeningen er fremrykket, så denne sker tidligere end beskrevet i modellen. Dette er sket ud fra en begrundelse om, at kompleksiteten i borgernes situation kan gøre det vanskeligt for rådgiverne og misbrugsbehandlerne at træffe en beslutning om behandlingsforløb på baggrund af forscreeningen. Psykologvurderingen bliver altså en måde, hvorpå man forsøger at kvalificere den indledende screening yderligere. I kapitel 8 fremgår det, at en potentiel ulempe herved er, dels at det kan skabe flaskehalsproblematikker, dels at de nødvendige kompetencer og forudsætninger hos rådgiver eller misbrugsbehandler til at gennemføre den indledende eller basale screening af borgerne ikke forankres tilstrækkeligt.

I de fire af projektkommunerne viser projektmedarbejdernes og projektledernes selvevalueringer, at det altid er psykologen, der gennemfører den specifikke screening af borgerne. I den ene projektkommune, som arbejder efter centermodellen, er den basale screening og specifikke screening i praksis slået sammen, idet det er rådgiveren eller misbrugsbehandleren, der gennemfører den specifikke screening efter forscreeningen.

På tværs af projektkommunerne anvendes forskellige screeningsredskaber til screening af borgerne. Dette er også i tråd med modelbeskrivelsen, hvor det fremgår, at der er metodefrihed i forhold til anvendelse af screeningsredskaber. I boksen nedenfor fremgår en oversigt over nogle af de screeningsredskaber, der er anvendt i projektkommunerne.

⁶ http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_60765/cf_202/Basisscreening_for_psykiske_lidelser_i_misbrugsbeh.PDF

⁷ <http://www.cure4you.dk/960/MINI%205.0.0%20dansk.pdf>

Eksempler på udvalgte **screeningsredskaber**, der er anvendt i projektkommunerne

Overordnede screeningsredskaber, som både benyttes af misbrugsbehandlere og psykologer:

- KL-screener
- MINI

Specifikke screeningsredskaber, der benyttes af psykologer og eventuelt psykiatere:

- Y-BOCS
- SCID-II
- MCMI
- DIVA 2
- ADIS-IV
- HTQ-PTSD
- BRIEF-V

5.1.3 Fase 3: Udredning

Den sidste fase af screenings- og udredningsmodellen består af kernelementerne og trinene *udredning*, som foretages af psykolog eller psykiater, *sparring fra psykiatrisk konsulent* og *henvi-ning til den regionale behandlingspsykiatri*, hvis borgeren har et behov.

Udredning

I fire af de fem projektkommuner er det psykologen i misbrugscentret, der har ansvaret for udredningen af borgerne. I én af projektkommunerne har der ikke været tilknyttet en psykolog. Det har betydet, at det er rådgiverne eller misbrugsbehandleren i misbrugsbehandlingscentret, der har gennemført udredningen af borgeren. Projektlederen fortæller her, at en psykiater, der var ansat i misbrugsbehandlingscentret i første del af projektperioden, har bistået rådgiverne i at gennemføre udredningen. Projektmedarbejdernes og projektledernes beskrivelser i selvevalueringer viser, at udredningen foretages på baggrund af borgerens sociale anamnese og den specifikke screening, som psykologen har gennemført.

I alle fem projektkommuner fortæller projektmedarbejderne, at borgeren involveres i udredningen, så der sikres et indholdsmæssigt ejerskab. Endvidere giver psykologerne udtryk for, at de altid giver borgeren en tilbagemelding på resultatet og indholdet i udredningen, så det sikres, at borgeren kan genkende sig selv i det billede af borgeren, som udredningen har tilvejebragt.

Viser udredningen et behov for en yderligere udredning hos psykiater med henblik på diagnostisering, involveres en psykiatrisk konsulent i misbrugscentret. Dette sker hvis denne funktion har været tilknyttet misbrugscentret, eller udredningen fremsendes til egen læge eller psykiater i den regionale behandlingspsykiatri.

Sparring fra psykiatrisk konsulent

I fire af de fem projektkommuner har der i løbet af projektperioden været ansat en psykiatrisk konsulent, som har skullet støtte psykologen i udredningen og eventuelt gennemføre en diagnostisering af borgeren med henblik på henvisning til den regionale behandlingspsykiatri. Samtidig har formålet været, at den psykiatriske konsulent skulle bygge bro mellem misbrugsbehandlingen og den regionale behandlingspsykiatri. I den femte kommune er det i løbet af projektperioden ikke lykkedes at få tilknyttet en psykiatrisk konsulent til det kommunale misbrugsbehandlingscenter. I de projektkommuner hvor der har været tilknyttet en psykiatrisk konsulent, har vedkommende bidraget med sparring til psykologen i udredningen, arbejdet med brobygning til den regionale behandlingspsykiatri og medvirket til at opkvalificere rådgivere og misbrugsbehandlere i misbrugsbehandlingscentret.

Henvisning til behandlingspsykiatrien

På baggrund af den gennemførte udredning har det været målet, at borgere, der har haft behov for psykiatrisk behandling, har kunnet henvises fra misbrugscenteret til den regionale behandlingspsykiatri. Det har i modsætning til projektets opdrag vist sig vanskeligt at etablere direkte henvisningsprocedure fra misbrugsbehandlingen til behandlingspsykiatrien for fire af projektkommunerne. Det har betydet, at den normale henvisningsprocedure i de fire kommuner er foregået via egen læge eller via centrale visitationsudvalg. I den sidste projektkommune har det kommunale misbrugsbehandlingscenter direkte henvisningsret til det centrale visitationsudvalg i den regionale behandlingspsykiatri, som det var hensigten i opdraget. Dette skyldes, ifølge projektkommunerne, strukturelle og lokale barrierer. Eksempelvis fremhæves forskellige fagligheder og visitationskriterier som udfordringer i samarbejdet om borgernes udredning og behandling mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien.

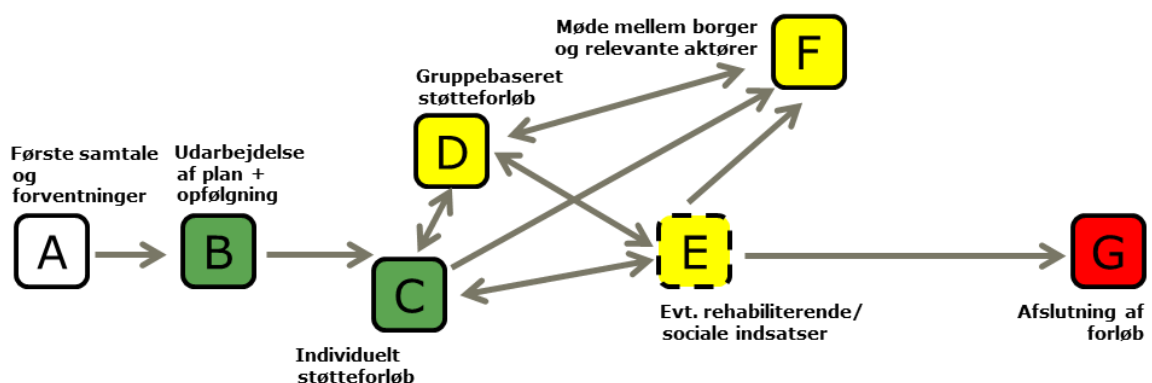
5.2 Ungeindsatsen

I de tre kommuner, der har medvirket i udviklingen og afprøvningen af ungeindsatsen, er det vanskeligt at vurdere, hvorvidt modellens kernelementer er implementeret loyalt. Det skyldes, at ungeindsatsen ikke i samme omfang som screenings- og udredningsmodellen er "modelgjort" med velbeskrevne kernelementer, faser og trin. Det har dog været et krav, at:

- Indsatsen er forankret i socialpsykiatrien.
- Visitation til ungeindsatsen sker gennem Screenings- og udredningsprojektet.
- Indsatsen gives i koordination med samtidige indsatser i misbrugsbehandling.
- Indsatsen er fleksibel så den ikke er til hinder for, at unge, der er under uddannelse eller i arbejde, kan deltage.
- Indsatsen er tilpasset, helhedsorienteret og samlet på tværs af faglige perspektiver og sektorer, så de unge oplever, at der tages hånd om deres samlede situation.
- Indsatsen indeholder mulighed for både individuel og gruppebaseret støtte.
- Indsatsen er baseret på aktuel bedste viden.

Vi har på baggrund af projektledernes og projektmedarbejdernes beskrivelser gennemført en vurdering af, hvorvidt de tre projektkommuner har implementeret indsatsen som foreskrevet – og altså i det omfang, der har været faste retningslinjer for dette. Figuren nedenfor viser Rambølls overordnede vurdering af fideliteten – det vil sige metodeintegritet – i implementeringen af ungeindsatsen på tværs af de tre projektkommuner. Denne vurdering er baseret på projektmedarbejdernes og projektledernes fire runder af selvevalueringer samt interviews med centrale aktører i hver af de tre projektkommuner. Under tabellen er beskrivelsen af implementeringen af de enkelte trin yderligere udfoldet.

Figur 5-2: Vurdering af graden af fidelitet i implementeringen (ungeindsatsen)



Anm.: Rød farve angiver vurderet lav grad af fidelitet i implementeringen af kerneelementet, gul farve angiver vurderet moderat grad af fidelitet i implementeringen af kerneelementet, grøn farve angiver vurderet fuld fidelitet i implementeringen af kerneelementet.

5.2.1 Fase 1: Samtale og udarbejdelse af plan

Første samtale og forventninger

Fælles for ungeindsatsen i de tre projektkommuner er, at de unge første gang stifter bekendtskab med tilbuddet via screenings- og udredningsmodellen i misbrugscenteret. Når en ung borger passer til kriterierne for ungeindsatsen, præsenteres den unge for tilbuddet. Har den unge en positiv indstilling overfor ungeindsatsen kontakter rådgiveren fra misbrugscenteret en ansat i ungeindsatsen, og der etableres typisk et møde mellem en projektmedarbejder fra henholdsvis misbrugscenteret og ungeindsatsen samt den unge selv. På mødet præsenteres den unge for indsatsen og dens indhold. Hvis den unge fortsat er interesseret i at deltage, planlægges et møde mellem den unge og medarbejderen i ungeindsatsen, hvor den unges indsats tilrettelægges, og der udarbejdes en plan, herunder mål for den unges deltagelse i projektet.

I én af projektkommunerne har man valgt at afholde det første fælles møde mellem misbrugscenteret, ungeindsatsen og den unge et sted, som den unge bestemmer, for at fremme den unges motivation for at deltage i indsatsen. I en anden af projektkommunerne deltager medarbejdere fra ungeindsatsen på visitationsmøderne på misbrugscenteret. På den måde sikres god overlevering og vidensdeling om den unge, og koordineringen af forløbet iværksættes tidligt i processen.

Udarbejdelse af plan og opfølgning

Hvis den unge vælger at deltage i ungeindsatsen afholdes et opstartsmøde mellem den unge og en medarbejder i projektet. På mødet tilrettelægges projektmedarbejderen og den unge i fællesskab den unges forløb. Der udarbejdes en plan for forløbet, der tager hensyn til øvrige tiltag, indsats og tilbud, som den unge eventuelt modtager eller deltager i, herunder indsatsen i misbrugscenteret. I én af projektkommunerne peges der på, at der i nogle tilfælde allerede ligger en plan for den unge, eksempelvis i regi af jobcenter eller misbrugscenter, og at det i disse tilfælde er denne plan, der ligger til grund for tilrettelæggelsen af den unges forløb. I andre tilfælde udarbejdes planen først efter den unges tilknytning til ungeindsatsen og i eventuelt samarbejde med relevante aktører.

Ved opstartssamtalen stiler man ifølge projektkommunerne efter at opstille SMARTE⁸ mål for den unges deltagelse i ungeindsatsen. Formålet med de SMARTE mål har dels været at skabe en retning og et mål for planlægningen af den konkrete indsats, og dels at have konkrete mål for løbende at evaluere den unges situation og dermed justere indsatsen hertil. Det har desuden været formålet med de SMARTE mål at synliggøre indsatsens retning for den unge selv og konkretisere den udvikling og proces, den unge gennemgår i løbet af ungeindsatsen.

Blandt projektmedarbejderne påpeges det som helt centralt, at den unge fra start motiveres og inddrages i planlægningen af forløbet, så det er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i den enkelte unges ressourcer, behov og ønsker. Helt konkret aftales det med den unge, hvilke livsområder den unge ønsker at arbejde med i indsatsen, så indsatsen er realistisk og giver mening for vedkommende. Det vigtige er, at den unge oplever de igangsatte aktiviteter og tilbud under indsatsen som meningsfulde og interessante, da det motiverer til deltagelse og udvikling i indsatsen. Herunder fremhæves det blandt projektmedarbejderne i en projektkommune, at det er centralt, at man fra start får skabt et ejerskab over planen hos den unge, hvilket en ressourceorienteret tilgang kan bidrage til.

På tværs af projektkommunerne og projektmedarbejderne påpeges det, at ét af de livsområder, der ofte arbejdes med, er udvikling og styrkelse af den unges sociale kompetencer. Det skyldes, at det ofte er noget, som projektmedarbejderne og de unge oplever som en udfordring for mange i målgruppen.

Projektmedarbejderne fremhæver, at planen for de unges deltagelse i indsatsen ikke er fastlåst, men kan ændre og udvikle sig efter den unges behov. Indsatsplanen justeres altså løbende i takt

⁸ SMARTE mål: specifikt, målbart, accepteret, realistisk og tidsbegrænset

med, at de unge udvikler sig, og eventuelt nye behov opstår, mens gamle aftager eller interessen for bestemte aktiviteter opstår hos de unge. Justeringen foregår eksempelvis gennem:

- Løbende feedback om den unges oplevelse af forløbet via individuelle samtaler og eventuelle genbesøg i de opsatte SMARTE mål.
- Indsatsplaner med åbne aktivitetsdage, som den unge selv kan være med til at udfylde løbende.
- Mulighed for, at den unge løbende bringer emner, der interesserer ham/hende, på banen, og som understøtter dennes mål. Mulighederne opstår undervejs i indsatsen.
- Mulighed for at arbejde med pludselig opståede udfordringer i den unges liv.

Det fremhæves dog i én af projektkommunerne, at den unge ikke har uanet bestemmelsesret, men at man ved indsatsen sætter en ramme for det, der er muligt, og ansporer den unge til bestemte aktiviteter som fagligt vurderes relevante for den unge.

5.2.2 Fase 2: Indsatsforløb og øvrige rehabiliterende indsatser

Ungeindsatsens kerneelementer er de individuelle forløb og de gruppebaserede aktiviteter for de unge. På tværs af projektkommunerne fremhæves det som helt centralt, at man har været fleksibel i forhold til graden af og kadencen mellem deltagelse i henholdsvis individuelle samtaler og aktiviteter og gruppebaserede aktiviteter. Udover de unges ønsker og motivation har også graden af deres psykiske lidelser og misbrug været med til at definere, hvorvidt og i hvilke aktiviteter de har kunnet deltage.

Individuelt støtteforløb

På tværs af projektkommunerne har de individuelle forløb haft et rehabiliterende sigte og udgangspunkt, og dermed har den unges egne ønsker og tanker om fremtiden været i fokus. I nogle af projektkommunerne har man taget udgangspunkt i den motiverende samtale i forløbet med den unge. Den motiverende samtale er som tilgang eller metode udviklet af Stephen Rollnick og William R. Miller på baggrund af erfaringer fra samtale og rådgivning med menneske med et stort alkoholforbrug. Tilgangen defineres således: *“Det motiverende interview er en styret klientcentreret rådgivningsstil, som har til formål at frembringe adfærdsmæssige forandringer hos klienten, ved at hjælpe denne til at udforske og afklare ambivalens”*.⁹

Der benyttes derudover en recovery-orienteret tilgang i forløbene, hvor man foruden samtaleforløbene også giver den unge støtte og hjælp til selv at mestre eget liv og daglige gøremål. Her fremhæver en medarbejder eksempelvis, at hun har hjulpet den unge med at kontakte myndigheder, boligselskab og lignende. I én af projektkommunerne omtales det som, at man arbejder med at gøre den unge kompetent til at indgå i samfundet og møde de krav, samfundet stiller.

Parametre, der fremhæves som udgangspunkt for planlægningen af et individuelt forløb:

- Forandringsønsker
- Uddannelsesønsker og uddannelsesmæssige erfaringer
- Motivation for arbejdet med udvalgte emner og tematikker
- Støttebehov
- Boligsituation
- Kognitive færdigheder
- Diagnostiske problemstillinger

En vigtig tematik i arbejdet med de unge på tværs af projekterne er foruden udvikling af personlige kompetencer og mestring af dagligdagen også udvikling og styrkelse af de unges sociale kompetencer. Arbejdet med de unges sociale kompetencer kommer særligt til udtryk gennem de gruppebaserede forløb, der er et andet kerneelement i ungeindsatsen.

⁹ <http://www.stofbladet.dk/6storage/586/51/stof2-50-52-print.pdf>

Gruppebaseret støtteforløb

Gruppeforløbene har forskellig karakter i de tre projektkommuner, men fælles for projekterne er, at hver enkelte ung bliver individuelt vurderet i forhold til, om de er i stand til at deltage i et gruppeforløb. Hvis medarbejderne i samarbejde med den unge vurderer, at den unge ikke er i stand til at deltage, kan der eksempelvis iværksættes yderligere individuel støtte, hvor der arbejdes hen imod, at den unge bliver i stand til at deltage i de gruppebaserede forløb og aktiviteter. Årsagerne til, at en ung ikke umiddelbart kan eller ønsker at deltage i et gruppeforløb, kan skyldes, at den unge eksempelvis lider af social angst i en sådan grad at deltagelse i gruppebaserede aktiviteter er for angstfyldte og hæmmende for den unge. Den sociale angst er således et element, der vil arbejdes med i det individuelle støtteforløb, så den unges deltagelse i gruppeforløbet eventuelt kan realiseres senere i den unges forløb i indsatsen. I en projektkommune nævner man følgende kriterier for tilrettelæggelsen af gruppeforløbene:

Typiske tematikker i et gruppeforløb:

- Stress
- Depression
- Angst
- Kognitiv teori
- Netværk
- Hash
- Økonomi/skattefradrag
- Uddannelsesmuligheder ved UU-vejleder
- Diagnostiske problemstillinger

- Rehabiliterende sigte (borgerens ønsker og motivation).
- Borgernes færdigheder inden for tilknytning og relationsopbygning.
- Borgernes kognitive færdigheder (hvordan er de i stand til at indlære, hvordan er de påvirkede af deres misbrug).
- Gruppens samlede diagnostiske problemstilling (hvordan påvirker de unges problemstillinger deres deltagelse i gruppen – eks. lavt og/eller forstyrret selvværd, angst og utryghed).

Gruppeforløbene er typisk bygget op om tematikker, der har til formål at udvikle og træne de unges personlige og sociale færdigheder samt udvikle deres netværk.

Flere af medarbejderne i projektkommunerne understreger, at det, der kendetegner et godt gruppeforløb, er en kerne af unge med stabilt fremmøde, der har tillid til hinanden. I én af projektkommunerne har de unge i et gruppeforløb formuleret grupperegler, der sætter rammerne for, hvordan man skal være og opføre sig over for hinanden under gruppeseancerne. Derudover har de formuleret regler om, at man eksempelvis ikke må møde påvirket op, men man må gerne deltage, selvom man ikke har det så godt og måske har svært ved at deltage aktivt den dag. En projektmedarbejder fortæller, at reglerne har fungeret meget positivt og er blevet overholdt af alle de unge, der har deltaget i gruppeforløbet.

”På vej til et bedre”

”På vej til et bedre liv” er et gruppebaseret og struktureret trænings- og undervisningsforløb, der er udviklet til mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug. Konceptets udgangspunkt er, at konteksten er vigtig for deltagernes udviklingspotentiale. Det betyder, at den enkelte deltager kan besidde langt flere ressourcer end vedkomne, og dennes omgivelser er bevidste om. Der arbejdes derfor eksplicit med at etablere rammer, der giver plads til at udforske og udfordre egne ressourcer og kvaliteter samt refleksion over egen sårbarhed og usikkerhed. Der tages udgangspunkt i en ligeværdig og interaktiv pædagogik, hvor deltagernes sociale færdigheder trænes gennem rollespil, praktiske kognitive redskaber samt anvendelse af psykoedukative illustrationer og metaforer. Aktiv deltagelse er helt centralt i metoden, og det er vigtigt, at deltagerne kan relatere emnerne til eget liv, således at de trænes i mestring og håndtering af dagligdagens problemstillinger.

Programmet består af fire hovedområder:

- Selvværd,
- Positiv selvhævdelse,
- Modstå rusmiddelpres og rusmiddeltrang
- Fritid og venner

Projektkommunerne anvender forskellige metoder i gruppeforløbene. I to af projektkommunerne har man valgt at omtale gruppeforløbet som et ’kursusforløb’, da dette øger de unges lyst til at deltage. I én af projektkommunernes såkaldte kursusforløb anvendes trænings- og undervisningsforløbet ”På vej til et bedre liv”. En projektleder fortæller, at man med metoden ”På vej til et bedre liv” giver gruppemøderne en fast struktur, og formålet med forløbet er, at de unge oplever at mestre deres psykiske og sociale vanskeligheder. Gennem undervisning med oplæg, videoer, øvelser, dialog og hjemmeopgaver arbejdes der med forskellige mere eller mindre fastlagte temaer. De redskaber, som man i projektet har valgt at introducere, er blandt andet håndtering af angst og stress, eksempelvis assertionstræning.

Mødet mellem borgere og relevante aktører

Ét af de centrale elementer i ungeindsatsen har været at koordinere indsatsen med de eventuelle øvrige tilbud og indsatser, som den unge måtte være tilknyttet, og samarbejde med relevante aktører som eksempelvis misbrugscenteret.

Den koordinerende rolle for ungeindsatsen har hovedsageligt bestået af at koordinere med indsatsen under screenings- og udredningsmodellen ved visitationen af den unge, og den har bestået af at agere bindeled mellem den unge og misbrugscenteret ved en sideløbende misbrugsbehandling. I flere tilfælde er de unge dog ophørt med misbrugsbehandlingen, mens de har været i ungeindsatsen. Ungeindsatsen har ikke i tilstrækkeligt omfang haft fokus på en fælles indsats for at støtte den unge i at genoptage misbrugsbehandlingen.

En projektleder forklarer, at det er helt essentielt, at en projektmedarbejder i ungeindsatsen formår at have et såkaldt helikopterperspektiv på den unge og dennes situation, så medarbejderen kan hjælpe med koordinering af tilbud, indsatser og krav fra øvrige offentlige instanser. I en projektkommune fremhæves det, at medarbejderne har stået for at tage initiativ til at afholde koordinerende møder med kommunale samarbejdspartnere i de tilfælde, hvor den unges situation og udfordringer har kaldt på tværsektorielt samarbejde og koordinering.

I en anden projektkommune fortæller en projektmedarbejder, at de, i det koordinerende arbejde med de unge, har ladet sig inspirere af case-managementmetoden, hvilket har betydet, at medarbejderne har haft 6-7 unge, som de hver især har aggeret case manager for. Det har betydet, at de har haft et helhedsorienteret blik på de unges liv og sikret, at de unge ikke har behøvet at

henvende sig til flere forskellige instanser eller personer, men udelukkende til deres kontaktperson i ungeindsatsen, der så har hjulpet dem den rette vej.

På tværs af de tre projektkommuner har man haft et samarbejde med – for unge – relevante aktører. Her nævnes eksempelvis: Jobcenteret, botilbud, ungdomsskole, VUC, UU-vejledere, Center for Selvmordsforebyggelse og økonomiske vejledere. Desuden har man i en projektkommune haft fokus på sundhed via et samarbejde med det lokale forebyggelsescenter, hvor man har tilbudt de unge forskellige vejledningsforløb som eksempelvis kostvejledning og motion samt mindfulness.

5.2.3 Fase 3: Afslutning af forløb

Den tredje og sidste fase i ungeindsatsen er afslutningsfasen – den fase, hvor den unges forløb i projektet afsluttes, og den unge udskrives af indsatsen. Et centralt element i denne fase er derfor, hvordan og ud fra hvilke kriterier det vurderes, at en ung projektdeltager bør afsluttes i forløbet. I kraft af puljebeskrivelsen og de enkelte projekters forandringsteorier er der opsat helt overordnede mål og forventede effekter for ungeindsatsen.

De tre projekter beskriver, at de anvender **målindfrielse af de unges individuelle, opstillede mål** som kriterier for afslutning af forløbet. I praksis kan det både være medarbejderne og den unge selv, der foretager denne vurdering af målindfrielsen på de individuelle mål, ligesom afslutningen i indsatsen kan basere sig på den unges selvvalgte evne til at mestre hverdagslivet.

Projekterne har opsat en række overordnede og vejledende succeskriterier eller mål for de unges deltagelse. Adspurgt nævner projektmedarbejdere og projektledere i de tre projektkommuner tilknytning til eller afklaring omkring **uddannelse og beskæftigelse** som centrale mål for de unge deltagere.

På tværs af de tre projektkommuner tegner der sig dog et billede af, at projekterne ikke har udviklet helt tydelige og faste kriterier for, hvornår en ung har opnået det ønskede udbytte af ungeindsatsen og dermed kan afslutte sit forløb.

En projektleder nævner, at man i praksis har valgt at gøre det sådan, at de unge har mulighed for at have en mere løs tilknytning til ungeprojektets aften- og weekendaktiviteter, eksempelvis hvis den unge i dagtimerne er i uddannelse eller beskæftigelse, men fortsat selv vurderer og vurderes at opnå positivt udbytte af indsatsen i projektet.

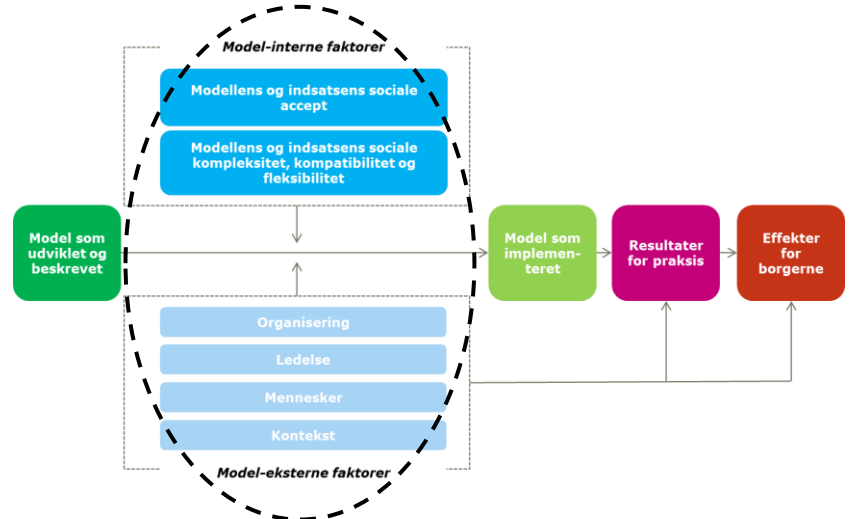
På tværs af projektkommunerne har der været et fokus på den manglende systematik i målopfyldeskriterier på borgerniveau. Alligevel er billedet ved projektets afslutning dog, at man i projekterne fortsat ikke har fundet en god procedure og kriterier for den unges afslutning, og deraf ikke har en form for udslusning eller afslutningsplan, når den unge stopper i ungeindsatsen.

6. DRIVKRÆFTER OG BARRIERER I IMPLEMENTERINGEN

Mens kapitel 5 rummer en deskriptiv beskrivelse og samlet vurdering af projekternes fidelitet i implementeringen af henholdsvis modellen for ungeprojektet og modellen for screenings- og udredningsprojektet, indeholder dette kapitel en systematisk opsamling på projekternes erfaringer med implementeringen af de centrale kerneelementer i modellerne.

Forskning i implementering af sociale indsatser viser, at en effektiv implementering har store konsekvenser for indsatsernes effekter og resultater (Durlak et al., 2008; Fixsen et al., 2005).

Set i det lys har evalueringen af modellerne særsigt fokus på drivkræfter og barrierer i implementeringen af modellerne. Som det også fremgår i kapitel 1, har vi fokus på model-interne forhold, eksempelvis den sociale accept af modellerne og kompleksiteten og fleksibiliteten i anvendelsen af modellernes kerneelementer, og model-eksterne forhold, som omhandler organisering, ledelse, mennesker og kontekst.



I boksen nedenfor fremgår kapitlets centrale konklusioner.

Kapitlets centrale konklusioner

- Evalueringen viser, at screenings- og udredningsmodellens dobbelte fokus på psykiske vanskeligheder og misbrug møder et behov hos en gruppe af borgere, som ikke tidligere har fået en tilstrækkelig social indsats.
- Det konkluderes også, at modellens kerneelementer, faser og trin understøtter en videreudvikling af praksis i misbrugsbehandling. Endvidere fremhæves den systematiske inddragelse af psykologfaglig ekspertise, som en drivkraft for implementeringen af screenings- og udredningsmodellen.
- Konklusionen er, at det kan være vanskeligt at bruge ASI-scoren, som et fast kriterium for, hvilket forløb borgeren skal tilbydes. Denne skal suppleres af faglige og kliniske observationer. De fastsatte grænseværdier, der betinger forskellige forløb, har haft betydning for, hvordan de forskellige trin og faser i screenings- og udredningsmodellen er implementeret. Blandt andet er psykologens involvering i screenings- og udredningsprocessen fremrykket i en række af projektkommuner. Dette kan føre til uhensigtsmæssige flaskehalsproblemer.
- I forhold til ungeindsatsen er konklusionen i evalueringen, at "tankegodset" i indsatsen har været en central drivkraft for implementeringen. Der peges på, at samspillet mellem indsatsen og eksisterende praksis i socialpsykiatrien er frugtbar, hvilket har en positiv indvirkning på en effektiv implementering.
- Samtidig er konklusionen, at indsatsens rehabiliterende sigte og metodefriheden gør det muligt at tilrettelægge indsatsen med udgangspunkt i de unges situation, ønsker og præmisser.
- Det konkluderes også, at kravet om den unges deltagelse i indsatsen under screenings- og udredningsmodellen udgør en barriere for ungeindsatsens implementering – og implementeringen af det samlede forløb til de unge. Dette kan blandt andet skyldes, at nogle unge finder det for krævende at deltage i to forløb samtidigt.

6.1 Model-interne faktorer

Implementeringsforskningen viser at for at sikre, at sociale indsatser implementeres succesfuldt, er det afgørende, at de medarbejdere og ledere, der skal arbejde med indsatsen forstår rationalet bag indsatsen, de forventede resultater samt principper og krav til indsatsen. Det gælder især, når nye indsatser implementeres i eksisterende praksis og måske bryder med de anvendte faglige tilgange. Forskningen peger blandt andet på, at medarbejdere og ledere, som oplever deres rolle i afprøvningen af nye sociale indsatser som meningsfuld og en videreudvikling af praksis, vil understøtte metodens implementering og forankring i den pågældende organisation. Endvidere viser forskningen, at selve indholdet i indsatsen, forstået som indsatsens enkelte kernelementer og disses kompleksitet og fleksibilitet, er afgørende for implementeringen af indsatsen.

6.1.1 Screenings- og udredningsmodeller

I det følgende afsnit belyser vi model-interne forhold, der har fungeret som 1) drivkræfter 2) barrierer og som 3) *both* drivkræfter og barrierer for implementeringen af screenings- og udredningsmodellen i de fem projektkommuner.

1) Drivkræfter

Nedenfor beskrives iboende implementeringsdrivkræfter i screening- og udredningsmodellen.

Modellens sammenhæng med praksis i den kommunale misbrugsbehandling

En væsentlig drivkraft for implementeringen af modellen er, at hovedparten af rådgiverne og misbrugsbehandlere på de kommunale misbrugscentre udtrykker, at modellens kernelementer, faser og trin understøtter en videreudvikling af praksis i misbrugsbehandling, ligesom de oplever, at modellen er kompatibel med eksisterende praksis.

Ifølge ledelsen i flere af de kommunale misbrugscentre, misbrugsbehandlere og psykologerne er der et fokus på dobbeltproblematikker hos borgerne, og de nye tilgange, metoder og redskaber, der forankres i praksis i takt med implementeringen af modellen, ses som et vigtigt supplement til en videreudvikling og forankring af opmærksomheden på borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.

Vurderingen blandt projektlederne i de fem projektkommuner er derfor, at det i mange henseender har været enkelt at "overtale" rådgivere og misbrugsbehandlere til at deltage i opkvalificerings- og uddannelsesforløb med henblik på at styrke deres viden om psykiske lidelser og forbundne årsager, virkninger og symptomer. Projektlederne vurderer, at de fleste rådgivere og misbrugsbehandlere har oplevet arbejdet med modellen som et "naturligt" element i deres faglige udvikling som rådgivere eller misbrugsbehandlere. Flere af de interviewede misbrugsbehandlere fortæller blandt andet, at de dårligt kan forestille sig en "tilbagevendende" til tidligere praksis uden systematiske screeninger og fokus på psykiske vanskeligheder i behandlingen af borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Erfaringerne blandt misbrugsbehandlere i de kommunale misbrugscentre peger altså på, at de oplever deres faglighed og kvalifikationer styrkede, som led i arbejdet med screenings- og udredningsmodellen – og dette har bidraget til en effektiv implementering af modellen.

Koordination og opkvalificering

I flere af projektkommunerne har det været understøttende for implementeringen og vidensdelingen, at der er etableret såkaldte borgerkonferencer, hvor eksempelvis borgersager ugentligt tages op til fælles drøftelse blandt rådgivere, misbrugsbehandlere og psykologer. Projektlederne og de involverede rådgivere og misbrugsbehandlere peger nemlig på, at arbejdet med modellen forudsætter et større koordinationsarbejde, idet modellen kræver vidensdeling mellem flere forskellige aktører, herunder eksempelvis rådgivere, misbrugsbehandlere, psykologer og eventuelt psykiatriske konsulenter. Det stiller, ifølge dem, krav til, at der i takt med implementeringen af modellen, etableres relevante fora for denne vidensdeling, som kan supplere den mere uformelle og daglige sparring.

Flere af rådgiverne og misbrugsbehandlerne fortæller, at det har været gavnligt med opkvalificeringsforløb og temamøder på tværs af den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri – og i lokalmodellen også socialpsykiatrien. Men deres vurdering er, at arbejdet med screenings- og udredningsmodellen kræver mere tid, ligesom systematikken i modellen forudsætter en ”strammere” planlægning af arbejdsgangene. De peger derfor på, at det er centralt, at modellens kerneelementer understøttes af tidlig og intensiv opkvalificering af rådgivere og misbrugsbehandlere, så de er rustede til at arbejde med modellen som tiltænkt og beskrevet.

Fælles sprog og systematik – både internt og eksternt

Vurderingen blandt projektlederne og projektmedarbejderne er, at modellen og de faste arbejds-gange fungerer som en manual, der sikrer et fælles sprog, systematik og udgangspunkt for rådgivere, misbrugsbehandlere og psykologer. Dette vurderes af projektlederne i hovedparten af projektkommunerne at understøtte en effektiv implementering af screenings- og udredningsmodellen. Flere af projektlederne giver udtryk for, at screenings- og udredningsmodellen understøtter, at relevant viden indsamles, idet både rådgivere, misbrugsbehandlere, psykologer og eventuelt psykiatriske konsulenter løbende bidrager med viden, observationer og refleksioner ind i planlægningen og gennemførelsen af behandlingsforløb, især i misbrugsbehandlingen. Både rådgivere, misbrugsbehandlere og psykologer fortæller, at de ser det fælles arbejde som relevant, hensigtsmæssigt og relativt ukompliceret.

Anvendelse af screening og udredning i behandlingen

På tværs af projektkommunerne er der, som beskrevet, anvendt forskellige screeningsredskaber som led i den specifikke screening, der gennemføres af psykologen i misbrugscentret. Psykologerne peger på, at det har været en drivkraft i implementeringen, at modellen ikke indeholder krav om anvendelse af bestemte screeningsredskaber. Psykologernes frihed i valg af screeningsredskaber har betydet, at de har kunnet anvende allerede kendte screeningsredskaber fra eksisterende praksis og screeningsredskaber, som de har erfaringer med fra tidligere.

Både projektlederne, misbrugsbehandlerne og psykologerne peger på, at den psykologiske screening og udredning af borgerne er afgørende for at sikre, at der i misbrugsbehandlingen af borgerne tages højde for borgernes psykiske lidelser. Det skyldes, at det er i screeningen og udredningen, at der indsamles tilbundsgående viden om borgernes psykiske vanskeligheder, som kan målrette misbrugsbehandlingen.

I nogle af projektkommunerne fortæller misbrugsbehandlerne og psykologerne, at det har været en drivkraft i anvendelsen af viden fra screening og udredning, at misbrugsbehandlerne og psykologerne mødes til behandlingsmøder, hvor formålet er, at misbrugsbehandlerne orienteres om indholdet i screeningen og udredningen. I andre kommuner fortæller projektlederne, at praksis i højere grad har været, at screeningen og udredningen journaliseres under borgerens sag, og at der på den baggrund foregår en mere uformel sparring mellem misbrugsbehandler og psykolog i forhold til indholdet i screeningen og udredningen. Desuden skal det sikres, at borgeren også er indforstået med sin egen sag og inddrages heri løbende under screeningen og udredningen. Det har dog været en udfordring at opnå et fælles sprog i screeningen og udredningen, så både misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien – og i tre af kommunerne også socialpsykiatrien – kan bruge det.

Samlet peger både misbrugsbehandlere og psykologer på, at screeningen og udredningen skal formidles på en enkel og anvendelig måde, så indholdet kan læses og forstås af fagpersoner uden en psykologfaglig baggrund. Endvidere giver det udtryk for, at udredningen med fordel kan indeholde konkrete handlingsanvisninger, som er umiddelbart implementerbare for misbrugsbehandlerne i behandlingen. De vurderer, at dette understøtter, at indholdet i screeningen og udredningen i højere grad medtages i misbrugsbehandlingen til borgeren.

2) Barrierer

Nedenfor beskrives iboende implementeringsbarrierer i screening- og udredningsmodellen.

Indkredsning af målgruppen

Af praktiske årsager var opdraget, at målgruppen i screenings- og udredningsmodellen skulle være nyhenvendte fra 18-32 år. Denne indkredsning har, for mange af projektkommunerne, været en udfordring i implementeringen af modellen, da det vurderes negativt, at borgere, der kunne have haft gavn af en systematisk screening og udredning, er "frataget" denne mulighed. I to af projektkommunerne har man på trods af indkredsningen af målgruppen udbredt screenings- og udredningsmodellen, så alle borgere, der henvender sig i misbrugscentret, kommer igennem samme screenings- og udredningspraksis. Projektkommunerne har været loyale over for projektbeskrivelsen og alene indsamlet viden om borgere i projektets målgruppe, men der har altså også været en praksis, hvor der sideløbende er gennemført screening og udredning ved alle borgerhenvendelser og behandlingsforløb.

Forskellige grænseværdier i ASI kan dække over samme belastningsgrad

Som det også fremgår i kapitel 4, er borgernes forløb i fase 2 (screening) og fase 3 (udredning) afhængigt af resultatet af forscreeningen, der viser borgerens belastning på baggrund af ASI. Vurderingen blandt projektlederne og projektmedarbejderne er, at det kan være en udfordring at anvende ASI-vurderingen som handlingsvisende, da en vurdering på eksempelvis 0,4 og 0,6 kan dække over samme udfordringer for forskellige borgere. Dette til trods for, at screenings- og udredningsmodellen beskriver, at det vil give to forskellige forløb.

Denne problematik har også haft betydning for, hvordan de forskellige trin og faser i screenings- og udredningsmodellen er implementeret. Som beskrevet i kapitel 5, har praksis i flere af projektkommunerne været at fremrykke tidspunktet for psykologens involvering, så de i nogle situationer allerede inddrages i forscreeningen. På den måde er psykologvurderingen fremrykket, så den sker tidligere end forudsat i modellen. Det har man gjort grundet kompleksiteten i borgernes situation, der betyder, at det kan være vanskeligt for misbrugsbehandlerne at tilrettelægge det rette behandlingsforløb på baggrund af forscreeningen. Med psykologvurderingerne dannes dermed grundlag for en yderligere kvalificering af den indledende screening.

Projektlederne i projektkommunerne giver udtryk for, at det skyldes, at det i nogle situationer kan være vanskeligt for rådgiverne eller misbrugsbehandlerne at vurdere kompleksiteten i borgernes situation på trods af ASI-vurderingen. På den måde kan de føle sig usikre i væsentlige beslutninger om det vurderede forløb efter forscreeningen. En række af de rådgivere og misbrugsbehandlerne, vi har talt med, fortæller også, at de til tider har behov for sparring og inddragelse af psykologerne i forhold til at træffe beslutninger om det videre forløb på baggrund af forscreeningen. Psykologens inddragelse allerede i den indledende screening er på den måde med til at sikre grundlaget for en yderligere kvalificering af den del af screeningsprocessen.

I enkelte af projektkommunerne giver projektlederne og projektmedarbejderne dog udtryk for, at psykologens inddragelse i forscreeningen kan føre til flaskehalsudfordringer, idet det bliver psykologen, der skal træffes beslutninger selv i den brede forscreening. Vurderingen blandt projektlederne og projektmedarbejderne er, at det kan være vanskeligt at undgå disse situationer, men at situationen kalder på yderligere opkvalificering af rådgiverne og misbrugsbehandlerne i forbindelse med vurderingen af resultatet af forscreeningen og beslutningen om det videre forløb på baggrund heraf. De vurderer, at dette også er centralt for at fastholde en effektiv rolle- og ansvarsfordeling mellem på den ene side rådgiver og misbrugsbehandler og på den anden side psykologen, ligesom det er afgørende for forankringen af kvalifikationer og kompetencer til at gennemføre screeninger hos rådgivere og misbrugsbehandlere, at de får erfaring hermed på egen hånd.

3) Drivkræfter og barrierer

Nedenfor beskrives iboende forhold i screening- og udredningsmodellen, der både fungerer som drivkræfter og barrierer i kommunernes implementering heraf.

Målgruppens behov

I de fem projektkommuner, som har arbejdet med udviklingen og afprøvningen af screenings- og udredningsmodellen, giver ledelsen, misbrugsbehandlerne og psykologerne udtryk for, at modellens dobbelte fokus på psykiske vanskeligheder og misbrug møder et behov hos en gruppe af borgere, som ikke tidligere har fået en tilstrækkelig social indsats.

De fremhæver, at der i modellen er indbygget fokus på at afhjælpe problematikker hos borgere, der har et stort behov for hjælp. Flere af projektlederne og projektmedarbejderne udtrykker, hvordan screenings- og udredningsmodellen bidrager til, at flere borgere, der måske tidligere blev vurderet til at have manglende motivation eller var vanskelige at "nå", nu får dele af den behandling, som de har behov for. Som det også fremgår i kapitel 7, fortæller både psykologerne og misbrugsbehandlerne, men også borgerne, at screenings- og udredningsmodellen understøtter et bredere perspektiv på borgerne i misbrugsbehandlingen, eksempelvis ved at misbrugsbehandlerne nu i højere grad indgår i samtaler med borgerne om deres opvækst og oplevelser, som måske har medvirket til borgernes psykiske lidelse og misbrug.

På den måde har den samlede model og oplevelsen af, at denne imødekommer et ikke-mødt behov hos målgruppen, medvirket til en effektiv implementering af modellens kernelementer, faser og trin, hvilket resultaterne i kapitel 7 viser, har været medvirkende til udviklingen af en systematisk og målrettet praksis i misbrugsbehandlingen.

Dog er der flere af projektlederne og projektmedarbejderne, der peger på, at fraværet af en forankring af samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og psykiatribehandling på det udførende plan har været en barriere i arbejdet med selve modellen. De peger på, at det er afgørende, at der sideløbende med modellen, hvor borgerne screenes og udredes for psykiske vanskeligheder, sikres en praksis, hvor borgerne, der har et behandlingsbehov i behandlingspsykiatrien også mødes med relevant behandling. Projektlederne peger på, at især rådgiverne og misbrugsbehandlernes sociale accept af modellen i stor udstrækning hænger sammen med, at det kan medvirke til, at borgerne modtager behandling for de problematikker, som de nu i højere grad er med til at få synliggjort.

Faglige vurderinger som grundlag for beslutning om behandlingsforløb

Som det fremgår i kapitlet ovenfor, er det de indskrivende rådgivere eller misbrugsbehandlere, der gennemfører forscreeningen af borgerne med henblik på vurdering af det videre forløb. Rådgivere, misbrugsbehandlere og psykologer i misbrugscentret oplever, at forscreeningen er styrket, blandt andet ved at afdække borgernes belastning via ASI. Det bevirker, at den efterfølgende planlægning af behandlingsforløbet rammer et mere realistisk niveau, som passer til den enkelte borger.

Erfaringerne i projektkommunerne og blandt rådgivere og misbrugsbehandlere er imidlertid, at det kan være vanskeligt at bruge ASI som fast kriterium for, hvilket forløb borgeren skal tilbydes. De peger på, at samtalen omkring ASI forudsætter, at borgeren har selvindsigt i egen situation, og de oplever, at flere borgere af forskellige grunde ofte undervurderer egne psykiske vanskeligheder. Såvel rådgivere og misbrugsbehandlere som psykologer vurderer, at vurderingen af borgerens situation ved hjælp af ASI skal suppleres af faglige og kliniske observationer, idet ASI kan danne et øjebliksbillede af borgerens situation, ligesom ASI-vurderingen kan være afhængig af, at borgeren kan eller vil fortælle om egen situation.

Denne problematik har ifølge projektlederne i to af projektkommunerne også betydet, at flere misbrugsbehandlere i opstartsperioden var kritisk indstillede i forhold til at anvende ASI som screeningsredskab i forscreeningen. I disse projektkommuner har projektlederne haft et vedvarende fokus på implementeringen af ASI i forscreeningen, hvilket også har medvirket til at implementere screeningsredskabet i forscreeningen. Men det har været en udfordring for implementeringen af en systematisk praksis, hvor ASI som udgangspunkt anvendes i alle situationer, hvor der gennemføres forscreening.

Optagelse af anamnese

Rådgivere, misbrugsbehandlere og psykologer peger på, at den sociale anamnese understøtter en effektiv implementering af trinene i modellens fase 2 og 3. Det vil sige selve screeningen og udredningen. De giver udtryk for, at virkningen af den sociale anamnese i behandlingsøjemed er stærkest, når denne udarbejdes og udvikles løbende i screenings- og udredningsprocessen og under aktiv involvering af borgeren. Således udtrykker både rådgivere, misbrugsbehandlere og psykologer, at den sociale anamnese bør opfattes som et dynamisk arbejdsredskab, der løbende opdateres med nye informationer og ændringer i borgerens situation. Samtidig peger de alle på, at det er vigtigt at turde udfordre indholdet i den sociale anamnese undervejs i behandlingen, både med inddragelse af borgeren og i samarbejdet mellem rådgiver, misbrugsbehandler og psykolog. Dette for at sikre, at alle perspektiver kommer med i anamnesen, og især at borgeren oplever, at anamnesen er korrekt og afspejler borgerens historik og situation.

I evalueringen af egen praksis for arbejdet med den sociale anamnese peger projektlederne og projektmedarbejderne på, at det kan være en udfordring at udarbejde sociale anamneser for borgerne i målgruppen. For det første har mange haft et længerevarende kaotisk liv, som gør det vanskeligt at finde sagsakter forskellige steder i det kommunale og regionale system. For det andet har flere af borgerne svært ved at huske, hvad der er sket tidligere i deres liv på grund af de følgevirkninger, misbruget har haft. Endeligt er der også mange, som ingen kontakt har til pårørende, hvor nære pårørende ikke er mulige at inddrage i forhold til at belyse borgerens situation. Samlet udfordrer det rådgiverne og misbrugsbehandlerne i at udarbejde en kronologi i de hændelsesforløb, borgeren har gennemgået, ligesom det gør det svært at udarbejde dækkende og fyldestgørende sociale anamneser.

Samarbejdet mellem misbrugsbehandling og psykiatribehandling

Som det også fremgår i kapitel 7, er der variation i resultaterne på tværs af projektkommunerne i forhold til samarbejdet og koordineringen af behandlingsforløb mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri.

Dette kan blandt andet forklares dels af organisatoriske forhold, dels af ledelsesmæssige forhold. Projektledernes og projektmedarbejdernes selvevaluering og viden fra de kvalitative interviews viser også, at en række forhold ved selve screenings- og udredningsmodellen har indvirket på implementeringen af modellen – og dermed de resultater, der er tilvejebragt i forhold til et styrket samarbejde mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatribehandling.

Ser vi først på de projektkommuner, hvor projektlederne og de øvrige aktører peger på, at samarbejdet har været udfordret, viser udsagnene fra disse, at det kan skyldes mødet mellem forskellige fagligheder. I to af projektkommunerne har det manglende samarbejde medført, at misbrugscenteret har etableret egne tilbud til borgere, hvor det er vurderet, at borgeren har behov for psykiatrisk behandling. Tilbuddene gennemføres af en psykiater og er målrettet borgeren med et behandlingskrævende behov, men som det ikke er lykkedes at få henvist til den regionale behandlingspsykiatri. Projektlederne i de to projektkommuner vurderer, at dette ikke er hensigtsmæssigt på længere sigt, og de peger på, at en helt afgørende drivkraft i screenings- og udredningsmodellen og en effektiv implementering er, at borgeren også kan tilbydes relevant behandling, hvis screeningen og udredningen viser et behov for dette.

Yderligere erfaringer fra især én af projektkommunerne viser, at et stærkt fokus på opkvalificering af rådgivere og misbrugsbehandlere i screening og udredning af borgere medvirker til en styrket henvisnings- og samarbejdspraksis mellem misbrugscenter og behandlingspsykiatrien. Dette, da rådgiverne og misbrugsbehandlerne er blevet i stand til at gennemføre screeninger og udredninger der, ifølge dem selv, vurderes både relevante og nyttige af sygeplejersker og psykiatere i behandlingspsykiatrien. Projektlederen i den pågældende kommune fortæller, at de har oplevet stor velvilje i behandlingspsykiatrien til at opstarte behandlingsforløb for de borgere, der er henvist fra misbrugsbehandlingen. Erfaringerne i projektkommunen tyder altså på, at screeninger og udredninger fra den kommunale misbrugsbehandling, som formår at tale ind i behand-

lingspsykiatriens "terminologi", kan være en drivkraft for udviklingen af en styrket praksis i samarbejdet.

Projektlederen i den pågældende kommune forklarer også, at implementeringen af en god praksis for samarbejdet hænger sammen med, at den psykiatriske konsulent alene har været forankret i misbrugscentret i den indledende fase af projektperioden. Det har "tvunget" rådgiverne og misbrugsbehandlerne til at "optage" den nødvendige viden om diagnoser, screeninger og symptomer som udgangspunktet for gennemførelsen af screeninger og udarbejdelsen af udredninger.

Endvidere fortæller projektlederen, at den psykiatriske konsulent var "frikøbt" fra den regionale behandlingspsykiatri. Ifølge projektlederen har det muligvis medvirket til, at der er skabt en "nemmere" indgang til den regionale behandlingspsykiatri efterfølgende – og på den måde bidraget til en effektiv implementering af en henvisnings- og samarbejdspraksis mellem misbrugscentret og behandlingspsykiatrien. Dog fortæller projektlederne i to af de øvrige kommuner, at det kan have været en barriere for koblingen af og indgangen til behandlingspsykiatrien, at den psykiatriske konsulent, som de har haft tilknyttet, har været en privat praktiserende psykiater uden nogen tilknytning til den regionale behandlingspsykiatri.

Det fremhæves yderligere, at et fokus på systematik og skriftlige samarbejdsaftaler samt arbejdsgangsbeskrivelser for henvisningen mellem misbrugsbehandling og behandlingspsykiatrien, medvirker til øget brobygning mellem de to parter. I arbejdsgangsbeskrivelsen fremgår eksempelvis, hvornår og til hvem i behandlingspsykiatrien som misbrugscentret skal tage kontakt til, hvis de får mistanke om en psykisk lidelse hos borgeren, eksempelvis skizofreni, skizotypi, affektiv lidelse eller ADHD.

Endvidere er der i arbejdsgangsbeskrivelsen udarbejdet retningslinjer for, hvilke typer af informationer der skal fremsendes til den regionale behandlingspsykiatri for at understøtte det videre forløb. I retningslinjerne, som også er indarbejdede i en samarbejdsaftale mellem den pågældende region og kommunerne i regionen (i Sundhedsaftalen), fremgår også en skabelon for "den gode henvisning", som kan understøtte samarbejdet mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri. Et eksempel på denne fremgår nedenfor.

Tabel 6-1 Eksempel på "den gode henvisning"¹⁰

Kategorier	Indhold
Modtager	Til hvem/hvad henvises patienten?
Stamdata	Patientens data: Navn, CPR-nummer, adresse, tlf.nr. Særligt for patienter under 18 år: Navn og adresse på forældremyndighedsindehaver.
Særlige forhold	Oplysninger vedr. værge, behov for tolk, befordring.
Diagnoser	Formodet henvisningsdiagnose (misbrug/psykiatri). Bi-diagnoser , herunder somatiske diagnoser samt diagnoser vedr. misbrug.
Henvisningsårsag/kliniske oplysninger	Kort aktuel anamnese med objektive fund – hvorfor ønskes patienten henvist? Undersøgelseresultater med relevans for aktuelle problemstillinger. (Her vedlægges resultatet af de lokalt aftalte valideringsredskaber). Tidligere psykiatrisk behandling Kendte allergier Patientens aktuelle medicin (SKAL oplyses. Får patienten ingen medicin, skal det fremgå af henvisningen). Oplysninger om evt. misbrug Relevante sociale forhold

¹⁰ Fælles regional samarbejdsaftale for borgere med psykiske lidelser og samtidigt stof- og/eller alkoholmisbrug, Region Syddanmark

	<ul style="list-style-type: none"> - For voksne, eks. vis information om mindreårige børn, arbejdsforhold - For børn/unge, eks. vis oplysninger vedr. familie/skole <p>Vigtig information givet til patienten/pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> - Særligt for patienter, der henvises til ATT - Særligt for patienter med spiseforstyrrelse - Særligt for patienter, hvor der er mistanke om demens - Særligt for patienter, der henvises til Børne- og ungdomspsykiatrien – supplerende oplysninger, der kan indgå
Oplysninger om henviser	Herunder navn, stilling, adresse og tlf.nr.

I den pågældende projektkommune og en anden kommune fortæller ledelsen og projektlederen, at det har været en drivkraft i arbejdet med modellen, at både sygeplejersker og psykiatere fra den regionale behandlingspsykiatri har deltaget i forskellige temamøder og seminarer i misbrugscentret. Fokus har her været på at dele erfaringer og viden om borgere med dobbeltproblematikker i form af psykiske lidelser og samtidigt misbrug – og tilgange, metoder og redskaber til disse.

Ifølge projektlederne og misbrugsbehandlerne har det medvirket til, at medarbejdere fra misbrugsbehandlingen og den regionale behandlingspsykiatri har kunnet mødes og udveksle erfaringer og perspektiver i forhold til den samlede indsats til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Som inspiration til den fremtidige tilrettelæggelse af en koordineret indsat til borgere med misbrug og psykiske vanskeligheder kan man med fordel inddrage resultaterne fra en canadisk videnskortlægning af best practice-eksempler på og virkningsfulde mekanismer i samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og psykiatribehandling. Hovedfundene fra denne præ-senteres i boksen nedenfor.

Best practice for understøttelse af koordinerede forløb mellem misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling

I publikationen **Collaboration for Addiction and Mental Health Care: Best Advice**, præsenteres resultaterne af en omfattende videnskortlægning og -udvikling af best practice for samarbejde om borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. I publikationen beskrives forskellige modeller for et effektivt samarbejde, som hver især indeholder forskellige tilgange og virkemidler. Modellerne har en række tilgange og virkemidler til fælles, som har vist sig effektive i forhold til at understøtte samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen i canadisk kontekst:

- Et behov for effektive koblinger mellem de to parter
- Et højt niveau af tillid og gensidighed mellem de involverede aktører
- Fokus på et bredt kontinuum af lidelser og udfordringer
- Tværsektoriel involvering
- Flere niveauer af samarbejde, der er tilpasset forskellige typer af behov og sværhedsgrader
- En skelnen mellem initiativer på henholdsvis service- og systemniveau.

I publikationen identificeres også en række administrative mekanismer til understøttelse af samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og psykiatribehandling:

1. *Enkeltstående tværfaglig vurderingsproces*
Én måde at opnå dette er gennem udtømmende screeninger og udredninger, der reducerer behovet for opfølgende vurderinger hos psykiatri, misbrugsbehandling og sociale myndigheder. En anden måde er ved at anvende fælles, elektroniske screeningsredskaber på tværs af forskellige instanser, der deler informationer og sammen planlægger relevant behandling.
2. *Delte elektroniske journaler*
En fælles elektronisk platform giver mulighed for at oprette og dele helbredsrelateret information om borgeren, herunder screeningsresultater, diagnoser, journalnoter, og detaljer for videre behandling.
3. *Centraliseret tilgang til behandling for borgeren*
Denne tilgang virker ved at reducere antallet af indgange for brugerne, i nogle tilfælde helt ned til et enkelt. Det begrænser antallet af medarbejdere og organisationer, som brugerne og deres familier skal håndtere.
4. *Screening, kort intervention og henvisning (SBIR)*
Borgere, der identificeres som ramt af både psykiske lidelser og misbrug – eller som er i risiko for det – modtager kortvarig behandling på stedet eller sættes præventivt i forbindelse med specialiserede instanser, afhængigt af behov og sværhedsgrad. Det kræver, at medarbejdere fra sundheds- og socialområdet anvender fælles screeningsinstrumenter til at identificere borgere med disse behov.
5. *Forbindelsesansvarlige eller systemnavigatører*
Disse personer tildeles ansvar for at støtte brugere, deres familie og støttepersoner, i overgangen mellem forskellige services og sektorer. Det skal forhindre, at de kastes unødigt frem og tilbage mellem psykiatri, misbrugsbehandling og andre instanser, med risiko for at blive tabt i systemet.

Kilde: Addiction and Mental Health Collaborative Project Steering Committee. (2014). *Collaboration for addiction and mental health care: Best advice*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

6.1.2 Ungeindsatsen

I projektledernes og projektmedarbejdernes selvevaluering af ungeindsatsen fremgår, at hovedparten er positivt indstillet over for indsatsen. Medarbejderne og lederne vurderer, at indsatsen stemmer fint overens med socialpsykiatriens generelle arbejde ud fra en rehabiliterende og recovery-orienteret tilgang. I én af projektkommunerne oplever medarbejderne, at ungeindsatsen bliver en måde, hvorpå de videreudvikler det socialpsykiatriske arbejde i en retning, som man har haft et ønske om, før man startede indsatsen. I de fleste projektkommuner har man længe haft fokus på borgere, der har en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug, men man har ikke før iværksat indsatser eller udredningsprocesser for målgruppen. Her bliver ungeindsatsen og screenings- og udredningsmodellerne midler til at føre opmærksomheden på målgruppen ud i praksis. I enkelte af projektkommunerne har projektmedarbejderne i ungeindsatsen dog blandt andet haft svært ved at tilpasse sig til det nye tværfaglige samarbejde med misbrugscenteret samt de problemstillinger som de unge med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug har. Dette har været en udfordring for implementeringen af indsatsen.

I det følgende afsnit belyser vi model-interne forhold, der har fungeret som 1) drivkræfter og 2) barrierer for implementeringen af ungeindsatsen i de tre projektkommuner.

1) Drivkræfter

Nedenfor beskrives iboende implementeringsdrivkræfter i ungeindsatsen.

Fleksibilitet og vedholdenhed – men i strukturerede rammer

På tværs af projektkommunerne fremhæver medarbejderne, at en af de helt centrale drivkræfter i ungeindsatsen har været muligheden for at tilbyde de unge fleksibilitet – både i form af de tematikker, der har været i fokus, og de metoder, man har kunnet tilbyde. Medarbejderne fremhæver fleksibiliteten som et positivt, unikt og nødvendigt element i indsatsen, der giver mulighed for at skabe og fastholde kontakt til en målgruppe, hvis behov og udfordringer man ellers har haft svært ved at rumme og imødekomme i den vanskelige praksis i socialpsykiatrien.

En anden faktor, der fremhæves som særlig positiv for ungeindsatsen, er muligheden for, at medarbejderen kan være vedholdende og opsøgende i deres relation til de unge. Når de unge ikke dukker op og pludselig ikke besvarer opkald, har medarbejderne haft mulighed for at bruge tid og ressourcer på at forsøge at opnå kontakt gennem andre kommunikationskanaler eller ved at være mere aktivt opsøgende ved eksempelvis at tage ud til den unges bopæl. Derudover har der ikke været faste regler eller krav om, at fravær eller udeblivelse fra planlagte samtaler eller aktiviteter har betydet, at de unge er blevet afsluttet i indsatsen – en procedure de unge i målgruppen ellers ofte bliver 'ofre' for, eksempelvis i misbrugsbehandlingen. Desuden fremhæves medarbejdernes fleksibilitet som en fremmede faktor for implementeringen af indsatsen, der skal fremstå fleksibel. Medarbejderne formår at udvise vedholdenhed overfor en målgruppe, der oftest opleves som udfordrende at skabe en kontinuerlig og god kontakt og relation til. En projektmedarbejder fortæller, at hun har haft succes med at indgå konkrete aftaler eller kontrakter med den unge om handlinger og gøremål. Dette signalerer en tro på og tillid til, at den unge kan handle aktivt og fornuftigt i eget liv. På den måde har man en positiv forventning og en kontraktlighed i relationen, men uden at medarbejderne har en myndighedsposition i relation til de unge.

Selvom fleksibiliteten i ungeindsatsen fremhæves som et positivt element, skal det ikke forveksles med såkaldte tilbud om "frit valg på alle hylder" til de unge, som en medarbejder fremhæver. Mange af de unge deltagere har også brug for struktur og hjælp til at afklare, hvad de har lyst til og brug for i relation til deres recovery-proces. Dette bakkes op af de unge selv, der efterlyser mere strukturerede rammer i ungeindsatsen. Eksempelvis efterspørges et fastlagt dagsprogram med planlagte aktiviteter, når de kommer i ungeindsatsen. I den sammenhæng skal det dog nævnes, at de unge ikke ønsker et decideret krav om fremmøde, da det for nogle kan være svært at honorere på grund af deres tilstand, men de værdsætter medarbejderne og projektets vedholdenhed og struktur i forhold til deres behandling og udvikling.

Brugerinddragelse i afklaringsamtalen

I projekterne peges der på en række centrale virksomme mekanismer i afklaringsamtalen med den unge. I nogle situationer har projekterne oplevet, at det kan være fremmede for den unges engagement at få en "rundtur" i tilbuddet, inden den formelle afklaringsamtale holdes. Det giver den unge en fornemmelse af at blive involveret i processen frem mod opstart i tilbuddet, ligesom den unge får lejlighed til at tale med og stille spørgsmål til medarbejderne.

Medarbejderne i projektkommunerne vurderer det vigtigt, at afklaringsamtalen med den unge er på den unges egne præmisser og med vedkommendes behov for støtte i dagligdagen samt egne mål for udvikling som udgangspunkt. Medarbejderne mener, at man herved opnår, at de unge føler sig accepterede og imødekomne, ligesom det giver dem øget mod på at være en del af indsatsen. Nogle medarbejdere fremhæver dog imidlertid, at det for nogle af de unge, særligt dem med svære kognitive funktionsnedsættelser eller ADHD, kan være udfordrende at arbejde med disse meget konkrete og operationelle mål, da de unge ofte har store udsving i deres motivation for arbejdet med målene og har koncentrationsbesvær, ligesom deres målsætninger kan ændres fra dag til dag.

Medarbejdernes forberedelse til afklaringsamtalen vurderes desuden som en drivkraft. Det drejer sig om at tale med kontaktpersonen i screenings- og udredningsprojektet for at indsamle førstehåndsviden om den unge eller anden dokumentation. Dette gør medarbejderne, dels for at få et kvalificeret grundlag for afklaringsamtalen, og dels med henblik på at give den unge tryk i samtalen ved at synliggøre, at projektet godt kender til den unges situation. I en projektkommune har man haft gode erfaringer med, at man fra screenings- og udredningsprojektets side har inviteret medarbejdere fra ungeprojektet med til visitationsamtalen i misbrugscenteret. En sådan procedure har, efter medarbejdernes vurdering, resulteret i en større oplevelse af sammenhæng og kontinuitet i eget forløb for de unge og i en mere helhedsorienteret kontakt til de involverede aktører.

Kursusforløb som motiverende faktor

Som beskrevet i kapitel 5 har man i to af projektkommunerne valgt at tilrettelægge og omtale gruppeforløb i indsatsen som 'kursusforløb'. Det skyldes, at medarbejderne har oplevet, at flere af de unge har haft modstand mod begrebet gruppeforløb, da det har givet associationer til tidligere gruppeforløb i kommunalt regi, hvor de har haft mindre gode oplevelser og ikke har følt, at de kunne bidrage eller har fået gavn af det. Ved at tilrettelægge gruppeindsatsen som et kursusforløb med undervisning eller temagange samt et kursusbevis ved forløbets afslutning, har man formået at inkludere langt flere unge, end da man præsenterede det som et gruppesamtaleforløb.

I den sidste af projektkommunerne, hvor man har arbejdet med et decideret gruppeforløb, har man oplevet, at disse ikke har kunnet imødekomme de unges ønsker og krav i forhold til deres ressourcer. Udfordringen har været, at en del af de unge i indsatsen har været for udsatte eller belastede af deres misbrug og psykiske lidelse. De unge har derfor ikke haft det mentale overskud til at bidrage i gruppesammenhænge, og mange valgte derfor ikke at møde op. I én af de andre projektkommuner har man også haft udfordringer med målgruppen for gruppeforløbene. To medarbejdere fortæller, at de har oplevet at sidde tilbage med en gruppe drenge med ADHD, der har været vanskelige at inkludere i ungeindsatsen, da deres fokus, interesse og engagement har været meget ustabil. Man har derfor tilpasset ungeindsatsens tilbud til målgruppens behov ved blandt andet at foretage individuelle samtaler ude af huset og gerne under fysiske aktiviteter som eksempelvis på fiske- eller klatreture. Dette har medvirket til, at de unge har holdt fokus på samtalen, og at der er blevet skabt en god relation til medarbejderen. Det bør dog også pointeres, at medarbejderne vurderer, at drengene i gruppeforløbet har fået positivt udbytte af gruppeforløbet, da de har dannet venskaber til andre unge og fået styrket deres netværk og sociale kompetencer gennem forløbet.

2) Barrierer

Nedenfor beskrives iboende implementeringsbarrierer i ungeindsatsen.

Udfordringer med det parallelle misbrugsbehandlingsforløb

En af projektkommunerne fremhæver, at misbrugscenterets syn på de unges misbrug og krav om 100 procents afholdenhed for, at de unge kan indgå i behandling og dermed i ungeindsatsen, er i direkte modstrid med den måde, man arbejder med de unge på i ungeindsatsen. Her arbejdes i højere grad mod en *reduktion* i de unges misbrug, da man oplever, at det fastholder de unge i indsatsen og skaber grobund for en god relation mellem medarbejderen og den unge. Dog mener nogle af medarbejderne, at ungeindsatsen er et fint supplement, da det har et markant langsommere tempo og færre krav, end der normalt er i misbrugsbehandlingen.

En udfordrende visitation

Intentionerne bag ungeindsatsen har således vækket positiv genlyd hos projektmedarbejderne, men visitationen til ungeindsatsen gennem screenings- og udredningsprojektet har været udfordret i praksis. Det skyldes blandt andet, at det er en ny praksis for misbrugscentrene at bringe socialpsykiatrien i spil i forhold til målgruppen.

Én af projektkommunerne har haft lokale og projektspecifikke udfordringer i implementeringen af screenings- og udredningsprojektet, hvilket i en længere periode medførte, at ingen unge blev visiteret til ungeindsatsen. Medarbejderne i ungeindsatsen har oplevet visitationen gennem screenings- og udredningsprojektet som en barriere for ungeindsatsens implementering. I en anden projektkommune oplever man, at visitationsproceduren både er en drivkraft og en barriere for ungeindsatsen. En drivkraft, da de unge selv henvender sig til misbrugscenteret for at få behandling, hvilket typisk betyder, at de er motiverede for forandring. Men en barriere, fordi de unge netop henvender sig med motivation for misbrugsbehandling og ikke nødvendigvis en socialpsykiatrisk indsats, som tilbydes i ungeindsatsen. På baggrund af disse erfaringer og et lavt antal deltagere i ungeindsatserne på tværs af projektkommunerne efterlyses der mulighed for at optage unge i indsatsen udenom misbrugscenteret.

6.2 Model-eksterne faktorer

I implementeringsforskningen fremhæves den organisatoriske forankring af indsatsen som en afgørende faktor i implementeringen. Forskningen viser her, at arbejdsklimaet og normer i organisationen samt fællesskabet og konsensus om indsatsen har indvirkning på implementeringen.

Implementeringsforskningen viser også, at et afgørende forhold, der indvirker på en succesfuld implementering, er, at ledelsen går forrest og synliggør, at implementeringen og arbejdet med indsatsen er prioriteret. På den måde fremhæves indsatsens vigtighed, og det tydeliggøres for projektmedarbejderne, at ledelsen ønsker, at indsatsen skal lykkes, samt at indsatsen er værdsat og noteret.

Endvidere peger forskningen på, at tidlig medarbejderinvolvering bidrager til en mere succesfuld implementering, ligesom forskningen peger på, at medarbejdere, som oplever deres rolle i afprøvningen af en ny indsats som meningsfuld og en videreudvikling af praksis, vil understøtte metodens implementering og forankring i organisationen.

En yderligere faktor, der i implementeringsforskningen fremhæves som væsentlig for implementeringen af sociale indsatsen, er karakteristika ved den målgruppe, indsatsen er målrettet mod. Det kan blandt andet omhandle forhold ved målgruppen, der indvirker på rekruttering, motivation og deltagelse i indsatsen. Endeligt viser forskning i implementering, at implementering altid vil påvirkes af den kontekst, den foregår i. Sociale indsatsen implementeres eksempelvis altid inden for nogle givne paradigmer, love og politikker på det sociale område. De er med til at definere det "mulighedsrum", som indsatsen skal implementeres indenfor.

6.2.1 Organisering

På tværs af projektkommunerne ses forskellig organisering i forbindelse med både screenings- og udredningsmodellerne samt ungeindsatsen. Udsagn fra projektlederne og projektmedarbejderne

viser, at organiseringen af implementeringen af indsatserne kan være både en drivkraft og en barriere.

Projektledere og projektmedarbejdere i de fem projektkommuner fremhæver, at en styregruppe, der formår at tage ansvar og sikre de overordnede rammer for indsatser, har været en drivkraft for arbejdet. I de projektkommuner, hvor dette har været tilfældet, peger de på, at styregruppen har gennemført løbende "temperaturmålinger", der har indvirket på den løbende justering af praksis. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at styregruppen har understøttet implementeringen ved at sætte de nødvendige rammer, der sikrer opkvalificering af relevante medarbejdere i projektkommunerne. I flere af projektkommunerne har projektlederne og projektmedarbejderne også oplevet, at styregruppen eksempelvis også er et forum, der understøtter, at alle samarbejdspartnere, både kommunale og regionale, påtager sig det nødvendige ansvar i implementeringen af indsatsen og håndterer udfordringer, der opstår undervejs.

Omvendt peger enkelte projektledere på, at styregruppen i deres projektkommune ikke kontinuert har taget det nødvendige ejerskab, hvilket har smittet af på projektmedarbejders engagement og den løbende fremdrift i implementeringen. Endvidere har et mindre fokus på indsatsen fra styregruppen, særligt fra eksterne samarbejdspartnere, ifølge projektledere medvirket til, at samarbejdet ikke er udviklet i den ønskede retning, herunder især samarbejdet mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri.

Samlet peger projektlederne og projektmedarbejderne således på, at en drivkraft i organiseringen er, at styregruppen med faste mødekadencer foretager nødvendige "temperaturmålinger" af implementeringen af indsatserne, så det er muligt sikre en strategisk styring og gennemføre løbende justeringer og tilpasninger i takt med, at eventuelle udfordringer opstår.

I organiseringen af screenings- og udredningsmodellen oplever projektlederne og projektmedarbejderne, at den interne organisering mellem rådgivere, misbrugsbehandlere, psykologer og psykiatere i overvejende grad virker efter hensigten. De relevante projektmedarbejdere har en god forståelse af, hvilke opgaver de hver især skal varetage, og hvordan deres forskellige bidrag, kompetencer og fagligheder bedst spiller sammen i forhold til at sikre borgerne den bedste behandling.

Flere af projektlederne fremhæver organiseringen af samarbejde med både den regionale behandlingspsykiatri og de praktiserende læger som en barriere i implementeringen af indsatsen. Eksempelvis peger de på, at de regionale aktører organisatorisk og ledelsesmæssigt ikke har været "forpligtet" på samarbejdet. Det har eksempelvis betydet, at screeninger og udredninger fra det kommunale misbrugsbehandlingscenter ikke anvendes hos disse aktører, ligesom det har haft betydning for samarbejdet om henvisning af borgere og koordinering af forløb. Flere af projektlederne og projektmedarbejderne, men også ledelsesrepræsentanter, der er interviewet i forbindelse med casebesøg, peger på, at det er nødvendigt at forpligte både de kommunale og regionale parter på et fast samarbejde, der eksempelvis reguleres af klare samarbejdsaftaler og konkrete processer for arbejdet med borgere, der har behov for parallelle forløb.

I samspillet mellem ungeindsatsen og screenings- og udredningsmodellen peger flere af projektlederne og projektmedarbejderne på, at det har været en drivkraft for implementeringen at nedsætte arbejdsgrupper med deltagelse af projektledere fra både ungeindsatsen og indsatsen under screenings- og udredningsmodellen samt eventuelt med repræsentanter fra øvrige kommunale aktører, behandlings- og socialpsykiatrien. Arbejdsgruppen bliver et forum, hvor gruppens medlemmer løbende kan udvikle og tilpasse indsatsen, herunder samarbejdsaftaler og eventuelle retningslinjer for fælles praksis.

Specifikt i forhold til ungeindsatsen vurderer projektlederne og projektmedarbejderne, at det har været en drivkraft, at indsatsen er organiseret i socialpsykiatrien, idet det sikrer et overlap og samspil med eksisterende tilbud i socialpsykiatriens tilbudsvifte. Dog peger flere af projektlederne på, at det har været et opmærksomhedspunkt, at ungeindsatsen ikke bliver et tilbud, der

allerede eksisterer i socialpsykiatrien. Den valgte organisering har derfor betydet, at projektlederne og projektmedarbejderne har skullet bruge ressourcer på dels at opsøge viden om eksisterende tilbud i organiseringen – og tilrettelægge ungeindsatsen, så denne supplerer disse tilbud – og dels at udbrede kendskabet til indsatsen og synliggøre, hvor ungeindsatsen er et værdifuldt bidrag i organiseringen blandt medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien. Som det fremgår i kapitel 7, er der imidlertid forskellige erfaringer og resultater i forhold til, hvilken betydning forankring af ungeindsatsen i socialpsykiatrien har haft i forhold til samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere, eksempelvis i misbrugscentret og den regionale behandlingspsykiatri.

Endelig har den fysiske adskillelse, hvor screenings- og udredningsmodellen er forankret i misbrugsbehandlingscentret og ungeindsatsen i socialpsykiatrien, i visse situationer betydet en vanskelig implementering af et fælles forløb blandt de unge, ligesom det har udfordret henvisningspraksis fra misbrugsbehandlingscentret til ungeindsatsen. Flere projektmedarbejdere vurderer, at det skyldes det store fokus på implementeringen af screenings- og udredningsmodellen og samarbejdet med især den regionale behandlingspsykiatri. Ydermere peger de samme projektlede og projektmedarbejdere på, at den fysiske adskillelse også har været en udfordring for borgerne, som kan have svært ved at honorere de krav, der følger med to sideløbende indsætter på forskellige lokationer.

En række projektlede og projektmedarbejdere peger dog på, at samarbejdet mellem misbrugsbehandlingscentret og socialpsykiatrien er styrket, og her fremhæves løbende dialog mellem misbrugsbehandling og psykolog på den ene side og projektmedarbejdere i ungeindsatsen på den anden side som en væsentlig drivkraft. Men også en fælles styregruppe, arbejdsgrupper og løbende erfarings- og vidensudvikling via temamøder fremhæves.

6.2.2 Ledelse

På tværs af projektkommunerne – og på tværs af henholdsvis arbejdet med screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen – fortæller projektlede og projektmedarbejderne, at der generelt har været opbakning fra ledelsen i implementeringen af indsætterne. Dog viser udsagn fra projektlede og projektmedarbejderne også, at der er en del variation i den ledelsesmæssige opbakning til arbejdet med modellerne, hvorfor ledelsen både optræder som en drivkraft og barriere for implementeringen.

I forbindelse med implementeringen af screenings- og udredningsmodellen udtrykker projektlede og projektmedarbejderne i de fem projektkommuner, at der har været ledelsesopbakning til implementering af både screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen. De fremhæver, at ledelsen har været lydhør, let tilgængelig og i mange henseender "bærer" af indsætterne i organisatorisk regi. Endvidere peger de på, at ledelsen træder frem, når der er behov for det, ligesom de træffer nødvendige beslutninger om eksempelvis samarbejdet mellem forskellige parter fra både den kommunale og den regionale organisering.

I en enkelt projektkommune fortæller projektlederen og deltagerne i styregruppen, at der har været stor ledelsesopbakning i den regionale behandlingspsykiatri forhold til at styrke samarbejdet om indsatsen til borgere med behov for koordinerede og behandlingskrævende forløb. Dette har indvirket positivt på implementeringen af modellen, og i projektkommunen fremhæver såvel projektlederen som projektmedarbejderne, at samarbejdet mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatribehandling også har fundet fodfæste på praksisniveau. De tilskriver i høj grad dette den ledelsesopbakning, der har været hos ledelsen i den regionale behandlingspsykiatri i store dele af projektperioden.

Projektlede og projektmedarbejdere af ungeindsatsen har overvejende oplevet et stort fokus på og interesse for indsatsen på ledelsesplan. I en projektkommune er dette kommet til udtryk ved flere forespørgsler om indsatsen fra socialdirektøren i kommunen, som har inviteret projektmedarbejderne i ungeindsatsen til at holde oplæg for afdelingsledere i socialpsykiatrien.

Ligeledes peger samme projektledere også på, at ungeindsatsen er et fast dagsordenspunkt i den fælles styregruppe, hvilket medvirker til at fastholde opmærksomheden på indsatsen. I de projektkommuner, der har arbejdet med ungeindsatsen, og hvor der har været ledelsesmæssigt fokus, oplever man, at dette har bidraget positivt til indsatsens forankring og legitimitet i organisationen. Dog fremhæver enkelte projektledere især ét af ungeprojekterne, at ledelsen måske har "glemt" ungeindsatsen som følge af det store fokus på implementeringen af screenings- og udredningsmodellen. Ifølge dem har det haft betydning for spredning af viden og information om indsatsen i alle relevante organisatoriske led – både kommunale og regionale. På den måde bliver indsatsen ikke tilstrækkeligt synlig på mellemliderniveau, hvilket har haft betydning for samspillet mellem ungeindsatsen og eksempelvis screenings- og udredningsmodellen og øvrige indsats i den kommunale og regionale organisation, idet der ikke har været et kontinuert ledelsesfokus på implementeringen af indsatsen.

På mellemliderniveauet peger flere af projektmedarbejderne imidlertid på en række udfordringer. Det gælder projektmedarbejdere i både indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen. Flere steder har de oplevet perioder uden fast projektleder, ligesom der måske ikke har været en klar ansvars- og rollefordeling mellem projektleder og projektmedarbejdere. I disse projektkommuner, hvor der har været skifte i projektledelsen og en utydelig rolle- og ansvarsfordeling, har det ifølge projektmedarbejderne indvirket negativt på stringensen i arbejdet med modellerne, og den samlede implementering har været vanskelig. Projektmedarbejderne i de pågældende projektkommuner vurderer, at det er centralt med en fast projektleder, der kan sætte retning på indsatsen på operationelt niveau og medvirke til, at indsatsen implementeres og føres ud i livet som oprindelig tiltænkt.

6.2.3 Mennesker

Projektmedarbejdernes kompetencer og opkvalificering er væsentlige forhold, som har betydning for de roller, de skal udfylde i udmøntningen af indsatsen, ligesom projektmedarbejdernes kvalifikationer indvirker på den faglige tyngde i indsatsen og indsatsens indhold.

På tværs af de projektkommuner der har arbejdet med screenings- og udredningsmodellen, har rådgivere og misbrugsbehandlere i misbrugscentret modtaget undervisning af psykologer forankret i misbrugscentret, ligesom psykiatere, enten fra misbrugscentret eller den regionale behandlingspsykiatri, har gennemført undervisning og faglige oplæg med henblik på at øge viden om psykiske vanskeligheder og psykiatri blandt rådgivere og misbrugsbehandlere i misbrugscentre samt medarbejdere fra socialpsykiatrien ligeså. Den gruppe af borgere, som alle medarbejderne arbejder med, kræver, at medarbejderne er gode til at observere og reflektere over, hvad de ser. Hos mange af medarbejderne eksisterer et manglende kendskab til psykopatologiske forhold, de forskellige psykiatriske lidelser samt handlemønstrene hos borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. En drivkraft i forbindelse med implementeringen af de nye modeller har således været, at medarbejderne har været omstillingsparate og klare til at få ny viden. Undervisningen har understøttet medarbejderne i et øget fokus på psykiske lidelser hos borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Ydermere er rådgivere og misbrugsbehandlere blevet undervist i brugen af screeningsredskaber, som eksempelvis MINI eller KL Screener, til understøttelse af screeningsprocessen i den første fase af modellen. Der er også afholdt temadage, hvor behandlerne sammen med repræsentanter fra projektets samarbejdspartnere har kunnet opbygge et fælles videnssæt for samarbejdet for at kunne løfte borgerne i fællesskab.

Projektmedarbejdere knyttet til ungeindsatsen fremhæver en række kompetencer, der er væsentlige at besidde i forbindelse med deres arbejde med de unge. Først og fremmest skal de ansatte i ungeindsatsen have interesse for og viden om målgruppen og forståelse af unges problemstillinger og udtryksformer. Desuden fremhæver flere af medarbejderne, at det er vigtigt at besidde de rette metodiske kompetencer i form af at kunne yde individuel og gruppebaseret støtte, have viden om psykologiske mekanismer, psykiatriske diagnoser, omsorgssvigt og traumer hos børn/unge samt besidde personlige kompetencer som eksempelvis tålmodighed og tolerance. Derudover skal medarbejderne i ungeindsatsen besidde koordineringskompetencer og evnen til at navigere imellem flere samarbejdspartnere.

For at sikre at projektmedarbejderne besidder de rette kompetencer i forbindelse med ungeindsatsen, har medarbejderne i hovedparten af projektkommunerne løbende deltaget i opkvalificering i form af kurser og temadage inden for ungeområdet, socialpsykiatrien og misbrugsområdet. Desuden modtager mange af medarbejderne i ungeindsatserne supervision ved en psykolog. Temadagene har typisk omhandlet tematikker som omsorgssvigt og traumer samt motivations- og forandringsarbejde blandt unge. Tematikkerne er udvalgt på baggrund af medarbejdernes oplevelse af arbejdet med de unge i ungeindsatsen.

Målgruppens indvirkning på implementeringen af modellerne

I arbejdet med screenings- og udredningsmodellen udtrykker rådgivere, misbrugsbehandlere og psykologer i misbrugscentret, at de fleste borgere, der henvender sig, er forholdsvis parate til at indgå i et behandlingsforløb. Alligevel fremhæves motivationsarbejdet som en vigtig del af screenings- og udredningsarbejdet. Det handler om at få borgeren til at se en sammenhæng mellem sin adfærd, sit misbrug og sine psykiske vanskeligheder, og der arbejdes med borgerens angst og usikkerhed i forbindelse med behandlingsforløbet.

Projektmedarbejderne i ungeindsatsen fortæller, at de unge umiddelbart er motiverede for opstart i indsatsen, ligesom de udtrykker tilfredshed med indsatsen. Erfaringerne blandt projektmedarbejderne er imidlertid, at de unge ofte er ustabile i deres fremmøde til både individuelle og gruppebaserede forløb. Det har indvirket negativt på implementeringen af forløbene, og i en række af projektkommunerne har der været perioder, hvor det ikke har været muligt at gennemføre egentlige gruppeforløb. De unges ustabile fremmøde har affødt, at projektmedarbejderne i ungeindsatsen har set et behov for at gøre indsatsen mere styret og struktureret, når først de unge er mødt op til forløbene. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at der i indsatsen er sat fokus på at udarbejde strukturerede ugeplaner, som de unge kan følge, når de møder op til forløbene i indsatsen.

Ifølge projektmedarbejderne har de unge typisk en personligheds- eller adfærdsforstyrrelse, men ikke nær så svære psykiske lidelser, som det var forventet. Hovedparten af de unge har oplevet omsorgssvigt eller traumer, og de har et begrænset socialt netværk, de kan støtte sig til. Desuden er kun få af de unge tilknyttet en uddannelse eller i arbejde, og mange er i en usikker bolig-situation og har ikke styr på økonomien. Målgruppens karakteristika har medvirket til, at projektmedarbejderne i ungeindsatsen har haft et behov for at udvikle deres kompetencer og viden om målgruppen.

6.2.4 Kontekst

I løbet af projektperioden har der været en række paradigmer, lovændringer og ændringer i administrativ praksis, som, projektmedarbejderne i alle projektkommunerne fortæller, har haft en eller anden virkning på implementeringen af henholdsvis screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen.

Kontanthjælpsreformen

I løbet af projektperioden har en række politiske beslutninger fundet sted. Både kontanthjælpsreformen såvel som de koordinerende indsatsplaner er blevet indført, og et par af projektkommunerne fremhæver konteksten som indvirkende på implementeringen af screenings- og udredningsmodellerne samt ungeindsatsen.

I aftaleteksten til kontanthjælpsreformen står der: Én borger, én plan og én koordinerende sagsbehandling. Dette skal sikre en helhedsorienteret indsats til unge borgere. I selvevalueringerne fortæller flere projektmedarbejdere, at kontanthjælpsreformen ikke har haft den store indvirkning på implementeringen af ungeindsatsen. Dog peger flere af projektlederne og projektmedarbejderne på, at der på baggrund af ungeindsatsen, kan aktiveres erfaringer fra deres rolle som koordinatorer og navigatører for de unge, idet disse erfaringer kan være et væsentligt bidrag i udviklingen af en helhedsorienteret indsats i kommunerne.

De koordinerende indsatsplaner

Flere af projektmedarbejderne og projektlederne i de fem projektkommuner, som har medvirket i udviklingen og afprøvningen af screenings- og udredningsmodellen, peger på indtoget af de koordinerende indsatsplaner som havende en betydning for samarbejdet mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatribehandling.

Overordnet har de koordinerende indsatsplaner fokus på at styrke samarbejdet om indsatsen for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

Koordinerende indsatsplaner

I Psykiatriudvalgets rapport fra 2013 påpeges behovet for et styrket samarbejde om indsatsen for personer med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholafhængighed. Det anbefales i den forbindelse, at regioner og kommuner udarbejder en **koordinerende indsatsplan** for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug/afhængighed. I Satspuljeaftalen på psykiatriområdet for 2014-2017 er der afsat midler til, at regioner og kommuner i fællesskab udarbejder individuelle koordinerende indsatsplaner.

De individuelle koordinerende indsatsplaner skal skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale stof- og alkoholbehandling. Øvrige indsatser på det somatiske, sociale og/eller beskæftigelsesmæssige område mv. kan inddrages, hvis det vurderes relevant.

De koordinerende indsatsplaner skal medvirke til at forbedre indsatsen for borgere ved at skabe bedre sammenhæng i den enkelte borgers forløb.

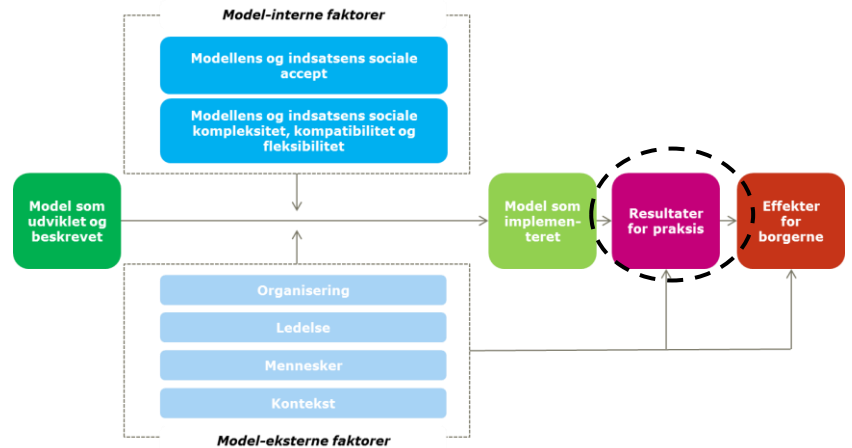
På trods af at samarbejdet, som det også fremgår ovenfor, har været udfordret i flere af projektkommunerne, peger flere af projektmedarbejderne, projektledere og ledelsen i misbrugscentret på, at de koordinerende indsatsplaner til sidst i projektet har "skubbet" samarbejdet mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri i en positiv retning. De fortæller, at dørene mellem de to praksisser gradvist åbnes i takt med implementeringen af de koordinerende indsatsplaner.

I én af projektkommunerne beskriver projektmedarbejderne og projektledere, hvordan der er trådt en forløbsbeskrivelse i kraft i regionen, som på papiret forpligter parterne til at arbejde målrettet og fokuseret med målgruppen af borgere, der har psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Dette beskrives som et vigtigt skift i den rigtige retning. Dog peger flere af projektmedarbejderne og projektlederne på, at selvom de koordinerende indsatsplaner er et skridt i den rigtige retning, så er selve de ønskede ændringer ikke udmøntet fuldstændigt i praksis i projektperioden. Men de udtrykker, at indholdet i de koordinerende indsatsplaner støtter op om de målsætninger, der har været for især screenings- og udredningsmodellen med fokus på samarbejde og parallelle forløb i henholdsvis misbrugsbehandlingen og den regionale behandlingspsykiatri.

7. RESULTATER FOR PRAKSIS

De ønskede resultater for praksis ved implementeringen af screenings- og udredningsmodellen er, at der skabes en bæredygtig samarbejdsmodel mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri. Samtidig er det et centralt mål, at der på organisatorisk niveau udvikles en praksis, hvor systematisk viden om borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug inddrages i behandlingen og i arbejdet med borgerne.

Det overordnede ønske med ungeindsatsen er, at indsatsen til unge mellem 18-24 år styrkes ved en videreudvikling og udvikling af nye tilbud til unge med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. Dette mål skal understøttes af både vidensdeling, koordinering og samarbejde på tværs af både social- og behandlingspsykiatrien, misbrugscenteret, øvrige kommunale tilbud og den generelle sundhedssektor.



I dette kapitel indkredser vi resultater for praksis. Det vil sige, at kapitlet rummer en evaluering af modellernes resultater for samarbejdet mellem centrale samarbejdspartnere i arbejdet med målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, herunder også udviklingen i praksis.

Evalueringen af resultaterne for praksis er baseret på projektkommunernes selvevalueringer, interviews med centrale aktører, som deltog i de gennemførte casebesøg samt læringsworkshop med projektledere og projektmedarbejdere på tværs af otte projektkommuner.

I boksen nedenfor fremgår kapitlets central konklusioner.

Kapitlets centrale konklusioner

- Arbejdet med screenings- og udredningsmodellen har skabt tydeligere arbejdsgange og en mere koordineret og helhedsorienteret indsats til gavn for borgerne.
- På tværs af projektkommunerne er der skabt forskellige resultater i forhold til koordineringen mellem misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling. I nogle projektkommuner er der ikke sket store ændringer, mens der i en række andre projektkommuner er sket en strategisk forankring af samarbejdet og samspillet mellem misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling.
- Arbejdet med ungeindsatsen har medvirket til en forankring af øget viden om unge borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug i de tre projektkommuner, der har arbejdet med indsatsen. Evalueringen viser dog, at de tre projektkommuner har haft svært ved at omsætte dette til et fælles sprog om de unge, særligt mellem socialpsykiatrien, misbrugsbehandlingscentret og behandlingspsykiatrien.
- Ungeindsatsens forankring i socialpsykiatrien har i nogle af projektkommunerne haft en positiv betydning for resultatet af samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen, behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien idet indsatsen har skabt nye samarbejdsflader. I andre projektkommuner har forankringen ikke haft samme effekt, idet ungeindsatsen har fungeret som et mere isoleret tilbud til de unge.
- Projektkommunerne oplever dog en styrket samarbejdskultur mellem ungeindsatsen og øvrige kommunale aktører, som eksempelvis jobcentret og øvrige kommunale tilbud i socialpsykiatrien. Vurderingen er, at dette har bidraget til en mere sammenhængende indsats for de unge i kommunalt regi.

7.1 Resultater for praksis i misbrugsbehandlingen

På tværs af de fem projektkommuner, hvor der er arbejdet med screenings- og udredningsmodellen, peger misbrugsbehandlere, psykologer og ansatte psykiatere enstemmigt på, at screenings- og udredningsmodellen har ført til ændringer i måden, hvorpå misbrugsbehandlingen planlægges og gennemføres for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.

For det første har arbejdet med screeningredskaber og screening og udredning medvirket til, at der er skabt en øget systematik i vurderingen af borgerens situation, og på den måde et mere systematisk udgangspunkt for både planlægningen og gennemførelsen af misbrugsbehandlingen. Samtidig er vurderingen blandt projektlederne og projektmedarbejderne, at dette har bidraget til at identificere borgere med særlige udfordringer samt et tidligere fokus på borgere med psykiske vanskeligheder.

Flere af lederne i misbrugscentret udtrykker også, at arbejdet med modellen har givet misbrugsbehandlingen et fagligt og systematisk løft. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at der rent organisatorisk er forankret en tydeligere praksis imellem rådgivere, misbrugsbehandlere og psykologer, ligesom borgerne mødes af forskellige fagligheder, der er systematiseret og spiller sammen til gavn for borgerne.

For det andet fortæller både projektlederne og misbrugsbehandlerne, at forankring af forskellige fagligheder i misbrugscenteret, som "tvinges" til at samarbejde som led i arbejdet med screenings- og udredningsmodellen, har indvirket positivt på de perspektiver og tilgange, der kan anlægges i behandlingen til borgerne. Det kommer blandt andet til udtryk ved en positiv vurderingen af systematisk inddragelse af psykologfaglige viden som et supplement til behandlingen.

Screenings- og udredningsmodellen har styrket udredningspraksis i misbrugscentret og gjort det "nemmere" for misbrugsbehandlerne.

En projektleder, der arbejder som psykolog, fortæller, hvordan screenings- og udredningsmodellen har været meget håndgribelig at arbejde med. Screeningen er indgået som en fast del af tilgangen på det pågældende misbrugscenter, og psykologen har været tæt tilknyttet til projektet via faste visitationsamtaler på tværs af både misbrugsbehandlere, psykolog og leder. Ifølge projektlederen er det tætte samarbejde mellem behandlere og psykolog opstået på baggrund af screenings- og udredningsmodellen, og det har medvirket til en god udredningspraksis, der ikke har været for personbåret.

En misbrugsbehandler fortæller, hvordan fokus i misbrugscenteret stadigvæk er på borgerens misbrug, men at der nu også er kommet fokus på det psykiatriske. Det medvirker, ifølge misbrugsbehandleren, til, at borgerne føler sig hørt og gør dermed også arbejdet med borgeren 'nemmere' for misbrugsbehandleren.

Endeligt giver misbrugsbehandlerne udtryk for, at arbejdet med screenings- og udredningsmodellen – og den opkvalificering, der følger heraf – har indvirket positivt på deres forståelse af borgernes problematikker og betydningen af psykiske lidelser og psykiatriske problematikker. Eksempelvis fortæller flere misbrugsbehandlere, at de nu har et bedre blik for sammenhængene mellem borgernes psykiske lidelser og misbrug, og at de to problematikker ikke nødvendigvis kan behandles isoleret. I misbrugsbehandlingsregi betyder det, at misbrugsbehandlerne i højere grad har kunnet målrettet denne, ligesom de oplever at være bedre i stand til at tilgå borgeren ud fra borgerens situation og vanskeligheder. Flere misbrugsbehandlere giver udtryk for, at viden om borgerens psykiske lidelser gør, at de nu har en større forståelse af, hvorfor de til tider må tage hensyn, som ikke er direkte relateret til borgerens misbrug, men i højere grad borgerens psykiske lidelser. Det kan eksempelvis være en forståelse af, at de skal udvise øget fleksibilitet i planlægningen og gennemførelsen af samtaler med borgeren eller være opmærksomme på, at borgeren har særlige reaktionsmønstre, fordi vedkommende kan være udfordret på forskellige måder som følge af deres psykiske lidelser.

7.2 Resultater i forhold til en bæredygtig samarbejdsmodel

På tværs af projektkommunerne har resultaterne for praksis i forhold til sammenhængende og koordinerede behandlingsforløb mellem især misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling været forskellige. I to af projektkommunerne fortæller projektlederne og ledelsen i misbrugscentret, at der reelt ikke er sket ændringer i praksis for samarbejdet mellem misbrugsbehandlingen og den regionale behandlingspsykiatri.

I de tre andre projektkommuner giver projektlederne og projektmedarbejderne udtryk for, at der kan spores ændringer i en positiv retning. Det er især på det strategiske niveau, at der i både den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri er udvist samarbejdsvilje i forhold til samarbejdet om borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Således fortæller projektlederne i de pågældende projektkommuner, at der er "blevet åbnet døre", og de udtrykker optimisme for udvikling af praksis i et fremadrettet perspektiv. I én af de tre projektkommuner har arbejdet med screenings- og udredningsmodellen blandt andet medvirket til, at der er indgået forpligtende samarbejde, der understøttes af konkrete skriftlige samarbejdsaftaler og redskaber til støtte i henvisning, som led i Sundhedsaftalen mellem regionerne og kommunerne.

Flere af projektlederne, psykologerne og misbrugsbehandlerne, men også de psykiatriske konsulenter i misbrugscentret, har imidlertid haft en oplevelse af, at den positive udvikling på strategisk plan ikke har smittet af på den konkrete praksis hos de udførende fagprofessionelle i be-

handlingspsykiatrien. De fortæller, at det stadig er en udfordring af få henvist borgere til den regionale behandlingspsykiatri, hvorfor der i praksis ikke er etableret det ønskede antal koordinerede og sammenhængende forløb for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.

Dog fortæller projektlederen og misbrugsbehandlerne i en af projektkommunerne, at der også på det praktiske plan blandt fagprofessionelle er sket ændringer i samarbejdet i deres kommune. De giver udtryk for, at den regionale behandlingspsykiatri i højere grad ønsker at indgå i et samarbejde om borgere, der har svære behandlingskrævende psykiske lidelser. Som det fremgår i kapitlet nedenfor om drivkræfter og barrierer i implementeringen af screenings- og udredningsmodellen, er denne ændring i praksis i høj grad drevet af ledelsesniveauet og skriftlige samarbejdsaftaler.

I projektkommunerne, der har anvendt lokalmodellen, var hensigten ifølge projektets opdrag, at socialpsykiatrien skulle inddrages mere aktivt under screenings- og udredningsprocessen. Det tyder ikke på, at dette har været tilfældet. Dog lader medarbejdere fra socialpsykiatrien til at have deltaget i både kompetenceudvikling og videndeling, for at sikre et fælles sprog og fælles viden i misbrugscenteret, behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien om borgerne med psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

7.3 Resultater i forhold til en koordineret og sammenhængende indsats for de unge

I de tre projektkommuner, hvor man har implementeret ungeindsatsen, gives der udtryk for, at ungeindsatsen har været et positivt supplement til socialpsykiatriens nuværende tilbudsvifte.

Projektmedarbejderne i ungeindsatserne oplever, at have tilegnet sig en langt større viden om målgruppen af unge borgere med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug. Denne viden om målgruppen har medarbejderne kunnet anvende i deres konkrete arbejde i ungeindsatsen i både de individuelle forløb samt gruppeforløbene. Ved at have en dybere forståelse for målgruppens behov, har de kunnet levere en målrettet og fleksibel indsats, der har formået at rumme de unges forskellige behov og ønsker. I projektkommunerne giver projektlederne og projektmedarbejderne også udtryk for, at der nu i højere grad videndeles på tværs af sektorer og fagområder til stor gavn for de unge borgere.

Det sker eksempelvis i form af vidensdeling af ASI-resultater, visitationsrapporter og screeninger og udredninger. Ifølge én af projektlederne bliver de unge "hurtigt trætte af at gentage deres livshistorie, hver gang de møder nye kontaktpersoner i det kommunale system", og de har behov for, at der i stedet handles med det samme.

Den øgede tværsektorielle vidensdeling gavner dermed den unge, fordi det bidrager til en mere individuelt tilpasset indsats, der er målrettet de aktiviteter, der direkte hjælper den unge, frem for at gentage de indledende skridt på vejen dertil. Samarbejdskulturen er således styrket via de involveredes aktive arbejde for dette.

Der har dog også været en række udfordringer forbundet med implementeringen af ungeindsatsen. En udfordring, som projektmedarbejderne fremhæver, er netop de forskellige fagligheders møde og samarbejde. Projektmedarbejderne i ungeindsatsen oplever det vanskeligt at opnå 'et fælles sprog' med især misbrugscenteret og behandlingspsykiatrien, da de tre aktører har forskellige faglige tilgange og traditioner i forhold til arbejdet med de unge. Det drejer sig blandt andet om den faglige holdning til de unges misbrug, og om hvorvidt de unge skal have stoppet deres misbrug fuldstændigt ved behandling i psykiatrien, eller om misbruget blot skal være reduceret.

En anden udfordring, der har indvirket på de skabte resultater af ungeindsatsen i praksis – og samarbejdet om de unge – er, at der har været blandede resultater i forhold til at profitere af ungeindsatsens forankring i socialpsykiatrien. På den ene side forklarer nogle af projektlederne dette med, at de har haft en udfordring i at gøre opmærksom på ungeindsatsen, måske fordi fokus i høj grad har været på samarbejdet mellem den kommunale misbrugsbehandling og regi-

onale behandlingspsykiatri. Derfor har ønsket om at profitere af ungeindsatsens forankring i socialpsykiatrien – og dermed den vidensbase, indsatsen er forankret i – ikke i tilstrækkeligt omfang fundet sted uden for socialpsykiatrien.

På den anden side peger i hvert fald én af projektlederne, der har arbejdet med ungeindsatsen, også på, at det skyldes egne prioriteringer i ungeindsatsen. I den pågældende projektkommune havde de fra start et organisatorisk mål for indsatsen, dels i forhold til at udvikle og etablere fleksible og specialiserede samarbejdsformer med nøgleaktører i kommunen i forhold til koordinering af de unges forløb, dels i forhold til udbredelse af et socialpsykiatrisk perspektiv i behandlingsarbejdet og samarbejdet om de unge. Vurderingen fra projektlederen er imidlertid, at de i ungeindsatsen ikke har haft tilstrækkeligt fokus på dette. I stedet har de haft fokus på at arbejde med den individuelle unge og dennes mål med deltagelse i ungeindsatsen. Det har ifølge projektlederen haft betydning for, dels udbredelsen af kendskabet til ungeindsatsen, dels muligheden for at understøtte samarbejdet med misbrugscentret, behandlingspsykiatrien og øvrige samarbejdspartnere med socialpsykiatriske tilgange, metoder og vidensformer.

I en af projektkommunerne fremhæver deltagere i styregruppen dog, at ungeindsatsen har medvirket til, at der er kommet et større fokus på socialpsykiatriens kapacitet i forhold til arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder og et samtidigt misbrug. Projektlederen i screenings- og udredningsmodellen, der har base i misbrugscenteret, fortæller, at han er blevet mere opmærksom på den kreative og aktivitetsfokuserede tilgang, som socialpsykiatrien kan bidrage med overfor især de unge. Også repræsentanter fra behandlingspsykiatrien fortæller, at de er blevet inspireret af, hvordan ungeindsatsen, og socialpsykiatrien mere generelt har et mere helhedsorienteret fokus og blandt andet har kontakt til både jobcenter og uddannelsessteder for at arbejde på, at borgeren får en øget tilknytning hertil.

7.4 Resultater i relation til samarbejdspartnere

I en projektkommune fortæller en jobcentermedarbejder om et godt samarbejde om en konkret ung, der har indgået i ungeindsatsen. Samarbejdet har betydet, at jobcentermedarbejderen har opnået en bedre og mere kontinuerlig kontakt til borgere, idet hun har haft mulighed for at gå igennem ungeindsatsens projektmedarbejdere, hvis hun har haft udfordringer med at opnå kontakt til borgeren. I en anden projektkommune beretter samarbejdspartnerne fra blandt andet UU-vejledningen om, at samarbejdet med ungeindsatsen og screenings- og udredningsmodellen har afledt et netværk og et fremtidigt samarbejde med misbrugscenteret og socialpsykiatrien i kommunen. Dette samarbejde giver ifølge UU-vejlederen viden om de unges situation, som kan skabe et bedre grundlag for tilrettelæggelsen af en kvalificeret uddannelsesindsats til de unge.

I en tredje projektkommune fortæller sagsbehandlere fra henholdsvis jobcentret og socialkontoret – og også medarbejdere fra socialpsykiatrien – at den viden, der tilvejebringes via screenings og udredninger, også understøtter deres indsats til borgerne. Eksempelvis fortæller en sagsbehandler fra jobcentret om, hvordan udredningen fra misbrugscenteret gav vedkommende indblik i, hvad borgeren er i stand til at magte, og hvad det er for nogle forhold, der måske kan "vælte borgeren".

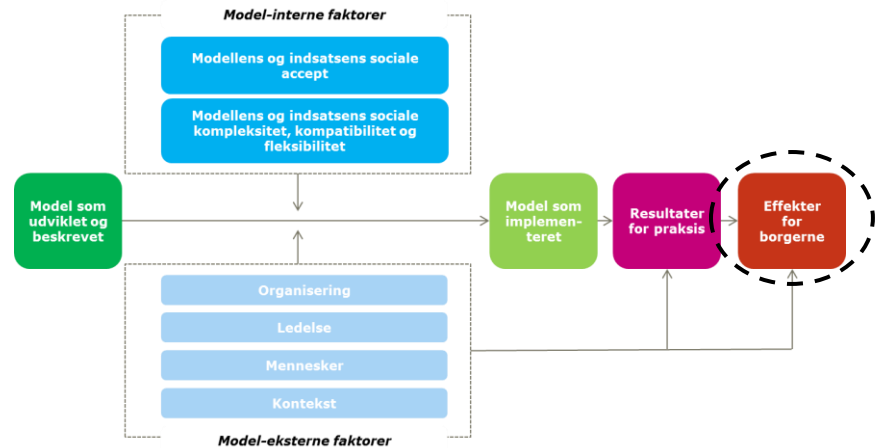
På den måde er misbrugscentrets screening og udredning også med til at kvalificere de øvrige indsatser, som borgeren modtager sideløbende med misbrugsbehandling og eventuelt psykiatrisk behandling. Viden fra udredningen bliver en måde hvorpå, i dette tilfælde sagsbehandleren, kan målrette og tilpasse indsatsen efter borgerens situation. Det kan eksempelvis handle om, at borgerens plan for uddannelse eller aktivering sættes i bero i opstarten af borgerens misbrugsbehandling, idet borgeren er "tilstrækkeligt" udfordret af de psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, som screeningen og udredningen måske har kortlagt.

8. EFFEKTER FOR BORGERNE

Som det fremgår af forandringsteorien for screenings- og udredningsmodellen, er ønsket, at et øget antal borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug i højere grad oplever at mestre deres psykiske lidelser og kontrollere eller reducere deres stofmisbrug.

For ungeindsatsen er de ønskede effekter, som led i en proces mod øget inklusion, at de kontrollerer eller reducerer deres stofmisbrug og opnår en mere velfungerende og selvstændig hverdag på egne præmisser med familie, uddannelse, job og netværk.

I dette kapitel samler vi op på modellernes effekter for borgerne. Det vil sige de effekter, der er tilvejebragt for de borgere i målgruppen, der har modtaget en indsats under henholdsvis screenings- og udredningsmodellen og ungemodellen.



Samlet vurderes modellernes effekter med udgangspunkt i en treleddet strategi, hvor Rambøll i samarbejde med projektkommunerne har indsamlet viden om:

- De mellemlangsigtede effekter i forhold til borgernes psykiske vanskeligheder
- De langsigtede effekter for borgerne, eksempelvis effekter i forhold til uddannelse, beskæftigelse og brug af forskellige sundhedsydelse
- Borgernes egen oplevelse af modellernes effekter.

De mellemlangsigtede effekter i forhold til borgernes psykiske vanskeligheder må antages at være det, indsatserne i første omgang har mulighed for at påvirke. Antagelsen er, at en positiv ændring i borgernes psykiske vanskeligheder vil føre til langsigtede effekter i forhold til borgernes forsørgelsessituation, beskæftigelsessituation, uddannelsessituation og forbrug af sundhedsydelse. Det betyder også, at vi må forvente, at eventuelle positive effekter af indsatserne i forhold til forsørgelse, beskæftigelse og uddannelse først indtræffer et stykke tid efter borgeren har modtaget indsatsen.

Analysen af de langsigtede effekter i forhold til forsørgelse, uddannelse og brug af forskellige sundhedsydelse er baseret på et design, hvor vi sammenligner borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen, med sammenlignelige personer i kontrolgrupper ved brug af registerdata. Vi har desværre ikke haft mulighed for at inkludere registerdata om borgernes eventuelle ændring i misbrug, idet disse data ikke er opdateret for perioden, hvor effektanalysen gennemføres.

For hvert effektmål måler vi på flere perioder efter opstart af behandling eller indsats. Således ser vi på forskelle i effektmålene mellem borgere, som har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen, i forhold til kontrolgrupper henholdsvis de første 3 måneder (1-13 uger), 3-6 måneder (14-36 uger), 6-12 måneder (37-52 uger) samt 12-18 måneder efter opstart af behandling eller indsats (53-78 uger).

I 2017 vil vi gennemføre en opfølgende registerbaseret effektevaluering. I denne vil opdateret registerdata om borgernes misbrugssituation fremgå, og på den måde vil evalueringen kunne give indikationer af, om indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen

har haft en effekt på borgernes misbrug. Ligeledes giver det mulighed for at kortlægge, om eventuelle positive effekter er vedvarende over tid, efter at borgerne har modtaget indsatserne. Derudover kortlægges det, om nogle effekter, eksempelvis borgernes beskæftigelses- og uddannelsessituation, først indtræffer længere tid efter indsatsen, end det har været muligt at belyse i den aktuelle effektanalyse.

I boksen nedenfor fremgår kapitlets central konklusioner.

Kapitlets centrale konklusioner

- For de borgere der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen, indikerer evalueringen og borgernes selvrapportering via ASI, at der er sket en positiv udvikling i borgernes psykiske belastning. Resultaterne gælder for de borgere, hvor der er gennemført både en opstarts- og opfølgingsvurdering. Det skal bemærkes at der ikke er gennemført opfølgende ASI-målinger for alle borgere, som har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen.
- Der er ingen signifikante forskelle i forsørgelsesgrundlaget og beskæftigelsesfrekvensen for borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen, sammenlignet med personer i de forskellige kontrolgrupper. Resultaterne indikerer dog, at indsatsen potentielt vil have en positiv effekt for den svært belastede del af målgruppen i forhold til at øge beskæftigelsen.
- Indsatsen under screening- og udredningsmodellen har samlet set haft en positiv effekt på borgernes uddannelsessituation sammenlignet med en gruppe af sammenlignelige borgere. For den samlede gruppe af borgere i indsatsen er der derimod ingen effekt i forhold til voksen- og efteruddannelse.
- Ungeindsatsen har haft en positiv effekt på de unges uddannelsessituation halvandet år efter opstart i indsatsen i forhold til en sammenlignelig gruppe af unge.
- Borgerne, der har modtaget indsatsen under screening og- og udredningsmodellen, har på længere sigt signifikant flere kontakter til almen læge sammenlignet med den samlede kontrolgruppe. Der er omvendt ingen effekt i forhold til antal psykiatriske/psykiske kontakter med sygehusvæsenet for borgerne, der har modtaget indsatsen, i forhold til en gruppe af sammenlignelige borgere. Resultaterne indikerer dog, at indsatsen potentielt vil føre til et reduceret antal psykiatriske/psykiske kontakter med sygehusvæsenet, for borgere i den svært belastede del af målgruppe.
- Ungeindsatsen synes ikke at have en effekt på de unges forsørgelsesgrundlag og beskæftigelsessituation et år efter opstart af indsatsen i forhold til en sammenlignelig gruppe af unge. Dog indikerer resultaterne, at ungeindsatsen har en mindre negativ effekt på den svært belastede del af målgruppe, idet de er mindre i beskæftigelse eller uddannelse.

8.1 Effekter i forhold til borgernes psykiske belastning

De umiddelbare effekter, eller de effekter der må forventes at indtræffe på mellemlangt sigt som følge af indsatsen, er opgjort via borgernes psykiske belastning ved indskrivning og opfølgning efter seks måneder. Til dette er anvendt måleredskab Addiction Severity Index (ASI), der måler borgernes belastning på en lang række dimensioner, herunder misbrug, psykiske vanskeligheder, økonomi og familieforhold.

I denne evaluering er det alene borgernes psykiske vanskeligheder, der er opgjort via ASI. Det betyder, at resultaterne nedenfor ikke er udtryk for en eventuel ændring i borgernes samlede belastningsgrad, men deres psykiske vanskeligheder. Ved det opfølgende effektstudie i 4.kvartal 2017 vil udviklingen i borgernes misbrug også belyses.

Af forskellige årsager¹¹ har det været vanskeligt at gennemføre ASI-vurderingen ved opfølgning af borgere fra ungeindsatsen. Vi har derfor ikke tilstrækkelig dokumentation til at gennemføre en vurdering af ungeindsatsens effekter i forhold til borgernes psykiske belastninger. Effekterne nedenfor afspejler derfor alene effekterne af screenings- og udredningsmodellen. I afsnit 8.2 fremgår effekter af ungeindsatsen og screenings- og udredningsmodellen i forhold til forsørgelse, uddannelse og forbrug af sundhedsydelser.

Positiv ændring i borgernes gennemsnitlige psykiske belastning

I tabel 8-1 nedenfor ses forskellen mellem borgernes psykiske belastning ved *indskrivning* i indsatsen under screenings- og udredningsmodellen, overfor deres psykiske belastning ved *opfølgning* efter seks måneder. Det fremgår i tabellen, at vi har ASI-vurdering ved indskrivning for i alt 245 borgere. Det har været en udfordring at foretage de opfølgende ASI-målinger for projektkommunerne, hvorfor dette udelukkende er gennemført for i alt 89 borgere. Resultaterne gælder for de borgere, hvor der er gennemført både ASI-vurdering ved opstart og ved opfølgning. Dog skal der gøres opmærksom på, at projektkommunerne af forskellige årsager ikke har gennemført opfølgings ASI-vurderinger blandt alle borgere, som har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen, hvilket skal holdes for øje i læsningen.

Tabel 8-1 Belastningsgrad for borgere der har indgået i screenings- og udredningsmodellen (ved indskrivning og opfølgning)

	N	Gennemsnit	Median	Mindste værdi	Største værdi
Alle besvarelser					
Belastning ved indskrivning (ASI-score)	245	0,551	0,560	0,050	0,910
Belastning ved opfølgning (ASI-score)	89	0,482	0,500	0,026	0,990
Eksklusiv ufuldstændige besvarelser					
Belastning ved indskrivning (ASI-Score)	86	0,555	0,565	0,050	0,910
Belastning ved opfølgning (ASI-score)	86	0,475	0,475	0,026	0,990

Note: Data for "alle besvarelser" er ekskl. "ved ikke"-besvarelser. Data for "ekskl. ufuldstændige besvarelser" er opgjort som "alle besvarelser" dog ekskl. de besvarelser, hvor belastningsgraden ikke er opgjort ved både indskrivning og opfølgning. Belastningsgraden er opgjort som ASI-score.

Som det fremgår af tabellen er den gennemsnitlige psykiske belastning for borgerne i målgruppen ved indskrivning i misbrugsbehandling 0,55. Samlet har borgerne i målgruppen således en moderat belastning i forhold til deres psykiske vanskeligheder.

Tabellen viser også borgernes belastning ved opfølgning. Her viser resultatet, at den gennemsnitlige psykiske belastning for borgerne er ændret i en positiv retning, idet der er sket et gennemsnitligt fald svarende til 0,069 på en skala fra 0 til 1. Figuren viser, at der ikke er gennemført en ASI-vurdering ved opfølgning for alle borgere, der har modtaget indsatsen. Sammenholder vi de borgere, hvor der både er gennemført en ASI-vurdering ved indskrivning og opfølgning, så viser tabellen, at borgernes psykiske belastninger i gennemsnit har ændret sig fra 0,55 til 0,47. Det svarer til en positiv ændring i borgernes psykiske belastning på gennemsnitligt 0,08 på skalaen fra 0 til 1. Resultaterne indikerer således, at borgere, der har været igennem en screening og udredning og efterfølgende modtaget misbrugsbehandling og eventuel psykiatrisk behandling, har oplevet en positiv ændring i deres psykiske belastninger.

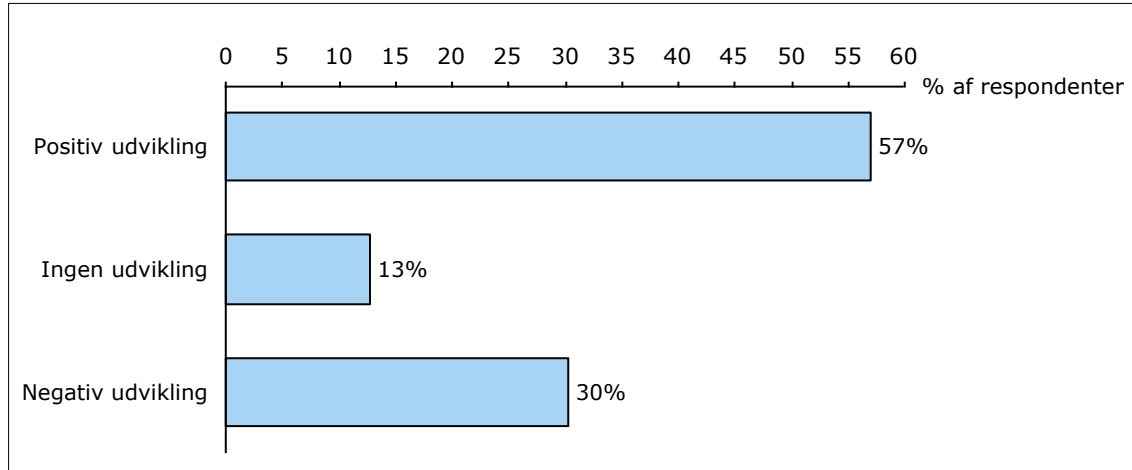
Selvom screenings- og udredningsmodellen har indvirket positivt på praksis i misbrugscentrene, eksempelvis ved mere målrettet fokus på psykiske lidelser og et systematisk udgangspunkt for opstart og gennemførelse af behandling – og dermed på de positive effekter for borgerne -, skal det imidlertid bemærkes, at den positive effekt også skal ses i lyset af at borgerne nu modtager behandling modsat, hvad de måske gjorde tidligere. En del af effekten vil altså formentlig skyldes, at borgerne nu er kommet i behandling.

¹¹ Læs nærmere i afsnit 5.2.3 om afslutning af forløb for den unge i ungeprojektet.

Flere borgere har oplevet en positiv udvikling i deres psykiske belastning

Figuren nedenfor viser andelen af borgere, som har modtaget indsatsen i regi af screenings- og udredningsmodellen, der har gennemgået henholdsvis en positiv udvikling, ingen udvikling eller en negativ udvikling. Figuren indeholder alene borgere, hvor der er gennemført en ASI-vurdering ved indskrivning og opfølgning.

Figur 8-1 Udvikling i belastningsgrad for borgere, der har indgået i screenings- og udredningsmodellen



Note: n=86. Data er ekskl. "ved ikke"-besvarelser og besvarelser, hvor belastningsgraden ikke er opgjort ved både indskrivning og opfølgning. Udviklingen er udgjort som opgjort belastningsgrad ved opfølgning sammenlignet med indskrivning. Belastningsgraden er opgjort som ASI-score. Lavere ASI-score=positiv udvikling, samme ASI-score=Ingen udvikling, højere ASI-score: Negativ udvikling. Bemærk dog at "ingen udvikling" er opgjort som en udvikling i ASI-score på +/-0,05 eller derunder.

Det fremgår af figuren, at blandt de 86 borgere, hvor der er gennemført en indskrivnings- og opfølgings-ASI af borgernes psykiske belastning, har 57 procent udviklet sig positivt. Omvendt viser figuren, at 30 procent har oplevet en negativ udvikling. Det vil sige, at deres psykiske vanskeligheder er vurderet større efter indsatsens afslutning sammenlignet med borgernes psykiske vanskeligheder ved opstart i indsatsen. 13 procent af borgerne har ikke oplevet nogen udvikling i deres psykiske vanskeligheder eller oplever status quo.

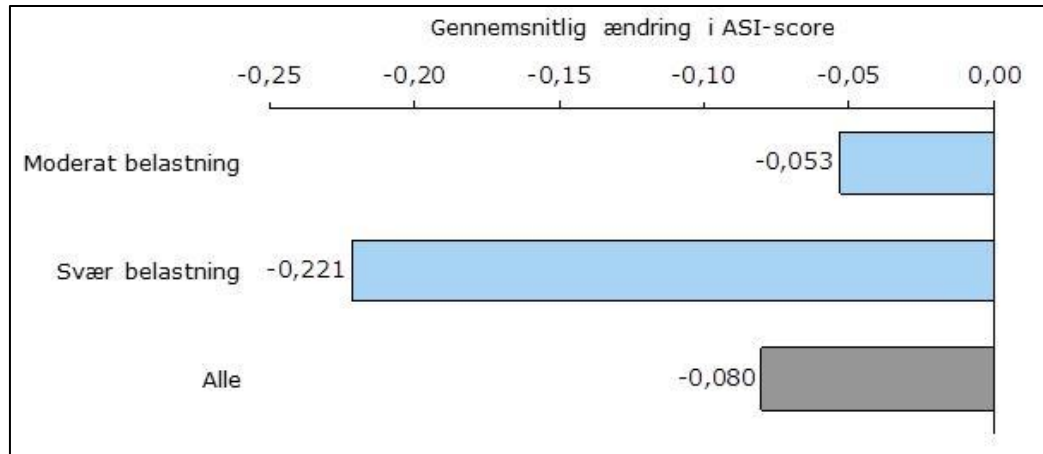
Samlet er der altså flere borgere, der oplever en positiv end negativ udvikling. Det er imidlertid interessant, at knap 30 procent oplever at have større psykiske vanskeligheder efter indsatsen end før. Det tyder altså på, at indsatsen ikke har haft en positiv effekt for disse borgere. En anden forklaring kan dog være, at disse borgere i takt med behandlingen af misbruget oplever, at deres psykiske vanskeligheder indvirker mere på deres liv nu, end det gjorde inden behandling af deres misbrug. Borgere, misbrugsbehandlere og psykologer giver i de gennemførte interviews udtryk for, at i forlængelse af at misbrugsproblematikken bearbejdes, bliver mange borgere mere opmærksomme på de psykiske vanskeligheder, som kommer til at fylde mere i deres hverdag, sammenlignet med situationen før misbrugsbehandlingen, hvor misbruget måske var med til at "dæmpe" den negative indvirkning af borgernes psykiske vanskeligheder.

Det er de mest belastede borgere, der har oplevet den største ændring

Figuren nedenfor viser den gennemsnitlige ændring i borgernes grad af psykiske vanskeligheder. Det ses i figuren, at den gennemsnitlige ændring i borgernes psykiske vanskeligheder er 0,08 point på en skala fra 0 til 1. Det vil sige, at for alle de borgere hvor der er gennemført en ASI-vurdering ved indskrivning og opfølgning, er der sket en ændring i deres psykiske vanskeligheder i positiv retning. For at undersøge hvilke borgere indsatsen har haft den største effekt for, ser vi på ændringen af psykisk belastning i forhold til:

- Moderat belastede borgere: ASI-score mellem 0,3 og 0,649
- Svært belastede borgere: ASI-score på 0,650 eller derover

Figur 8-2. Udvikling i belastningsgrad for borgere, der har indgået i screenings- og udredningsmodellen



Note: n=86. Data er ekskl. "ved ikke"-besvarelser og besvarelser, hvor belastningsgraden ikke er opgjort ved både indskrivning og opfølgning. Moderat belastning er opgjort som ASI-score mellem 0,300 og 0,649. Svær belastning er opgjort som ASI-score på 0,650 eller derover. Bemærk at "alle" besvarelser også omfatter enkelte besvarelser med ASI-score på under 0,300.

Figuren viser den gennemsnitlige ændring i psykiske vanskeligheder hos borgere med henholdsvis moderat og svær psykisk belastning inden indsatsens opstart. Her fremstår, at borgerne med svær psykisk belastning har en forbedring af deres psykiske belastning svarende til 0,2 på en skala fra 0 til 1. Denne gennemsnitlige udvikling er markant højere end den gennemsnitlige positive udvikling hos alle borgere samlet set.

Borgere med en moderat psykisk belastning har også oplevet en positiv ændring, men denne er væsentlig mindre og svarer til et gennemsnit på 0,05 på samme skala. En mulig forklaring på forskellen i ændringer hos borgere med moderat og svær psykisk belastning kan være, at ændringspotentialet hos borgere med svær belastning alt andet lige er relativt større end hos borgere med moderat psykisk belastning. Omvendt kan en hypotese også være, at det burde være "nemmere" at rykke flere af de borgere, som har en moderat psykisk belastning. Endnu en fortolkning kan også være, at borgere med mere alvorlige psykiske lidelser nu bliver mødt med relevant og parallel misbrugsbehandling og psykiatribehandling, hvilket de måske ikke tidligere har oplevet. Og denne parallelle behandling, har en positiv effekt på borgerne.

Endvidere viser international forskning¹², at psykisk helbred er en stærk prædikator for behandlingsresultater, hvilket også understøttes af lokale danske evalueringer, der blandt andet har vist, at borgere der er besværede af deres psykiske helbred, har en meget høj succesrate i gennemførelse af behandlingen og oplever markante forbedringer i deres psykiske helbred¹³. Dette forklares blandt andet med et øget fokus på borgernes psykiske vanskeligheder i misbrugsbehandlingscentrene i de fire kommuner, der indgik i de danske evalueringer.

En mulig forklaring på forskellene i udviklingen mellem borgere med henholdsvis moderate og svære psykiske vanskeligheder kan således være, at man i nogle af projektkommunernes misbrugsbehandlingscentre har haft denne viden om sammenhængen mellem psykiske lidelser og resultater af misbrugsbehandling, og derfor allerede fra projektopstart har haft et øget fokus på borgere med sværere psykiske lidelser.

Dette fokus er, som resultaterne i kapitel syv indikerer, intensiveret og øget yderligere i takt med implementeringen af screenings- og udredningsmodellen i projektkommunerne i løbet af projektperioden.

¹² Thomas Mclellan et. al, 1983: Predicting Response to Alcohol and Drug Abuse Treatments – Role of Psychiatric Severity

¹³ ikke publicerede evalueringer af misbrugsbehandling i Aarhus, Randers, Silkeborg og Skanderborg Kommuner, Center for Socialfaglig Udvikling, Aarhus Kommune.

8.2 Effekter i forhold til forsørgelse, uddannelse og forbrug af sundhedsydelser

Som supplement til effektevalueringen af ændringen i borgernes psykiske vanskeligheder, som er baseret på selvrapportering via ASI, gennemføres en registerdatabaseret effektevaluering, der belyser effekten af henholdsvis indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen gennem etablering af kontrolgrupper. I bilagsmaterialet fremgår en detaljeret beskrivelse af fremgangsmåden for den registerdatabaserede effektevaluering, herunder operationalisering af effektmål, etablering af kontrolgrupper og anvendte kontrolvariabler.

I boksen neden for præsenterer vi de registerbaserede variable, som vi har anvendt til operationalisering af de overordnede effektmål; forsørgelse, uddannelse og sundhedsydelser.

<p>Faktaboks: Effektmål</p> <p>Forsørgelsesmål</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontanthjælp eller uddannelsesstøtte • Offentlig forsørgelse (bredere forsørgelsesmål) • Beskæftiget <p>Mål for uddannelse og efteruddannelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • I gang med eller fuldført uddannelse • Fuldført eller bestået kursus ved voksen- og efteruddannelse <p>Forbrug af sundhedsydelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakter med almen læge • Kontakter med psykiatrien, herunder psykologer og psykiatere i distriktspsykiatrien • Kontakt med sygehusvæsenet, herunder psykiatriske sygehuse

I afsnittet om borgernes psykiske vanskeligheder, målt via deres ASI-score, skelnede vi mellem henholdsvis moderat og svært psykisk belastede borgere. I effektanalysen af forsørgelse, uddannelse og sundhedsydelser operer vi med en "mindre belastet" og "svært belastet" målgruppe af borgere. Når vi anvender disse betegnelser skyldes det, at vi ikke bare medtager borgernes psykiske vanskeligheder, opgjort via diagnoser, men også inkluderer det hovedmisbrug, som de er i behandling for.

Når vi taler om potentielle effekter for den *mindre belastede* del af målgruppen, taler vi om borgere *der ikke har en diagnosticeret psykisk lidelse*, men er i behandling for et misbrug, hvor hash eller andre narkotika er hovedstof.

Når vi taler om potentielle effekter for den *svært belastede* del af målgruppen, taler vi om borgere, der har en af følgende diagnoser, som er behandlet i psykiatrisk regi:

- Diagnose inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, eksklusiv lidelser forårsaget af brug af alkohol
- Diagnose inden for psykotiske eller affektive lidelser, angst eller personlighedsforstyrrelser
- Diagnose inden for psykotiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af multiple eller andre psykoaktive stoffer, eksklusiv alkohol

Boksen nedenfor rummer en kort beskrivelse af fremgangsmåden for etablering af kontrolgrupper, som er beskrevet yderligere i bilagsmaterialet. I bilagsmaterialet findes der også en beskrivelse af de enkelte kontrolgruppers diagnoser og hovedstof, som det fremgår af registrenes data.

Faktaboks: Etablering af kontrolgrupper

For at vurdere effekterne af screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen sammenlignes borgere, som har modtaget indsatsen, med en kontrolgruppe på de udvalgte effektmål. Kontrolgruppen repræsenterer den *kontrafaktiske* situation for indsatsborgerne. Dvs. indsatsbørgerens situation, *hvis de ikke havde modtaget en indsats*. Denne situation er pr. definition ukendt, hvorfor vi i stedet estimerer situationen – og dermed kontrolgruppen – ved hjælp af statistiske *matching*-teknikker.

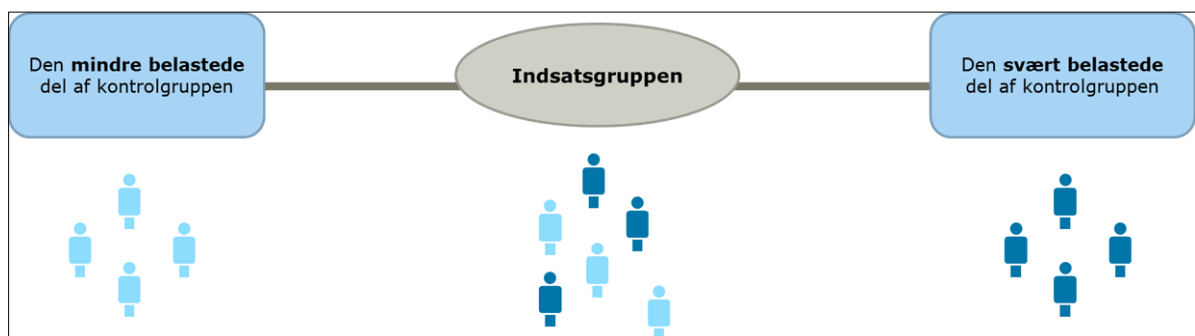
Grundlæggende estimeres kontrolgruppen ved at identificere en "tvilling" (et "match") til hver borger i indsatsgruppen fra en population bestående af 18 til 32-årige nyhenvendte i den kommunale misbrugsbehandling, som ikke har modtaget en indsats. Denne tvilling minder på alle observerbare socio-økonomiske, demografiske og sundhedsmæssige karakteristika om indsatsborgeren. Den eneste observerbare forskel mellem indsatsborgeren og tvillingen i kontrolgruppen er dermed, at indsatsborgeren har fået en indsats, mens tvillingen ikke har. Dermed antages en forskel i de respektive effektmål mellem de to borgere at kunne tilskrives indsatsen. Øvelsen gentages for alle indsatsborgere.

Vi har belyst indsatsens potentielle effekter for borgere med forskellig grader af psykiske lidelser og misbrug. I praksis er det gjort ved at sammenligne indsatsborgerne med ti afgrænsede kontrolgrupper, som hver især repræsenterer den kontrafaktiske situation for indsatsborgerne afhængigt af, om der er tale om en den mindre eller svært belastede del af målgruppen.

Fx vil effektmålene opgjørt i forhold til en kontrolgruppe, som både har en psykisk lidelse og et alvorligt stofmisbrugsproblem, belyse de forventede effekter af indsatsen for de svært belastede borgere i målgruppen.

Tilgangen med at sammenligne indsatsgruppen med flere forskellige kontrolgrupper er valgt, da vi – modsat tilfældet for kontrolgruppen – ikke har oplysninger om diagnoser og stofmisbrug for indsatsgruppen og dermed ikke kan udtale os om, hvorvidt borgere i denne gruppe tilhører den mindre eller sværere belastede del af målgruppen. Dette er illustreret i figuren neden for: den horisontale linje repræsenterer kontinuummet for graden af borgerens psykiske belastning og misbrug.

Figur 8-3. Beskrivelse af design for de afgrænsede kontrolgrupper



Under antagelse af at borgere i indsatsgruppen fordeler sig relativt ens på tværs heraf, betyder det, at en sammenligning med en kontrolgruppe bestående af mindre belastede borgere – alt andet lige – vil underestimere effekterne, da den samlede indsatsgruppe i dette tilfælde vil være relativt sværere belastede end kontrolgruppen. Omvendt vil en sammenligning med en kontrolgruppe bestående af de svært belastede borgere overestimere effekterne, da den samlede indsatsgruppe i dette tilfælde vil være relativt mindre belastede. Men da vi som sagt ikke kender omfanget af indsatsgruppens psykiske vanskeligheder og misbrug, ved vi heller ikke i hvilken grad, at de estimerede effekter er under- eller overvurderede. Vi har af samme grund valgt at fokusere på retningen af effekten i afrapporteringen frem for de estimerede effektstørrelser.

8.2.1 Screenings- og udredningsmodellen

Dette afsnit indeholder en analyse af effekter for de borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen. Vi ser altså på om screenings- og udredningsmodellen har tilvejebragt eventuelle effekter i forhold til borgernes forsørgelsessituation, uddannelsessituation og forbrug af sundhedsydelser, herunder kontakt med almen læge, psykologer, speciallæger og psykiatere samt sygehusvæsenet. Der findes derimod ikke registerdata for brugen af kommunernes psykosociale tilbud, der ellers har betydning for det samlede billede af effekterne for borgerne, idet viden om borgernes kontakt til kommunernes psykosociale tilbud vil kunne give et mere dækkende billede. Derudover vil det give et billede af perspektivet for fastholdelse af borgerens udvikling, da det er via psykosociale tilbud, at borgeren potentielt mødes med en bredere og mere intensiv social indsats, som muligvis kan bidrage til fastholdelse af en positiv udvikling.

I tabellen nedenfor opsummeres indsatsens potentielle effekter for henholdsvis mindre- og svært belastede borgere i målgruppen.

Effekter	Mindre belastede borgere	Svært belastede borgere
Kontanthjælp	Mere på kontanthjælp	Ingen signifikant effekt
Offentlige ydelser	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt
Beskæftigelse	Ingen signifikant effekt	Mere i beskæftigelse
Beskæftigelse eller uddannelse	Mindre i beskæftigelse eller uddannelse	Mere i beskæftigelse eller uddannelse
Uddannelse	Ingen signifikant effekt	Mere under uddannelse
Voksen- og efteruddannelse	Mindre i voksen- eller efteruddannelse	Ingen signifikant effekt
Brug af sundhedsydelser	Flere psykiatriske/psykiske kontakter til sygehusvæsenet	Færre psykiatriske/psykiske kontakter til sygehusvæsenet

Effekter i forhold til forsørgelsesgrundlag og beskæftigelse

Vi har set på forskelle i andel uger på kontanthjælp, offentlige ydelser i form af eksempelvis sygedagpenge, ledighedsydelser og førtidspension for borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og for de forskellige kontrolgrupper.

På længere sigt er der ingen signifikante forskelle mellem borgere, der har modtaget indsatsen og sammenlignelige personer i de forskellige kontrolgrupper. Ser vi nærmere på forskellen mellem borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og de afgrænsede kontrolgrupper med forskellige niveauer af psykiske lidelser, tegner der sig dog et mere nuanceret billede.

Resultaterne peger i retning af, at borgere, der har modtaget indsatsen er mere på **kontanthjælp** end sammenlignelige personer i den mindre belastede del af kontrolgruppen, altså borgere uden diagnosticerede psykiske lidelser. For den svært belastede del af målgruppen er der potentielt set ingen signifikant effekt på kontanthjælp. Sagt med andre ord vil screenings- og udredningsindsatsen potentielt øge modtagelsen af kontanthjælp for den del af målgruppen, der ikke har en diagnosticeret psykiske lidelser – det vil sige den mindre belastede del af målgruppen. Umiddelbart kan dette tolkes negativt, men omvendt viser flere undersøgelser^[1], at borgere med psykiske vanskeligheder og stofmisbrug ofte har svært ved at honorere de krav, sociale tilbud stiller til dem. Det er således ikke uvant, at borgere med komplekse problemer ikke modtager kontanthjælp, selvom de har behov for det, eller får lukket for deres kontanthjælp, fordi de eksempelvis ikke møder op til aftaler på jobcentrene.

^[1] <http://www.stofbladet.dk/6storage/586/51/stof11.14-17.pdf>; *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug* (2013). Rambøll for Socialstyrelsen; Birgitte Thystrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL

Set i det lys kan de potentielle kontanthjælpseffekter for den mindre belastede del af målgruppen omvendt tolkes positivt. På den ene side vil det kunne være et udtryk for, at borgerne via indsatsen får en mere stabil kontakt til det sociale system, eksempelvis jobcentret og nu i højere grad er i stand til at honorere de krav, der stilles til at modtage kontanthjælp eller øvrige offentlige ydelser. På den anden side kan det også være udtryk for, at de socialfaglige medarbejdere i de sociale tilbud har fået større viden om og forståelse af borgernes problematikker i takt med, at de er blevet screenet og udredt. På den baggrund kan de yde en tilpasset og rummelig indsats til borgerne i situationer, hvor de har behov for denne rummelighed. Endelig kan kontakten til jobcentret styrke borgerens situation fremadrettet, idet kontakten dels kan medvirke til at borgeren oplever et mere koordineret sagsforløb, dels være en mulig indgang til socialpsykiatriske tilbud, hvor borgeren kan få en bredere social indsats målrettet hans eller hendes behov.

Når vi ser på et bredere forsørgelsesmål i form af **andel uger på offentlige ydelser**, herunder sygedagpenge, ledighedsydelse og førtidspension, ser vi ingen forskel mellem borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og øvrige personer i afgrænsede kontrolgrupper et år efter opstart af behandling.

Resultaterne vedrørende den samlede effekt af indsatsen under screenings- og udredningsmodellen i forhold til borgernes beskæftigelsessituation viser, at der et år efter opstart i indsatsen ikke er forskelle mellem borgere, der har modtaget indsatsen og sammenlignelige personer.

Resultaterne viser dog, at borgere der har modtaget indsatsen i højere grad er **i beskæftigelse** et år efter opstart i behandling, når vi sammenligner med personer, der har misbrugsrelaterede psykiske lidelser. Det indikerer således, at indsatsen vil have en positiv effekt på beskæftigelsessituationen for den sværere belastede del af målgruppen, der eksempelvis lider af en misbrugsrelateret psykisk lidelse. Dette er også interessant, når vi holder for øje, at det er de mest belastede borgere, der har oplevet den største ændring i deres selvrapporterede psykiske vanskeligheder via ASI-scoren (jf. afsnit 7.1).

Ser vi på effekten i forhold til et samlet mål for **andel uger i beskæftigelse eller uddannelse**, er der overordnet ingen forskel mellem borgere i indsatsgruppen og alle personer i kontrolgruppen. Ligesom vi så på indsatsens beskæftigelses- og forsørgelseseffekt tegner der sig dog et nuanceret billede af de potentielle effekter for borgere med forskellig grad af psykiske lidelser.

Beskæftigelses- og uddannelsesfrekvensen er lavere blandt borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen sammenlignet med personer i de mindre belastede kontrolgrupper. Omvendt er beskæftigelses- og uddannelsesfrekvensen højere blandt borgere, der har modtaget indsatsen, når disse sammenholdes med personer i de svært belastede kontrolgrupper. Dette indikerer, at indsatsen potentielt vil have en positiv effekt på beskæftigelses- og uddannelsesfrekvensen for borgere med eksempelvis alvorlige psykiske lidelser og et samtidigt misbrug.

Resultaterne understøtter således tolkningen af, at indsatsen under screenings- og udredningsmodellen særligt vil kunne tilvejebringe positive effekter for de borgere, der har en relativ høj belastningsgrad som udgangspunkt.

Effekter i forhold til uddannelse

I det følgende ser vi på effekten af screenings- og udredningsmodellen i forhold til borgernes uddannelsessituation. Vi ser nærmere bestemt på, hvorvidt borgere, der har modtaget indsatsen, er kommet i gang med eller har fuldført en uddannelse eller har fuldført eller bestået et kursus ved voksen- og efteruddannelse sammenlignet med kontrolgruppen.

Samlet set har screenings- og udredningsmodellen haft en positiv effekt på, om borgere, der har modtaget indsatsen, er **kommet i gang med eller har fuldført en uddannelse** halvandet år efter opstart af behandling, sammenlignet med alle personer i kontrolgruppen.

Når vi ser på den samlede effekt af indsatsen under screenings- og udredningsmodellen i forhold til borgernes **fuldførelse og beståelse af kurser ved voksen- og efteruddannelse**, fremgår det, at der et år efter endt indsats ikke er forskelle mellem borgere, der har modtaget indsatsen og sammenlignelige personer.

Resultaterne viser dog, at borgere, der har modtaget indsatsen i mindre grad, har fuldført eller bestået en voksen- eller efteruddannelse et år efter opstart af behandling, når vi sammenligner med borgere i den mindre belastede del af målgruppen. Det indikerer således, at indsatsen ikke vil have en positiv effekt for de mindre belastede borgeres situation i forhold til voksen – eller efteruddannelse.

Effekter i forhold til brugen af sundhedsydelser

I det følgende ser vi nærmere på effekterne af indsatsen under screenings- og udredningsmodellen i forhold til borgernes brug af almen læge, psykologer og psykiatere, herunder distriktspsykiatrien udenfor sygehusvæsnet samt kontakten med sygehusvæsnet, herunder psykiatriske sygehuse (indlæggelser og ambulans behandling).

Ser vi på året efter opstartsåret for indsatsen, er der ikke forskel i antallet af **kontakter til psykiatrien** for borgerne i indsatsgruppen og for borgerne i kontrolgruppen. Dog ses det i året efter opstartsåret, at borgerne i indsatsgruppen har signifikant flere **kontakter til almen læge** sammenlignet med personer i kontrolgruppen.

Umiddelbart kan det tolkes negativt, at borgeren har fået en øget kontakt til sin almene læge, da det tyder på, at borgeren oplever flere helbredsmaessige problematikker efter opstart i indsatsen. Men den øgede kontakt til almen læge kan også være udtryk for, at borgerne eksempelvis er nået længere i deres erkendelsesproces om behovet for hjælp, har opnået større tillid til det etablerede system og/eller har fået mere viden om, hvilke tilbud de vil kunne profitere af. Desuden kan kontakten til den almene læge være et udtryk for, at borgerne har besøgt egen læge med henblik på at blive henvist til psykiatrien, hvilket ligger fint i tråd med et af projektets formål, der har været, at borgeren fik den behandling, han/hun havde behov for via henvisning fra sin almene læge. Hvis denne tolkning er korrekt, skal det gerne fremgå ved opfølgningen og effektstudiet i 4.kvartal 2017, at borgerne i indsatsgruppen har haft flere kontakter til psykiatrien – som resultat af den øgede kontakt til den almene læge.

Resultaterne i en undersøgelse af socialt udsattes sundhedsprofil i 2012¹⁴, understøtter en positiv fortolkning af borgernes øgede kontakt til almen læge. Undersøgelsen viser, at andelen af borgere, der er i kontakt med almen læge, er aftagene i takt med antallet af belastede livsomstændigheder. Således besøger borgere med flere belastende livsomstændigheder, eksempelvis borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, i mindre grad almen læge end borgere med færre belastende livsomstændigheder. Det tyder altså på, at denne gruppe af borgere "underbehandles", og set i det lys er et øget antal kontakter til almen læge blandt borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen, positivt – 'de er ikke underbehandlede mere'.

I forhold til antallet af borgernes **psykiatriske kontakter til sygehusvæsnet** i forskellige perioder efter opstart i behandling viser resultaterne, at indsatsen generelt set ikke påvirker indsatsgruppens kontakt med sygehusvæsnet – uanset om kontakten er af en alvorlig psykiatrisk karakter eller ej.

Dog viser resultaterne, at der kan spores forskellige effekter afhængigt af karakteren af den psykiske lidelse og det samtidige misbrug. Hvis indsatsen gives til borgere, som har en psykisk lidelse, synes indsatsen at føre til et reduceret antal kontakter med sygehusvæsnet. Dette er især gældende i forhold til de alvorlige psykiatriske kontakter. Omvendt viser resultaterne, at insat-

¹⁴ SUSY Udsat: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007, 2012

sen kan medføre en relativ hyppigere kontakt med sygehuset, hvis den gives til indsatsborgere uden en diagnosticeret psykisk lidelse – den mindre belastede del af målgruppen.

8.2.2 Ungeindsatsen

I dette afsnit retter vi blikket mod effekterne af ungeindsatsen. Det vil sige effekter for de unge, der har været igennem en screening- og eventuel udredning i den kommunale misbrugsbehandling, og som er henvist til og indgår i ungeindsatsen. Vi ser på effekter i forhold til de unges forsørgelsesgrundlag, beskæftigelsessituation og uddannelsessituation. I analysen af ungeindsatsen har vi heller ikke haft mulighed for at medtage registerdata for brugen af kommunernes psykosociale tilbud.

I tabellen nedenfor opsummeres indsatsens potentielle effekter for henholdsvis mindre- og svært belastede borgere i målgruppen.

Effekter	Mindre belastede borgere	Svært belastede borgere
Kontanthjælp	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt
Offentlige ydelser	Ingen signifikant effekt	Modtager i højere grad offentlige ydelser
Beskæftigelse	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt
Beskæftigelse eller uddannelse	Ingen signifikant effekt	Mindre i beskæftigelse eller uddannelse
Uddannelse	Mere under uddannelse på langt sigt, men ingen eller negativ effekt på kort sigt	Mere under uddannelse på langt sigt, men ingen eller negativ effekt på kort sigt
Voksen- og efteruddannelse	Ingen signifikant effekt	Ingen signifikant effekt

I boksen nedenfor præsenteres tilgangen til effektanalysen af ungeindsatsen.

Faktaboks: Spor og forudsætninger i effektanalysen af ungeindsatsen

I modsætning til ovenstående analyse af effekter af screenings- og udredningsmodellen har nærværende analyse af ungeindsatsen to spor.

For det første ser vi på eventuelle forskelle i effekter for unge, der har indgået i ungeindsatsen og sammenlignelige personer i kontrolgrupper, der har modtaget sædvanlig indsats. Det vil sige samme form for analyse som ovenfor.

For det andet belyser vi i analysen forskelle mellem unge i ungeindsatsen og tilsvarende unge, som "alene" har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen. Det vil sige, at effekterne for indsatsgruppen i alderen 18-24 år, som kun har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen sammenlignes med indsatsgruppen ligeledes i alderen 18-24 år, der både har været en del af screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen.

Effekter i forhold til forsørgelsesgrundlag og beskæftigelse

Som for screenings- og udredningsindsatsen har vi set på forskelle i andel uger på kontanthjælp og offentlige ydelser i form af eksempelvis sygedagpenge, ledighedsydelse og førtidspension, for borgere, der har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen, borgere der har modtaget screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen og for de forskellige kontrolgrupper.

På længere sigt, et år efter opstart i indsatsen, er der ingen forskel på **modtagelsen af kontanthjælp** for borgere, der alene har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og borgere, der også har indgået i ungeindsatsen, når disse sammenholdes med forskellige

kontrolgrupper. Det vil altså sige, at ungeindsatsen ikke har en effekt på borgernes modtagelse af kontanthjælp.

Ser vi på et bredere forsørgelsesmål af **offentlige ydelser**, tegner der sig i store træk det samme billede. Således er der ingen signifikante forskelle i forsørgelsesgrundlaget for borgere i indsatsgrupperne under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen sammenlignet med kontrolgruppen et år efter opstart i indsatsen.

Når vi ser på ungeindsatsens effekt i forhold til de unges **beskæftigelsessituation** fremgår det, at der fra et år efter opstart ikke er signifikante forskelle mellem borgere, der har modtaget indsatsen og sammenlignelige personer. Det betyder altså, at ungeindsatsen ikke har en effekt på borgernes beskæftigelsessituation. Ser vi på et samlet mål for andel uger i **beskæftigelse eller uddannelse**, tegner der sig det samme billede, idet indsatsen overordnet ingen effekt har, et år efter opstart. For den svært belastede del af målgruppen indikerer resultaterne dog, at indsatsen påvirker uddannelse og arbejdsmarkedstilknnytning i negativ retning. Således tilbringer indsatsborgere med kombinerede psykiske- og misbrugsproblemer signifikant mindre tid i beskæftigelse eller uddannelse end kontrolgruppen. Det er imidlertid vigtigt at påpege, at analysen af effekter er baseret på de unges situation et år efter opstart af indsatsen. Vurderingen blandt projektmedarbejdere i projektkommunerne og øvrige eksperter på området er, at mange af de unge har komplekse problemstillinger, som består af en kombination af psykiske lidelser, misbrug, dårlig skolegang og ustabile sociale forhold. Således er forventningen også, at det kan være svært at spore positive effekter i forhold til de unges beskæftigelsessituation allerede et år efter opstart af indsatsen. Effekstudiet i 4.kvartal 2017 vil kunne belyse de unges beskæftigelsessituation knap tre år efter indsatsens opstart, og på den måde bidrage til at belyse, hvorvidt der sker en positiv ændring for de unge på længere sigt. Dog skal det bemærkes, at jo længere væk vi kommer fra indsatsens opstart og gennemførelse, des sværere bliver det at tilbageføre eventuelle effekter direkte til selve indsatsen.

Effekter i forhold til uddannelse

I det følgende ser vi på effekten af ungeindsatsen i forhold til borgernes uddannelsessituation. Vi ser nærmere bestemt på, hvorvidt borgere, der har modtaget indsatsen, er kommet i gang med eller har fuldført en uddannelse eller har fuldført eller bestået et kursus ved voksen- og efteruddannelse sammenlignet med kontrolgruppen.

Samlet set har ungeindsatsen haft en positiv effekt på borgernes uddannelsessituation, idet borgere, der har modtaget indsatsen, i højere grad er **i gang med eller har fuldført en uddannelse** halvandet år efter opstart i indsatsen, sammenlignet med den samlede kontrolgruppen.

Ungeindsatsen har derimod ingen effekt på, om de unge har **fuldført eller bestået kurser ved voksen- og efteruddannelse** et år efter opstart i indsatsen, da der ingen signifikant forskel er på indsats- og kontrolgruppen.

8.3 Borgernes vurdering af effekter

Som supplement til den kvantitative evaluering af screenings- og udredningsmodellens samt ungeindsatsens effekter for borgerne, har Rambøll i løbet af projektperioden gennemført interviews med i alt 15 borgere på tværs af de fem projektkommuner og på tværs af indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen. I følgende afsnit opridses de mest gennemgående tematikker i borgernes fortællinger.

Borgerne bliver mødt med forståelse

Hovedparten af borgere, som vi har interviewet, der har modtaget indsatsen under **screenings- og udredningsmodellen**, er ikke fuldt bevidste om, at de indgår i projektet, men de oplever screeningen og udredningen som en del af det at komme i behandling for deres misbrug.

En overvejende del af borgerne har oplevet screenings- og udredningsprocessen som positiv, da de er blevet lyttet til og har følt sig "taget seriøst" under processen. Nogle af borgerne fortæller

dog også, at spørgsmålene, der stilles som led i processen, kan være grænseoverskridende og meget personlige, hvilket ifølge borgerne kræver en vis overvindelse for at kunne besvare dem. Størstedelen af borgerne peger dog på, at det er en positiv oplevelse, når de først har åbnet sig op og efterfølgende oplever, at der er en større forståelse for deres situation. Flere af borgerne anbefaler, at man gennemfører screenings- og udredningsprocessen som en uformel samtale, der ikke fremstår alt for 'højtidelig', for dermed at støtte borgerens åbenhed.

Indsigt i og forståelse for egne udfordringer

Én af borgerne, der har modtaget indsatsen under **screenings- og udredningsmodellen**, fortæller om det notat, der blev skrevet i forbindelse med screeningen: *"Hun endte med at skrive, at jeg er en følsom dreng med et til tider mørkt og deprimeret sind... og jeg gik jo og troede, at sådan var livet. Men så gik det op for mig, at sådan behøver man ikke at have det"*. Som citatet illustrerer, er borgeren ikke klar over, at han lider af en depression. For mange af borgerne er det en stor lettelse, en såkaldt 'øjeblik', at finde en årsag til den række af reaktionsmønstre, som de ikke oplever, er knyttet til deres misbrug.

Mange af borgerne finder det ligeledes betryggende, at deres diagnose og livshistorik er nedfældet på et papir, da de eksempelvis ved et møde med en ny behandler kan referere til dokumentet fremfor at måtte genfortælle hele historien, som i forvejen for mange af borgerne er vanskelig at dele. Borgerne har oplevet, at alle aktører i screeningen og udredningen samt den efterfølgende behandling har haft en indgående viden om borgerens problematikker på forhånd via det nedfældede notat. Overordnet set kan det altså konkluderes, at borgerne oplever det positivt, at processen vedrørende deres behandling er struktureret og koordineret, da det giver dem en trykthed, og de føler sig hørt og 'taget seriøst'.

Borgerne oplever, at der er sammenhæng i indsatsen

Hovedparten af de interviewede borgere udtrykker altså stor tilfredshed med **screening og udredningsprocessen** samt efterfølgende forløb, de har haft og udbyttet heraf. Borgerne oplever god ræson i at følge parallelle forløb, og mange af borgerne italesætter selv, at man ikke kan adskille en psykiatrisk lidelse fra misbruget, da det ofte er en del af samme problematik eller er en forklarende faktor for begges eksistens.

Borgerne, der kun har deltaget i screenings- og udredningsmodellerne, er alle positive omkring deres efterfølgende forløb, der typisk har bestået af et forløb hos misbrugscenteret, medicinering og forløb hos psykiater samt et forløb hos en psykolog. Som én af borgerne fortæller, er psykologen god til at 'skrælle lagene af løget' og spørge ind til borgerens barndom som baggrund for de senere problematikker. Behandleren fokuserer derimod mere konkret på misbruget og hjælp til at få nye rutiner i hverdagen, mens psykiateren sørger for, at borgeren får medicin for sin sociale angst og depression. *"Min vurdering er, at det ikke havde virket, hvis der kun var fokus på mit misbrug. Man skal arbejde med min diagnose og baggrunden for den, hvis jeg skal komme ud af misbruget"*, fortæller en borger. Enkelte af borgerne mener dog, at samarbejdet kan fungere endnu bedre, og at især psykiatrien mangler en forståelse for de problematikker, misbruget medfører. Desuden opfordrer borgerne til, at behandlingen målrettes yderligere, så alle borgerne ikke tilbydes den samme løsning.

De unge oplever en koordineret indsats – og nogle er kommet i beskæftigelse

Borgerne, der har deltaget i **ungeindsatsen**, har været glade for at have et sted at være og hermed at få opbygget en rutine. En del af de unge fortæller, at de har fået hjælp til at komme i beskæftigelse ved blandt andet at få en mentor ved et jobcenter. Enkelte af de unge fortæller, at de er kommet tættere på beskæftigelse og har fået lavet en plan for fremtiden i samarbejde med en medarbejder i ungeindsatsen. Én af de unge fortæller om ungeindsatsen: *"Jeg har fået mulighed for at tænke over, hvad jeg skal i forhold til uddannelse og job, og altså fået nye perspektiver på fremtiden (...) Jeg har fået praktik i Bilka i to måneder, så jeg er i gang med noget nu... og efter sommerferien starter jeg på slagterskole"*. Desuden har medarbejdere ved ungeindsatsen deltaget i samtaler med kommunen og sagsbehandlere, som den unge ikke har følt sig rustet til at have alene. De unges oplevelse af en mere koordineret indsats, skal dog også ses i sammen-

hæng med, at der i løbet af projektperioden er gennemført reformer på beskæftigelsesområdet, hvor det blandt er blevet muligt at få en koordineret sagsbehandler, der skal sikre en individuel og helhedsorienteret indsats til sårbare og udsatte. Dette tiltag kan således også have haft en betydning for borgernes oplevelse af sammenhæng i indsatsen.

En del af de borgere, der deltager i ungeindsatsen, oplever imidlertid behov for et mere målrettet fokus på deres fremtid, især i forhold til uddannelse og arbejde. De foreslår blandt andet, at ungeindsatsen tilbyder kurser og aktiviteter, der giver de unge viden om forskellige typer af uddannelser og/eller hjælper dem i beskæftigelse. De fleste mangler et sidste 'skub' fra medarbejderne i ungeindsatsen for at gå ud og finde et job og dermed føre planen ud i livet.

Netværk og selvudvikling

I forbindelse med **ungeindsatsen** udtrykker mange af borgerne stor glæde ved at møde andre unge, der er i samme situation som dem selv. Enkelte har fået nye venner og føler sig ikke så ensomme, som de tidligere har gjort. Mange af de unge har deltaget i gruppesamtaler, hvor de har delt deres frustrationer i forhold til deres misbrug, psykiske lidelse eller helt andre problematikker med andre unge. Det sociale element ved ungeindsatsen har bidraget til at få en forståelse for, at man ikke er alene med sine problemer – og "at andre har det ligeså slemt", fortæller én af de unge. De unge er glade for det sammenhold, der etableres via ungeindsatsen, og mange fortæller, at de er blevet mere åbne og udadvendte efter at have deltaget i ungeindsatsen. De unge, der lider af social angst, får hjælp til deres vanskeligheder gennem gruppeforløbet, og mange får også hjælp til indkøb og andre praktiske ærinder, som de tidligere har været bange for at gøre.

Et tværgående tema i en række af interviewene er, at borgerne alle oplever en bedre evne til at mestre deres psykiske lidelse og samtidige misbrug. Hovedparten af borgerne fortæller, at de har fået større indsigt i deres problematikker og har fået redskaber til at håndtere dem. *"Før vågnede jeg midt om natten helt forvirret... nu ved jeg ligesom hvorfor jeg vågner, og hvad jeg skal gøre... på den måde har jeg fået redskaber til ligesom at finde mig selv. Og hjælp til at styre min angst"*, fortæller en ung, der har deltaget i ungeindsatsen. Som citatet viser, har borgeren, udover at have opnået indsigt i egen situation, også fået konkrete redskaber til, hvordan han kan håndtere vanskelighederne i praksis. En del af borgerne i ungeindsatsen føler, at de har udviklet sig personligt og har opnået en øget selvstændighed, selvværd og selvtillid. Blandt andet har én af borgerne fået selvtillid nok til at tage alene til møder med sagsbehandleren i kommunen, hvor han tidligere fik støtte fra en medarbejder i ungeindsatsen. Mange af de unge mener, at der er behov for at udbrede ungeindsatserne yderligere og nå ud til flere unge, der ikke kender til dets eksistens og derfor ikke har deltaget.

9. AFSLUTTENDE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER

Afslutningsvis fremhæver vi væsentlige opmærksomhedspunkter, der er værd at have in mente ved fremtidige samarbejder på tværs af misbrugsbehandling, behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien om indsatser for borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. Følgende er således ment som en række opmærksomhedspunkter til fagpersoner og kommuner, der ønsker at implementere screenings- og udredningsmodeller for borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug, samt en indsats for unge borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Opmærksomhedspunkterne baseres på erfaringer, forslag og gode råd fra de fem projektkommuner, der har deltaget i udviklingen og afprøvningen af de to indsatser og modeller.

Organisering af indsatserne

- Flere af medarbejderne i projektkommunerne mener, at en gennemgående ledelsesopbakning til indsatserne fra start er af stor betydning for at sikre en god implementering. Ved at ledelsen tager ansvar for både udvikling af indsatsen, opkvalificering af medarbejdere og påtager sig at agere 'ambassadør' for indsatserne i forskellige fora, sikres en god organisering og motivation hos medarbejderne. I indsatser som de to afprøvede er den ledelsesmæssige opbakning af særlig vigtighed, da der skal samarbejdes på tværs af forvaltninger, organisationer og fagligheder. Hertil fremhæves det i en rapport fra KORA, at et samarbejde om borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug er mest succesfuldt, såfremt det er båret af ledere med tværsektoriel erfaring, som er gået forrest med at etablere en fælles forståelse for samarbejdets mål og værdier hos funktionsledere og fagpersoner.¹⁵
- Projektkommunerne fremhæver formelle samarbejdsaftaler om rolle- og ansvarsfordeling som særligt gunstige for at sikre, at alle indsatsrelevante snitflader mellem de forskellige forvaltninger og sektorer beskrives, så de kan kommunikeres videre til relevante samarbejdspartnere.
- Det understreges ligeledes, at både screenings- og udredningsmodellerne og ungeindsatsen har hængt fint sammen med de lokale og eksisterende rammer og strukturer i misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien. På den måde er indsatsen blevet en naturlig del af den generelle indsats og accepteres af organisationens øvrige medarbejdere.

Implementering af indsatserne

- Projektkommunerne understreger, at det er en god idé at sørge for, at både modellerne og metoderne beskrives grundigt, inden aktiviteterne igangsættes. Projektlederen og relevante medarbejdere kan eksempelvis involveres i at udarbejde en metodeskabelon eller manual, der understøtter en høj fidelitet. Det kan desuden være en god idé at udarbejde et organisationskort over potentielle samarbejdspartnere – internt og eksternt.
- For at sikre en samlet opbakning til implementering af både modellerne og ungeindsatsen foreslår flere af projektkommunerne, at der afholdes opstarts- og afklaringsmøder mellem relevante nøgleaktører, herunder socialpsykiatrien, misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien, tidligt i opstartsfasen. Erfaringer fra succesfulde tværsektorielle projekter viser også, at fokus på at udvikle de relationer, der skal bære samarbejdet, er en forudsætning for en god implementering.¹⁶
- På opstartsmøder for implementering af indsatserne er det en god idé at tydeliggøre og konkretisere indsatsernes målsætninger og overveje, hvordan formål og indhold viderefremmes både internt og eksternt. Dette for at sikre at relevante medarbejdere bliver gjort opmærksomme på projektets tilstedeværelse.

¹⁵ Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og samtidigt misbrug, KORA, 2015

¹⁶ Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Holm-Petersen, Christina og Martin Sandberg Buch, 2014, København: KORA.

Målgruppen for screening- og udredningsmodellen og ungeindsatsen

- På tværs af projektkommunerne fremhæves det, at man med fordel kan udvide den projektformulerede målgruppe for screening- og udredningsmodellen og for ungeindsatsen. For begge projekter gælder det kravet om, at borgerne skal være ny-/førstegangshenvendere i misbrugscenteret. For screening- og udredningsmodellen gælder det også kravet om, at borgerne skal være mellem 18 og 32 år. Således foreslår projektkommunerne, at man i arbejdet med de to indsatses også inkluderer gengangere i misbrugsbehandlingen samt inkluderer borgere over 32 år i screening- og udredningsindsatsen. Dette begrundes med, at man i projektperioden har oplevet, at også borgere i disse målgrupper vil kunne profitere af indsatsen.
- Derudover fremhæver en af de projektkommuner, der har afprøvet centermodellen under screening- og udredningsindsatsen, at man med fordel kan sænke minimumsinklusionskriteriet for borgerens ASI-score. Ved ASI-scoren på 0,6 erfarede man, at for mange relevante borgere blev frascreenet og ikke tilbudt en udredning, men derimod den sædvanlige indsats i misbrugscenteret.

BILAG 1 FREMGANGSMÅDE FOR DEN REGISTERBASEREDE EFFEKTEVALUERING

For at vurdere effekterne af screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen sammenlignes borgere, som har modtaget indsatsen, med en kontrolgruppe på de udvalgte effektmål. Kontrolgruppen repræsenterer den *kontrafaktiske* situation for indsatsborgerne. Dvs. indsatsbørgerens situation, *hvis de ikke havde modtaget en indsats* eller den "sædvanlige" indsats. Denne situation er pr. definition ukendt, hvorfor vi i stedet estimerer situationen – og dermed kontrolgruppen – ved hjælp af statistiske *matching*-teknikker.

Dette bilag beskriver, hvordan vi har gennemført den registerdatabaserede effektevaluering, herunder datagrundlag og de anvendte effektmål samt den statistiske matching-procedure, som bruges til at etablere en kontrolgruppe, der er sammenlignelig med indsatsgruppen med den undtagelse, at kontrolgruppen ikke har modtaget en indsats.

Bilaget er bygget op omkring tre dele.

Først beskriver vi datagrundlaget, der ligger til grund for den registerdatabaserede effektevaluering, herunder også periodisering, afgrænsning og etablering af effektmål på baggrund af data.

Dernæst beskriver vi, hvordan selve effektberegningerne er foretaget. En central del af denne del er således beskrivelsen af, hvordan vi har etableret en sammenlignelig kontrolgruppe på baggrund af tilgængeligt data.

Endeligt viser vi en række detaljerede resultater af den registerdatabaserede effektevaluering.

Datagrundlag

Den registerbaserede effektevaluering bygger på data og oplysninger fra følgende datakilder.

- Data fra de fem projektkommuner Esbjerg, Slagelse, Aalborg, Gladsaxe og Horsens
- Registerdata fra Danmarks Statistik
- Registerdata fra Statens Serum Institut.

Data fra projektkommunerne

Rambøll har i forbindelse med evalueringen indsamlet data om borgere i målgruppen med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, som har deltaget i indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen i de fem projektkommuner. De fem projektkommuner er Esbjerg, Slagelse, Aalborg, Gladsaxe og Horsens.

Data indeholder oplysninger om alle borgere, som har modtaget indsatserne, herunder deres forløb og status. Alle oplysninger er indtastet af projektkommunerne som led i den løbende dokumentation. På grund af en manglende konsistens i dokumentationspraksis i de fem projektkommuner, er der en vis variation i kvaliteten af data. Dette har medført en række begrænsninger for den registerbaserede effektevaluering, hvilket vi uddyber nedenfor.

Registerdata fra Danmarks statistik

Som led i den registerbaserede effektevaluering er der indhentet oplysninger fra en række registre under Danmarks Statistiks forskerordning. Disse oplysninger anvendes både til at danne enkelte effektmål og som baggrundsvariable for både borgere, der har modtaget indsatsen, og borgere i de etablerede kontrolgrupper. I tabellen nedenfor ses en oversigt over de anvendte registre fra Danmarks Statistik.

Register	Indhold
Befolkningsregistret	Alder, køn, herkomst, oprindelsesland
Elevregistret	Oplysninger om personens uddannelseshistorik i perioden 2009 til og med 2014. Oplysninger bruges både til dannelse af effektmål og til kontrol for personens uddannelsesstatus på behandlingstidspunktet
DREAM	Oplysninger om forsørgelse - modtagelse af ydelser og beskæftigelse. Oplysningerne dækker perioden 2009 til og med november 2014. Oplysninger anvendes både til effektmål og kontrolvariable.
Uddannelse	Højeste fuldførte uddannelse. Anvendes til at supplere uddannelseshistorik fra elevregistret
Indkomster	Bruttoindkomst, lønindkomst, socioøkonomisk status
Kursusregistret	Oplysninger om personernes deltagelse og fuldførelse af kurser ved voksen- og efteruddannelse.
Sygesikring	Oplysninger vedrørende borgernes forbrug af sundhedsydelser i praksissektoren inden for det offentlige sygesikringssystem.

Registerdata fra Statens Serum Institut

Udover data fra Danmarks Statistik er der indhentet oplysninger fra tre af Statens Serums Instituts nationale sundhedsregistre. Der er indhentet data i perioden 2009 til 2011 fra følgende registre.

Register	Indhold
Register over stofmisbrugere i behandling	Oplysninger om behandlingsforløb og -periode samt hovedmisbrugsstof
Landspatientregisteret	Oplysninger om borgernes kontakter med det danske sygehusvæsen – for eksempel i forbindelse med en indlæggelse – inkl. oplysninger vedrørende diagnoser.
Landspatientregisteret - Psykiatri	Oplysninger om borgernes kontakter med det regionale psykiatriske behandlingssystem inkl. oplysninger vedrørende diagnoser.

Periodisering og afgrænsning

Den såkaldte indsatsgruppe består af borgere, som har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen i perioden fra 2012 til 2014. Det vil sige borgere, som er i misbrugsbehandling i perioden fra 2012 til 2014.

Det har ikke været muligt at få oplysninger om borgernes misbrugsbehandling i denne periode fra Statens Serum Institut, som følge af omlægning af registre. Det har den betydning, at det ikke været muligt at sammenligne borgere i indsatsgruppen med øvrige sammenlignelige personer i misbrugsbehandling i denne periode, eksempelvis borgere i misbrugsbehandling i andre kommuner end de fem projektkommuner.

I stedet har det været nødvendigt at danne en kontrolpopulation af borgere i misbrugsbehandling i perioden mellem 2009 og 2011. For at sikre dækning af historiske baggrundsdata for personer i kontrolpopulationen og øge sammenligneligheden med borgere, der har modtaget indsatsen, er kontrolpopulationen yderligere afgrænset til personer, der er nyhenvendte i misbrugsbehandlingen med opstart i behandling i perioden mellem 2010 og 2011.

Af den samlede indsatspopulation på ca. 330 borgere, er ca. 30 borgere udeladt af analyserne på baggrund af fejl i indtastede data fra projektkommunerne. Yderligere ca. 40 borgere er udeladt, da det ikke har været muligt at koble disse med befolkningsregistret og øvrige registerdata.

Effektmål

Den registerbaserede effektevaluering ser på effekten af screenings- og udrædningsmodellen og ungeindsatsen i forhold til en række forskellige effektmål, som samlet dækker områderne:

- Forsørgelse, herunder beskæftigelse
- Uddannelse og efteruddannelse
- Forbrug af sundhedsydelser.

Tabellen nedenfor viser en samlet oversigt over de anvendte effektmål.

Effektmål	Definition	Seneste periode	Målingsperiode
<i>Mål for forsørgelsesgrundlag:</i>			
Kontanthjælp mm.	Andel uger på kontanthjælp eller uddannelsesstøtte efter behandlingsstart	November 2014	Uger 1-13, 14-36, 37-52, 53-78 efter behandlingsstart
Offentlig forsørgelse	Andel uger på offentlig forsørgelse (kontanthjælp, sygedagpenge, ledighedsydelse og førtidspension) efter behandlingsstart	November 2014	Uger 1-13, 14-36, 37-52, 53-78 efter behandlingsstart
Beskæftigelse	Andel uger i beskæftigelse (inkl. ferie hertil) efter behandlingsstart	November 2014	Uger 1-13, 14-36, 37-52, 53-78 efter behandlingsstart
Beskæftigelse eller uddannelse	Andel uger i beskæftigelse eller uddannelse (SU eller VUS/SVU) efter behandlingsstart	November 2014	Uger 1-13, 14-36, 37-52, 53-78 efter behandlingsstart
<i>Mål for uddannelse og efteruddannelse</i>			
I gang eller fuldført uddannelse	Statusvariable for om borgeren er i gang med uddannelse eller har fuldført en uddannelse efter behandlingsstart	Ultimo 2014	Status efter hhv. 13, 36, 52 og 78 uger efter behandlingsstart
Fuldført og bestået et kursus	Statusvariable for om borgeren har fuldført og bestået (hvis relevant) en uddannelseskursus ved voksen- og efteruddannelse.	Ultimo 2013	Status efter hhv. 13, 36, og 52 uger efter behandlingsstart
<i>Forbrug af sundhedsydelser</i>			
Forbrug af almen læge	Antal kontakter med almen læge i praksissektoren på et kalenderår	Ultimo 2014	Samme år som behandlingsstart; Året efter behandlingsstart
Forbrug af psykiatri	Antal ydelseskontakter i det psykiatriske praksissektor på et kalenderår, herunder psykologer, speciallæger og psykiatere og distriktspsykiatrien (skadestuer og behandlinger på hospitaler indgår ikke).	Ultimo 2014	Samme år som behandlingsstart; Året efter behandlingsstart
Psykiatrisk/psykologisk forbrug af det danske sygehusvæsen	Antal kontakter med det regionale psykiatriske behandlingssystem eller det danske sygehusvæsen, som medfører diagnoser inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser Antal kontakter med det regionale psykiatriske behandlingssystem eller det danske sygehusvæsen, som medfører diagnoser inden for psykotiske (f20-f29), affektive lidelser (f30-34 & 38), angst (F40-43) eller personlighedsforstyrrelse (F60).	Maj 2015	Status efter hhv. 13, 36, og 52 uger efter behandlingsstart

For hvert effektmål måler vi på flere perioder efter opstart af behandling eller indsats. Således ser vi på forskelle i effektmålene mellem borgere, som har modtaget indsatsen under screenings-

og udredningsmodellen og ungeindsatsen, i forhold til kontrolgrupper henholdsvis de første 3 måneder (1-13 uger), 3-6 måneder (14-36 uger), 6-12 måneder (37-52 uger) samt 12-18 måneder efter opstart af behandling eller indsats (53-78 uger).

Denne periodisering i målingerne anvendes for effektmålene under forsørgelsesgrundlag samt uddannelse og efteruddannelse. Mens data for alle ovennævnte effektmål er tilgængelige for kontrolgruppen (behandlingsstart i 2010-2011), er flere forløb for borgere i indsatsgruppen (behandlingsstart i 2012-2014) censureret, idet der kun er registerdata tilgængeligt frem til ultimo 2014. Det betyder, at flere borgere, der har modtaget indsatsen, eksempelvis borgere med behandlingsopstart i 2014, ikke kan følges i alle opfølgingsperioder (eksempelvis efter 52 uger), da der endnu ikke findes data for borgerne i denne periode.

Valget af periodisering i målingerne har således været en afvejning mellem størrelsen af indsatsgruppen og længden på den samlede opfølgingsperiode. I tabellen nedenfor ses sammenhængen mellem periodisering af målingerne og antal borgere i indsatsgrupperne, som anvendes i analysen i de forskellige opfølgingsperioder.

Opfølgingsperiode	Antal borgere i indsatsgruppen som kan anvendes i analysen
0 uger	250
13 uger	244
26 uger	221
52 uger	171
78 uger	104

Det fremgår af tabellen, at der i den første periode for målinger er 250 borgere i indsatsgruppen. Antallet af borgere i indsatsgruppen falder i takt med, at vi bevæger os længere væk fra opstart af indsatserne i 2012. Således er der "kun" 104 borgere, der indgår i perioden fra 53 til 78 uger efter opstart af indsatserne. Den mindre population i de sidste opfølgingsperioder betyder, at der er relativt større usikkerhed forbundet med de langsigtede effekter.

Særligt for effektmål vedrørende forbrug af sundhedsydelser

For de to effektmål under forbrug af sundhedsydelser inden for praksissektoren er data kun tilgængelig på årsbasis. Det betyder, at vi måler effekten som f.eks. antallet af kontakter til almen læge i året for opstart af behandling eller indsats og antallet af kontakter året efter. Antallet af kontakter i året kan være forbundet med visse statistiske usikkerheder, idet fordelingen af kontakter før og efter behandlingsopstart er ukendt. Dette problem imødegås delvist ved at anvende data for antal kontakter i året før behandlingsopstart som kontrolvariabel i matchningsproceduren (mere herom nedenfor).

Startdato frem for slutdato i effektmålingerne

I den registerdatabaserede analyse har vi valgt at måle indsatsernes effekt fra opstartsdatoen i behandling fremfor slutdatoen i behandling. Det skyldes to forhold:

1. Mange af borgerne i kontrolgruppen fra registret over borgere med misbrug i behandling har ikke en tilgængelig slutdato for behandlingsforløbet. Samtidig er kvaliteten af oplysninger om slutdato for behandling for borgere, der har modtaget indsatsen, og som er dokumenteret af projektkommunerne, af mindre god kvalitet på grund af mangelfuld og forskellig dokumentationspraksis.
2. Flere af borgerne, som modtager indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen var stadig i behandling ved udgangen af 2014.

Samlet ville brugen af slutdato fremfor opstartsdato for behandling til indkredsning af effekter reducere antallet af borgere og personer i indsatsgruppen og kontrolgruppen væsentlige og dermed øge usikkerheden i dataene.

Ved at anvende startdato for behandlingen estimeres den samlede behandlingseffekt, som består af både den direkte effekt i form af forbedring af f.eks. borgeres arbejdsmarkedspartheden eller mentale sundhed, men også af den indirekte effekt, som følge f.eks. længere behandlingstid og færre afbrudte forløb.

Estimering af effekter

Formålet med effektanalysen er at undersøge, om vi kan forvente ændringer i målgruppens livssituation, hvis de deltager i screenings- og udredningsprojektet eller ungeprojektet frem for at modtage den "sædvanlige" indsats - og i givet fald, hvor store disse ændringer er. Livssituationen udtrykkes i form af en række indikatorer (effekt mål), der kan indikere, hvorvidt indsatsen synes at have en positiv effekt eller ej. Et delmål er i forlængelse heraf at undersøge, om effekterne afhænger af borgernes grad af psykisk lidelse og misbrug.

For at undersøge effekterne sammenlignes borgere, som har modtaget indsatsen (indsatsgruppen), med en kontrolgruppe på de udvalgte effekt mål. Kontrolgruppen repræsenterer den kontrafaktiske situation for indsatsborgerne. Dvs. indsatsborgernes situation, hvis de ikke havde modtaget en indsats eller den "sædvanlige" indsats. Denne situation er pr. definition ukendt, hvorfor vi i stedet estimerer situationen - og dermed kontrolgruppen - ved hjælp af statistisk matching. Denne tilgang uddyber vi i det følgende. Når kontrolgruppen er etableret opgøres effekterne ved indsatsen relativt simpelt som forskellene i de gennemsnitlige værdier af de respektive effekt mål mellem indsatsgruppen og den konstruerede kontrolgruppe.

Overordnet tilgang

Grundlæggende estimeres kontrolgruppen ved at identificere en "tvilling" (et "match") til hver borger i indsatsgruppen fra en population bestående af 18-32-årige nyhenvendte i den kommunale misbrugsbehandling, som ikke har modtaget en indsats. Denne tvilling minder på alle observerbare socioøkonomiske, demografiske og sundhedsmæssige karakteristika om indsatsborgeren. Den eneste observerbare forskel mellem indsatsborgeren og tvillingen i kontrolgruppen er dermed, at indsatsborgeren har fået en indsats, mens tvillingen ikke har. Dermed antages en forskel i de respektive effekt mål mellem de to borgere at kunne tilskrives indsatsen. Øvelsen gentages for alle indsatsborgere.

For at belyse indsatsens effekter for indsatsborgere med forskellig grad af psykisk lidelse og misbrug har vi undersøgt effekternes størrelse i forhold til forskellige alternative scenarier for indsatsgruppens situation, hvis de ikke havde fået en indsats. I praksis er dette gjort ved at sammenligne indsatsborgerne med ti afgrænsede kontrolgrupper, som hver især repræsenterer den kontrafaktiske situation for indsatsborgerne afhængigt af, om der er tale om en indsatsborger i lav eller høj risiko. Fx vil effekt målene opgøres i forhold til en kontrolgruppe, som både har en psykisk lidelse og et alvorligt stofmisbrugsproblem, belyse de forventede effekter af indsatsen for de sværeste borgere i målgruppen.

Sådan identificeres en "tvilling" i kontrolgruppen?

For at identificere sammenlignelige borgere i kontrolpopulationen har vi anvendt en metode kaldet *propensity score matching*. Denne teknik indebærer, at vi for hver borger i indsatsgruppen finder den borger i kontrolpopulationen, som i forhold til en række relevante baggrundsvariable minder mest om indsatsborgeren.

Konkret beregnes for hver borger i både indsatsgruppen og kontrolpopulationen en sandsynlighed (en *propensity score*) for at vedkommende vil modtage en indsats, givet en række baggrunds faktorer. Ved at matche indsatsborgere med borgere i kontrolgruppen med nogenlunde ens baggrundskarakteristika og dermed også samme sandsynlighed for at modtage en indsats kan det opfattes som tilfældigt, at det var indsatsborgeren og ikke borgeren i kontrolgruppen, som endte med at modtage en indsats. Dermed kan man argumentere for, at forskellen i effekt målet mellem de to borgere er udtryk for effekten af selve indsatsen. For på alle andre observerbare karakteristika er de to borgere ens. I praksis er der naturligvis nogle uobserverbare forhold, som vi

ikke kan kontrollere for, fx motivation, og dermed er der også en vis usikkerhed forbundet med resultaterne af en registerdatabaseret effektanalyse.

Propensity scoren beregnes ved hjælp af en logistisk regression. Den afhængige variabel er en binær variabel indsats/ingen indsats over for de uafhængige baggrundsvariable X :

$$\text{indsats}^* = \beta_0 + \beta_1 X_{it} + \varepsilon$$

For hver indsatsperson vælges den person i kontrolgruppen, som har den nærmeste værdi af propensity scoren, dvs. som - alt andet lige - samme sammen forudsætninger for at indgå i indsatsgruppen målt på de inkluderede baggrundsvariable.

Indsatsgruppen og de matchede borgere fra kontrolpopulationen udgør tilsammen analysepopulation til beregning af indsatseffekten. Den gennemsnitlige effekt af at deltage i indsatsen for de personer, som faktisk deltager, også kaldet *average treatment effect on the treated* (ATT), beregnes som forskellen af gennemsnitsværdierne af effektmålet (f.eks. beskæftigelsesgraden) for de to grupper. Ligning (i) viser den tekniske definition af ATT:

$$ATT = E(Y_1 - Y_0 | \text{indsats} = 1) = E(Y_1 | \text{indsats} = 1) - E(Y_0 | \text{indsats} = 1) \quad (i)$$

ATT kan fortolkes som indsatsens effekt for indsatsborgerne målt i forhold til situationen, hvis de ikke havde deltaget. Denne tilgang anvendes til at estimere effekten "*Screenings- og udredningsprojektet*".

Særligt for ungeprojektet

Da ungeprojektet er en del af eller en supplerende indsats til screenings- og udredningsprojektet, kan effekten af ungeprojektet ikke betragtes særskilt i forhold til effekten af screenings- og udredningsprojektet. For at imødegå indsatsernes indbyrdes sammenhæng og det begrænsede antal observationer i ungeprojektet anvendes indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe som en analysepopulation i en ny regression af effektmålene. Da indsatsgruppen for ungeprojektet er de 18-24-årige afgrænsede populationen for screenings- og udredningsprojektet, inkl. ungeprojektet, til kun at omfatte borgere i dette aldersinterval. Det nye er, at vi nu inkluderer indikatorvariable for deltagelse i hhv. ungeprojektet og kun screenings- og udredningsprojektet (ekskl. deltagere ungeprojektet). Den nye regression har således følgende form:

$$Y_i^* = \beta_0 + \delta_1 \text{ungeprojektet} + \delta_2 \text{screenings} + \varepsilon \quad (ii)$$

Hvor koefficienterne for de to indikatorvariable, δ_1 og δ_2 , opfanger effekten (ATT) for hhv. ungeprojektet og screenings- og udredningsprojektet. For at estimere ligningen δ_1 og δ_2 i (ii) anvendes en linear regressionsmodel (OLS). Dette gøres dels for at gøre koefficienterne sammenlignelige på tværs af effekt mål og i forhold til resultaterne fra propensity score matching metoden. Dels fordi, at den lineære regressionsmodel opfattes som mere robust i forhold til de avancerede modeller (f.eks. den logistiske model for binære udfald). Denne egenskab er særligt vigtig grundet de relativt få observationer i den nye regressionsmodel, der som nævnt alene tæller de unge.

For øge den statistiske sikkerhed på estimerne af regressionsmodellen, anvendes såkaldte klyngekorrigerede standardfejl som tager højde for, at misbrugere med behandling i samme kommune kan ligne hinanden mere end misbrugere i andre behandlingskommuner, f.eks. i forhold til eksterne risikoelementer eller behandlingsvariationer.

Kontrolpopulationen

Som beskrevet ovenfor består kontrolgruppen i analyserne af borgere, som er sammenlignelige med indsatsborgerne. Kontrolgruppen er etableret fra en kontrolpopulation. Denne population

består overordnet set af nyhenvendere i den kommunale misbrugsbehandling i alderen 18-32 år, der ikke har modtaget indsatsen under screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen.

Da vi mangler visse oplysninger for borgere i indsatsgruppen – på grund af omlægning af udvalgte registre, har det ikke været muligt at matche borgerne i indsatsgruppen med personer i kontrolgruppen på baggrund af misbrugsoplysninger og behandlingsoplysninger. Disse oplysninger var på analysetidspunktet kun tilgængelige for personer i kontrolpopulationen, som havde opstart i misbrugsbehandling før 2012.

Vi har derfor valgt et analysedesign, hvor oplysninger vedrørende psykiatriske diagnoser og stofmisbrug anvendes til at identificere afgrænsede kontrolgrupper af den samlede kontrolgruppe, som har varierende grad af psykisk lidelse og misbrug. De respektive kontrolgrupper (etableret ved hjælp af propensity score matching og dermed sammenlignelige med indsatsgruppen på de udvalgte baggrundsvariable) repræsenterer forskellige situationer for indsatsborgerne, hvis de ikke fik en indsats. Således vil effektevalueringen, hvor indsatsgruppen sammenlignes med en kontrolgruppe bestående af borgere med fx et kombineret stofmisbrug og psykisk lidelse, vise de forventede effekter af indsatsen til borgere, som har en høj sårbarhed og risiko.

Der er dannet elleve forskellige "delkontrolgrupper" fra den samlede kontrolgruppe. Afgrænsningen af delkontrolgrupper er baseret på oplysninger om hovedstof i personernes misbrug samt psykiatriske diagnoser stillet i forbindelse med kontakt til det danske sygehusvæsen og det regionale psykiatriske behandlingssystem, hvor der er stillet diagnoser inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Tabellen nedenfor præsenterer de forskellige kontrolgrupper, der anvendes i effektanalysen.

Kontrolgruppe:		Forklaring:
k.0:	Alle	Samtlige borgere i misbrugsbehandling (nyhenvendere)
<i>Kontrolgrupper baseret på diagnosticering af psykiske lidelse</i>		
a.1:	Ingen psykisk lidelse	Samtlige borgere i misbrugsbehandling med <u>ingen</u> diagnose inden for psykiske lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelser.
a.2:	Psykisk lidelse	Samtlige borgere i misbrugsbehandling <u>med</u> diagnose inden for psykiske lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelser (ekskl. lidelser forårsaget af brug af alkohol).
a.3:	Alvorlig psykisk lidelse	Samtlige borgere i misbrugsbehandling <u>med</u> diagnose inden for psykotiske (f20-f29), affektive lidelser (f30-34 & 38), angst (F40-43) eller personlighedsforstyrrelse (F60).
4.a:	Misbrugsrelateret psykisk lidelse	Samtlige borgere i misbrugsbehandling <u>med</u> diagnose inden for psykotiske psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af multiple eller andre psykoaktive stoffer (ekskl. alkohol).
<i>Kontrolgrupper baseret på hovedmisbrugsstof</i>		
b.1:	Hash	Samtlige borgere i misbrugsbehandling med <u>hash</u> angivet som hovedmisbrugsstof.
b.2:	Andre narkotika end hash	Samtlige borgere i misbrugsbehandling med andet hovedmisbrugsstof end hash.
<i>Kontrolgrupper baseret på diagnosticering af psykiske lidelse og hovedmisbrugsstof</i>		
c.1:	Ingen psykisk lidelse * Hash	Kombination af a.1 og b.1
c.2:	Ingen psykisk lidelse * andre narkotika end hash	Kombination af a.1 og b.2
c.3:	Psykisk lidelse * Hash	Kombination af a.2 og b.1
c.4:	Psykisk lidelse * andre narkotika end hash	Kombination af a.2 og b.2

I delanalysen, hvor der ses på de separate effekter af hhv. ungeprojektet og screenings- og udredningsprojektet for de 18-24-årige, anvendes der kun fire af de elleve delkontrolgrupper. Det reducerede antal kontrolgrupper er primært sket for at få nok observationer til effekttestimeringen i en situation, hvor populationerne som udgangspunkt afgrænses til de 18-24-årige. De fire delkontrolgrupper er således valgt under hensynstagen til antallet af observationer i de respekti-

ve grupper og for at kunne belyse indsatsens effekter afhængigt af graden af psykisk lidelse og misbrug.

Vigtigt vedrørende fortolkning af effekter for undergrupper

Tilgangen med at sammenligne indsatsgruppen med flere forskellige kontrolgrupper er som nævnt valgt, da vi – modsat tilfældet for kontrolgruppen - ikke har oplysninger om diagnoser og stofmisbrug for indsatsgruppen og dermed ikke kan sige noget om graden af psykisk lidelse og misbrug for borgere i denne gruppe. Under antagelse af, at borgere i indsatsgruppen fordeler sig relativt ens på tværs af graden af psykisk lidelse og misbrug, betyder dette, at en sammenligning med en kontrolgruppe bestående af mindre belastede borgere – alt andet lige - vil underestimere effekterne, da den samlede indsatsgruppe i dette tilfælde vil være relativt sværere belastede end kontrolgruppen. Omvendt vil en sammenligning med en kontrolgruppe bestående af svært belastede borgere overestimere effekterne, da den samlede indsatsgruppe i dette tilfælde vil være relativt mindre belastede. Men da vi som sagt ikke kender graden af psykisk lidelse og misbrug for indsatsgruppen ved vi heller ikke i hvilken grad, at de estimerede effekter er under- eller overvurderede. Vi har af samme grund valgt at fokusere på retningen af effekten i afrapporteringen frem for de estimerede effektstørrelser, ligesom vi ikke tillader os at drage stærke konklusioner vedrørende indsatsborgere med forskellige risikoprofiler. I analysen af indsatsens effekter, afhængigt af borgernes grad af psykisk lidelse og misbrug, er vores fokus således at undersøge, om resultaterne støtter vores hypoteser vedrørende indsatsens effekter, som vi har udledt på baggrund af indsatsens forandringsteori.

Valg af kontrolvariable til matching

På baggrund af de indsamlede registerdata er der konstrueret en række kontrolvariable, der anvendes til at matche borgere i indsatsgruppen med borgere i kontrolgruppen. Kontrolvariablene er variable, som forventes at påvirke forskelle i effektmålene mellem indsats- og kontrolgruppen, såfremt der ikke bliver kontrolleret for disse. Fx er det vigtigt at kontrollere for sociale forhold, hvis man vil sammenligne og vurdere en uddannelseseffekt på tværs af individer osv. Kontrolvariablene består således af demografiske, socioøkonomiske oplysninger og oplysninger om sundhedsforbrug, uddannelses- og arbejdsmarkedshistorik, jf. tabellen nedenfor.

For de fire effektmål inden for forsørgelse (*kontanthjælp, offentlige ydelse, beskæftigelse samt beskæftigelse eller uddannelse*) anvendes kontrol for tidligere offentlig forsørgelse samt en kontrol for den tilsvarende ydelse som effektmålet. For effektmål vedrørende uddannelse kontrolleres for kontanthjælpshistorik, mens der for de øvrige effektmål kontrolleres for den aggregerede offentlige ydelseshistorik.

Variabelnavn:	Forklaring:	Koder:
<i>Borgerens demografiske profil</i>		
Alder	Borgeren alder primo behandlingsstartsåret	år
Over 18	Borgeren har fyldt 18 år primo behandlingsstartsåret	1 = over 18 0 = 18 eller under
Kvinde	Dummy variabel for køn	1 = kvinde 0 = mand
<i>Uddannelse og indkomst</i>		
Bruttoindkomst	Borgerens bruttoindkomst i året op til behandlingsstart	Log kr.
Højeste fuldførte uddannelse	Borgerens højeste fuldførte uddannelse, året op til behandlingsstart	0 = ingen kendt uddannelse over grundskole (<i>ref.</i>) 1 = gymnasial uddannelse 2 = erhvervsuddannelse
I uddannelse	Borgeren en indskrevet på en uddannelse på behandlingsstartstidspunktet	1 = igangværende uddannelse 0 = ellers
<i>Forsørgelsehistorik</i>		
Kontanthjælp mm.	Andel uger på kontanthjælp eller uddannelsesstøtte i det forudgående halve år op til behandlingsstart	Andel
Offentlig forsørgelse	Andel uger på offentlig forsørgelse (kontanthjælp, sygedagpenge, ledighedsydelse og førtidspension) i det forudgående halve år op til behandlingsstart	Andel
Beskæftigelse	Andel uger i beskæftigelse (inkl. ferie hertil) i det forudgående halve år op til behandlingsstart	Andel
Beskæftigelse eller uddannelse	Andel uger i beskæftigelse eller uddannelse (SU eller VUS/SVU) i det forudgående halve år op til behandlingsstart	Andel
<i>Forbrug af sundhedsydelse</i>		
Forbrug af almen læge	Antal kontakter med almen læge i kalenderåret før behandlingsstart	Antal
Forbrug af psykiatri	Antal kontakter med psykiatrien i kalenderåret før behandlingsstart	Antal

Test af matchningsprocedure

For at undersøge, om matchingen er lykkedes – og om vi dermed har fået etableret en sammenlignelig kontrolgruppe for indsatsgruppen, har vi sammenlignet gennemsnitsværdierne af kontrolvariablene for kontrolpopulationen før og efter matchning med de tilsvarende gennemsnitsværdier for indsatsgruppen. Gennemsnitsværdierne for indsatsgruppen skal være omtrent de samme som gennemsnitsværdierne for kontrolgruppen *efter* match.

Resultaterne af denne test ses nedenfor. Bredt set har matchingen givet os kontrolgrupper, der er relativt ens med indsatsgruppen på de udvalgte kontrolvariable, om end der er visse steder, hvor matchingen ikke har ensartet de to grupper.

Variable	Indsatsgruppe	Kontrolgruppe ikke matchet	Kontrolgruppe matchet på:			
			a.0	a.2	b.2	c.4
Alder	24,3	22,4	24,0	23,5	23,3	23,8
Kvinde	0,28	0,23	0,31	0,28	0,25	0,34
Over 18	0,90	0,80	0,89	0,86	0,86	0,86
I uddannelse	0,18	0,20	0,18	0,17	0,13	0,19
Bruttoindkomst (log)	11,4	10,9	11,4	11,2	11,2	11,3
<i>Højest fuldførte uddannelse:</i>						
- ingen kendt udd. over grundskoler	0,62	0,78	0,59	0,55	0,61	0,59
- gymnasial	0,10	0,07	0,08	0,10	0,16	0,09
- erhvervsuddannelse	0,28	0,15	0,33	0,35	0,23	0,32
Antal kontakter sidste år med:						
- psykiatri	0,10	0,10	0,07	0,11	0,10	0,10
- almen læger	2,50	2,24	2,43	2,50	2,47	2,50
<i>Andel de seneste 26 uger i:</i>						
- kontanthjælp	0,39	0,34	0,36	0,33	0,44	0,34
- offentlige ydelser	0,42	0,37	0,40	0,40	0,49	0,40
- beskæftigelse	0,15	0,20	0,20	0,23	0,17	0,24
- beskæftigelse eller uddannelse	0,32	0,36	0,36	0,33	0,30	0,40
Anm.: a.0: Alle; a.2: Psykisk lidelse; b.2: Andre narkotika; c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika						

Detaljerede resultater

I det følgende præsenterer vi en række af de detaljerede effektanalyser, som er foretaget efter den ovenfor beskrevne metode. Først beskriver vi resultater for den samlede indsatsgruppe. Dernæst resultater vedrørende ungeindsatsen.

Forsørgelsesgrundlag

Læsevejledning

Den første tabel vedrører indsatsens forventede effekter i forhold til kontanthjælp. Alle tabeller i bilaget er opbygget på samme måde som denne, hvorfor gennemgangen af resultaterne heri samtidig er en læsevejledning for de følgende tabeller.

Tabellen viser, hvordan indsatsen forventes at påvirke indsatsborgernes behov for kontanthjælp. Samlet set og afhængig af indsatsborgerens sårbarhed og risikoprofil.

En streg (-) betyder, at der ikke er signifikant forskel på indsatsgruppen og kontrolgruppen. Dette er fx tilfældet, hvis man ser på effekterne for den samlede gruppe (a.0: Alle) 1-13 uger efter opstart i behandling.

Et plus (+) angiver en stigning i effektmålet. Et minus (÷) angiver et fald i effektmålet.

Antallet af plusser og minusser viser, hvor signifikant (sikker) konklusionen vedrørende effekt er.

1. Et plus/minus betyder således, at vi er 90 pct. sikre på, at den observerede forskel mellem de to grupper ikke skyldes tilfældighed.
2. To plusser/minusser betyder, at vi er 95 sikre
3. Tre plusser/minusser betyder, at vi er 99 pct. sikre

Andel uger på kontanthjælp i forskellige perioder efter opstart i behandling

	1-13 uger	14-36 uger	37-52 uger	53-78 uger
a.0: Alle	-	+	+++	-
<i>Psykiske indlæggelser:</i>				
a.1: Ingen psykisk lidelse	-	+++	++	+
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-	-
a.3: Alvorlig psykisk lidelse	-	++	-	-
a.4: Misbrugsrelateret psykisk lidelse	-	-	-	-
<i>Misbrugsmiddel:</i>				
b.1: Hash	-	++	-	-
b.1: Andre narkotika end hash	++	+	-	-
<i>Psykiske indlæggelser * Misbrugsmiddel</i>				
c.1: Ingen psykisk lidelse * hash	-	+	-	-
c.2: Ingen psykisk lidelse * andre narkotika end hash	+	++	+	-
c.3: Psykisk lidelse * hash	-	-	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	+	-	-

Anm.: Et "+" angiver at borgeren i højere grad er på kontanthjælp. "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion - kontanthjælp

I dette tilfælde er den overordnede konklusion, at indsatsborgerne synes at være mere på kontanthjælp end kontrolgruppen (de steder, hvor der er signifikante effekter, er denne positiv). Men der er nogle variationer afhængigt af 1) hvornår effektmålet er opgjort, og 2) hvilken type indsatsborger, der er tale om.

For hele indsatsgruppen under ét (se rækken "a.0: Alle") synes indsatsen på lang sigt (53-78 uger) ikke at påvirke behovet for kontanthjælp. På kortere sigt, konkret 14-52 uger efter behandlingens start, indikerer tabellen dog, at indsatsgruppen er relativt mere på kontanthjælp end kontrolgruppen.

For de mindre belastede borgere i indsatsgruppen (se rækken "a.1: Ingen psykisk lidelse") forventes indsatsen at påvirke behovet for kontanthjælp – også på lang sigt.

Andel uger på offentlige ydelser i forskellige perioder efter opstart i behandling

	1-13 uger	14-36 uger	37-52 uger	53-78 uger
a.0: Alle	-	++	-	-
<i>Psykiske indlæggelser:</i>				
a.1: Ingen psykisk lidelse	-	++	+++	-
a.2: Psykisk lidelse	+	++	+	-
a.3: Alvorlig psykisk lidelse	-	-	-	-
a.4: Misbrugsrelateret psykisk lidelse	-	-	-	-
<i>Misbrugsmiddel:</i>				
b.1: Hash				
b.1: Andre narkotika end hash	-	-	++	-
<i>Psykiske indlæggelser * Misbrugsmiddel</i>				
c.1: Ingen psykisk lidelse * hash	-	++	++	-
c.2: Ingen psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	++	+++	-
c.3: Psykisk lidelse * hash	-	-	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	-	-

Anm.: Et "+" angiver at borgeren i højere grad er på offentlige ydelser. "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion – offentlige ydelser

På mellemlagt sigt (14-52 uger) tyder det på, at indsatsgruppen overordnet set modtager flere offentlige ydelser end kontrolgruppen. På lang sigt synes indsatsen ikke at påvirker indsatsgruppens tid på offentlige ydelser.

Beskæftigelse

Andel uger i beskæftigelse i forskellige perioder efter opstart i behandling

	1-13 uger	14-36 uger	37-52 uger	53-78 uger
a.0: Alle	-	÷	-	-
<i>Psykiske indlæggelser:</i>				
a.1: Ingen psykisk lidelse	-	÷	-	-
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-	-
a.3: Alvorlig psykisk lidelse	-	-	+	-
a.4: Misbrugsrelateret psykisk lidelse	-	-	+	+
<i>Misbrugsmiddel:</i>				
b.1: Hash	-	-	-	-
b.1: Andre narkotika end hash	-	-	-	-
<i>Psykiske indlæggelser * Misbrugsmiddel</i>				
c.1: Ingen psykisk lidelse * hash	-	-	-	-
c.2: Ingen psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	-	-
c.3: Psykisk lidelse * hash	-	-	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	-	-

Anm.: Et "+" angiver at borgeren i højere grad er i beskæftigelse; Et "÷" angiver at borgeren i mindre grad er på i beskæftigelse. "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion – beskæftigelse

Generelt synes indsatsen ikke at påvirke indsatsgruppens arbejdsmarkedstilknytning. På mellemlangt sigt indikerer resultaterne dog en potentielt negativ effekt for borgere uden psykisk ledelse og en potentielt positiv effekt for borger med sværere psykiske lidelser.

Andel uger i beskæftigelse eller uddannelse i forskellige perioder efter opstart i behandling

	1-13 uger	14-36 uger	37-52 uger	53-78 uger
a.0: Alle	-	-	-	-
<i>Psykiske indlæggelser:</i>				
a.1: Ingen psykisk lidelse	-	÷	÷÷÷	÷
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-	-
a.3: Alvorlig psykisk lidelse	-	-	-	++
a.4: Misbrugsrelateret psykisk lidelse	-	-	-	-
<i>Misbrugsmiddel:</i>				
b.1: Hash	-	-	-	-
b.1: Andre narkotika end hash	-	-	-	-
<i>Psykiske indlæggelser * Misbrugsmiddel</i>				
c.1: Ingen psykisk lidelse * hash	-	-	-	÷
c.2: Ingen psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	÷÷÷	-
c.3: Psykisk lidelse * hash	-	-	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	-	++

Anm.: Et "+" angiver at borgerene er mere tilbøjelig til at være i gang eller fuldføre en uddannelse; Et "÷" angiver at borgerene er mindre tilbøjelig til at være i gang eller fuldføre en uddannelse; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion – beskæftigelse eller uddannelse

For den samlede indsatsgruppe viser analysen ingen effekt i forhold til uddannelse eller beskæftigelse. I forhold til borgere med psykiske lidelser (a.3 og c.4) indikerer resultaterne dog, at der potentielt er positive effekter på lang sigt forbundet med indsatsen over for denne målgruppe. I forhold til de mindre belastede indsatsborgere (a.1, c.1 og c.2) indikerer resultaterne en potentielt negativ effekt af indsatsen på mellemlang og langt sigt.

Uddannelse

I gang med eller har fuldført en uddannelse i forskellige perioder efter opstart i behandling

	13 uger	36 uger	52 uger	78 uger
a.0: Alle	-	-	-	+++
<i>Psykiske indlæggelser:</i>				
a.1: Ingen psykisk lidelse	-	-	÷÷	-
a.2: Psykisk lidelse	-	÷÷	-	-
a.3: Alvorlig psykisk lidelse	-	-	-	-
a.4: Misbrugsrelateret psykisk lidelse	-	-	-	+
<i>Misbrugsmiddel:</i>				
b.1: Hash	-	-	-	-
b.2: Andre narkotika end hash	-	-	÷	-
<i>Psykiske indlæggelser * Misbrugsmiddel</i>				
c.1: Ingen psykisk lidelse * hash	-	-	-	-
c.2: Ingen psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	÷÷	-
c.3: Psykisk lidelse * hash	-	-	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	-	-

Anm.: Et "+" angiver at borgeren er mere tilbøjelig at være i gang eller færdiggjort en uddannelse; Et "÷" angiver at borgeren er mindre tilbøjelig at være i gang eller færdiggjort en uddannelse; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion – uddannelse

For den samlede indsatsgruppe spores der på lang sigt en positiv effekt i form af en større uddannelsesaktivitet. På kort og mellemlangt sigt indikerer resultaterne dog en potentielt negativ effekt for borgere med ingen eller lettere psykiske lidelser.

Fuldført og bestået kurser ved voksen- og efteruddannelse i forskellige perioder efter opstart i behandling

	13 uger	36 uger	52 uger
a.0: Alle	÷	-	-
<i>Psykiske indlæggelser:</i>			
a.1: Ingen psykisk lidelse	-	÷	÷
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-
a.3: Alvorlig psykisk lidelse	-	÷÷	-
a.4: Misbrugsrelateret psykisk lidelse	!	-	-
<i>Misbrugsmiddel:</i>			
b.1: Hash	-	÷÷	-
b.1: Andre narkotika end hash	!	÷÷	-
<i>Psykiske indlæggelser * Misbrugsmiddel</i>			
c.1: Ingen psykisk lidelse * hash	÷	÷	-
c.2: Ingen psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	÷÷÷	-
c.3: Psykisk lidelse * hash	÷	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	-

Anm.: Et "+" angiver at borgeren er mere tilbøjelig til at fulføre et kursus; Et "÷" angiver at borgeren er mindre tilbøjelig til at fulføre et kursus; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt; "!" angiver at ATT kunne ikke estimeres. Antal "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion – voksen- og efteruddannelse

På kort og mellemlangt sigte indikerer resultaterne en potentielt negativ effekt for borgerne, hvilket dog stort set udligner sig over tid. For den samlede indsatsgruppe spores, der således generelt ingen vedvarende effekter af indsatsen i forhold til deltagelse i voksen- og efteruddannelse.

Sundhedsydelse

Forbrug af sundhedsydelser (antal kontakter) hos almen læge og psykiatri i hhv. året for behandlingsstart og det efterfølgende år (samlet kontrolgruppe)

	ATT
Antal kontakter almen læge, samme år	-
Antal kontakter psykiatri, samme år	-
Antal kontakter almen læge, efterfølgende år	+++
Antal kontakter psykiatri, efterfølgende år	-

Anm.: Et "+" angiver en stigning i forbruget; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion – sundhedsydelser

Resultaterne viser, at indsatsborgerne i højere grad end kontrolgruppen er i kontakt med almen praksis året efter indsatsens start.

Forbrug sundhedsydelse (antal kontakter) hos egen læge og psykiatri i hhv. året for behandlingsstart og det efterfølgende år (kontrolgrupper opdelt efter sindslidelser og misbrugsstof)

	Ingen psykisk lidelse (a.1)	Psykisk lidelse (a.2)	Alvorlig psykisk lidelse (a.3)	Misbrugsrelateret psykisk lidelse (a.4)	Hash (b.1)	Andre narkotika end hash (b.2)	Ingen psykisk lidelse * hash (c.1)	Psykisk lidelse * andre narkotika (c.2)	Psykisk lidelse * hash (c.3)	Psykisk lidelse * andre narkotika end hash (c.4)
Antal kontakter almen læge, samme år	+	÷÷	÷÷	-	-	-	-	-	-	÷÷
Antal kontakter psykiatri, samme år	-	-	-	÷	-	-	-	-	-	÷
Antal kontakter almen læge, efterfølgende år	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-
Antal kontakter psykiatri, efterfølgende år	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anm.: Et "+" angiver en stigning i forbruget; Et "÷" Et "+" angiver et fald i forbruget; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt; "!" angiver at ATT kunne ikke estimeres. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv.

10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion – sundhedsydelse efter delgrupper

I året for indsatsens start synes de fleste delgrupper af indsatsborgerne at være i relativ mindre kontakt med deres praktiserende læge end den sammenlignelige kontrolgruppe. Det omvendte billede tegner sig i året efter indsatsens start.

Antal psykiatriske/psykiske kontakter med sygehusvæsenet i forskellige perioder efter opstart i behandling

	Antal psykiatriske/psykiske kontakter med sygehusvæsenet ¹⁷					Antal alvorlige psykiatriske/psykiske kontakter med sygehusvæsenet ¹⁸			
	0-13	14-36	37-52	53-78		0-13	14-36	37-52	53-78
a.0: Alle	-	-	-	-		-	-	-	-
a.0: Alle (matchet på tidlige kontakt*)	-	-	-	-		÷	-	-	-
<i>Psykiske indlæggelser:</i>									
a.1: Ingen psykisk lidelse	+++	+++	+++	+++		+++	+++	+++	+++
a.2: Psykisk lidelse	-	÷	-	-		÷÷	-	-	-
a.3: Alvorlig psykisk lidelse	-	-	-	-		÷÷÷	-	-	÷
a.4: Misbrugsrelaterede psykisk lidelse	÷÷	-	÷	-		÷÷÷	-	-	-
<i>Misbrugsmiddel:</i>									
b.1: Hash	-	-	+	-		-	-	++	-
b.1: Andre narkotika end hash	-	-	-	-		÷	-	-	-
<i>Psykiske indlæggelser* Misbrugsmiddel</i>									
c.1: Ingen psykisk lidelse * hash	++	++	++	+++		-	++	+	++
c.2: Ingen psykisk lidelse * andre narkotika end hash	+++	+++	++	+++		+++	+++	+++	+++
c.3: Psykisk lidelse * hash	-	-	-	-		÷	-	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika end hash	-	-	-	-		÷÷÷	-	-	-

Anm.: Et "+" angiver en stigning i forbruget; "÷" angiver et fald i forbruget; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt; "!" angiver at ATT kunne ikke estimeres. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.
 * Antal psykiske kontakter med sygehusvæsenet inden for de forudgående 52 uger.
 ** For at opnå konvergens var det nødvendigt at slå samtlige uddannelser over grundskole sammen for disse kontrolgrupper.

Konklusion – psykiatriske/psykiske kontakter

Indsatsen synes generelt set ikke at påvirke indsatsgruppens kontakt med sygehusvæsenet foranlediget af psykiske problemer – og afhængigt af, om der er tale om en et alvorligt problem (højre side af den blå søjle) eller ej. Dog antyder resultaterne, at der i forhold til borgere, som har en psykisk lidelse (a.2, a.3, a.4, c.3. og c.4), er positive effekter forbundet med indsatsen i form af et reduceret antal kontakter med sygehusvæsenet. Særligt i forhold til de alvorlige kontakter. Omvendt har indsatsborgere uden en psykisk lidelse en relativ hyppigere kontakt med sygehusvæsenet (a.1, b.1, c.1 og c.2).

¹⁷ Antal kontakter med det regionale psykiatriske behandlingssystem eller det danske sygehusvæsen, som omhandler diagnoser inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser

¹⁸ Antal kontakter med det regionale psykiatriske behandlingssystem eller det danske sygehusvæsen, som omhandler diagnoser inden for psykotiske (f20-f29), affektive lidelser (f30-34 & 38), angst (F40-43) eller personlighedsforstyrrelse (F60).

UNGEINDSATSEN

Resultaterne af den registerdatabaserede effektevaluering for ungeindsatsen gengives i de følgende tabeller på samme måde som for det samlede screenings- og udredningsprojekt. For at kunne sammenligne ungeprojektet med det samlede projekt har vi inkluderet resultaterne for begge projekter i tabellerne. Resultaterne for screenings- og udredningsprojektet er i den forbindelse afgrænset til de 18-24-årige. Det er således både muligt at vurdere effekterne af ungeindsatsen i forhold til den "sædvanlige" indsats og i forhold til screenings- og udredningsprojektet (ekskl. ungeindsatsen). Sidstnævnte sker ved at sammenligne kolonnerne "S." og "U." i tabellerne.

Forsørgelse

Andel uger på kontanthjælp i forskellige perioder efter opstart af indsats, 17-25 årige (primo behandlingsåret)

	0-13 uger		14-26 uger		27-52 uger		53-78 uger	
	S.	U.	S.	U.	S.	U.	S.	U.
a.0: Alle	-	-	++	++	+	-	-	-
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-	-	-	-	-	-
b.2: Andre narkotika	-	++	+++	++	+++	++	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika	++	+++	+++	+++	-	-	-	-

Anm.: S. - "Screenings- og udredningsprojektet"; U. - "Ungeprojektet"

Anm.: Et "+" angiver at borgeren i højere grad er på kontanthjælp; "÷" angiver at borgeren i mindre grad er på kontanthjælp; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion - kontanthjælp

Generelt synes indsatsen ikke på lang sigt at påvirke behovet for kontanthjælp. På kort og mellem-lang sigt indikerer resultaterne, at indsatsborgerne i relativt højere grad modtager kontanthjælp end de sammenlignelige kontrolgrupper. For de unge synes der generelt ikke at være forskel på resultaterne afhængigt af, om der er tale om ungeprojektet eller screenings- og udredningsprojektet (ekskl. ungeprojektet).

Andel uger på offentlige ydelser i forskellige perioder efter opstart af indsats, 17-25 årige (primo behandlingsåret)

	0-13 uger		14-26 uger		27-52 uger		53-78 uger	
	S.	U.	S.	U.	S.	U.	S.	U.
a.0: Alle	-	-	++	++	++	-	-	-
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-	-	-	-	-	-
b.2: Andre narkotika	-	+	++	-	+++	++	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika	+++	+++	+++	+++	+	-	-	+

Anm.: S. - "Screenings- og udredningsprojektet"; U. - "Ungeprojektet"

Anm.: Et "+" angiver at borgeren i højere grad er på offentlige ydelser; "÷" angiver at borgeren i mindre grad er på offentlige ydelser; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion - offentlige ydelser

I forhold til offentlige ydelser generelt er resultaterne stort set de samme som for kontanthjælp alene. På lang sigt synes der således ikke at være nogen effekter af indsatsen i forhold til forbruget af offentlige ydelser.

Beskæftigelse

Andel uger i beskæftigelse i forskellige perioder efter opstart af indsats, 17-25 årige (primo behandlingsåret)

	0-13 uger		14-26 uger		27-52 uger		53-78 uger	
	S.	U.	S.	U.	S.	U.	S.	U.
a.0: Alle	-	-	-	-	+	-	-	-
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-	-	-	-	-	-
b.2: Andre narkotika	÷÷	-	-	-	-	-	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika	-	-	-	-	-	-	-	-

Anm.: S. - "Screenings- og udredningsprojektet"; U. - "Ungeprojektet"

Anm.: Et "+" angiver at borgeren i højere grad er i beskæftigelse; "÷" angiver at borgeren i mindre grad er i beskæftigelse; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion - beskæftigelse

Generelt synes indsatsen ikke at påvirke indsatsgruppens arbejdsmarkedstilknytning.

Andel uger i beskæftigelse eller uddannelse i forskellige perioder efter opstart af indsats, 17-25 årige (primo behandlingsåret)

	0-13 uger		14-26 uger		27-52 uger		53-78 uger	
	S.	U.	S.	U.	S.	U.	S.	U.
a.0: Alle	-	-	-	-	-	-	÷	-
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-	-	-	-	-	-
b.2: Andre narkotika	-	-	-	-	-	-	-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika	-	÷÷	÷÷	÷÷÷	-	-	÷÷	÷

Anm.: S. - "Screenings- og udredningsprojektet"; U. - "Ungeprojektet"

Anm.: Et "+" angiver at borgeren i højere grad er i beskæftigelse eller uddannelse; "÷" angiver at borgeren i mindre grad er i beskæftigelse eller uddannelse; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion - beskæftigelse eller uddannelse

Samme konklusion tegner sig, hvis vi ser på et effektmål, der kombinerer beskæftigelse og uddannelse. Dog viser resultaterne, at begge indsatsgrupper, sammenlignet med de svært belastede unge i kontrolgruppen, i mindre grad er i beskæftigelse eller uddannelse, både på kort og lang sigt.

Uddannelse

I gang med eller har fuldført en uddannelse i forskellige perioder efter opstart af indsats, 17-25 årige (primo behandlingsåret)

	13 uger		26 uger		52 uger		78 uger	
	S.	U.	S.	U.	S.	U.	S.	U.
a.0: Alle	-	-	-	÷÷	-	-	-	+
a.2: Psykisk lidelse	-	-	-	÷÷	-	÷	-	-
b.2: Andre narkotika	-	÷	-	-	-	-	-	÷
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika	-	-	-	-	-	-	-	-

Anm.: S. - "Screenings- og udredningsprojektet"; U. - "Ungeprojektet"

Anm.: Et "+" angiver en stigning i tilbøjeligheden for at opnå en uddannelse; "÷" angiver et fald i tilbøjeligheden for at opnå en uddannelse; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion - uddannelse

For den samlede indsatsgruppe i ungeprojektet indikerer resultaterne en svag positiv effekt i forhold til deltagelse eller gennemført uddannelse på lang sigt (78 uger). Samme resultat ses ikke for de unge i screenings- og udredningsprojektet (ekskl. ungeindsatsen). Omvendt er de øvrige signifikante effekter for ungeindsatsen negativ.

Fuldført og bestået kurser ved voksen- og efteruddannelse i forskellige perioder efter opstart af indsats, 17-25 årige (primo behandlingsåret)

	13 uger			26 uger			52 uger	
	S.	U.		S.	U.		S.	U.
a.0: Alle	-	-		÷	÷		÷÷	-
a.2: Psykisk lidelse	-	-		-	-		-	-
b.2: Andre narkotika	-	-		-	-		-	-
c.4: Psykisk lidelse * andre narkotika	-	-		-	-		-	-

Anm.: S. - "Screenings- og udredningsprojektet"; U. - "Ungeprojektet"

Anm.: Et "+" angiver at en stigning i tilbøjeligheden for at fuldføre et kursus; "-" angiver, at der ikke er en statistisk signifikant effekt. Antal "+" eller "÷" angiver signifikans på hhv. 10, 5 og 1 pct.niveau.

Konklusion – voksen og efteruddannelse

I forhold til deltagelse i voksen og efteruddannelse indikerer resultaterne stort set ikke signifikante effekter for indsatsborgere i ungeprojektet.