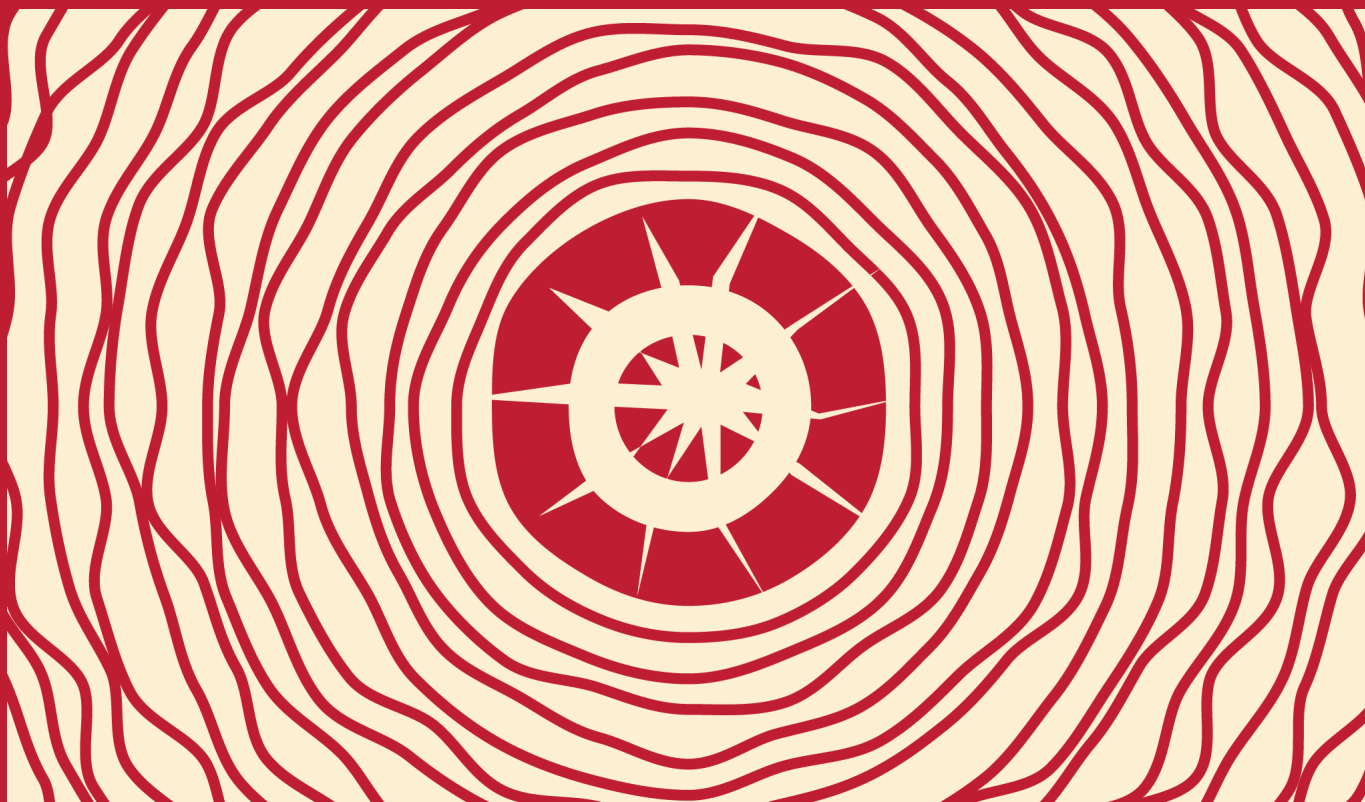


Fremskudt stofbehandling

Erfaringer fra implementering af ny model for udgående og fleksibel indsats til stofbrugere i meget udsatte positioner



Nichlas Permin Berger, Rikke Fuglsang Olsen, Maliina Grønvold Olsen
og Iben Petrea Sønderby Jørgensen

VIVE

Fremskudt stofbehandling

– Erfaringer fra implementering af ny model for udgående og fleksibel indsats til stofbrugere i meget udsatte positioner

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-520-2

Projekt: 302625

Rapporten er udarbejdet af VIVE for Social- og Boligstyrelsen

Finansiering: Social- og Boligstyrelsen

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Mange stofmisbrugere i udsatte positioner har ofte ringe udbytte af eksisterende behandlingstilbud og har brug for mere fleksibilitet og individuelt tilpassede rammer. På den baggrund tog Social- og Boligstyrelsen initiativ til at udvikle en model for fremskudt stofbehandling til nogle af de mest udsatte borgere, som har et stofmisbrug.

Denne rapport præsenterer resultaterne af en evaluering af modeludviklingsprojektet *Fremskudt behandling til de mest udsatte borgere med et stofmisbrug*, som er udviklet og gennemført af Social- og Boligstyrelsen i et samarbejde med kommunale rusmiddelcentre og relevante civilsamfundsaktører i fire kommuner.

Undersøgelsen er gennemført af projektleder og seniorforsker Nichlas Permin Berger, seniorforsker Rikke Fuglsang Olsen, analytiker Maliina Grønvold Olsen og studentermedarbejder Iben Petrea Sønderby Jørgensen. Studentermedarbejdere Hannah Nygaard Golzen og Olivia Oxhøj Hein har bidraget til den kvalitative databehandling.

Tak for et godt samarbejde til borgere, frivillige, medarbejdere og ledere i civilsamfundsorganisationer og kommuner og Social- og Boligstyrelsen. Vi vil også gerne takke rapportens reviewere for konstruktive kommentarer.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Social- og Boligstyrelsen.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef
for VIVE Sociale Forhold og Arbejdsmarked



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater		6
Afrapportering		15
1	Indledning	16
1.1	Baggrund og formål med fremskudt stofbehandling	18
1.2	Fremskudt stofbehandling – målgruppe, formål og mål	20
1.3	De fire deltagende kommuner	25
1.4	Metode og datagrundlag	29
1.5	Læsevejledning	31
2	Perspektiver fra målgruppen	32
2.1	Fleksibilitet, nærhed og hurtig adgang som forudsætninger for at nå og motivere målgruppen	34
2.2	Relationen som nøgle til adgang, fastholdelse og forandring	38
2.3	Fleksibilitet skaber tryghed, tilgængelighed og motivation	41
2.4	Fra støtte til selvstændighed: Gradvise forandringer og øget handlekraft i borgernes liv	42
2.5	Opsamling: Når fleksibilitet og nærvær gør behandling mulig	44
3	Implementering af Model for fremskudt stofbehandling	46
3.1	Positive erfaringer med fremskudt stofbehandling	47
3.2	Målgruppen	49
3.3	Implementeringserfaringer med fremskudt stofbehandling	51
3.4	Erfaringer i samarbejdet mellem civilsamfund og kommune	70
4	Resultater af fremskudt stofbehandling	79
4.1	Borgere i fremskudt stofbehandling	81
4.2	Borgernes tilknytning til fremskudt stofbehandling	85
4.3	Progression i trivsel og stofbrug blandt borgere i fremskudt stofbehandling	91
4.4	Sammenfatning af borgernes progression	115

Dokumentation	117
5 Metode og data	118
5.1 Kvalitative data og metode	118
5.2 Beskrivelse af kvantitativ dataindsamling	121
Litteratur	124
Bilag 1	127

Hovedresultater

En betydelig del af stofbrugere i meget udsatte positioner, som har langvarige og komplekse forløb bag sig, har ingen eller kun sporadisk kontakt med det etablerede stofmisbrugsbehandlingssystem. Der er tale om mennesker, som ud over et omfattende stofbrug ofte lever med alvorlige psykiske lidelser, fysiske helbredsproblemer og sociale udfordringer, hvor usikkerhed omkring bolig, økonomi og helbred præger hverdagen, der skaber betydelige barrierer for at indgå i traditionelle behandlingsforløb.

De danske velfærdsindsatser er grundlæggende indrettet til at håndtere afgrænsede problemstillinger og bygger på forskellige – og til tider modstridende – logikker, der

skaber barrierer, dilemmaer og fragmentering i indsatsen (Mik-Meyer, 2018). For borgere med komplekse og sammensatte problematikker, hvor psykiske lidelser, stofbrug, hjemløshed, kriminalitet og dårlig sundhed hænger tæt sammen, viser denne opdeling sig ofte utilstrækkelig. Kontakten til systemet bliver derfor typisk kortvarig, akut og usammenhængende (Benjaminsen et al., 2018). Mange falder mellem systemernes afgrænsede indsatsformer og modtager ikke den nødvendige støtte, der kan matche kompleksiteten i deres situation – med risiko for, at de fastholdes i en negativ spiral af sociale, sundhedsmæssige og økonomiske problemer (Social- og Boligministeriet, 2016; Benjaminsen et al., 2019; Bjerger & Houborg, 2019).

Mange i målgruppen har oplevet gentagne brud i relationer og behandlingsforløb, hvilket yderligere forstærker ustabilitet og mistillid til både myndigheder og behandlingssystem. Erfaringer med svigt,

Fakta om undersøgelsen

Denne undersøgelse af Social- og Boligstyrelsens modeludviklingsprojekt *'Fremskudt behandling til de mest udsatte borgere med et stofmisbrug'* afdækker erfaringer med implementering af projektet såvel som projektets resultater gennem tre fokuspunkter:

1. Organisering af projektet og modeller for samarbejdet mellem borger, kommuner og civilsamfundsaktører
2. Selve indsatsen og dens indhold
3. Borgernes deltagelse i og udbytte af indsatsen.

Undersøgelsen bygger på følgende datakilder:

- Kvalitative interviews med borgere, som har været tilknyttet projektet, hvoraf nogle har været indskrevet i egentlig stofbehandling
- Løbende monitorering af borgernes deltagelse i fremskudt stofbehandling samt progression i forhold til trivsel og cannabis-, stof- og alkoholforbrug samt recovery via spørgeskemadata indsamlet blandt behandlere og borgere.

traumer og manglende udredning betyder desuden, at der ofte eksisterer begrænset viden om borgernes samlede udfordringer (Berger et al., 2021; 2022).

De nuværende behandlingsmodeller – herunder den såkaldte ordinære stofmisbrugsbehandling i form af ambulant behandling eller dagbehandling – er i vid udstrækning designet ud fra forudsætninger om stabilitet, fremmøde og regelmæssig deltagelse. Sådanne krav, kombineret med faste åbningstider og behandlingssystemets fysiske og organisatoriske indretning, udgør væsentlige hindringer for mennesker, der lever med ustabile boligforhold, dårlig sundhed og sociale belastninger. Når borgerens møde med systemet udgør en barriere for behandling, understreges behovet for nye tilgange, hvor tilgængelighed, kontinuitet og relationel tillid vægtes højere end systemets formelle krav og strukturer.

Hvis man vil nå dem med komplekse udfordringer

Social- og Boligstyrelsen gennemførte i 2023-2025 modeludviklingsprojektet *Frem-skudt behandling til de mest udsatte borgere med et stofmisbrug*. Modellen bygger videre på tidligere model fra 2017 og skal afklare, hvordan en mere tilgængelig og fleksibel tilgang gennem samarbejde mellem kommuner og civilsamfundsaktører kan skabe bedre betingelser for, at disse borgere får adgang til stofmisbrugsbehandling.

Fire kommuner – Helsingør, Vejle, Randers og Odder – har etableret partnerskaber med civilsamfundsaktører for at afprøve og videreudvikle modellen i praksis og undersøge, hvordan indsatsen bedst tilpasses lokale forhold. Inddragelsen af civilsamfundet afspejler en bredere udvikling mod øget samskabelse mellem borgere, frivillige, fagfolk og myndigheder, som forskning viser kan skabe mere fleksible og behovsnære løsninger (Espersen et al., 2021; Andersen, 2016). Fremskudt stofbehandling kan dermed ses som et eksempel på denne bevægelse mod nye samarbejdsformer, hvor civilsamfundet indgår som medspiller i løsningen af sociale problemer (Brandsen et al., 2017), hvor samskabelse og partnerskaber mellem stat, kommuner, civilsamfund og borgere skal styrke borgerinddragelse og effektivitet i velfærden.

Modellen kombinerer målrettet opsporing med en helhedsorienteret og individuelt tilpasset indsats. Borgerne opsøges i deres egne miljøer, hvor kontakt og tillid etableres, før behov og motivation afklares, og støtte tilrettelægges gennem fleksibilitet, rummelighed og samarbejde med civilsamfundet. Mange i målgruppen benytter lavtærskeltilbud som natcaféer, varmestuer og herberger. Tanken med at inddrage civilsamfundsorganisationer er, at indsatsen rykkes tættere på borgernes egne arealer og hverdagsliv og dermed får mulighed for at komme tættere på borgernes egne problemforståelser og gennem tillidsskabende relationer motivere relevante borgere til at indgå i stofmisbrugsbehandling.

Modellens kortsigtede mål er at sikre, at borgerne deltager aktivt i stofmisbrugsbehandling og relevant støtte. På længere sigt er ambitionen at reducere, stabilisere eller ophøre med stofbrug og samtidig styrke borgernes mestring, trivsel og livskvalitet.

Rapporten bygger på både kvalitative og kvantitative data. De kvalitative analyser består af interviews og dialoger med nøglepersoner fra kommuner, civilsamfund og borgere. De kvantitative analyser baserer sig på spørgeskemadata indsamlet løbende i projektperioden. Spørgeskemaerne har fungeret både som lærings- og refleksionsredskab for aktørerne og som datagrundlag for rapportens analyser. VIVE har desuden løbende leveret afrapporteringer, der har bidraget til justeringer og læring under afprøvningen.

Undersøgelsen besvarer følgende hovedspørgsmål:

- Hvilke erfaringer og løsninger har kommuner og civilsamfundsaktører gjort sig med udvikling og implementering af modellen for fremskudt stofbehandling?
- Hvordan er kommunernes og civilsamfundsaktørernes roller og samarbejde kendetegnet i indsatsen?
- Hvordan oplever borgere fremskudt stofbehandling i forhold til tilgængelighed, relationer til behandlere og betydning for deres livssituation?
- Hvad kendetegner de borgere, som har deltaget i fremskudt stofbehandling?
- Hvordan har borgernes trivsel og forbrug af cannabis, stoffer og alkohol udviklet sig under deltagelsen i fremskudt stofbehandling?

Gode erfaringer med implementering af fremskudt stofbehandling

De fire kommuner har udviklet og afprøvet modellen i samarbejde mellem rusmiddelcentre, herberger, væresteder og andre civilsamfundsorganisationer. Modellen er afprøvet i forskellige lokale og organisatoriske rammer, hvilket har skabt et solidt erfaringsgrundlag. Erfaringerne peger på, at den fremskudte tilgang øger tilgængeligheden, styrker relationerne og forbedrer mulighederne for, at borgerne kan indgå i og fastholde et behandlingsforløb.

Både kommuner og civilsamfund vurderer modellen som relevant og nødvendig med stort udviklingspotentiale. Målgruppen har behov for fleksible og helhedsorienterede indsatser, der tager udgangspunkt i borgernes konkrete livssituation og motivation. Modellen imødekommer dette ved at møde borgerne dér, hvor de er, og reducere barrierer, som kendetegner traditionel behandling.

Det største potentiale i modellen ligger i det tværgående samarbejde mellem civilsamfundet og kommunerne i forhold til at skabe en mere sammenhængende og tilgængelig indsats. Samtidig viser erfaringerne, at etablering af fælles arbejds gange og samarbejdsstrukturer kræver tid, koordinering og gensidig tilpasning og forståelse.

Synlighed, rekruttering og veje ind i indsatsen

Kommunerne har arbejdet målrettet på at øge synligheden af den fremskudte stofbehandling. Det har betydet, at borgere er blevet henvist fra et bredt spektrum af fagpersoner – fra social- og psykiatrimedarbejdere til herberger, varmestuer, bostøtter, læger og jobcentre.

Erfaringerne viser, at opsøgende arbejde i land- og yderområder kræver en anden tilgang end i byerne. Her nås målgruppen sjældent i kendte hotspots, men via nære lokale relationer og samarbejde med fx jobcentre, hjemmeplejen, læger og civilsamfund. Mange borgere lever desuden i dyb isolation, hvor første skridt ikke er behandling, men tryghed, stabil kontakt og opbygning af tillid. Denne fase kan være langvarig – og mange af de interviewede peger på, at dette bør anerkendes og ses som et væsentligt resultat i sig selv. Hvis modellen skal favne de mest udsatte, må succes derfor forstås bredt, hvor relation, stabilisering og fællesskaber er centrale milepæle.

Erfaringerne viser samtidig, at de fremskudte behandlere har været omdrejningspunktet for rekrutteringen. Omkring tre fjerdedele af borgerne er blevet opsøgt eller henvist gennem behandlere, som allerede kendte dem fra rusmiddelcentrene. Støttekontaktpersoner har bidraget i ca. en fjerdedel af tilfældene, mens civilsamsfundsaktører og myndighedssagsbehandlere har været involveret i omkring 12 %.

Denne fordeling understreger, at den tætte, opsøgende kontakt mellem behandlere og borgere fortsat er afgørende for at skabe adgang og tillid. Samtidig peger den på et uforløst potentiale i at styrke civilsamfundets rolle i rekrutteringen – ikke mindst på grund af deres relationelle tilgang og mulighed for at møde borgerne uden myndighedsperspektiv. Tallene viser også, at indsatsen primært har nået borgere, der allerede var kendt i systemet, frem for nye borgere.

Samlet peger interviewene på, at tidlig opsporing, lavtærskel- og fremskudte tilbud samt mulighed for hurtig respons ved akutte behov er afgørende for at nå målgruppen og skabe motivation for at påbegynde et forløb.

Individuelt tilpasset og opsøgende indsats

Et centralt princip i modellen er at opsøge borgerne dér, hvor de er, og møde dem på deres egne præmisser. Behandlerne tilpasser løbende indsatsen til den enkelte borgers ressourcer, motivation og livssituation, hvor tålmodighed, fleksibilitet og

tillidsfulde relationer er afgørende. Forandring sker ofte gennem små skridt – fx gradvis kontakt til en frivillig, et rusmiddelcenter eller behandlere – som kan være udslagsgivende for engagement og fastholdelse. Flexibiliteten giver behandlerne et bredere handlerum end i ordinær stofbehandling, både praktisk gennem møder i hjemmet eller andre steder og metodisk ved hurtigt at kunne justere krav og støtte efter borgerens behov.

Erfaringerne viser, at standardiserede behandlingsformer sjældent matcher målgruppens komplekse udfordringer. Den fremskudte model muliggør individuelt tilpasset støtte i borgerens eget miljø, hvor praktisk hjælp indgår som en naturlig del af relationsarbejdet. Dette styrker kontakten, øger motivationen og skaber mere stabile forandringer over tid. Deltagerne fremhæver især behandlernes vedholdenhed og støtte i små skridt som afgørende for, at de bevarer håb og tro på forandring. Behandlerne selv beskriver arbejdet som markant anderledes end ordinær behandling – mere fleksibelt, pragmatisk og ofte ad hoc – hvilket bl.a. indebærer at være tilgængelige via telefon eller SMS uden for faste rammer.

Interviews med behandlere, frivillige og borgere viser, at respekt, anerkendelse og vedholdende opsøgende kontakt er centrale drivkræfter for motivation og trivsel. Deltagerne beskriver konkrete forbedringer som øget stabilitet, bedre trivsel og reduceret stofbrug, hvilket tyder på, at fremskudt behandling kan nedbryde de barrierer, der ofte hindrer marginaliserede stofbrugere i at deltage i ordinær behandling.

Civilsamfundsaktørernes rolle og betydning

Civilsamfundsaktørerne spiller en central rolle i alle tre faser af fremskudt stofbehandling – særligt i den indledende fase, hvor de opsporer borgere, vurderer relevansen af indsatsen og formidler den første kontakt til behandlingen. Deres tætte, uformelle relationer til målgruppen og stærke lokalkendskab gør dem til vigtige opsøgende og motiverende aktører.

Undersøgelsen viser, at civilsamfundets bidrag primært har været opsøgende, koordinerende og understøttende – fx ved at motivere borgere, minde om møder, forberede til samtaler og følge op på dialogen mellem borger og behandler. Samtidig peger både kommunale og frivillige aktører på behovet for et fælles forståelsesgrundlag for, hvad stofbehandling indebærer, hvilket understreger vigtigheden af klare rammer. Civilsamfundet kan skabe adgang og motivation, men fungerer også som bro til det kommunale behandlingssystem, hvilket øger chancen for reel deltagelse og fastholdelse.

Erfaringerne viser dog, at formelle samarbejdsaftaler ikke i sig selv sikrer et godt samarbejde. Respekt for hinandens forskellige udgangspunkter og tilgange er

afgørende. Mange interviewpersoner beskriver markante kulturelle forskelle mellem civilsamfund og kommune og peger på et stærkt ønske om at lære hinanden bedre at kende. Mens behandlere oplever god mulighed for fleksibelt arbejde, efterlyser flere frivillige tydeligere rammer for, hvordan netop deres faglighed kan komme borgerne bedst til gavn.

På tværs af kommunerne tegner der sig en ambivalens mellem civilsamfundets ønske om at bringe nye perspektiver ind (bottom-up) og kommunernes faglige og organisatoriske rammer (top-down). Civilsamfundsaktører efterlyser derfor tydeligere forventninger til eller drøftelser af samarbejder og deres rammer – både i samarbejdet med behandlere og i mødet med borgerne. Flere peger på behovet for fælles drøftelser af centrale begreber som *behandling*, *misbrug* og *forandring*, da forståelserne ofte varierer mellem aktørerne. Erfaringerne peger samtidig på, at civilsamfundets perspektiver og faglighed ikke altid har fået plads nok i udmøntningen af indsatsen.

Samarbejdet udfordres desuden af forskelle i engagement, motivation og logikker mellem civilsamfund og kommunale rusmiddelcentre. Et stærkt partnerskab kræver derfor løbende dialog og tid til at opbygge fælles forståelse. Samtidig viser projektet, at rammevilkårene i de fire kommuner har været meget forskellige. Kommuner med begrænset erfaring i samarbejde med civilsamfundet har haft sværere ved at inddrage aktørerne, hvilket kan afspejle strukturelle betingelser snarere end manglende vilje.

Erfaringerne peger samlet på, at civilsamfundets rolle i fremskudt stofbehandling rummer betydeligt potentiale, men at det kræver tydeligere finansiel, organisatorisk og faglig understøttelse, hvis civilsamfundet fremadrettet skal fungere som en fuldgyldig partner i lignende indsatser. En stærkere synergi mellem de to kan gøre indsatsen mere helhedsorienteret, tillidsbaseret og virkningsfuld, når civilsamfundets erfaringsbaserede viden, værdier og socialfaglighed kobles tættere sammen med kommunernes faglige ekspertise. Forskningen understreger i den forbindelse, at arbejdet med at adressere forskelle i kultur, logikker og forståelser er afgørende for at skabe læringsrum og partnerskaber, hvor både frivilliges bidrag og borgernes aktive deltagelse kan få reel gennemslagskraft (Espersen et al., 2023).

Borgeroplevelser med fremskudt stofbehandling

Interviews med syv borgere i alderen 22-65 år, som har modtaget fremskudt stofbehandling, viser, at indsatsen opleves som mere tilgængelig og relevant end traditionel behandling. Erfaringerne omhandler primært de fremskudte behandlere, da kun få borgere har haft kontakt med civilsamfundsorganisationer.

Fleksibilitet er et centralt princip – ikke kun i forhold til behandlingssted, men også som en løbende tilpasning til borgerens situation og behov. Muligheder for hjemmebesøg, møder på neutrale steder og hurtig respons skaber tryghed og oplevelsen af, at forandring er mulig.

Vedholdende støtte fra behandlere beskrives som afgørende for at fastholde motivation og opbygge tillid. Relationen til behandlerne beskrives som afgørende for forandring, som har bidraget til at styrke motivation og giver nye veje til at håndtere udfordringer og forebygge tilbagefald. For dem har dette betydet mere stabilitet i hverdagen og troen på en fremtid med mindre eller intet stofbrug.

Borgerne fremhæver behandlernes respektfulde, åbne og ikke-dømmende tilgang som central for deres engagement og fremgang. Den kontinuerlige opbakning bidrager til øget stabilitet, bedre trivsel og i flere tilfælde reduceret eller ophørt stofbrug.

Generelt oplever borgerne konkrete forbedringer i deres liv under forløbet – såsom reduceret stofbrug, bedre trivsel, styrkede netværk og tættere kontakt til systemet via deres behandler. Den opsøgende og fleksible tilgang gør ikke kun behandlingen mere tilgængelig, men skaber også tryghed, fordi hjælpen kommer til borgerne på borgernes præmisser og tilpasses deres behov. Dermed understøttes den enkeltes deltagelse i behandlingen og dermed mulighed for mere varige forandringer.

Positiv udvikling for borgerne i fremskudt stofbehandling

Overordnet peger analyserne af spørgeskemadata på en positiv udvikling i borgernes trivsel og hverdag under deres deltagelse i fremskudt stofbehandling – dog med visse nuancer. Mange borgere oplever øget støtte, mere håb og større følelse af kontrol over eget liv. Der ses også fremgang i deres evne til at overholde aftaler og klare hverdagsopgaver som at rydde op og komme op om morgenen. Til gengæld er der ikke entydige forbedringer i, hvordan de har det med sig selv, deres sociale liv eller deres fysiske helbred – herunder søvn og madvaner, hvor svarene er mere blandede.

Hvad angår forbrug af rusmidler, peger analyserne på, at færre bruger cannabis hyppigt, og at flere ikke har taget andre stoffer i den forgangne uge.

Alkoholforbruget viser ikke en entydig nedgang, men andelen, der drikker fem eller flere genstande, er faldet mærkbart.

Samlet set peger resultaterne på, at borgerne overvejende bevæger sig i en positiv retning – særligt hvad angår motivation, hverdagsmestring og reduktion i stofbrug. Undersøgelsens design gør det imidlertid ikke muligt at konkludere, om det er fremskudt stofbehandling, der forårsager de observerede forbedringer. Derimod kan analyserne sige noget om, hvordan borgerne har det, mens de deltager i fremskudt stofbehandling.

Fremadrettede perspektiver

Erfaringerne fra fremskudt stofbehandling peger på behovet for at gentænke organiseringen af behandling og støtte til stofbrugere i meget udsatte positioner. Adgang og fastholdelse hæmmes ofte af systemiske barrierer, hvor eksisterende behandlingslogikker og krav ikke matcher målgruppens komplekse livsvilkår.

Den fremskudte, opsøgende og fleksible tilgang har vist tegn på at kunne reducere geografiske, sociale og emotionelle barrierer ved at bringe behandlingen ud til borgerne, skabe kontinuitet og tillidsfulde relationer samt tilpasse indsatsen individuelt. Erfaringerne viser, at indsatsen fungerer bedst, når behandlerne aktivt og kreativt justerer den til den enkelte borger. Deltagernes refleksioner om, hvad der har fungeret, og hvorfor tidligere forsøg på ordinær behandling ikke har haft effekt, giver samtidig værdifulde input til praksis i de eksisterende tilbud.

For borgere med komplekse og langvarige problematikker må relationer og tryghed ses som centrale faktorer for behandlingen. Hvis succes alene måles på behandlingsstart eller progression i standardiserede trin, risikerer man at ekskludere netop de borgere med størst behov og undervurdere den indsats, der på sigt gør behandling mulig. Det understreger samtidig vigtigheden af at drøfte mål og definitioner af succes – ud over at lade borgerens egne mål være styrende.

Civilsamfundsaktørerne spiller en central rolle. Deres tætte tilstedeværelse i borgerens miljøer og relationelle, tillidsbærende faglighed skaber adgang og motivation, som er afgørende for, at udsatte borgere kan indgå i og fastholde et behandlingsforløb. Civilsamfundsaktørernes opsøgende indsats er derfor særligt vigtig, idet de er arenaer med rum for "tilstedeværelse og samvær", der giver mulighed for både sårbare og almindelige borgere at deltage (Andersen, 2019).

Erfaringerne viser, at civilsamfundet primært har fungeret opsøgende, men at der er potentiale for yderligere udvikling gennem tættere partnerskaber med rusmiddelcentrene. Medarbejderne i civilsamfundsorganisationer efterlyser tydeligere rammer, men forskning peger på, at vejen ikke nødvendigvis er mere afgrænsede roller.

Tværtimod skaber flydende grænser og hybride roller mulighed for synergi, fælles praksis og forhindrer, at borgere "falder mellem to stole" (Espersen et al., 2021; Espersen, Andersen & Tortzen, 2023; Tortzen, 2016).

Ved at tage sig tid til at lære hinanden at kende og aktivt udnytte forskellig viden, erfaringer og problemforståelser kan nye, fælles praksisser udvikles, som styrker kvaliteten og relevansen af fremskudt stofbehandling. I dette projekt er indsatsen forankret i de kommunale rusmiddelcentre, men fremadrettet kan alternative modeller for forankring overvejes, som fremmer vidensudvikling og samarbejde mellem civilsamfund og kommune.

Det tyder på, at et mindre civilsamfundsbidrag end forventet snarere afspejler strukturelle betingelser end manglende vilje eller potentiale. Erfaringerne peger derfor på behovet for tydeligere finansiel og organisatorisk understøttelse, hvis civilsamfundet skal indgå som en reel og aktiv partner i lignende indsatser.

Undersøgelsen indikerer også, at fremskudt stofbehandling kan have en skadesreducerende effekt, selv når borgerne ikke opnår tydelige, målbare forbedringer i deres samlede situation. Dette skyldes bl.a., at borgerne kobles tæt til støtte og får en mere åben adgang til stofbehandling end i ordinære rammer, samtidig med at indsatsen kan tage hånd om bredere problemstillinger ud over selve stofbruget.

Samlet set repræsenterer fremskudt stofbehandling et perspektivrigt alternativ, der integrerer civilsamfundets kapacitet i en tillidsbaseret, helhedsorienteret og borgercentreret indsats tæt på borgernes hverdag. Erfaringerne viser stort potentiale for at videreudvikle samarbejdet mellem civilsamfundsorganisationer og rusmiddelcentre, hvilket kan udvide og nytænke etablerede behandlingspraksisser ved at bygge på aktørernes forskellige perspektiver og erfaringer.

> **Afrapportering**

1 Indledning

Borgere i kompleks udsathed er kendetegnet ved omfattende sociale og helbreds-mæssige problemer, der går på tværs af mange livsområder (Benjaminsen et al., 2018). Gruppen skiller sig især ud ved, at psykiske lidelser, misbrugsproblemer og fysiske helbredsudfordringer optræder samtidigt og yderligere forstærkes af sociale problemer som hjemløshed, fattigdom og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Fælles for disse borgere er, at de ofte har behov for samtidige indsatser på flere områder – eksempelvis stofmisbrugsbehandling, psykiatri og beskæftigelse. En borger med både et stofmisbrug og en psykiatrisk diagnose kan eksempelvis have svært ved at reducere sit stofbrug uden samtidig behandling af den psykiske lidelse, mens stofbruget samtidig kan udgøre en barriere for at få adgang til de eksisterende psykiatriske tilbud.

Denne kombination fører ofte til ustabile og sammensatte livssituationer, hvor de eksisterende stofbehandlingstilbud sjældent opleves som hverken tilstrækkeligt relevante eller virksomme. Dette kan bl.a. skyldes, at de fleste velfærdsindsatser er indrettet til at håndtere afgrænsede problemstillinger og derfor er dårligt gearret til at støtte borgere med komplekse og sammenvævede udfordringer (Social- og Boligministeriet, 2016). Konsekvensen er, at mange i denne gruppe ikke får den hjælp, de reelt har behov for, hvorved de reelt fastholdes i en negativ spiral af sociale, psykiske og sundhedsmæssige problemer (Benjaminsen et al., 2018).

Der er tale om borgere, som typisk har behov for støtte- og behandlingsformer, der kan håndtere kompleksiteten i deres livsvilkår – indsatser, som både kan rumme hjælp til praktiske gøremål og samtidig favne borgerens tværgående sociale, psykiske og somatiske problemstillinger. Men arbejdet med borgere i kompleks udsathed er en kontinuerlig og dynamisk proces, som vanskeligt lader sig indfange i standardiserede modeller eller faste opskrifter (Mik-Meyer, 2018; Berger et al., 2021; 2022). Forskning og erfaringer viser, at det faktisk er muligt at skabe positive forandringer gennem længerevarende, koordinerede og fleksible indsatser, der kan favne helheden i borgerens situation (Bjerge & Houborg, 2019; Houborg et al., 2022), og som søger at indrette sig efter borgerne, frem for at borgerne skal indrette sig på et vanskeligt tilgængeligt system.

Model for fremskudt stofbehandling kan ses som et bud på en model for at søge at imødekomme nogle af de barrierer, der kendetegner de eksisterende tilbud til stofbrugere i meget udsatte positioner, bl.a. gennem etablering af samarbejde mellem rusmiddelcentre og civilsamfundsaktører. Ved at rykke indsatsen tættere på borgerne egne arenaer og hverdagsliv er forhåbningen, at der skal skabes en mulighed for en mere fleksibel, tilgængelig og helhedsorienteret indsats, der i højere grad kan favne kompleksiteten i borgernes livssituation og understøtte en mere konstruktiv

håndtering af stofbruget. Det er tidligere gjort positive erfaringer med fremskudt substitutionsbehandling (Houborg et al., 2023; Houborg & Nygaard-Christensen, 2024). *Model for fremskudt stofbehandling* tager udgangspunkt i social stofmisbrugsbehandling¹ (Socialstyrelsen, 2020), men også lægelig behandling² kan indgå heri, afhængigt af borgerens behov og situation.

Formålet med modellen er overordnet at styrke borgernes muligheder for at leve et værdigt liv med øget deltagelse, trivsel og livskvalitet. Målet er at gøre stofmisbrugsbehandling mere tilgængelig for borgere i meget udsatte positioner, som ofte har komplekse sociale, psykiske og sundhedsmæssige problemer, sådan at flere får adgang til den behandling og støtte, de har behov for.

Denne rapport præsenterer resultaterne af en undersøgelse af fire kommuners og en række civilsamfundsaktørers afprøvning og implementering af en ny model for fremskudt stofbehandling.

Dette indledende kapitel beskriver baggrunden for modellen og ønsket om at udvikle en indsats til målgruppen, hvorefter modellens formål, struktur, indhold samt forventede virkninger for målgruppen beskrives. Kapitlet afrundes med en kort introduktion til undersøgelsens design og datakilder samt en læsevejledning til resten af rapporten.

Rapporten henvender sig til kommunale aktører og fagprofessionelle samt civilsamsfundsorganisationer og frivillige med kontakt til målgruppen. Rapporten henvender sig

Undersøgelsens fire hovedspørgsmål

- Hvilke erfaringer og løsninger har kommuner og civilsamsfundsaktører gjort sig med implementeringen af *Model for fremskudt stofbehandling*?
- Hvordan er kommunernes og civilsamsfundsaktørernes roller og samarbejde kendetegnet i indsatsen?
- Hvordan oplever borgere fremskudt stofbehandling i forhold til tilgængelighed, relationer til behandlere og betydning for deres livssituation?
- Hvad kendetegner de borgere, som har deltaget i fremskudt stofbehandling?
- Hvordan har deltagelse i fremskudt stofbehandling påvirket borgernes trivsel og forbrug af cannabis, stoffer og alkohol?

¹ Social stofmisbrugsbehandling varetages af kommunerne efter servicelovens §§ 101 og 101a. Målet for denne behandling er enten at bringe et stofmisbrug til ophør, at reducere eller stabilisere forbruget og/eller reducere skaderne af stofmisbruget. Indsatsen bør sigte mod at give borgeren en bedre social og personlig funktion med henblik på at højne livskvalitet og borgerens samlede funktionsniveau.

² Lægelig behandling (behandling med substitutionsmedicin) sker med hjemmel i sundhedslovens § 142.

også til læsere, som har interesse i fleksibel og individuelt tilpassede sociale og sundhedsmæssige indsatser til mennesker, som befinder sig i meget udsatte positioner.

1.1 Baggrund og formål med fremskudt stofbehandling

Mennesker, som befinder sig i social udsathed, og som har et forbrug af stoffer, der har medført fysiske, psykiske og/eller sociale problemer, har ofte været ude og inde af tilbud og indsatser, hvor der har manglet kontinuitet og sammenhæng i indsatsen, og mange har aldrig været udredt (Berger et al., 2021). Generelt ved vi, at stofbehandling nytter og kan reducere brugen af stoffer, stofrelateret risikoadfærd og kriminalitet, men det er også klart, at målgruppen lever i en kompleks hverdag, der kan være en barriere for en behandling, hvor de sjældent selv søger hjælp eller ønsker at møde op på rusmiddelcenteret. Der er mange kendte behandlingsbarrierer af både social og systemisk karakter, fx tidligere negative erfaringer med behandling, skam og ambivalens. Åbningstider og beliggenhed kan desuden vanskeliggøre, at borgeren modtager og indgår i stofbehandling.

Overordnet set indeholder model for fremskudt stofbehandling to fokuspunkter, som handler om at etablere:

1. en opsøgende og udgående behandlingsindsats i det miljø, hvor målgruppen færdes
2. en større rummelighed og fleksibilitet i rammerne for benyttelse af eksisterende tilbud på behandlingscentre.

Model for fremskudt stofbehandling er udviklet af Social- og Boligstyrelsen (SBST) i perioden 2023-2025 i samarbejde med fire kommuner og lokale civilsamfundsaktører. I samme periode har de fire kommuner i tæt samarbejde med SBST afprøvet og implementeret den tilpassede model i praksis. Med modellen er formålet at styrke stofbehandlingstilbuddet til stofbrugere i meget udsatte positioner.

Arbejdet bygger videre på erfaringerne fra *Model for udgående og rummelig stofbehandling*, som SBST udviklede og afprøvede sammen med Odense og Aarhus Kommuner i 2014-2016. Evalueringen (Rambøll, 2017) viste gode resultater og udgør et solidt fundament for den videre udvikling.

Udviklingen og afprøvningen af modellen er forankret i SSA2-initiativet *Styrket indsats til de mest udsatte borgere med stofmisbrug* (udmøntning af midler på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2023-2026). Formålet er at gøre stofbehand-

ling mere tilgængelig for særligt udsatte stofbrugere og dermed give flere mulighed for at modtage den hjælp og støtte, de har behov for.

Det centrale element i modellen er princippet om fremskudt behandling – at møde borgerne dér, hvor de er. Det omfatter både opsporing og identifikation af potentielle brugere samt etablering af kontakt, dialog og motivation som en integreret del af behandlingsindsatsen. Et væsentligt nybrud i forhold til modellen fra 2017 er den systematiske inddragelse af civilsamfundet som en central aktør. Kommunerne har haft ansvar for at etablere et forpligtende og koordineret samarbejde med relevante civilsamsfundsaktører gennem konkrete aftaler, der danner grundlag for en fælles og sammenhængende indsats.

Model for fremskudt stofbehandling tager i sin udformning udgangspunkt i de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling (Socialstyrelsen, 2020) og en recovery-orienteret, rehabiliterende tilgang, idet modellens otte kerneprincipper er angivet som kerneprincipperne i modellen for *Recovery-orienteret rehabilitering* (Socialstyrelsen, 2023). Disse principper skal ses som rammesættende for arbejdet med fremskudt stofbehandling og dens faser. Det er et centralt aspekt for modellen, at den skal bidrage til at gøre stofbehandling mere tilgængelig for stofbrugere i meget udsatte positioner og sikre, at flere kan komme i behandling og modtage den hjælp, de har behov for.

Modellens kerneprincipper

- 1 Tag udgangspunkt i borgerens håb, ønsker og drømme
- 2 Fokuser på borgerens ressourcer
- 3 Inddrag borgerens netværk og de almene fællesskaber
- 4 Mød borgeren med åbenhed, tillid og respekt
- 5 Hjælp borgeren så tidligt som muligt
- 6 Arbejd koordineret med borgerens samlede livssituation
- 7 Følg op, så indsatsen altid er den rette
- 8 Brug viden og metoder, der virker.

Den faglige tilgang *Recovery-orienteret rehabilitering* (Socialstyrelsen, 2023), der også indgår i modellen for fremskudt stofbehandling, udviklet af Social- og Boligstyrelsen (ikke-publiceret udkast til modelbeskrivelse).

1.2 Fremskudt stofbehandling – målgruppe, formål og mål

Ifølge indsatsbeskrivelsen er målgruppen for fremskudt stofbehandling borgere, der er i målgruppen for social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101.³ Der er tale om personer med et massivt og komplekst stofbrug, som typisk indebærer et intensivt forbrug af flere forskellige rusmidler samtidigt.

Disse borgere har ofte en høj grad af belastning og komplekse problemstillinger på tværs af flere livsområder, herunder fysisk og psykisk helbred, økonomi, kriminalitet samt familiemæssige og sociale relationer. Deres situation er præget af alvorlige sociale og sundhedsmæssige udfordringer, som kræver en tværfaglig og koordineret indsats fra flere systemer og sektorer.

Målgruppen gør i begrænset omfang brug af eksisterende stofbehandlingstilbud eller er i risiko for at falde ud af behandlingsforløb. Det kan skyldes manglende tilgængelighed, oplevet stigmatisering, manglende motivation eller behandlingsformer, der ikke matcher deres behov og livssituation.

Det er indsatsens udgangspunkt, at mange i målgruppen lever i akut udsathed og ofte opholder sig på forsorgshjem, væresteder eller gaden. Andre færdes i mere skjulte miljøer eller opholder sig i eget hjem, men er stadig præget af en marginaliseret tilværelse og har begrænset eller ustabil kontakt til hjælpesystemet. At borgere har komplekse sociale og psykiske problemstillinger, gør det vanskeligt for dem at indgå i ordinære behandlingstilbud. Disse tilbud er sjældent tilpasset den uforudsigelighed, som kendetegner borgernes livssituation – herunder i kognitive udfordringer, psykisk mistrivsel og udsving i en adfærd, som ikke altid matcher tilbuddenes krav og forventninger. Mange i målgruppen har nemlig svært ved at honorere krav om regelmæssigt fremmøde og kontinuitet på et rusmiddelcenter. Dette gør behovet for fleksible, opsøgende og individuelt tilpassede indsatser særligt stort. En indsats, der tager udgangspunkt i deres aktuelle livssituation og muligheder for forandring – og som aktivt arbejder for at skabe adgang til behandling og relevant støtte.

Målgruppen inddeles i to undergrupper:

- Borgere, som ikke er kendt i behandlingssystemet. De lever ofte et isoleret og tilbager trukket liv, har sjældent et netværk til at støtte sig, har ofte begrænset

³ Lov om social service (serviceloven) § 101. Tilbuddet skal iværksættes senest 14 dage efter, at stofbrugeren har henvendt sig med ønske om behandling. Stk. 3. Behandlingen skal gives som et socialt tilbud, medmindre stofbrugeren har behov for lægelig behandling (sundhedsloven, § 142).

kontakt med omverdenen og ses ikke i stofmiljøet. De har ud over deres stofbrug ofte forskellige psykiske vanskeligheder.

- Borgere, der er kendt i systemet, men har en ustabil og sporadisk kontakt til behandlingssystemet. De er ofte på farten, frembrusende og synlige i miljøet og altid på udkig efter rusmidler. De kan være vanskelige at komme i kontakt med, fordi de ikke har tid eller ikke ønsker dialog med professionelle behandlere. De er ofte i en presset økonomisk situation og kan være i konflikt med andre borgere i miljøet.

Modellens indsatssteori beskriver de ønskede og tilstræbte resultater for de borgere, der deltager i fremskudt stofbehandling – både på kort og mellemlangt sigt. Formålet med indsatsen er at skabe reel forandring for den enkelte borger ved at sikre adgang til relevant behandling og støtte i en form, der er tilpasset deres livssituation og behov.

Indsatsen sigter mod, at deltagerne:

- indgår aktivt i et stofbehandlingsforløb, som opleves relevant og meningsfuldt
- forbliver i behandling så længe, de har behov, herunder med adgang til nødvendig substitutionsbehandling og løbende justeringer af indsatsen
- opnår konkrete og positive behandlingsresultater, fx reduktion, stabilisering eller ophør af stofbrug – afhængigt af den enkeltes mål og forudsætninger
- modtager relevant støtte og/eller supplerende sociale og sundhedsfaglige tilbud, der tager udgangspunkt i deres egne ønsker, behov, udfordringer og ressourcer
- oplever en helhedsorienteret og koordineret indsats, hvor behandling og støtte sker i et tæt og tværfagligt samarbejde mellem relevante aktører – med afsæt i en recovery-orienteret rehabiliteringstilgang
- får reduceret belastningerne på de livsområder, hvor de er mest udfordrede, såsom fysisk og psykisk helbred, økonomi, sociale relationer eller kriminalitet – med henblik på at styrke mestring, stabilitet og trivsel.

Det helt overordnede mål med indsatsen er, at den ikke kun gavner den enkelte borger, men også bidrager til en bredere samfundsmæssig gevinst. Ved at fremme sundhed, reducere sociale problemer og forebygge marginalisering er det forhåbningen, at fremskudt stofbehandling skaber grobund for et mere inkluderende og støttende samfund – hvor flere borgere får mulighed for at leve et værdigt liv med øget deltagelse og livskvalitet.

De forventede resultater på projektniveau i de enkelte kommuner er, at der via arbejdet med modellen:

- etableres et opsøgende og fremskudt behandlingstilbud til stofbrugere i meget udsatte positioner i samarbejde med én eller flere relevante civilsamfundsorganisationer
- skabes kontakt til en gruppe af stofbrugere i meget udsatte positioner, som de ikke tidligere har været i kontakt med, eller som de ikke har lykkedes med at opretholde en stabil kontakt til
- opnås et samarbejde med stofbrugere om stofbehandling
- brobygges til ordinære behandlings- og støttetilbud, som borgerne har behov for.

Figur 1.1 er udviklet af Social- og Boligstyrelsen og er en visuel fremstilling af kerneprincipper og tre faser i modellen for fremskudt stofbehandling.

Figur 1.1 **Kerneprincipper og tre faser i modellen for fremskudt stofbehandling**



Kilde: Social- og Boligstyrelsen, 2023.

Fase 1 – Opsporing og kontakt

Denne fase har til formål at synliggøre indsatsen for både målgruppen og de aktører, der har kontakt til den. Gennem opsporing, identifikation af relevante borgere og etablering af den første kontakt skabes de nødvendige forudsætninger for at afprøve og implementere modellen.

Trinnene omfatter:

- Synliggørelse af indsatsen over for borgere og samarbejdspartnere
- Identifikation af borgere, som muligvis er en del af målgruppen, og etablering af kontakt til dem
- Relationelt arbejde med henblik på at motivere borgere til at indgå i behandling, når behov og interesse foreligger.

Fase 2 – Behandling

I denne fase indskrives borgeren formelt i indsatsen, og der udarbejdes en lovpligtig behandlingsplan i henhold til § 101 i lov om social service. Fokus er på den aktive gennemførelse af behandlingen og støtte til borgeren undervejs.

Fase 3 – Overgang til ordinær behandling

Denne fase handler om at understøtte brobygning, så borgeren kan overgå til ordinær behandling, når vedkommende er klar og kan opfylde de krav, som ordinær behandling stiller, fx regelmæssigt fremmøde og samarbejde med behandlingsaktører.

Civilsamfundets rolle i modellen for fremskudt stofbehandling

I fremskudt stofbehandling anses civilsamfundet som en vigtig samarbejdspartner og medspiller i indsatsen for stofbrugere i meget udsatte positioner. Civilsamfundet forstås bredt og omfatter frivillige organisationer, foreninger, netværk og andre aktører, der arbejder uden for det offentlige system og markedet. De har ofte en tæt kontakt til målgruppen og evnen til at skabe tillidsfulde relationer i øjenhøjde.

Civilsamfundets bidrag omfatter frivilligt socialt arbejde – det vil sige aktiviteter, som udføres inden for velfærdsområdet og skaber social værdi. Modellen bygger på erkendelsen af, at både det offentlige og civilsamfundet rummer unikke ressourcer, og at en fælles indsats er nødvendig for at nå borgere, som ellers risikerer at stå uden for behandling og støtte.

Dette perspektiv understøttes af en stigende forventning blandt nationale og lokale politikere, fonde og andre interessenter om, at frivillige i stigende grad kan og bør bidrage til løsningen af komplekse velfærdsudfordringer – en tendens, der også afspejles i nyere lovgivning. Samtidig viser erfaringer, at det ofte kan være vanskeligt at etablere konstruktive samarbejder lokalt, bl.a. på grund af strukturelle forskelle, styringsformer, kompetencer og kulturer (Espersen et al., 2021; Tortzen, 2016).

Civilsamfundsaktørernes rolle i modellen er særlig tydelig i den opsøgende fase, hvor de gennem deres tætte og ofte uformelle relationer til borgerne kan identificere, motivere og støtte dem i mødet med behandling. De vurderer borgere i forhold til motivation, tidligere erfaringer og barrierer, og formidler kontakt til behandlerne, hvilket understøtter en individuel og relevant indsats. Denne brobygning er vigtig, da mange borgere i målgruppen har vanskeligt ved at møde op i traditionelle behandlingstilbud og derfor ellers risikerer at stå uden støtte.

Civilsamfundets bidrag kan konkret omfatte:

- Brobygning til behandling og støtte, fx ved at følge borgeren til aftaler eller inddrage relevante fagpersoner
- Akut hjælp, såsom mad, tøj, bad og trygge opholdssteder
- Fleksibel tilgængelighed, herunder åbning uden for normal drift og brug af lokaler, hvor borgerne opholder sig
- Sociale fællesskaber og aktiviteter, der understøtter trivsel og inklusion før, under og efter behandling
- Koordination og samarbejde med behandlere om en helhedsorienteret indsats
- Skabelse af tryghed gennem nærvær og relationel støtte for både borgere og behandlere.

Projektet er gennemført i tæt samarbejde mellem fire kommuner/rusmiddelcentre – Helsingør, Vejle, Randers og Odder – civilsamfundsaktører såsom herberger, varmerstuer, stofindtagelsesrum og et boligselskab samt Social- og Boligstyrelsen. Hver kommune har afprøvet modellen lokalt sammen med sine civilsamfundspartnere, samtidig med at både kommuner og civilsamfundsaktører har deltaget i det fælles udviklingsarbejde. Dette samarbejde har gjort det muligt at dele viden og erfaringer om organisering, kerneelementer, metoder og redskaber, hvilket har kvalificeret implementeringen af modellen og styrket indsatsens helhedsorienterede karakter.

1.3 De fire deltagende kommuner

Som beskrevet i kapitel 1 består modellen af centrale faser, trin og redskaber, der skal understøtte stofbehandlingernes arbejde med at planlægge, gennemføre og justere indsatsen i forhold til borgerens udvikling og aktuelle situation. Praksismodellen udgør den anvendelsesorienterede del af den samlede model og fungerer som et konkret arbejdsredskab, der hjælper kommuner og civilsamfundsaktører med at omsætte principper og faglige tilgange til daglig praksis. Det sker bl.a. gennem eksempler og opmærksomhedspunkter, som viser, hvordan indsatsen kan tilrettelægges, og hvor det er relevant at sætte fokus. Et sådant eksempel er, med udgangspunkt i kerneprincippet *Inddrag borgerens netværk og de almene fællesskaber*, en beskrivelse af, at civilsamfundsorganisation, evt. i samarbejde med kommunen, kan tilbyde støttegrupper med peers, men det er op til den enkelte projektkommune at beslutte. Som det ses i Tabel 1.1, har kun en kommune haft en peer-medarbejder med, som blev ansat i forbindelse med fremskudt stofbehandling.

Kommunerne har imidlertid forskellige forudsætninger for at implementere modellen. De adskiller sig i forhold til størrelse, organisering, geografiske forhold og graden af tilgængelige civilsamfundsaktører. Derfor har hver af de fire kommuner udviklet deres eget lokale design for, hvordan fremskudt stofbehandling bedst kan tilrettelægges og gennemføres i praksis. Opgaven har i alle tilfælde været at etablere et opsøgende og udgående stofbehandlingstilbud til borgere i meget udsatte positioner i samarbejde med en eller flere civilsamfundsorganisationer – men løsningerne er tilpasset lokale rammer og muligheder.

Tabel 1.1 præsenterer nøglekarakteristika ved arbejdet med modellen i fire kommuner. Den giver et samlet overblik over, hvordan kommunerne har valgt at organisere indsatsen, etableret samarbejde mellem civilsamfundsaktører og omsat modellens principper til praksis. Formålet er ikke at evaluere den enkelte kommune isoleret, men at skabe et analytisk udgangspunkt for at afdække variationer i erfaringerne fra implementeringen.

Disse forskelle udgør en vigtig ramme for at tolke erfaringerne fra interviewene. Når en kommune eksempelvis allerede har erfaring med opsøgende arbejde eller et vel-etableret samarbejde med civilsamfundet, skaber det andre forudsætninger for implementering end i kommuner, hvor dette først skulle opbygges. På samme måde giver variationer i opsøgende praksis – fx om indsatsen foregår i borgernes hjem, på væresteder eller i det offentlige rum – indblik i både de barrierer og de muligheder, som gør sig gældende i arbejdet med at nå målgruppen. Dermed synliggør tabellen ikke blot forskelle, men peger også på centrale faktorer, der kan have betydning for modellens anvendelighed og resultater.

Tabel 1.1 Overblik over nøglekarakteristika ved de fire kommuner i arbejdet med fremskudt stofbehandling

Parametre	Odder Kommune	Vejle Kommune	Helsingør Kommune	Randers Kommune
Samarbejde med væresteder	Nej	Ja	Ja	Ja
Samarbejde med kommercielle aktører	Ja	Nej	Nej	Nej
Samarbejde med boligsociale aktører	Ja	Ja	Nej	Nej
Opsøgende i borgers hjem	Ja	Ja	Ja	Ja
Opsøgende på væresteder	Nej	Ja	Ja	Ja
Opsøgende på offentlige steder	Ja (dog er der intet "naturligt" samlingssted for målgruppen i kommunen)	Ja, men i begrænset omgang	Ja	Ja, men i begrænset omgang
Opsøgende på herberger (§ 110 + § 108)	Nej	Ja	Ja	Ja
Substitutionsbehandling – Fremskudt læge	Ja	Nej	Ja	Ja
Fremskudt myndighedssagsbehandler	Nej	Nej	Nej	Ja, idet der kan beviliges bostøtte/mestringsvejledning på udsatte-området i kommunen
Peer-medarbejdere	Nej	Nej	Ja	Nej
Kommunen har forudgående erfaringer med at indgå i samarbejde og partnerskab med civilsamfundsaktører i forhold til målgruppen	Nej	Ja	Nej	Ja
Civilsamfundsaktører er en del af projektbudgettet?	Nej	Ja	Nej	Nej

Tabellen viser, at kommunerne arbejder meget forskelligt med fremskudt stofbehandling – både hvad angår organisering, erfaring og samarbejde med civilsamsfundsaktører. Nogle kommuner trækker på eksisterende partnerskaber og længerevarende erfaringer med opsøgende arbejde, mens andre har måttet etablere nye strukturer, relationer og arbejdsgange som led i projektet og ikke har erfaring med at samarbejde med civilsamfund. En af kommunerne har fx afsat midler direkte til civilsamsfundsaktørernes engagement ind i fremskudt stofbehandling (Vejle Kommune), mens de tre andre ikke har gjort noget tilsvarende.

Forskellene tydeliggør, at modellen afprøves i meget forskellige lokale kontekster med varierende forudsætninger og kapacitet. Dette har vist sig at være af væsentlig betydning for implementeringen, tempoet i udviklingen og de erfaringer, der opnås undervejs – og understreger, at lokale rammer og udgangspunkt spiller en central rolle for, hvordan fremskudt støtte kan realiseres i praksis.

Her følger en kort karakteristik af de fire deltagende kommuner med udgangspunkt i behandlernes beskrivelser af indsatsen:

Odder Kommune

Denne kommune skiller sig ud fra de øvrige kommuner ved at have samarbejde med kommercielle aktører (en boligforening og en handelsstandsforening), der normalt ikke arbejder med målgruppen. I kommunen ligger ikke umiddelbart andre relevante civilsamsfundsaktører/frivillige sociale tilbud, såsom væresteder og herberger eller andre, som kunne være relevante at samarbejde med. Kommunen har en del erfaring med fase 2 og 3, da de længe har haft kombination af bostøtte og stofbehandling. Det primære fokus for civilsamsfundsaktører har primært været at bidrage til at opsøge borgerne (fase 1). Rusmiddelcenteret har ikke forudgående erfaringer med formaliseret samarbejde med civilsamsfundsaktører.

Erfaringen i kommunen og hos civilsamsfundsaktører er, at det har været svært at finde borgere, idet der ikke er et egentligt gademiljø, hvor stofbrugere "hænger ud". Så derfor er der et stort forarbejde i at afdække, om der måske er nogle, der har behov for hjælp, og hvor de er henne. Erfaringen er også, at det har været svært at finde ud af, hvordan samarbejdet skal understøttes, og at få etableret gode rammer for dette.

Vejle Kommune

I denne større kommune er fremskudt stofbehandling et bindeled mellem den etablerede stofbehandling og den udgående indsats i rusmiddelcenteret. Projektet drives af to fuldtidsansatte medarbejdere, der arbejder fleksibelt og inden for brede rammer af, hvad der kan forstås som behandling. Indsatsen tilpasses den enkelte

borgers behov og foregår dér, hvor borgeren opholder sig – eksempelvis i eget hjem, på væresteder eller på kommunale matrikler.

Vejle Kommune har valgt at rette en særlig indsats mod borgere i de mindre byer uden for Vejle. Dette har dog vist sig at være en udfordring, idet mange af borgerne primært opholder sig i deres lokalområde, og når de ikke gør det, befinder de sig som regel i Vejle Kommune.

Strategien har været at sikre høj lokal synlighed og stærk brobygning – både til borgerne og til relevante samarbejdspartnere som politi, regional psykiatri og borger-service. Civilsamfundet spiller en aktiv rolle gennem opsøgende og motiverende arbejde, brobygning, sociale aktiviteter og ved at stille lokaler til rådighed. Samarbejdet bygger videre på eksisterende partnerskaber og relationer mellem kommunen og civilsamfundet og har givet gode forudsætninger for at implementere modellen.

Helsingør Kommune

I Helsingør Kommune er fremskudt stofbehandling organiseret omkring et tværfagligt team bestående af social- og sundhedsfaglige medarbejdere fra både social stofbehandling og medicinudleveringen. Hertil er der tilknyttet en peer-medarbejder.

Kommunen samarbejder med et bosted, to væresteder og to herberger. Civilsamfundets bidrag har primært været i opsporingsfasen (fase 1). For rusmiddelcenteret har det været en ny opgave at indgå i et formaliseret samarbejde med civilsamsfundsaktører. Erfaringerne viser, at gadeopsøgning har været vanskeligere end forventet for det udgående behandlingsteam, og de fleste borgere er i praksis blevet rekrutteret via støtte-kontaktpersoner eller gennem medicinudleveringen.

Randers Kommune

I Randers Kommune er fremskudt stofbehandling forankret i rusmiddelcenteret og organiseret omkring et udkørende team med tre behandlere, der arbejder fleksibelt og tæt sammen. Kommunen har tidligere erfaring med et mobilt team, men projektet har skærpet fokus på en mere udsat målgruppe, som kræver en langsigtet, motiverende og relationel indsats.

Projektet udspringer af et ønske om at udvikle behandlingen for borgere, som tidligere ikke er blevet engageret i den ordinære indsats. Kommunen samarbejder med både et værested og et herberg, hvor civilsamfundet primært bidrager med opsporing og rekruttering. Erfaringerne viser, at civilsamfundet fungerer som en tæt samarbejdspartner, der styrker mulighederne for at nå borgere, som ellers ville være svære at engagere.

1.4 Metode og datagrundlag

Undersøgelsen har både benyttet kvalitative og kvantitative metoder og flere forskellige datakilder, hvilket fremgår af Tabel 1.2, som giver et kort overblik over undersøgelsens datakilder og anvendelse af disse. Der er en mere uddybende beskrivelse af metoder og data i kapitel 5.

Dataindsamlingen udgør det empiriske grundlag for at besvare undersøgelsens hovedspørgsmål, som omhandler: a) implementering, b) samarbejde mellem civilsamsfundsorganisationer og rusmiddelcentre, c) forløb og resultater for de deltagende borgere.

Indsamling af data om erfaringer med implementering og samarbejde er gennemført som fokusgruppinterviews med udvalgte borgere, medarbejdere, ledere og projektledere i fire kommuner, ligesom der er gennemført besøg i alle fire kommuner. Der er således perspektiver fra såvel borgere, civilsamsfundsaktører samt de kommunale rusmiddelcentre angående implementering af fremskudt stofbehandling og resultater af denne på borgerniveau.

Gennem projektperioden har i alt 107 borgere påbegyndt deltagelse i projektet om fremskudt stofbehandling og givet tilsagn hertil. Samtlige deltagere har modtaget samtaler og socialfaglig behandling, mens under 10 % samtidig har modtaget substitutionsmedicin. De stofproblematikker, der gjorde fremskudt stofbehandling relevant for målgruppen, omfattede primært forbrug af hash, amfetamin, både hash og amfetamin, kokain eller opioider. For ca. 10 % af deltagerne bestod udfordringerne af et blandingsmisbrug med flere forskellige stoffer.

Når behandling omtales i denne rapport, henviser det således overvejende til den socialfaglige indsats.

Indsamling af kvantitative data om borgeres forløb og resultater af deltagelsen er gennemført som løbende målinger for deltagerne (borgerne) gennem hele projektperioden med spørgsmål til borgere om trivsel, stofbrug og recovery som progressionsmål og spørgsmål til behandlere om borgeren omkring deltagelse og forløb i fremskudt stofbehandling. Denne del af undersøgelsen giver ikke mulighed for at vurdere, om fremskudt stofbehandling har positive virkninger eller ej, men giver et systematisk billede af borgernes erfaring med fremskudt stofbehandling og giver indikationer på, hvordan det er gået deltagerne.

Der indgår, som beskrevet, fire kommuner i undersøgelsen af erfaringer med og resultaterne af at implementere fremskudt stofbehandling. Kommunerne ligger i tre forskellige regioner og er ret forskellige i størrelse og indbyggertal, ligesom de også er forskellige på en lang række parametre, som er centrale for at beskrive deres

respektive udgangspunkter i arbejdet med modellen for fremskudt stofbehandling. At det netop er de fire kommuner, som indgår, er et resultat af en udvælgelsesproces forestået af Social- og Boligstyrelsen af kommuner, som har søgt en udmeldt ansøgningspulje, som havde det formål at gøre stofmisbrugsbehandling mere tilgængelig for borgere i meget udsatte positioner gennem tilpasning og implementering af en model for fremskudt behandling.⁴

Tabel 1.2 Brug af metoder og datakilder

Metode og datakilde	Beskrivelse	Antal	Anvendelse
Interviews og besøg i fire kommuner med ledere og medarbejdere i rusmiddelcentre og i civilsamfundsorganisationer (to interviews i hver kommune).	Belyser aktørernes perspektiver på organisering, samarbejde, praksisnære erfaringer og vurderinger af indsatsens betydning for og potentiale.	Fire besøg Fire fokusgruppeinterviews med medarbejdere og (projekt)ledere (16 i alt) i fire kommunale rusmiddelcentre Fire fokusgruppeinterviews med medarbejdere og ledere (11 i alt) i civilsamfundsorganisationer. Individuelle forskningsinterviews med borgere (7 i alt), som har deltaget i fremskudt stofbehandling.	Kapitel 2 og 3
Spørgeskema til borger	Spørgeskema om trivsel, stofbrug og recovery. Udfyldes løbende og hver anden måned af borger, evt. med hjælp fra behandler/anden fagperson.	420 besvarelser fordelt på 8 målinger fra 2024-25.	Kapitel 4
Spørgeskema om borger (<i>kontaktskema start</i>)	Skema om borgerens tilknytning til indsatser, opsporing. Udfyldes en gang for hver borger ved opstart i projektet. Udfyldes af relevant behandler/fagperson.	107 besvarelser ved opstart for den enkelte borgere.	Kapitel 4
Spørgeskema om borger (<i>kontaktskema løbende</i>)	Skema om borgerens tilknytning til fremskudt stofbehandling samt brobygning og tilknytning til behandlingstilbud og øvrige sociale og sundhedsfaglige indsatser. Udfyldes løbende af relevant behandler/fagperson.	155 besvarelser fordelt på fire målinger.	Kapitel 4
Deltagerliste	Løbende indsamling af aktuelle deltagere i fremskudt stofbehandling.	107	Metodegrundlag for at kommunerne kunne

⁴ Bekendtgørelse om ansøgningspuljen til *fremskudt behandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug* BEK nr 598 af 29/05/2023.

Metode og datakilde	Beskrivelse	Antal	Anvendelse
			have overblik over, hvem som deltager og for, at vi kunne sikre indsamlingen af spørgeskemadata, som i alle tilfælde er understøttet af behandlerne.

Kilde: VIVE.

1.5 Læsevejledning

Rapportens analyser og resultater er struktureret i fem kapitler med følgende indhold:

- Kapitel 2 indeholder en beskrivelse af målgruppens erfaringer med deltagelsen og bygger på syv kvalitative forskningsinterviews, der er gennemført i to af kommunerne. Kapitlet handler om deres første kontakt til og erfaringer med fremskudt stofbehandling, deres ønsker og forventninger og overordnede oplevelse af at deltage samt deres oplevede udbytte.
- Kapitel 3 omhandler og udfolder kommunernes såvel som rusmiddelcentrenes erfaringer med at implementere modellen for fremskudt stofbehandling. Den første del omhandler erfaringer med at implementere de tre forskellige faser i modellen, civilsamfundsaktørernes roller samt det oplevede udbytte for borgerne. Den sidste del af kapitlet omhandler specifikt samarbejde mellem kommuner og civilsamfund, som er en central del i modellen.
- Kapitel 4 præsenterer resultater for borgerne, der deltager i fremskudt stofbehandling.
- I rapportens dokumentationsdel i kapitel 5 uddybes undersøgelsens metode- og datagrundlag.

2 Perspektiver fra målgruppen

Analysen i dette kapitel bygger på syv kvalitative interviews med deltagere i fremskudt stofbehandling i alderen 22 til 65 år, som alle har erfaringer med fremskudt stofbehandling. Der er tale om personer, som i perioder har levet i hjemløshed, og som alle har et aktuelt eller tidligere længerevarende og omfattende stofbrug.

Interviewene fokuserer på informanternes oplevelser og perspektiver på indsatsen og præsenteres i det følgende ud fra en tematisk struktur. Formålet med kapitlet er at belyse, hvordan informanterne selv beskriver adgangen til tilbuddet, relationerne til medarbejderne, den støtte, de modtager, samt de forandringer, de oplever som følge af deltagelsen i fremskudt stofbehandling. På tidspunktet for interviewene var alle aktive i modellens fase 2.

Vi har valgt at anonymisere datamaterialet og at kalde informanterne interviewperson IP1, IP2, IP3 osv. Stednavne og navne på personer er fjernet fra materialet, ligesom vi heller ikke skriver, hvilken af de fire kommuner, borgeren modtager behandling i. Som også beskrevet i metode- og datakapitlet (kapitel 5), er interviewene gennemført i forbindelse med case-besøg i kommunerne. Interviewene er alle enten foregået i informanternes eget hjem, på rusmiddelcenteret, pr. telefon eller på en bänk i det offentlige rum, efter deres eget ønske. I alle tilfælde er det deres primære stofbehandler, som har foranlediget, at interviewene kunne finde sted, dvs. spurgt informanterne, om de havde lyst til at fortælle om deres erfaringer med fremskudt stofbehandling. De fremskudte behandlere har altså i kraft af deres relation til den enkelte deltager – på vegne af VIVE – spurgt om, de havde lyst til at deltage i et interview.

Ingen af informanterne ville formentlig have deltaget, hvis de ikke både følte sig trygge ved og havde stor tillid til deres behandler. Behandlerens tilstedeværelse under interviewet bidrog umiddelbart til at skabe tryghed for informanterne. Samtidig muliggjorde det, at informanterne kunne inddrage behandleren, hvis særlige oplevelser eller hændelser skulle uddybes eller verificeres. Som aftalt i begyndelsen af interviewet kunne behandleren desuden understøtte samtalen og hjælpe informanten efter behov.

Et antal på syv interviews med borgere har naturligvis betydning for fortolkningen af deltagernes erfaringer. De indsamlede perspektiver skal ses som udtryk for netop disse deltageres oplevelser, hvorfor det ikke er muligt – og heller ikke har været målet – at generalisere resultaterne til hele målgruppen. Samtidig indebærer et lille sample en øget følsomhed over for enkeltpersoners udsagn og erfaringer, idet individuelle fortællinger kan få større analytisk vægt end i et større datasæt. Endvidere skal det bemærkes, at et sådant antal deltagere kan indebære risiko for selektions-

bias, idet de deltagende borgere kan adskille sig fra andre i målgruppen – eksempelvis ved i højere grad at være motiverede for eller positive over for indsatsen.

Undersøgelsen tilrettelagt inden for en kvalitativ, eksplorativ tilgang med fokus på at opnå dybdegående indsigt i deltagernes oplevelser, forståelser og forandringsprocesser. I denne sammenhæng vurderes materialet at give et nuanceret og meningsfuldt indblik i de deltagendes perspektiver, samtidig med at der tages højde for, at en større deltagergruppe potentielt kunne have tilført yderligere variation i erfaringerne.

Tabel 2.1 Syv interviews med borgere

Informant (IP)	Alder	Karakteristika
IP1	55-60 år	Bor på et botilbud.
IP2	55-60 år	Bor i egen lejlighed. Aktuelt ude af alkohol og stoffer.
IP3	20-25 år	Bor i egen lejlighed. Interview fandt sted udendørs på en bænk. Tilknyttet psykiatri og har voldsom angst.
IP4	45-50 år	Interview fandt sted pr. telefon, da IP ikke mødte op til aftalt tidspunkt.
IP5	55-60 år	Bor i egen lejlighed, hvor interviewet blev gennemført.
IP6	35-40 år	Bor på værelse. Interview fandt sted udendørs på en bænk.
IP7	45-50 år	Telefonisk interview.

Kilde: VIVE.

Behandlerens tilstedeværelse kan dog godt tænkes at påvirke informanternes svar. Dette afhænger i høj grad af, om informanterne følte tilstrækkelig tryghed til at udtrykke eventuelle kritiske refleksioner, mens behandleren var til stede. I de tilfælde, hvor informanterne ikke har følt sig frie til dette – og samtidig har haft grundlag for kritik – har vi formentlig ikke fået fuld indsigt heri. Vores umiddelbare vurdering er dog, at informanterne grundlæggende ikke havde væsentlig kritik. Samtidig kan relationens karakter mellem behandler og informant naturligvis have medført en vis positiv selektion af deltagere, som mest havde gode erfaringer med fremskudt stofbehandling og eventuelt også en god relation til behandler.

2.1 Fleksibilitet, nærhed og hurtig adgang som forudsætninger for at nå og motivere målgruppen

Indledningsvist belyses, hvordan informanterne har fundet vej ind i fremskudt stofbehandling, og hvad der gjorde det muligt og/eller attraktivt for dem at tage imod denne indsats. Fokus er særligt på indsatsens tilgængelighed, fleksibilitet og lavtærskelkarakter samt de behov og omstændigheder, der, ifølge informanterne, fik dem til at engagere sig.

Tre af informanterne havde fået information om fremskudt stofbehandling via medarbejdere i jobcentret, mens en fjerde blev opfordret til at tage kontakt til fremskudt stofbehandling i forbindelse med et informationsmøde i fagforeningen. De øvrige tre informanter tog selv kontakt til rusmiddelcenteret, da de oplevede et behov for hjælp og støtte. Nogle informanter fortæller, at de var nået til et punkt i deres liv, hvor de på grund af sygdom og andet var blevet socialt isolerede og havde svært ved at finde lyst og overskud til både at komme ud fra deres hjem samt at opsøge behandling og hjælp. Andre fortæller, hvordan de oplevede at have været ved at miste grebet om deres tilværelse, og at deres situation var blevet så tilspidset og akut, at de var nødt til at gøre noget aktivt ved deres situation. Flere har tidligere erfaringer med ordinær behandling, men de var hverken positive eller succesfulde. Flere af informanterne har tidligere erfaringer med ordinær stofbehandling, men disse erfaringer beskrives som hverken positive eller succesfulde. Derfor havde de heller ikke høje forventninger til fremskudt stofbehandling, fortæller flere. Alligevel oplevede mange, at der var noget ved fremskudt stofbehandling, som virkede lovende og vækkede deres nysgerrighed, da de første gang hørte om tilbuddet. Det, der især fremstod attraktivt, var, at de ikke selv behøvede at møde op i rusmiddelcenteret, men i stedet ville blive opsøgt af behandlere i deres eget miljø. Flere fortæller, hvordan det for nogle var uhensigtsmæssigt (både dyrt og meget tidskrævende) at skulle møde op på et rusmiddelcenter, som for mange af dem lå mange km væk fra, hvor de boede. En informant, som var isoleret gennem længere tid, fortæller, at det fremskudte element ved indsatsen var et virkelig godt match i forhold til egen situation, og at denne havde brug for støtte hjemme. Informanten selv er i 40'erne og vurderer efter at have tilbragt mere end et år i fremskudt stofbehandling, at der er mange i samme alder, som har børn og måske er pressede på arbejde, som kommer der, fordi de har et skjult forbrug af stoffer. Denne informant er et eksempel på en, som i udgangspunktet var skeptisk:



Men ved, at I kunne komme hjem til mig, altså, jeg havde dårligt ben, og der var flere ting med mit helbred, og jeg havde været isoleret i flere år på grund af mit misbrug, så det der med at komme ned og, det kunne jeg slet ikke overskue. Jeg vil gerne hjælpes, men jeg kunne slet ikke overskue alt sådan noget og møde en masse fremmede mennesker og sådan noget, det kunne jeg bare ikke. Det kunne jeg ikke. Men jeg vidste også, jeg skulle gøre noget. Jeg kan huske, jeg ringede ned til rusmiddelcenter og sagde "sådan og sådan er min situation, jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre". Og så ringede [navn på fremskudt stofbehandler] mig op. Og så fortalte han om, at I havde den der mobil enhed, om det var noget. Og jeg tænkte bare, "det er jo lige det, jeg har brug for. Det er lige det, jeg har brug for". Jeg har brug for at få støtte herhjemme i starten. Få noget herhjemme, ik også.

Deltager i fremskudt stofbehandling (IP2)

Jeg havde frygtet alt muligt, at det var sådan noget "du ved godt", øhm, "Jamen, så må du gøre sådan og så farvel". Jeg synes, der var meget opbakning, det, ja det var der. Helt sikkert. Deltager i fremskudt stofbehandling (IP2)

Flere af informanterne fortæller, at de ved det første møde oplevede stor opbakning og følte sig mødt, trykke og forstået af behandlerne. En anden informant, som henvendte sig til rusmiddelcenteret på grund af et akut behov for hjælp – efter at et dagligt forbrug var løbet løbsk og blevet vanskeligt at afgrænse – beskriver sit forløb op til mødet med fremskudt stofbehandling sådan:

IP4: Så jeg kom ud i sådan nogle skøre situationer, hvor det faktisk bare blev bare værre og værre, fordi det kunne ikke blive vildt nok [...] og så til sidst, var det ligesom, at mit hoved, det bare ikke kunne mere, og du ved, og så kunne jeg bare mærke, at nu slår jeg snart en ihjel, ellers så bliver jeg selv slået ihjel, ellers så ryger jeg i fængsel. Og så tog jeg kontakt til misbrugscenteret og sagde, om jeg ikke kunne få en tid, fordi den var helt gal [...]

Interviewer: Okay, hold da op, ja ... og hvor længe?

IP4: Så siger de, jo, men jeg kunne få en tid ugen efter. Så sagde jeg; "Jeg skal have en tid i dag, fordi ellers så bliver I nødt til at ringe efter politiet, fordi at det her, det

går galt". Så fik jeg så en akuttid eller et eller andet, men faktisk var det ligesom, at jeg fik lidt ro på oppe i hovedet. Så var det ligesom, at nu kunne jeg se en vej ud af det igen, ikke ... og så kom jeg i kontakt med [navn på behandler] på den måde. Så kom de to i sådan et team, ned til mig, og så var det lige så langsomt, at jeg sådan ligesom fik greb om ... situationen igen, fordi jeg har aldrig haft sådan et dagligt misbrug, men det fik jeg jo lige pludselig med [navnet på stoffet] på grund af, at jeg ikke kunne, jeg havde ikke noget arbejde, jeg havde ikke noget som helst. Deltager i fremskudt stofbehandling (IP4)

Informanterne beskriver det første møde med fremskudt stofbehandling som både hjælpsomt, tryghedsskabende og stabiliserende i en presset situation. En informant fortæller om et dagligt stofbrug, der var kommet helt ud af kontrol, hvor de konkrete konsekvenser af stofbrugen skabte akut risiko for både fysisk skade og retlige problemer. Dette illustrerer, hvordan en behandler i fremskudt stofbehandling kan gribe ind på et kritisk tidspunkt, hvor informanten ikke længere oplever at have kontrol over situationen.

Informanten fremhæver, at det første møde med behandlerne gav en tydelig oplevelse af at blive mødt med forståelse og respekt. Denne tilgang skabte den nødvendige tryghed til at engagere sig i indsatsen. Den umiddelbare kontakt og muligheden for en akuttid fremhæves som eksempler på, hvordan fremskudt stofbehandling kan tilpasse sig borgerens akutte behov og dermed reducere risikoen for yderligere eskalation. En anden fortalte, hvordan noget af det helt afgørende var, at det var godt, behandlerne var mennesker:

Der kommer helt ude fra mit liv, ikke. Som er voksne mennesker, som lever sgu et normalt liv, ikke. Normalt liv, ja ja, altså. (Deltager i fremskudt stofbehandling, IP5)

Analysen af de syv interviews med deltagere i alderen 22–65 år viser et klart mønster: Vejen ind i den fremskudte stofbehandling sker både via systemhenvisninger (primært jobcentre) og ved egen henvendelse. Bag henvendelserne ligger to overordnede drivkræfter:

- Gradvis forværring og tab af kontrol, ofte kulminerende i en akut krise
- Social isolation eller praktiske barrierer, som gjorde det svært at opsøge traditionel behandling i kombination med et stofbrug.

Flere informanter havde tidligere erfaringer med ordinær stofbehandling, men disse forløb blev generelt beskrevet som mindre positive og ikke tilpasset deres situation på daværende tidspunkt. En informant udtrykker oplevelsen sådan:

Jo ... altså, det er det der med, at du kan få nogle værktøjer og sådan noget, men ... men de der værktøjer, det er sådan lidt ligesom om, at du skaffer dig af med værktøjer, og så lever du stadigvæk i sådan en eller anden mærkelig kasse, som du ikke skal bevæge dig udenfor, fordi du aner ikke ... Ja, jeg ved ikke lige, hvordan jeg skal forklare det. Deltager i fremskudt stofbehandling (IP4)

Citatet illustrerer, hvordan ordinær behandling for nogle kan opleves som ufleksibel og begrænsende, snarere end som en hjælp, der kan omsættes til en mere varig forandring i hverdagen. Informanten fortæller endvidere med supplerende indspark fra den tilstedeværende behandler, at man ikke blot kan tage udgangspunkt i barndommen og konstant gentage deltagerens historie og alt dét, der er sket. Informanten her synes, at denne tidligere er blevet fastholdt for meget i sin fortælling, hvilket har været svært at bryde med og har givet anledning til forvirring og handlingslamelse. Citatet peger på en oplevelse af, at traditionel stofbehandling kan blive for skematisk og ufleksibel – som en "kasse", hvor borgeren ikke kan bevæge sig frit. Det understreger et behov for mere individualiserede og fleksible indsatser, hvor behandlingen i højere grad tilpasses borgerens livssituation og ressourcer.

Alle informanterne fortæller, at fremskudt stofbehandling lød som særligt lovende, både fordi de oplevede det som et let tilgængeligt tilbud, hvor der var en nem og personlig adgang, udstrakt fleksibilitet og ikke mindst en mulighed for at få hjælp dér, hvor informanterne selv ønsker at mødes (fx hjemmebesøg eller via møder på et offentligt sted), hvilket gjorde tilbuddet både praktisk tilgængeligt og muligt for dem at deltage i. For nogle var der fra behandler et indholdsmæssigt klart budskab om, at de ikke ville blive negativt vurderet eller afvist, men mødt, hvor de var, uanset de var påvirkede eller kaotiske i deres adfærd, hvilket – ifølge de interviewede selv – bidrog til, at de tog imod hjælpen trods indledningsvis skepsis.

De fortællinger, hvor en akut indsats var nødvendig, understreger desuden betydningen af hurtig adgang og mulighed for en opsøgende og fleksibel kontakt: Én informant beskriver, hvordan en øjeblikkelig samtale og efterfølgende hjemmebesøg gav ro i en situation, der ellers kunne være endt med at få meget alvorlige konsekvenser for informanten selv. Samlet set peger interviewene på, at både tidlig opsporing via samarbejdsaktører (fx jobcenter), en både lavtærskel- og fremskudte tilbud samt mulighed for hurtig respons ved akutte behov, har været centrale for at nå målgruppen og understøtte og skabe motivation hos den enkelte til at påbegynde et forløb.

Næste afsnit handler om, hvordan relationer, tillid og den konkrete støtte i mødet med behandler bidrager til fastholdelse og understøtter oplevede forandringer.

2.2 Relationen som nøgle til adgang, fastholdelse og forandring

Centralt i fremskudt stofbehandling er relationen mellem deltager og behandler. Dette kapitel fokuserer på informanternes erfaringer med at modtage støtte, og hvordan de oplever mødet med behandlerne. Samtidig belyses det, hvordan kontakten til bestemte medarbejdere eller kontaktpersoner har haft betydning for informanternes motivation og engagement i forhold til at fortsætte i indsatsen.

På baggrund af interviewuddragene fremstår relationen til de fremskudte behandlere ikke kun som en adgangsvej til behandling, men også som en aktiv forandringsmekanisme: Den gør det muligt at nå sårbare borgere, fastholde dem i forløbet og samtidig tilbyde både konkrete redskaber og følelsesmæssig støtte. Over tid skaber denne kombination gradvist øget stabilitet, motivation og trivsel.

Informanternes fortællinger peger på, at relationen til de fremskudte behandlere generelt er kendetegnet ved respekt, anerkendelse og en ikke-dømmende tilgang. Alle de interviewede fremhæver, at dette blev oplevet som en god og hensigtsmæssig måde at blive mødt på. Flere understreger, at det var særligt positivt – og ofte modsat deres forventninger – at møde behandlere, der ikke fordømte dem. Denne tilgang skabte en oplevelse af tillid, som i sig selv havde afgørende betydning for deres lyst til at engagere sig i eget forløb.

Flere informanter fortæller, at de på forhånd havde frygtet at blive mødt med fordomme eller negative holdninger. I stedet oplevede de tryghed og opbakning, hvilket over tid udviklede sig til en følelse af ansvar i relationen til behandleren. Nogle beskriver endda, at de undertiden følte dårlig samvittighed, hvis de ikke levede op til aftalerne – et tegn på, at relationen havde en stærk motiverende effekt:

Jeg havde frygtet alt muligt, at det var sådan noget, "du ved godt, så må du gøre sådan og så farvel". Jeg synes, der var meget opbakning [...]. Jeg følte mig tryk, og det betød meget for mig. Deltager i fremskudt stofbehandling (IP2)

Denne oplevelse af støtte og tillid kan således fungere som en væsentlig drivkraft i borgernes udviklingsproces. Samtidig peger enkelte beskrivelser på, at netop samme relationelle forpligtelse kan have en bagside. Det, der indledningsvis opleves som positivt og motiverende, kan over tid også blive forbundet med oplevelsen af pres og følelsen af ikke at leve op til forventninger. Hvis borgeren oplever vanskeligheder ved at honorere aftaler eller mål, kan relationens betydning dermed gå fra at være understøttende til at skabe stress og belastning frem for motivation, og i de

tilfælde kan en god og tillidsfuld relation være afgørende for, om borgeren får delt sådanne bekymringer til behandleren.

En anden informant understreger betydningen af respekt og tillid i mødet med behandlerne og peger på, at det afgørende er ikke at blive presset, men at opleve en åben og rummelig tilgang:

Det er det. Selvfølgelig. Selvfølgelig. Det vil jeg sige, er altafgørende [...] der er mere respekt. Overfor de forskellige ting. Hvad man kan, og hvad man ikke kan. Det synes jeg altid, man skal have respekt for. At man ikke bliver presset [...] Det har været meget åbent, vil jeg sige. [...] Ja. Ja. Ja. 100 %. Deltager i fremskudt stofbehandling (IP7)



Jeg føler, de hjælper mig ikke, fordi de skal, men fordi de vil. Det kan man jo mærke, og det gør mig glad.

Deltager i fremskudt stofbehandling (IP3)

For denne borger var forskellen mellem frygten for at blive afvist og den faktiske erfaring med opbakning afgørende. Det peger på, at mødet med en anerkendende og åben tilgang ikke blot reducerer borgernes skepsis, men også fungerer som et vendepunkt, hvor motivation og ansvarsfølelse gradvist kan vokse frem.

De to citater viser, hvordan relationen til de fremskudte behandlere danner et fundament af tryghed, respekt og ikke-dømmende støtte. Borgernes forventninger om forømmelse og afvisning bliver

brudt, og i stedet oplever de en åben og anerkendende tilgang. For flere har denne erfaring været et afgørende vendepunkt: Fra en indledende skepsis til en gradvist voksende tillid, der både styrker motivationen og skaber en følelse af ansvar i relationen til behandlerne. Analytisk peger dette på, at relationen i sig selv fungerer som en central forandringsmekanisme – ikke blot en ramme om indsatsen, men en aktiv drivkraft, der understøtter borgernes engagement og mulighed for stabilisering.

Et andet gennemgående tema er oplevelsen af medarbejdernes engagement. Borgere understreger, at hjælpen føles oprigtig og drevet af vilje snarere end pligt.

Respekt viser sig også i det ligeværdige møde, hvor borgeren føler sig set dér, hvor han eller hun er, og hvor behandlerne er lydhøre over for individuelle behov og

helbredsmæssige udfordringer. Denne oplevelse af gensidig tillid og guidende støtte giver en oplevelse af at blive mødt på egne præmisser.

Flere sammenligner med tidligere erfaringer fra ordinær stofbehandling, hvor tilliden ikke rigtig blev etableret, og hvor de oplever, at forståelsen ikke helt var der. I den fremskudte indsats fortæller informanterne, at tilliden blev opbygget gradvist, at de oplever, at deres grænser respekteres, og at de ikke bliver presset ind i løsninger, de ikke er klar til.

Samlet set viser interviewene, at borgernes oplevelse af respekt og forståelse er en afgørende faktor for deres motivation og fastholdelse i behandlingen. Oplevelsen af en ikke-dømmende tilgang og en oprigtig vilje til at hjælpe skaber en følelse af trykthed og tillid, som står i skarp kontrast til mange borgers tidligere negative erfaringer med systemet:

Man sidder i sit misbrug og siger: "Jeg kan ikke klare det her her liv". Men har meget, meget svært ved at komme ud. De er på hjemmebane, når hun kommer ud til os. Det kunne lige så godt være den anden. Men det, at vi er på hjemmebane, det giver en selvsikkerhed, som gør at ... det er jo i vores hjem i stedet for et fremmed kontor. Så om det hjælper, det kan I tro, det gør. Fordi jeg ville aldrig have været så opsøgende, som hun virker opsøgende på mig. Jeg ville ikke opsøge hende på meget, som hun ville opsøge mig [...] Øh, hvor det er sådan, at det ikke kan glide ud, når det er hende, der er den opsøgende. Jeg tror, halvdelen af alle mennesker, de dumper ud, fordi der ikke er noget opsøgende. Altså, I må have mange hernede, som ikke kommer næste gang, fordi at "nej, nu vil jeg blive væk". Og så er der ikke noget opsøgende til at komme på besøg. Deltager i fremskudt stofbehandling (IP1)

Citatet illustrerer to centrale pointer: For det første, at behandlingen opleves som mere tilgængelig og mindre fremmed, når den foregår i borgerens egne rammer. For det andet, at den opsøgende indsats spiller en afgørende rolle for at fastholde borgerne, fordi ansvaret for kontakten ikke alene lægges på den enkelte. Denne kunne indikere, at relationen mellem borger og behandler kan virke nedbrydende i forhold til såvel praktiske som psykologiske barrierer og derved kan fungere som en aktiv fastholdelsesmekanisme, der mindsker risikoen for frafald, og at borgeren mister engagementet.

2.3 **Fleksibilitet skaber tryghed, tilgængelighed og motivation**

En gennemgående pointe i interviewene er, at fleksibiliteten i den fremskudte indsats gør en afgørende forskel for borgerne. Fleksibilitet beskrives som den praktiske mulighed for at modtage behandling gennem besøg og samtaler i hjemmet eller andre steder, som borgeren måtte ønske. Men det handler også om den del af tilgangen, hvor behandleren tilpasser indsatsen undervejs og reagerer hurtigt på borgernes behov, dvs. er fleksibel i de krav, der stilles til borgeren. Pointen er, at flere af borgerne fortæller, at de har tidligere erfaringer med ikke at kunne leve op til kravene fra det ordinære behandlingssystem, som de tilsvarende oplever ikke har kunnet tilbyde en passende og tilstrækkelig behandling til dem.

Et eksempel på dette er en borger (IP2), som fortæller om, hvordan opstarten af medicinsk behandling blev håndteret uden tøven. Citatet viser, at borgeren her oplever det som trygt, at der nogle, de fremskudte behandlere, som kan kontaktes ved akut behov. Fleksibiliteten i fremskudt stofbehandling skaber tryghed og giver borgerne en oplevelse af, at behandlingen kan tilpasses deres individuelle behov og situation og ifølge de interviewede har givet en tro på forandring som en faktisk mulighed. Igen i kontrast til tidligere erfaringer med mere standardiserede og faste behandlingsforløb.

Fleksibiliteten knytter sig altså også til det fremskudte element, hvor behandlerne kommer ud til borgernes hjem eller møder, hvor de ønsker. Flere borgere fremhæver, at dette er afgørende for deres fastholdelse i forløbet, fordi barrierer som transportproblemer, social isolation eller uforudsigelige eller uønskede hverdagsudfordringer ikke længere står i vejen.

Samlet viser interviewene, at fleksibilitet ikke blot opleves som en praktisk fordel, men fungerer som en central mekanisme i indsatsen. Den gør det muligt for borgerne at engagere sig i forløbet og fastholde deltagelsen, selv når situationen er svær, og selv når behandleren udfordrer dem personligt. Den personlige relation – oplevelsen af, at et andet menneske står til rådighed – bidrager til en grundlæggende tryghed, som understøtter både motivation og vedholdenhed.

Den løbende støtte fra behandlerne spiller en afgørende rolle. Informanterne fremhæver, at opbakning, hjælp til små skridt og vedholdende indsats har bidraget til at fastholde deres motivation og målrettethed. Mange oplever, at behandlere, som "ikke giver op", også hjælper dem med at finde håb og tro på forandring.



Så fik jeg lidt for lidt, men der var sådan en bare sådan lethed over, at "jamen, så skruer vi da bare ned", ik også, og "og du ringer, hvis der er det mindste i vejen", altså, jeg vidste, der var hele tiden nogle, jeg kunne kontakte. Det var rigtig, rigtig vigtigt for mig. Fordi jeg også begyndte den medicinske behandling. Så det betød også meget. Men det var pisse irriterende, jeg vidste, hun kom.

Deltager i fremskudt stofbehandling (IP1)

Interviewene indikerer, at relationen mellem borger og behandler ikke blot er en ramme for indsatsen, men en aktiv mekanisme, der muliggør fastholdelse, kontinuitet og forandring. En opsøgende, vedholdende og respektfuld tilgang gør behandlingen tilgængelig for borgere, der ellers risikerer at falde uden for systemet, eller som har svært ved at finde de "kroge", de kan hægte sig på.

2.4 Fra støtte til selvstændighed: Gradvise forandringer og øget handlekraft i borgernes liv

I dette afsnit rettes opmærksomheden mod de konkrete forandringer, informanterne fortæller, at de oplever i forbindelse med deres delta-

gelse i indsatsen. Nogle af de interviewede fortæller om reduktion i stofbrug, ændringer i helbred og trivsel samt forbedringer i boligforhold, netværk og kontakt til systemet. Informanterne fremhæver især betydningen af, at behandlingen kommer ud til dem. Denne opsøgende og mobile del af indsatsen beskrives som dens vigtigste styrke, fordi den skaber en slags forpligtelse og gør det nemmere at få hjælp. Flere fortæller, at de i forlængelse heraf oplever, at indsatsens tilgang har givet dem nye muligheder: De oplever at få bedre og mere relevant og tæt støtte, de finder hurtigere frem til den rette medicin, og det er let at justere på, hvis ikke det er den rigtige på grund af den nemme adgang. Nogle fortæller, at de nu har opdaget, at de godt kan fungere i hverdagen og nu tør drømme om en fremtid uden eller med væsentligt reduceret stofbrug.

I dialog mellem behandler og deltager fortæller informanten her om, at behandlingen nu er blevet overflødig:

Jeg synes, det er dejligt, at jeg ikke har brug for (navn på behandler) mere. Det er målet – at man kan stå på egne ben og sige: "Jeg har desværre ikke brug for dig mere." Det er sørgeligt, men også godt.

Behandler: Ja, missionen er lykkedes – jeg er blevet gjort arbejdsløs. Deltager i fremskudt stofbehandling (IP2)

Uddraget illustrerer et eksempel på relationen i fremskudt stofbehandling, som opleves som tryk og værdifuld og derfor kan opleves "sørgeligt" for informanten, når denne ikke længere har brug for samme støtte. På den anden side fremhæver informanten selv det som et tegn på succes, at medarbejderen gøres "arbejdsløs", fordi der er opnået større selvstændighed, og informanten kan klare sig uden den tætte støtte. I dette tilfælde har behandler kendt informanten i 8 år, så relationen er ikke helt ny. Pointen er alligevel et eksempel på, hvordan relationen både beskrives som en afgørende forudsætning for forandring og som noget, der gradvist skal træde i baggrunden, når informanten er klar til at stå mere "på egne ben".

En anden informant blev interviewet 6 måneder efter opstart i fremskudt stofbehandling, hvilket var informantens første deltagelse i egentlig stofbehandling. Informanten fortæller om et stort ønske om at skære ned på hash og andre rusmidler, og at det faktisk er lykkedes med 90 %, fortæller informanten. Det handler også om dennes ønsket om at starte på en frisk og lægge en kaotisk fortid bag sig.

I dette citat beskriver informanten, hvordan behandlingen har givet konkrete redskaber til at håndtere trangene til stofbrug. Ved at aflede tanker med andre aktiviteter – som at sortere gamle ting – oplevede informanten, at strategien virkede. Informanten fremhæver, at det handler om at påvirke hjernen og finde måder at bryde vanemønstre på:

IP2: Ja, og det kan jeg faktisk også huske, vi snakkede meget om i starten [navn på behandler]. Det der, du sagde: "Prøv at få tankerne væk og lav et eller andet, når du får trangen – og så lige pludselig, ik' også." Og jeg gik jo der, og når jeg så fik trang, du ved godt, begyndte jeg at sortere alt muligt – gamle fotos, neglelakker og jeg ved ikke hvad – og gammelt sengetøj røg ud og sådan noget. Og lige pludselig fandt jeg faktisk ud af, at det virkede. Jeg skulle have min ... det er hjernen. Det er simpelthen din hjerne [...]

Interviewer: Ja. Det er ikke bare sådan [knipser], fra den ene dag til den anden.

IP2: Det er det altså ikke. Men altså, hvis [navn på behandler] nu fx ikke havde givet mig sådan et godt råd, og jeg måske bare var den type, der

kom ned på misbrugscenteret og så fik et stik – "farvel igen" – uden at det blev fulgt op herhjemme, så ville jeg have haft mange flere tilbagefald. Det ville jeg. Fordi så lige pludselig: "Har du noget? Hvad kan du finde på at lave?" Ja, ik' også ... altså, det har jeg ikke sådan gået og tænkt over som sådan. Og det var jo også dig, der gjorde, at jeg kom i den der kognitive gruppe dér. Deltager i fremskudt stofbehandling (IP2)

Borgeren her fremhæver, at det, at behandleren følger op i hjemmet, har været afgørende for at håndtere stoftrang og undgå tilbagefald. Praktiske råd og konkrete strategier, som at beskæftige sig med opgaver eller aktiviteter i stedet for at give efter for trangen, har hjulpet dem med at få kontrol over deres stofbrug. Samtidig understreges betydningen af kontinuerlig opfølgning og kognitive grupper, som giver redskaber til at forstå og styre egne tanke- og handlemønstre. Effekten opleves som gradvis, ikke øjeblikkelig, men stabiliserende over tid.

En informant (IP7) fortæller, at det vigtigste i forløbet har været at have nogen at sparre med i svære situationer. Det har givet mulighed for at tale om, hvordan man kan komme videre i livet, når udfordringerne føles uoverskuelige. Samtalerne har især handlet om at reflektere over, hvad stofbruget betyder for én, og om man ønsker at fortsætte i det. Informanten understreger, at netop denne støtte og sparring har været afgørende.

2.5 Opsamling: Når fleksibilitet og nærvær gør behandling mulig

De syv interviews med deltagere i fremskudt stofbehandling, i alderen 22 til 65 år, viser, at denne behandlingsform opleves som en mere tilgængelig, fleksibel og tilidsfuld indsats, der gør det muligt for borgerne at modtage støtte på egne præmisser – og som samtidig kan skabe håb, forandring og konkrete forbedringer i hverdagen. Flere beskriver, hvordan den opsøgende og fleksible tilgang gør det lettere at modtage behandling, netop fordi indsatsen flytter sig ud til borgerne frem for at kræve, at de selv opsøger systemet.

Interviewene peger på nogle af de samme barrierer, som et nyligt studie af et udviklingsprojekt om fremskudt substitutionsbehandling (Houborg & Nygaard-Christensen, 2024). Studiet beskriver barrierer, der primært relaterer sig til systemiske, sociale og affektive forhold – det vil sige barrierer forbundet med behandlingssystemets indretning, de sociale relationer omkring behandlingen samt de følelser og emotionelle reaktioner, som mødet med behandlingsinstitutioner kan fremkalde.

I relation til de systemiske barrierer viser interviewene, at den fremskudte model formår at reducere nogle af de strukturelle hindringer, der traditionelt har stået i vejen for adgang til behandling – eksempelvis geografisk afstand til rusmiddelcentret, faste åbningstider og rigide regler, fx for fysisk fremmøde. Den opsøgende karakter af indsatsen opleves som fleksibel og mere i overensstemmelse med borgerens livssituation og behov.

De mere sociale og emotionelle dimensioner træder tydeligt frem i fortællingerne. Relationerne til medarbejderne beskrives som helt centrale: Respekt, anerkendelse og en vedholdende, opsøgende tilgang fremhæves som faktorer, der styrker motivationen og skaber tillid til behandlingssystemet. Denne form for relationel støtte ser ud til at modvirke nogle af de negative emotionelle erfaringer, borgerne tidligere har haft med ordinær behandling – fx oplevelser af stigmatisering, kontrol eller manglende forståelse.

Informanterne fremhæver samtidig flere konkrete forandringer i løbet af deres deltagelse, såsom øget stabilitet, bedre trivsel og et reduceret stofbrug. Deres fortællinger, som generelt er præget af positive erfaringer og en spirende forhåbning om fremtiden, peger på, at fremskudt stofbehandling faktisk kan bidrage til at nedbryde nogle af de centrale barrierer, som typisk er ved ordinær stofbehandling i forhold til borgere i meget udsatte positioner, hvad angår adgang og fastholdelse i behandling. De syv interviews indikerer således, ligesom Houborg og Nygaard-Christensen (2024) også peger på, at en opsøgende og fleksibel tilgang kan spille en positiv og konstruktiv rolle for stofbrugere i meget udsatte positioner, som ofte står langt fra det ordinære behandlingssystem.

Hvor dette kapitel har fokuseret på informanternes oplevelser og perspektiver, rettes blikket i det følgende kapitel mod de aktører i kommuner og civilsamfund, som arbejder med eller omkring indsatsen. Her belyses, hvordan de vurderer indsatsens formål, styrker og udfordringer, og hvordan deres erfaringer kan supplere og nuancere de indsigter, som vi har fået gennem deltagerinterviewene.

3 Implementering af Model for fremskudt stofbehandling

I dette kapitel præsenteres kommunerne og civilsamfundsaktørernes erfaringer med implementering og afprøvning af *Model for fremskudt stofbehandling* gennem projektperioden. Baggrunden for kapitlet er interviews med såvel medarbejdere som ledere i hhv. fire rusmiddelcentre og civilsamfundsorganisation, som har haft fokus på modellens tre faser, organisering og samarbejde mellem rusmiddelcentre, behandlere og civilsamfundsorganisationer/frivillige samt forudsætninger og barrierer for implementering.

Kapitlet bygger videre på borgernes perspektiver fra det foregående kapitel og belyser, hvordan aktørerne oplever og understøtter de mekanismer, som borgerne fremhævede som centrale – fx fleksibilitet, opsøgende indsats og relationel tillid. Ved at inddrage medarbejders og organisationers erfaringer kan vi nuancere forståelsen af, hvad der gør modellen tilgængelig, fastholdende og effektiv i praksis, og hvordan forskellige aktørers roller og samarbejde bidrager til at realisere målene i indsatsen.

Boks 3.1 Kapitlets data og metode

- Fire fokusgruppeinterviews med medarbejdere og ledere (16 i alt) i fire kommunale rusmiddelcentre
- Fire fokusgruppeinterviews med medarbejdere og ledere (11 i alt) i civilsamfundsorganisationer
- Casebesøg i de fire kommuner, Odder, Helsingør, Randers og Vejle
- Samarbejdsaftaler mellem kommuner og civilsamfundsorganisationer.

Kapitlet er struktureret i fire overordnede afsnit: Først gives et kort overblik over kommunernes og civilsamfundsorganisationernes overordnede erfaringer (3.1) og interviewpersonernes beskrivelse af målgruppen (3.2). Dernæst følger et længere afsnit (3.3), som belyser implementeringserfaringer i arbejdet med modellens handlingsteori – faser 1, 2 og 3, civilsamfundsaktørens primære aktiviteter og roller i afprøvningen (3.3.4) samt hvordan informanterne oplever borgernes udbytte af

deltagelsen (3.3.5). I afsnit 3.4 udfoldes erfaringer med samarbejdet mellem kommuner og civilsamfundsorganisationer, og kapitlet afsluttes med et afsnit om barrierer og drivkræfter for implementeringen, der afsluttes med en kort opsamling (3.4.9).

3.1 Positive erfaringer med fremskudt stofbehandling

De fire kommuner og de civilsamfundsorganisationer, som har afprøvet modellen i praksis, har overvejende positive erfaringer med indsatsen. For eksempel når det handler om at opspore og etablere relationer til borgerne, vurderes den fleksible og fremskudte tilgang som meget egnet til borgere i målgruppen, som ofte lever en kaotisk tilværelse, der ikke passer godt til at skulle møde op i et rusmiddelcenter med jævnlige mellemrum. Der opleves blandt de interviewede et behov for at tilpasse og revidere eksisterende behandlingspraksis og -retningslinjer til målgruppen, og fremskudt stofbehandling beskrives som et relevant og vigtigt bidrag hertil.

Behandlerne arbejder opsøgende over for borgere og søger at møde dem, hvor de befinder sig og foretrækker at mødes. At arbejde opsøgende forudsætter både interesse i at arbejde på denne måde, gode relationelle kompetencer og indsigt i målgruppens livsførelse og -betingelser, både som behandler og som frivillig. De interviewede vurderer generelt, at indsatsen medfører et godt positivt udbytte for mange borgere i målgruppen. I en kommune beskrives fremskudt stofbehandling ved, at modellen har tilført indsatsen mere kreativitet og mindre ensartethed og systematik, idet fremskudt stofbehandling er som en tilgang, hvor indsatsen udformes løbende gennem afprøvning og tilpasning til og sammen med den enkelte borger. Den opsøgende del i fase 1 har også været civilsamfundsorganisationernes primære aktivitet og bidrag og beskrives positivt i alle interviewene, hvor de overvejende har forsøgt at opspore og identificere borgere, som potentielt kunne være i målgruppen med henblik på enten at motivere til deltagelse i fremskudt stofbehandling og ved at gøre behandlerne i fremskudt behandling opmærksom på relevante borgere.

Kommunerne har meget forskellige forudsætninger og erfaringer med at arbejde udgående, opsøgende og fremskudt. I nogle kommuner opleves fremskudt stofbehandling som en naturlig forlængelse af eksisterende praksis, mens andre ikke har haft samme "ophæng" at bygge videre på. For eksempel har Randers Kommune og Vejle Kommune gennem flere år arbejdet med udgående behandling via mobilteams eller fremskudt sagsbehandling og visitation. Flere interviewpersoner fremhæver, at sådanne erfaringer har styrket implementeringen, særligt fordi der allerede fandtes konkrete samarbejder og gensidigt kendskab til centrale civilsamfundsaktører.

I modsætning hertil har Helsingør Kommune og Odder Kommune først gennem projektet om fremskudt stofbehandling skullet opbygge relationer og etablere et formaliseret samarbejde med civilsamfundsaktører. For disse kommuner har samarbejdet derfor repræsenteret noget væsentligt nyt i arbejdet med de udsatte stofbrugere. Denne forskel i erfaringsgrundlag har generelt skabt udfordringer i forhold at skabe en indsats med en klar ramme og et fælles fundament for alle aktører. Selvom udfordringerne fremstår tydeligst i Helsingør Kommune og Odder Kommune, peger interviewene på, at disse behov også har været til stede i de øvrige kommuner, hvor flere efterlyser et mere tydeligt rum for samarbejde mellem civilsamfundsorganisation og rusmiddelcenter og dermed også for at skabe endnu mere synergi og en fælles praksis i fremskudt stofbehandling.

Tre nøgleord går igen i interviewene i relation til spørgsmålet om, hvordan indsatsen – og borgerperspektivet i den – kan styrkes: tålmodighed, vedholdenhed og fleksibilitet. Disse tre kvaliteter beskrives af deltagerne som helt afgørende for, at fremskudt stofbehandling opleves som meningsfuld og virkningsfuld.

Behandleren – eller den frivillige – skal udvise tålmodighed i mødet med borgeren og acceptere, at forandring tager tid og ofte sker i små skridt. Vedholdenhed handler om, at behandleren ikke giver op, selv når borgeren trækker sig eller falder tilbage, men bliver ved med at række ud og fastholde kontakten. Fleksibilitet knytter sig til, at borgeren mødes på egne præmisser og i sin aktuelle livssituation – både i forhold til mødesteder, tidspunkter og forventninger.

Flere deltagere beskriver, at netop denne fleksibilitet og rummelighed gør en markant forskel. Indsatsen giver mulighed for at "prøve igen", uden at en aflysning eller tilbagefald medfører udskrivning, som det ofte sker i ordinær behandling. Denne praksis skaber en oplevelse af tillid og kontinuitet, som styrker relationen mellem borger og behandler og giver plads til, at motivation og forandring kan udvikles over tid.

Det opsøgende arbejde, viser erfaringerne, er vigtigt for borgeren, idet det at komme igen hos borgeren flere gange for mange borgere kan være afgørende for, at behandleren ikke mister kontakten til borgeren, og at borgeren ikke trækker sig helt. Centralt for indsatsen er, at man gennem relationen til borgeren får viden om den enkelte, som man kan handle med udgangspunkt i. Det er vigtigt at bruge tid på at finde ud af, hvordan de enkelte borgere er, og lære hurtigt at aflæse, hvad den enkelte kan indgå i, eller hvad der har motiveret borgeren fra begyndelsen. Dette kræver indsigt i og god forståelse for målgruppen.

I en kommune er det erfaringen, at dele af målgruppen kun vanskeligt kan modtages i stofbehandling af sikkerhedsmæssige årsager. Det gælder eksempelvis borgere med udadreagerende adfærd eller alvorlige psykiatriske tilstande, hvor der er

behov for særlige forholdsregler – såsom at møder gennemføres af to medarbejdere ad gangen eller, i visse tilfælde, med politiets tilstedeværelse. Dette understreger både målgruppens kompleksitet og sårbarhed samt nødvendigheden af en tværfaglig og fleksibel indsats.

For nogle borgere handler det måske alene om at skabe kontakt, at opbygge en relation. Det er de små skridt, der er betydningsfulde, hvorigennem man kan søge at vække interesse og motivation hos borgeren på borgerens egne præmisser. Det kan være at tale sammen det sted, borgeren ønsker, som kan være i eget hjem eller på mødesteder i det offentlige rum. Her fremhæves den fremskudte del som vigtig, om hvordan man ofte skal tale hverdagslige ting igennem i begyndelsen – det at etablere en indgangsvinkel for behandler.

På tværs af kommunerne er der en gennemgående oplevelse af, at den fremskudte stofbehandling adskiller sig markant fra den traditionelle behandlingstilgang, hvor alle borgere forventes at gennemgå de samme faste trin inden for relativt institutionaliserede rammer. Denne tilgang vurderes som uhensigtsmæssig for en væsentlig del af målgruppen, der ofte har vanskeligt ved at møde op i rusmiddelcenteret. Årsagerne kan være tidligere negative erfaringer med behandlingssystemet, oplevelser af skam eller stigmatisering forbundet med at blive set der, samt tilstedeværelsen af et aktivt stofmiljø omkring centret, hvor nogle borgere bevidst undgår at blive identificeret – eksempelvis på grund af konflikter med andre i miljøet.

Hvor borgere i den traditionelle behandlingstilgang ofte ikke modtager den fornødne hjælp, hvis de af forskellige grunde ikke kan eller ønsker at møde op på rusmiddelcenteret, har fremskudt stofbehandling gjort det muligt at tilbyde støtte og behandling dér, hvor borgeren befinder sig. Dette repræsenterer, ifølge de interviewede, et markant brud med en mere standardiseret og institutionsbaseret praksis og peger på en mere fleksibel, relationsbåret og tilgængelig behandlingsform, som i højere grad kan imødekomme målgruppens komplekse behov.

3.2 Målgruppen

Det er de interviewedes oplevelse, at de borgere, de har fået ind i fremskudt stofbehandling, svarer godt til den beskrevne målgruppe for fremskudt stofbehandling. De møder borgere, som er stærkt udsatte og komplekst belastede med aktivt eller tidligere stofbrug, som svært kan rummes i det ordinære behandlingssystem. De fortæller, at borgerne typisk har behov for opsøgende, langsigtede og tværfaglige indsatser, som er fleksible og tilpasset deres livssituation – og hvor relationen og stabiliseringen ofte må gå forud for eller ses som forudsætning for stofbehandling og muligt ændret stofbrug. Det er en gruppe borgere, som har komplekse og sammen-

flettede problematikker, hvor stofbrug ofte blot er én af mange udfordringer – og ikke nødvendigvis den eneste årsag til mistrivsel og udsathed. De fremskudte behandlere i en kommune fortæller, at stofbruget drejet sig om enten hash, amfetamin, både hash/amfetamin, kokain, opioder, og for ca. 10 % har det været en blanding af flere. I de øvrige kommuner har de primære rusmidler være amfetamin, kokain eller hash, og for de flestes vedkommende også alkohol i en eller anden udstrækning. For to af kommunerne har 6-7 % på et tidspunkt i løbet af deltagelsen i fremskudt stofbehandling modtaget substitutionsmedicin og samtaler, mens resten udelukkende har fået samtaler/socialfaglig behandling. I en tredje kommune har der været op mod en tredjedel af borgerne, som har modtaget medicinsk behandling, for en mindre del af disse skete dette i forbindelse med overgangen til ordinær behandling (fase 3), mens det i den fjerde kommune var ca. 50 % af borgerne.

De interviewede fortæller, at borgerne har markant nedsat funktionsevne, lav behandlingsparathed og ofte er faldet mellem eksisterende indsatser af forskellige slags. Derudover er det karakteristisk, at stofproblematikken ikke står alene, men hænger tæt sammen med andre forhold – særligt psykisk mistrivsel, boligproblemer og social isolation. Flere kommuner nævner, at målgruppens behov i høj grad handler om andet end stofbehandling, og at behandlingen ofte må træde i baggrunden midlertidigt, indtil de mest akutte problemer er håndteret.

Fælles for de borgere, de møder, er, at de har haft svært ved at indgå i den ordinære stofbehandling, enten fordi de ikke selv opsøger den, fordi de er blevet udskevet på grund af manglende fremmøde, eller fordi de ikke matcher de strukturer og krav, som den almindelige behandling stiller. Flere borgere fortæller om, hvordan alene den geografiske afstand til rusmiddelcenter opleves som meget udfordrende, dels fordi det tager meget lang tid med offentlig transport, og dette er svært at overskue, hvis de fx bor 80 km væk, mens også, fordi det er en væsentlig økonomisk omkostning for dem. Åbningstiderne blev også beskrevet som en barriere. ligesom der ofte er et miljø omkring rusmiddelcentrene, som borgerne søger at undgå, fx hvis der handles stoffer og/eller substitutionsmedicin ved indgangen. Samtidig har en mindre andel af borgerne ikke tidligere været i kontakt med ordinær stofbehandling og måske været "under radaren" for kommunen.

En betydelig del af målgruppen opsøger ikke selv hjælp – tværtimod kræver det en opsøgende og kontaktskabende indsats, hvor behandlere eller civilsamfundsaktører møder borgerne i deres egne miljøer, fx på herberger, væresteder eller varmestuer. Relationen skal ofte opbygges langsomt, og det er ikke ualmindeligt, at borgeren siger nej flere gange, før der etableres egentlig kontakt med borgeren. Det kræver tid og tålmodighed, peger de interviewede på, og det er vurderingen, at den fremskudte model bidrager til at reducere nogle af disse forskellige barrierer. En del af borgerne modtog i løbet af deres deltagelse i fremskudt stofbehandling, ud over social stofbehandling via fremskudt stofbehandler, også medicinsk

behandling/ordinær substitutionsbehandling, og for nogle skete dette først i forbindelse med overgangen til ordinær behandling.

I flere kommuner beskrives, hvordan kaos præger borgernes hverdag, fx ved at der konstant opstår nye problemer, som afløser de gamle – og som gør det vanskeligt at arbejde mod varig forandring. Bare det at holde styr på dokumenter, aftaler eller at møde op et sted, opleves som uoverkommeligt. For nogle bliver det en cyklus, hvor tingene smuldrer igen og igen, og hvor der ikke er ro eller ressourcer til at påbegynde noget nyt.

Samtidig påpeger flere af de interviewede, at indsatsen også er relevant for personer med alkoholproblematikker samt personer, som allerede er i behandling, og som kun møder op for at få medicin, og at modellens målgruppeafgrænsning med fordel kunne udvides til at også inkludere disse. Flere peger på, at grænsen mellem stofbrug og alkoholbrug er flydende, og at den reelle målgruppe derfor er bredere og mere kompleks, end den formelle og aktuelle målgruppeafgrænsning tilsiger.

3.3 Implementeringserfaringer med fremskudt stofbehandling

En grundlæggende forudsætning for at kunne implementere modellen for fremskudt stofbehandling er, at der skabes en løbende tilgang af relevante borgere. Modellen er bygget op omkring tre indsatsfaser:

- **Fase 1:** Opsporing og kontakt – gennem en udgående indsats skabes relation og dialog med borgeren med henblik på at motivere til indskrivning i behandling
- **Fase 2:** Selve behandlingen – borgeren indskrives formelt, og der udarbejdes en lovpligtig behandlingsplan for social stofbehandling
- **Fase 3:** Overgang – når borgeren er parat, sker en gradvis overgang til ordinær stofbehandling.

Interviewene peger på, at grænserne mellem faserne i praksis er flydende, og at det ofte kan være vanskeligt at afgøre, præcis hvornår en borger befinder sig i den ene eller den anden fase. Et mere fast kriterium er dog, at udarbejdelsen af en behandlingsplan markerer, at borgeren er i fase 2 – også selvom borgeren undervejs kan afbryde forløbet eller midlertidigt ophøre med kontakten til behandleren.

Kapitlet er struktureret efter de centrale temaer, som er identificeret i gennemgangen af interviewmaterialet med både ledere og medarbejdere i rusmiddelcentre og civilsamfundsorganisationer. Fase 1 varetages i fællesskab af udgående behandlere og opsøgende civilsamfundsaktører. I alle kommuner har arbejdet med at udbrede kendskabet til fremskudt stofbehandling været en central indsats – i et kommunalt landskab præget af mange samtidige projekter og initiativer. Flere peger på, at dette vilkår kan udgøre en generel udfordring i implementeringen af fremskudt stofbehandling og dermed også for at identificere borgere i målgruppen, herunder de, som endnu ikke er kendt i stofbehandlingen. For at imødekomme denne udfordring har kommunerne iværksat forskellige tiltag for at skabe synlighed om indsatsen hos relevante samarbejdspartnere og derved styrke mulighederne for at nå målgruppen.

3.3.1 Fase 1: Udgående og kontaktskabende indsats

I fase 1 ligger hovedvægten på det udgående og opsøgende arbejde, hvor formålet er at opsøge og motivere borgere, der potentielt tilhører målgruppen for fremskudt stofbehandling. Indsatsen handler om at gøre tilbuddet synligt og tilgængeligt i borgernes eget nærmiljø – dér, hvor de allerede opholder sig, hvad enten det er på gaden, i varmestuer, væresteder, stofindtagelsesrum eller i eget hjem.

Målgruppen er karakteriseret ved sjældent selv at opsøge hjælp. Tværtimod forudsætter kontakten en vedholdende og opsøgende indsats, hvor behandlere og civilsamfundsaktører møder borgerne i deres egne miljøer, eksempelvis på herberger, væresteder eller varmestuer. Erfaringerne viser, at relationsarbejdet ofte må bygges op gradvist. Det er ikke ualmindeligt, at en borger afslår kontakt flere gange, før en egentlig relation etableres – og i nogle tilfælde gentagne gange. Her bliver vedholdenhed afgørende. Tiden fra den første kontakt til en eventuel opstart i fremskudt stofbehandling kan derfor variere betydeligt: For nogle borgere sker det hurtigt, mens det for andre er en langt mere langstrakt proces.

For at nå de relevante borgere har kommunerne arbejdet på flere fronter for at synliggøre indsatsen og dermed styrke grundlaget for at opspore og engagere mulige deltagere i fremskudt stofbehandling. Dette udgør trin 1 i modellens fase 1.

Kommunerne har bl.a. målrettet arbejdet med at reklamere for fremskudt stofbehandling og gøre indsatsen kendt både i gadebilledet blandt socialt udsatte og blandt samarbejdspartnere som handicapafdeling, jobcenter, politi og psykiatri. Ét eksempel er Vejle Kommune, der har fået produceret lightere og postkort med information og kontaktoplysninger om fremskudt stofbehandling. Som en del af det opsøgende arbejde planlægger kommunen desuden aftenture i byen med det formål at øge kendskabet til indsatsen blandt potentielle borgere.

Flere interviewpersoner fremhæver, at det er vigtigt løbende at minde samarbejdspartnere om fremskudt stofbehandling, eksempelvis gennem mails, da det ofte resulterer i nye henvendelser. Synliggørelse fremstår således ikke som en engangsopgave, men som en vedvarende proces, der er afgørende for, at indsatsen bliver kendt for målgruppen.

Interviewene peger på, at civilsamfundsaktørernes rolle i de fleste kommuner primært har været knyttet til fase 1 – altså opsporing og identifikation af borgere samt etablering af den første kontakt. Samtidig har også andre aktører bidraget til at gøre behandlerne opmærksomme på potentielle borgere. For behandlerne er det afgørende at få et praj om en mulig borger; først når de ved, at der er konkret interesse eller bekymring, kan de opsøge borgeren.

Erfaringerne viser, at civilsamfundsaktørerne generelt har haft en central rolle i denne fase, mens deres deltagelse i at engagere borgere i selve behandlingsforløbet har været mere varierende. I nogle kommuner har civilsamfundsaktører kun i begrænset omfang formået at motivere borgere til behandling, mens det i andre kommuner er lykkedes i højere grad.

Vejle Kommune har arbejdet systematisk med at inddrage både jobcenter, psykiatri og andre nøgleaktører, hvilket har åbnet adgang til borgere, som rusmiddelcenteret ellers ikke kendte eller havde kontakt til. I Odder Kommune har man holdt oplæg for bl.a. borgerservice, jobcenter, politi og praktiserende læger. Her oplever behandlerne især lægerne som anerkendende over for tilgangen i fremskudt stofbehandling, idet de ser tilbuddet som en bedre løsning for målgruppen end klassisk døgnbehandling, som typisk er lægernes "førstevalg".

Identifikation og første kontakt med borgere sker gennem flere kanaler. I nogle tilfælde er det civilsamfundsaktører eller kommunale samarbejdspartnere, der henvender sig med bekymring eller viden om en konkret borger. I andre tilfælde bringer rusmiddelcenteret selv personer i spil – ofte borgere, som tidligere har været i kontakt, men som har været vanskelige at fastholde i et traditionelt behandlingsforløb. Dermed kombineres eksternt opsporing med et internt fokus på borgere, der står på kanten af systemet og kan have gavn af en mere fleksibel og relationsbåret tilgang.

Undervejs i projektperioden har en af kommunerne udviklet og løbende ajourført en anonym liste, hvor civilsamfundsaktører og samarbejdspartnere har kunnet notere og give besked, når de har spottet nye og potentielle borgere til fremskudt stofbehandling. Denne liste blev løbende indsendt til behandlerne. De interviewede i denne kommune fortæller, at der med listen, der løbende opdateres, kan ses en systematik, som er produktiv og lærerig for de forskellige aktører. Den har fx bidraget til at tydeliggøre, hvor meget arbejde der faktisk foregår hos civilsamfundsaktørerne, samt hvor længe nogle borgere faktisk kan "være i proces" med eventuelt at

nå til egentlig behandling (fase 2). En behandler fortæller, at selvom borgeren ender med at sige nej til at deltage, så gør det, at borgeren faktisk får et tilbud om behandling, en mulig forskel for borgeren. Det betyder, at flere borgere faktisk hører om det og muligvis så senere vil benytte sig af det, fordi en sådan snak kan "så nogle frø" hos borgeren og civilsamfundsaktøren, og nogle fortæller det også videre til andre i netværket.

Spørgeskemadata (fra *kontaktskema start*) viser, at de fleste borgere (67,0 %) befandt sig i sit eget hjem, dvs. dér hvor borgeren bor, da de initialt blev identificeret som mulige, relevante deltagere i indsatsen. Dette skyldes formentligt i hovedsagen, at borgerne har modtaget et socialt- og/eller sundhedsfagligt tilbud, hvor hjemmebesøg har været en del af indsatsen, som fx bostøtte eller støtte-kontakt-person eller andre tilsvarende. 12,6 % af borgerne blev spottet på et værested/herberg eller det offentlige rum/på gaden.⁵ De resterende borgere blev identificeret, da de var i et socialt- eller sundhedsfagligt tilbud, i kontakt med kommunal myndighed, i stofbehandling eller i psykiatrien, hvorefter de blev sat i kontakt med indsatsen fremskudt stofbehandling.

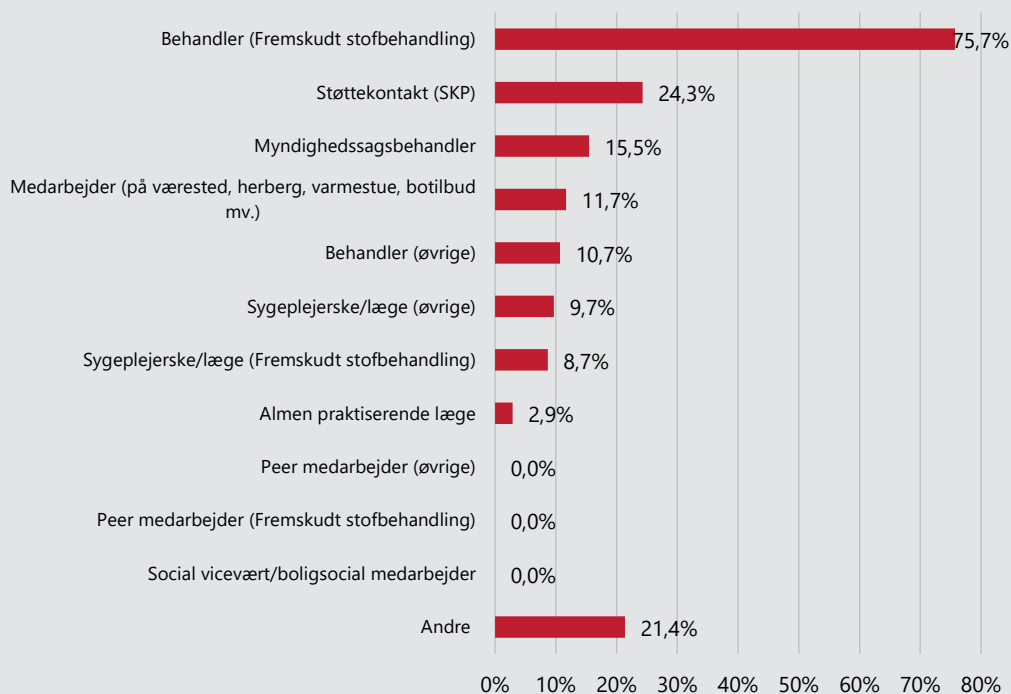
Det er typisk øvrige behandlere, altså behandlere, der ikke er en del af fremskudt stofbehandling – det kan være ambulant og døgn-, social- og substitutionsbehandling – der har spottet borgeren (for knap 24,3 % af borgerne). For lidt over en femtedel af borgerne (21,7 %), har det været øvrige aktører, der gjorde opmærksom på borgeren i forhold til fremskudt stofbehandling. I spørgeskemaet har behandleren/fagpersonen, der har svaret "øvrige", kunnet angive, hvem der gjorde opmærksom på borgeren. Flere svarer bl.a. socialsygeplejerske og jobcenter.

Figur 3.1 viser, hvilke aktører der er involverede i den indledende kontakt i forhold til selve det at komme med i indsatsen. Her er det typisk behandlerne, som er tilknyttet fremskudt stofbehandling (for 75,7 % af borgerne), der er involverede.

⁵ Dette er en sammenlægning af svarkategorier.

Figur 3.1 Hvilke aktører er involveret i den indledende kontakt og relation til borgeren i forbindelse med fremskudt stofbehandling?

Dette spørgsmål omhandler, hvilke aktører der er involverede i at opbygge relationen til borgeren og fastholde kontakten, når borgeren er blevet en del af indsatsen fremskudt stofbehandling og er i fase 1.*



Anm.: N = 103. Summer ikke til 100 %, da man kan svare i flere kategorier.

Note: * Her tænkes på modellens fase 1 og alle tre trin. Det handler om, hvilke aktører, som tager aktiv del i at opbygge relation til borgeren og i at motivere borgeren i forhold til stofbehandling i denne kontakt. Det handler altså om indsatsen, fremskudt stofbehandling, og ikke om selve stofbehandlingsdelen, jf. modellens fase 2.

Kilde: Kontaktskema start.

For en del af borgerne er støttekontaktpersoner (24,3 %), myndighedsbehandler (15,5 %) og/eller medarbejder på varmestuer, herberg, botilbud mv. (11,7 %) også involverede i den indledende kontakt og relation til borgeren i forbindelse med fremskudt stofbehandling. Desuden er der for en del borgere (11,8 %) øvrige aktører, som er involverede i den indledende kontakt. Behandlere/fagpersoner, der har svaret 'andre', angiver bl.a., at mestringsvejledere og bostøtter er involverede ved den indledende kontakt.

Den oprindelige model for fremskudt stofbehandling er udviklet i større byer som Aarhus og Odense (Rambøll, 2017), hvor målgruppen i højere grad er synlig og koncentreret. I land- og yderområder ser virkeligheden ofte anderledes ud: Her kan

udsathed være skjult, og det kan være svært overhovedet at identificere borgere med stofbrug. Mange lever isoleret, og det kan tage uger eller måneder at opbygge tillid, før en borger føler sig tryk nok til at dele sine udfordringer. Nogle har måske ikke haft meningsfuld kontakt med andre i årevis. Derfor kan fase 1 i modellen være langstrakt i disse områder, og den første udtalte støtteopgave er ikke nødvendigvis stofmisbrugsbehandling, men at etablere relation, tryghed og kontakt til omverdenen. I land- og yderområder og i mindre byer er udsathed usynlig og mere spredt, hvilket gør målretning af indsatsen mere kompleks. Dette ses fx i Odder Kommune og i Vejle Kommune.

En medarbejder fra en civilsamfundsorganisation i Vejle Kommune beskriver, hvordan to opsøgende medarbejdere i rusmiddelcenteret – suppleret af psykiatrien, politiet, jobcentrene, hjemmesygeplejen og praktiserende læger – spiller en central rolle i at identificere borgere til fremskudt stofbehandling. Særligt jobcenter og psykiatri fremhæves som de aktører, der har henvist flest borgere. Da kommunen dækker et stort geografisk område, har det været vanskeligt for behandlerne selv at finde borgere gennem fysisk opsøgende arbejde.

Erfaringen er, at mange borgere primært befinder sig i eget hjem eller besøger lokale væresteder frem for at være synligt til stede i det offentlige rum. Derfor har de fundet, at den mest effektive opsporing sker gennem fagpersoner, der allerede har relationer til målgruppen uden for de større byområder. Over tid er der desuden opstået mund-til-mund-kendskab blandt borgere, hvilket har medført, at enkelte nu selv henvender sig. De interviewede i Vejle Kommune oplever, at hyppig og åben kommunikation på tværs af aktører er afgørende for succesfuld opsporing. Den løbende dialog gør det muligt at dele viden, forberede hinanden og være opmærksom på borgere, der kan have behov for støtte. Ifølge civilsamfundsaktøren har dette samarbejde betydeligt lettet og smidiggjort vejen for nye borgere ind i stofbehandling sammenlignet med tidligere praksis.

3.3.2 Fase 2: Fremskudt behandling

I arbejdet med målgruppen er det primært behandlerne, der opsøger borgerne, hvilket kan foregå i borgerens eget hjem, på en bänk, på biblioteket eller foran en dagligvarebutik. Mange borgere har svært ved at komme ud, og afstanden til rusmiddelcenteret kan udgøre en betydelig barriere for at indgå i behandling. Fremskudt stofbehandling indebærer en alternativ tilgang, hvor det altid er behandlerne, der møder borgerne der, hvor de er, frem for at forvente, at borgerne selv kommer til centret.

I nogle kommuner, eksempelvis Vejle, ledsages borgeren ved første møde af en henviser eller samarbejdspartner, som allerede har en tillidsfuld relation til

borgeren. Dette understøtter etableringen af tryghed og tillid. Behandlernes første fokus er ofte at lære borgeren at kende gennem almindelig samtale om dagligdagens forhold eller ved at lave praktiske opgaver sammen – nogle gange i borgerens eget hjem. Praktisk hjælp kan eksempelvis være assistance med ansøgning om enkelttydelser eller betaling af regninger, hvilket ifølge en behandler "giver nogle points" og bidrager til relationen.

Erfaringerne viser, at fremgangsmåden, som virker, er at gå langsomt frem og gentagne gange besøge borgeren, inden der indledes en snak om eventuelle ændringer. Det kræver tålmodigt og vedholdende relationsarbejde for at opbygge den nødvendige tillid. En behandler i Odder Kommune understreger, hvor vigtigt det er at være ikke-dømmende, da borgere hurtigt mærker, hvis man er kritisk, hvilket kan skabe afstand og mistillid.

Behandlere fremhæver desuden, at det er centralt at kommunikere klart, at formålet ikke er at komme med en "løftet pegefinger", men at støtte borgeren, hvor der er behov. Gennemsigtighed omkring retningslinjer, muligheder og begrænsninger opleves som afgørende for at skabe tillid. Mange borgere har desuden mange negative erfaringer med sig fra tidligere kontakter med systemet, hvilket kræver ekstra opmærksomhed og empati.

En central erfaring blandt behandlerne er, at mange borgere forventer, at henvendelsen automatisk indebærer, at de skal stoppe deres stofbrug. En behandler fra Rusmiddelcenteret i Randers Kommune beskriver, hvordan det ofte handler om at korrigere denne misforståelse og signalere, at man kan tage små skridt.



Det er også nogle af de misforståelser, jeg oplever, at vi hele tiden må rette derude. Mange tror, at når man henvender sig til misbrugsbehandling, så skal man automatisk stoppe med sit misbrug – men det behøver man slet ikke. Vi fortæller dem, at man kan tage det stille og roligt. Her kan man bare mødes, man behøver ikke blive indskrevet, og vi kan sagtens starte med en telefonopringning eller bare én enkelt samtale.

Medarbejder i fremskudt stofbehandling,
Randers Kommune

Sammenfattende viser erfaringerne, at det kræver et langsomt, tålmodigt og relationsbaseret arbejde at skabe tillid hos borgerne. Ved at møde borgerne på deres egne præmisser, være ikke-dømmende, praktisk hjælpsom og gennemsigtig om

muligheder og begrænsninger, kan behandlere skabe kontakt og åbne op for senere forandringsarbejde.

Behandlerne understreger alle nødvendigheden af stor fleksibilitet og en nedjustering af kravene. Som en informant (IP) beskriver:

*Man behøver slet ikke at vide, hvad man vil – det kan vi bare snakke om.
Måske finder du ud af det, måske gør du ikke, og så kan du gå ud igen og
komme ind igen.*

Denne fleksible og mere åbne ramme for behandlingen virker særlig godt til målgruppen, viser erfaringerne, også i samarbejdet med eksterne partnere. Det handler om at sikre, at borgeren ikke bliver overvældet af forskellige krav, men i stedet tilbydes løsninger, der er tilpasset deres situation og behov.

Eksempler på denne fleksibilitet i praksis inkluderer bl.a. at dele udfyldelsen af et spørgeskema op i mindre bidder eller at nedtone ordet "behandling", både over for samarbejdspartnere og borgerne selv. Mange forbinder nemlig ordet behandling med sygdom eller med, at man skal henvende sig til rusmiddelcenteret, hvilket for nogle kan vække frygt for fx at miste børn, job eller bolig, og der kan desuden være stor skam forbundet med at blive identificeret med behandling. Flere interviewpersoner fremhæver, at målgruppen ofte har dårlige erfaringer med møder og derfor hurtigt forbinder dem med noget negativt. Endelig er det afgørende, at behandlerne kan aflæse og forstå, hvad den enkelte borger kan indgå i, og tilpasse samtale og temaer herefter. Dette indebærer også at vide, hvornår nogle ting bør tilbageholdes, evt. for en stund, for ikke at skræmme borgeren og gå for hurtigt frem, fx hvis behandler stiller alle mulige forventninger op om, at de skal udfylde diverse skemaer eller lignende opgaver, som kan virke uoverskuelige i øjeblikket. Det kræver kendskab til og forståelse af borgeren at vurdere. Det kan også handle om at nedtone ordet "behandling", så borgeren også oplever, at indsatsen faktisk handler om at støtte borgeren i relation til behandling, og at det ikke handler om, at borgeren skal blive stoffri.

Den samlede erfaring viser, at fleksibilitet, relationel forståelse og gradvis tilnærmelse er nøgleelementer for at skabe kontakt og tillid, som kan danne grundlag for eventuelle ændringer i borgerens forbrug. Erfaringerne viser, at fremskudt stofbehandling bygger på fleksibilitet, relationel forståelse og tilpasning til borgerens aktuelle situation, behov og motivation frem for faste rammer eller strenge krav om progression. Behandlerne møder borgerne på deres egne præmisser og i deres nærmiljø – eksempelvis på herberger, væresteder eller i borgerens hjem – hvilket skaber tryghed og gør det lettere for borgeren at engagere sig.

Individuel tilpasning betyder, at indholdet og intensiteten af indsatsen justeres efter, hvad borgeren vurderes at kunne magte, og dette besluttet i samarbejde med borgeren. Samtalerne kan være korte og støttende snarere end konfronterende, og det accepteres ofte, at samtalerne også handler om andre emner end stofbrug. Relation og tillid er fundamentet i fremskudt stofbehandling, hvor kontinuitet og stabilt nærvær prioriteres højt, også når borgeren er ambivalent eller udviser modstand. Erfaringen er altså, at muligheden for at opnå et relevant og tilstrækkelig vidensgrundlag omkring borgerne er betydeligt større i relationsarbejdet i fremskudt stofbehandling, end det er i den institutionelle kontekst i form af rusmiddelcentre (se fx Johansen & Pedersen, 2022).

Fleksibilitet og lavt kravniveau betyder, at borgere oplever, at de kan tale åbent om deres situation, herunder tilbagefald eller ambivalens, uden at føle skam. I flere kommuner er stofbrug en naturlig del af samtalerne – også hos civilsamfundsaktører. Der lægges der vægt på, at stofbrug kan indgå naturligt i samtalen og ikke skal undgås, men samtidig ikke nødvendigvis er det eneste fokus. Erfaringerne peger på, at borgerne herved oplever, at de kan tale åbent – også om tilbagefald eller ambivalens i forhold hertil. Målene sættes ud fra borgerens egne ønsker, håb og drømme – fx mere struktur i hverdagen, bedre psykisk trivsel eller at komme op om morgenen – snarere end et krav om stoffrihed.

Opsummerende peger erfaringerne på, at succes i arbejdet afhænger af langsigtet, tillidsbaseret relationsarbejde, hvor fremskridt sker i borgerens eget tempo. Nogle elementer er stabilitet, vedholdenhed, fleksibilitet og en ikke-dømmende tilgang, som tilsammen skaber mulighed for, at borgeren kan engagere sig og udvikle sig i en retning, der giver mening for dem.

3.3.3 Behov for større fleksibilitet og en mere borgercentreret tilgang

Flere informanter peger på, at faserne i modellen godt kan virke lidt for kategoriske i praksis, hvilket kan virke kontraproduktivt for relationen til borgeren og paradoksalt i forhold til bestræbelsen på at skabe en fleksibel tilgang for borgeren. Flere peger på, at de tre faser svært kan anvendes direkte, fordi borgerforløb sjældent er lineære og fremadskridende, og at det ikke altid er muligt at bestemme, i hvilken fase en borger præcist er på et givent tidspunkt. I afprøvningsperioden var dette dog en bunden opgave for kommunerne til brug for dokumentation af borgernes veje ind/ud af og tilknytning til fremskudt stofbehandling til brug for denne undersøgelse (se afsnit 4.2 for analyse af disse data).

Flere behandlere peger endvidere på, at det ikke for alle giver mening, at fase 3 handler om ordinær behandling. Mange oplever, at denne præmis slet ikke passer til målgruppen, da netop deres vanskeligheder med at indgå i de ordinære

behandlingsrammer er en af grundene til, at modellen for fremskudt stofbehandling er nødvendig. Erfaringen er, at det for en del borgere slet ikke er et realistisk mål at opstille og heller ikke altid borgerens eget mål, hvorfor det bidrager til at vanskeliggøre etablering af en god og tillidsfuld relation mellem borger og behandler. At fastholde ordinær behandling som hovedmål kan dermed virke kontraproduktivt for relationen og skabe risiko for nye nederlag for borgerne.

Derfor foreslår nogle informanter, at fase 3 lige så vel kunne indeholde mulighed for at støtte borgeren i overgange til andre relevante indsatser også ud over ordinær stofbehandling. Nogle foreslår en mere fleksibel tilgang, hvor ordinær behandling kan være én mulighed, men hvor der også åbnes for andre, mere realistiske og borgerorienterede mål – eksempelvis kobling til andre indsatser, som giver mening for borgere, og som passer til borgerens ønsker og behov. Det kan fx være deltagelse i meningsfulde fællesskaber eller andre former for støtteindsatser – og ikke kun stofbehandling.

Derudover fremhæves behovet for tættere opfølgning og en "håndholdt proces", når borgere forsøger at træde ind i ordinær behandling. Erfaringerne viser, at selv små brud i støtten – fx manglende hjælp til at hente medicin eller overholde aftaler – kan føre til hurtige tilbagefald og afbrydelse af forløbet. En forbedret model bør derfor i højere grad sikre kontinuitet og støtte gennem overgangsperioder, så gode eller givende forløb ikke tabes på meget kort tid.

Der er også interviewpersoner, som foreslår, at man med fordel kunne inkludere bredere perspektiver på stofbrug og inkludere alkohol, ludomani, cannabis og andre former for afhængigheder, så indsatsen ikke bliver for snæver, idet det tit er en del af det samlede billede.

Samlet set peger interviewpersonerne på, at modellen kan styrkes gennem større fleksibilitet, flere realistiske og mulighed for individuelt tilpassede mål, samt en styrket koordinering og informationsdeling på tværs af aktører for at nå borgere, der ellers er svære at opspore.

3.3.4 Civilsamfundsaktørernes primære roller og aktiviteter i indsatsen

Civilsamfundsaktørerne i projektet omfatter organisationer med tæt kontakt til socialt udsatte borgere, herunder herberger, varmestuer, café-dagtilbud for udsatte eller psykisk sårbare samt en boligforening. I to af kommunerne oplever civilsamfundsorganisationerne en høj grad af utydelighed i rollefordelingen mellem dem selv og rusmiddelcenteret. De efterlyser derfor tydeligere afklaring samt mulighed for videns- og erfaringsudveksling – både generelt og konkret i relation til den enkelte borger, både før og under behandlingsforløbet. I de øvrige kommuner opleves

rollerne som tydeligt definerede og præget af gensidig respekt og forståelse. Erfaringer med samarbejdet beskrives mere fyldestgørende i kapitel 4.

Gennem deres tætte, tillidsfulde og ofte uformelle relationer til borgerne anser interviewpersonerne civilsamfundsorganisationerne som værende i en unik position til at identificere, motivere og støtte borgere i meget udsatte positioner i mødet med fremskudt stofbehandling. Deres rolle begrænser sig ikke blot til at spotte potentielle deltagere, men omfatter også kontinuerlig opmærksomhed på borgernes behov og forandringsparathed.

Interviewpersonerne fra alle civilsamfundsorganisationer og fra rusmiddelcentrene fortæller, at deres primære indsats ligger i modellens fase 1. Her, gennem løbende kontakt med borgerne og kendskab til fremskudt stofbehandling, identificerer de borgere, som kan have gavn af indsatsen, og tager kontakt til dem. Organisationerne noterer løbende relevante borgere og videregiver informationen til den udgående behandler eller projektleder i fremskudt stofbehandling. Dette arbejde har samtidig øget civilsamfundsorganisationernes forståelse af, hvordan, hvorfor og for hvem fremskudt stofbehandling er relevant, samt givet dem større indsigt i stofbehandling generelt.

En frivillig fra et herberg i Vejle Kommune fremhæver, at projektperioden har gjort dem mere opmærksomme og skarpe i forhold til, hvad stofbehandling indebærer. Den øgede opmærksomhed gør dem bedre i stand til at formidle mulighederne videre:

Det der med at se mennesket før misbruget ... alle de her ting kan være med til, at de får kvalitet i livet, som gør, at de måske får lyst til forandringer. Og det tænker jeg, det er jo start på behandling. (Opsøgende gadeplansmedarbejder, Vejle Kommune)

De civilsamfundsorganisationer, hvor der er erfaringer med løbende og tæt samarbejde med behandlere, oplever at kunne tage kontakt til behandlere gennem en telefonkontakt, og så stiller de op. En frivillig beskriver bl.a., hvordan det er vigtigt, at de kender dem i rusmiddelcenteret, der også har været forbi civilsamfundsorganisationen og præsentere sig personligt på brugermøder.

At tale med borgeren om stofbrug og behandling

Billedet af civilsamfundsaktørernes rolle i motivationsarbejde og behandlingsdelen varierer noget. Civilsamfundsaktørerne har gjort sig mange erfaringer med det at tale om stofbrug med borgerne. For nogen og nogle steder er det "naturligt" at tale om det, mens det andre steder kan være svært. Men det er tydeligt, at civilsamfundsaktørernes rolle i de kommuner, hvor stofbrug opleves som en naturlig del af

samtalen med borgerne – fx når borgeren indskrives, og der skal udarbejdes udredninger til kommunen⁶, ses som et positivt bidrag til behandlingen. Her bruger medarbejderne deres kendskab til borgeren til at undersøge tidligere behandlingsforløb, barrierer og mulige motivationer for at prøve noget nyt. Denne kontakt etableres typisk gennem mere uformelle samtaler, hvor medarbejderne spørger nysgerrigt ind til borgerens tidligere erfaringer med behandling og åbner for en dialog om mulighederne i fremskudt stofbehandling.

Nogle steder, fx herberger, skal lave udredninger, hvori stofbrug og samtaler med borger indgår i afdækningen. En frivillig på et herberg i Randers Kommune fortæller her, at nogle gange vil borgeren nægte at have et muligt problematisk stofbrug, trods borgeren ofte fremstår meget påvirket. Den frivillige siger i til-læg, at så må man gå via andre veje, fordi det er vigtigt at skabe og værne om tilliden til dem, som frivillige/medarbejdere. Anderledes er det på fx være-

steder, som ikke lovmæssigt skal dokumentere og samtale om deres stofbrug, og hvor der heller ikke er tradition for at tale om stofbrug med brugerne. Sådanne steder må borgerne jo komme og gå, som de vil, men det afholder ikke de frivillige for at tage snakken og forsøge, over tid, at skabe tillid. En socialrådgiver fra en varmestue (Vejle Kommune) fortæller, hvordan de har haft succes med at fortælle brugerne om, hvem behandlerne er, og har hængt billeder op som led i at skabe tillid. Og at de kendte ansigter spredtes, og en positiv fortælling om dem udbredtes. Socialrådgiveren fortæller, at det er afgørende at sikre, at brugeren følger sig set, anerkendt og behandles med værdighed, og at det faktisk har medført, at brugerne hjælper med at henvise andre brugere. Samtidig fortæller den frivillige, at der aldrig er nogle borgere, som ikke vil tale med behandlerne, og at behandlerne i fremskudt stofbehandling er gode til at håndtere opgaven med at gå ind i snakken om eventuelt problematisk forbrug.

Botilbuddet, der er en af civilsamfundsorganisationerne i Helsingør Kommune, har primært prøvet at forsøge at finde relevante borgere og motivere dem til at indgå i behandling. De har afprøvet forskellige strategier for at få mulige relevante



Du siger, du ikke har et misbrug, men i går, der lugtede du af alkohol og kunne ikke gå lige.

Frivillig på et herberg, Randers Kommune

⁶ Det varierer mellem forskellige typer af tilbud, hvorvidt der skal det.

borgerne i tale, fx ved at lade medarbejdere fra rusmiddelcenteret til at "hænge ud" i fællesrum, men det var ikke en succes, da borgerne blot forlod rummet, formentlig fordi det ikke føltes trygt, og det virkede forstyrrende for beboerne. Denne kommune har ansat en peer-medarbejder, som er på stedet en gang om ugen, hvilket de oplever har fungeret bedre, og har virket langt mere tillidsvækkende og produktivt for borgeren og dermed i forhold til at skabe synlighed og skabe kontakt og motivation hos denne.

I anden kommune, Randers Kommune, er der et tæt samarbejde mellem herberg og rusmiddelcenter, som ligger forud for projektet, men som kun er blevet endnu bedre. Opsøgende behandlere og herbergspersonale kender hinanden godt og kan let tage direkte kontakt. Konkret er der etableret en systematik, hvor mulige kandidater til fremskudt stofbehandling drøftes på personalemøder og sendes videre til rusmiddelcenteret. Omvendt fortæller civilsamfundsaktørerne i samme kommune, hvad det betyder for oplevelsen at være en del af fremskudt stofbehandling, hvis man ikke lige selv i en længere periode har nogle borgere til fremskudt stofbehandling, fordi det kan svække sammenhængskraften i indsatsen og engagementet. I forlængelse af dette fortæller en frivillig medarbejder, at når de har fundet en borger, som så pludselig er ude, og hvor fx en mestringsvejleder har overtaget, kan det være svært at føle sig som en del af fremskudt stofbehandling:



Så det der med at føle, man er en del af projektet, man har hentet nogle, og man ved faktisk ikke helt, om de er i projektet, er de blevet henlagt, er de aktive i projektet, er de ikke aktive, hvis man ikke har kontakten til borgere mere, så er man faktisk ikke det. Så jeg har ingen idé om, hvad der er sket med nogle af de borgere, jeg har hentet fx. Jeg får jo ikke en opdatering på det, jeg er jo ikke en del af deres liv og hverdag, så de kan jo heller ikke fortælle mig, at de gør det. Så det synes jeg faktisk kan være svært, fordi man ved faktisk ikke helt, om det man gør, virker det. Gør det en forskel?

Frivillig medarbejder på et herberg,
Randers Kommune

I forlængelse af det kunne det give mening at få læring på tværs ved at tale om borgerne og deres proces med rusmiddelcenteret. Lederen af en civilsamfundsorganisation i Randers Kommune fortæller da også, at det derfor er vigtigt løbende at tale om fremskudt stofbehandling på personalemøder, naturligvis med borgernes

eksplicitte samtykke hertil. I perioder med få borgere har de også inviteret rusmiddelcenteret og deltaget i supervision med rusmiddelcenteret, hvilket de er meget positive omkring, fordi det skabte faglig interesse og motivation trods få eller ingen borgere.

Derudover fungerer udpegede medarbejdere i denne civilsamsfundsorganisation som ambassadører for fremskudt stofbehandling i hverdagen, og projektet nævnes løbende på brugermøder og i samtaler med beboere. Det bidrager til, at borgerne både mindes om muligheden og ved, hvem de kan henvende sig til, hvis de ønsker hjælp. Dette er et eksempel på, hvordan medarbejderne på herberget fungerer som bindeled mellem borgerne og rusmiddelcenteret og bruger deres daglige kontakt med borgerne til at spotte tegn på stofbrug og vurdere behovet for støtte. Derved spiller medarbejderne en rolle i forhold til at få borgeren videre ind i fremskudt stofbehandling eller andre steder. I denne kommune har der også været en mestringsvejleder på handicapområdet, som har været meget aktiv i forhold til at lede efter og finde mulige, relevante borgere til fremskudt stofbehandling.

Denne beskrevne praksis fra Randers Kommune er et eksempel på, at en civilsamsfundsorganisation fungerer som et vigtigt kontaktskabende og relationsopbyggende led i rekrutteringen til fremskudt stofbehandling – og at samarbejdet med rusmiddelcenteret opleves både tillidsfuldt og fleksibelt.

Fordi de gennemgår alle beboerne på personalemøder, så har de i baghovedet, hvorvidt denne beboer kunne have været interessant for fremskudt stofbehandling. Lederen af herberget fortæller, at hun synes, de er blevet bedre til dette, og at de ikke gjorde det ligeså meget i starten.

I Randers Kommune fortæller en medarbejder fra en civilsamsfundsorganisation, at de nogle gange introducerer borgeren for fremskudt stofbehandling ved at italesætte, hvordan indsatsen adskiller sig fra tidligere tilbud, og ved at spørge ind til, hvad der måske ikke har fungeret tidligere. På den måde skabes der en indgang til en åben dialog om mulighederne. Medarbejderen understreger samtidig, at de tilstræber en respektfuld tilgang, hvor borgerens præmisser respekteres, og hvor eventuelle afvisninger accepteres, mens døren holdes åben for fremtidig kontakt. Organisationen bemærker dog, at de i denne kommune ikke har peer-medarbejdere, da det opleves som svært at rekruttere til sådanne stillinger.

Billedet er, at relativt få borgere er blevet rekrutteret til fremskudt stofbehandling gennem civilsamsfundsorganisationer (jf. afsnit 3.3.1), og det har især været vanskeligt i Odder Kommune og Helsingør Kommune. De interviewede i civilsamsfundsorganisationerne beskriver, hvordan de har oplevet varierende udfordringer med at opsøge borgere og indlede samtaler om trivsel og stofbrug. Erfaringerne peger på, at fremskudt stofbehandling kan skabe dilemmaer i fristeder som varimestuer, hvor

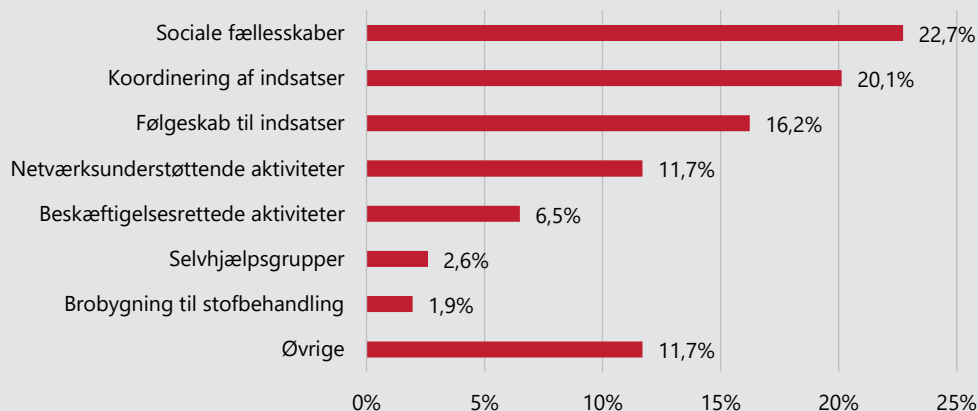
tilstedeværelsen af støtte-kontaktpersoner eller behandlere kan ændre brugernes oplevelse af stedet, som traditionelt skal være et trygt rum for frivillig kontakt. Dette stiller krav til en nøje balance mellem støtte og respekt for fristedets karakter og illustrerer en central problematik ved at kombinere fristeder med behandlingsindsatser: Hvordan man tilbyder fremskudt stofbehandling uden at kompromittere det ikke-myndighedsbaserede, trygge miljø.

Samtidig viser erfaringerne, at der er en vis uklarhed blandt ansatte og frivillige i civilsamfundsorganisationerne om deres konkrete opgaver og grænser i fremskudt stofbehandling i relation til det opsøgende arbejde i forhold til behandling. Dette peger på behovet for tydeligere rammer, klarere arbejdsdeling og løbende afklaring, så civilsamfundsorganisationerne kan navigere effektivt og respektfuldt i deres rolle i forhold til borgerne.

Behandlingsunderstøttende aktiviteter varetaget af civilsamfundet

Figur 3.2 viser, hvilke behandlingsunderstøttende aktiviteter – som borgerne har deltaget i – der varetages af civilsamfundet. Især sociale fællesskaber (22,7 %) og koordinering af indsatser (20,1 %) varetages af civilsamfundsaktører for en del borgere. For lidt færre borgere varetages følgeskab til indsatser (16,2 %), netværksunderstøttende aktiviteter (12,2 %) og derudover øvrige aktiviteter (11,7 %) (ikke nærmere specificeret, da der er for få).

Figur 3.2 Hvilke behandlingsunderstøttende aktiviteter deltager borgeren i varetaget af civilsamfundet?



Anm.: N = 154. Summer ikke til 100 %, da man kan svare i flere kategorier.

Kilde: Kontaktskema løbende.

Det overordnede billede er, at der er stor variation i erfaringerne i forhold til civilsamfundsorganisationernes rolle og opgaver i fremskudt stofbehandling. For kommuner, hvori faserne har været udfordrende, og rollerne har været mindre veldefinerede, er også de kommuner, hvor der i udgangspunktet ikke har været kendskab til og erfaringer med hinanden. I de kommuner har civilsamfundsaktørernes roller primært været tidligt i fase 1 – identifikation af borgere. Der tegner sig et billede af, at de kommuner, hvor der har været tidligere erfaringer med hinanden, også er de, hvor civilsamfundsaktørernes roller har været mest tydeligt og dynamisk – og hvor civilsamfundsaktørerne også har tænkt med fremskudt stofbehandling og udviklet tiltag og praksisser, som understøttede implementeringen af fremskudt stofbehandling. I de kommuner, hvor rollerne har været mest definerede (Vejle Kommune og Randers Kommune), har civilsamfundsaktører – herberger og væresteder – spillet en aktiv og stabiliserende rolle for borgere, der allerede måske er på venteliste til eller er indskrevet i fremskudt behandling (fase 2). Der er eksempler på deltagelse af civilsamfundsmedarbejdere i relevante møder og netværkssamtaler, hvor borgerens aktuelle situation og behandlingsstatus gennemgås i samarbejde med øvrige aktører. Her er civilsamfundsaktørens rolle at bidrage med viden, som kan underbygge kontinuitet for borgeren og give støtte til, at behandlingen bliver håndterbar og tilgængelig for borgeren.

I hverdagen hjælper civilsamfundsmedarbejdere i disse kommuner borgerne med at huske møder og overholde aftaler, ligesom de støtter op mentalt og med praktiske opgaver, så deltagelse i behandling bliver mere overkommelig. Billedet fra interviewene er, at dette sker som en del af det daglige relationsarbejde, hvor problematisk stofbrug og behandling måske ikke er så tabuiserede emner, men samtaler, man åbner for med respekt og uden krav. Netop fordi behandling ikke er en forudsætning for kontakt, men en mulighed, opleves det ofte som mindre risikabelt for borgeren at tale om sin brug af rusmidler.

Der er umiddelbart forskel på graden af støtte afhængigt af konteksten – fx er kontakten typisk mere formel og forpligtende på et herberg end på et værested. På herbergerne indgår samtaler om problematisk stofbrug som en del af de udredninger, der skal udarbejdes til kommunen, mens værestederne arbejder mere uformelt og situationsbestemt.

Et centralt værktøj i Randers Kommune er de korte, fokuserede *koordinationsmøder*, hvor kun relevante aktører for den enkelte borger deltager. Møderne er udviklet specifikt til den fremskudte indsats og inspireret af praksis fra psykiatrien (FAC). De afholdes online via Teams med fast dagsorden, hvilket gør dem let tilgængelige og effektive. Borgeren deltager ikke, men giver samtykke, og møderne har udelukkende et fagligt og koordinerende sigte. Formålet er at sikre, at alle involverede er

opdaterede på borgerens situation og progression ("up to date"), skabe fælles overblik og retning samt undgå dobbeltkommunikation og gentagne fortællinger fra borgeren.

Møderne varer kun 15 minutter og kan fleksibelt indpasses i en travl hverdag, hvilket øger deltagelsen og understøtter en koordineret indsats ud fra borgerens aktuelle behov. Kombinationen af hyppige, korte koordinationsmøder og længere netværksmøder opleves at styrke sammenhæng, relation og fremdrift i borgernes forløb. Samtidig peger erfaringerne på betydningen af løbende borgerinddragelse, tydelig kommunikation og opmærksomhed på kontaktveje.

Randers Kommune anvender desuden *netværksmøder* som supplement til koordinationsmøderne. Her deltager borgeren fx sammen med medarbejdere fra rusmiddelcenteret, kommune, civilsamfund og eventuelt andre som jobcenter, mestringsvejledere, mentorer, pårørende eller læge. De supplerer koordinationsmøderne ved at give plads til fælles målfastsættelse og afstemning med borgeren. Disse møder opleves som værdifulde for relationen, og det vurderes også, at det gavner borgerens ejerskab over indsatsen.

3.3.5 En vedholdende og fleksibel indsats skaber tillid, tryghed og små skridt mod forandring

Dette afsnit handler om, hvordan behandlere og frivillige oplever borgernes udbytte af indsatsen. I nogle kommuner er den overordnede vurdering, at det er svært at vurdere, om borgerne får et egentligt udbytte af deltagelsen, men i andre fremstår det tydeligt, borgerne har gavn af denne mere fleksible tilgang.

Det er de interviewedes vurdering, at mange i målgruppen har haft en meget turbulent og på mange måder belastet barndom. En behandler fortæller, at mange har været vant til, at folk forsvinder hurtigt igen fra deres liv. Det betyder, at det, at behandlerne søger at etablere en relation, som over tid kan blive mere stabil og er vedholdende, er måske en atypisk erfaring for mange borgere. Men det er flere behandleres opfattelse, at de over tid bliver set som en kontinuitet i hvert fald i en tidsbegrænset periode, og som personer, som ikke bare forsvinder fra borgerne, blot fordi det bliver vanskeligt. Ved at behandlerne agerer meget vedvarende og holder fast i borgeren, peger flere behandlere i kommunerne på, at det giver tryghed hos borgeren og en større tro på, at forandring er muligt. Som en behandler minder om, er stofbehandling også at hjælpe med at støtte op om de ting, som trigger rusmiddelbrug. Det er også en generel oplevelse – men også en forhåbning om – at borgerne oplever en mere samlet indsats, end borgerne evt. har prøvet tidligere.

Det kan vi også sige, når vi udskriver folk, at vi begynder at gøre dem klar til, "nu gør du det altså så godt, så nu skal vi altså til at stoppe", og så er det måske en gang om måneden, vi har der til allersidst at sige, "vi er altså ikke længere væk, end hvis trangen går helt amok, så send en SMS."
(Fremskudt stofbehandler, Randers Kommune)

I flere kommuner fortæller behandlerne, at de ofte påtager sig en koordinerende og praktisk rolle. Det betyder, at de hurtigt opbygger en relation til borgeren, og at denne relation imødekommer et behov, som gør det muligt at tale om borgerens stofbrug. Informanterne beskriver, hvordan en helhedsorienteret tilgang indebærer opmærksomhed på de triggere, der kan påvirke borgerens rusmiddelforbrug. Derfor arbejder de først med at afdække og afhjælpe disse forhold, før de adresserer stofbruget mere direkte.

Flere fremhæver, at de kontinuerligt har fokus på borgerens mestring, og én beskriver, hvordan de som behandlere "står ved siden af, foran og bagved borgeren". En behandler understreger, at det er lettere at skabe stabilitet for borgere, der har egen bolig, fordi det giver et fundament af ro. Derudover peger flere på, at nogle borgere er mere kognitivt velfungerende og derfor lettere kan reflektere og tage imod støtte end andre.

For nogle når de aldrig videre, fordi kaosset gør, at de aldrig bevæger sig videre til de mere refleksive samtaler. De nævner, at for mange er økonomi en stor stressor, det presser dem meget.



Det, at der sidder en peer-medarbejder, der fortæller, hvordan han er kommet ud af sit misbrug, det synes jeg i hvert fald virkede til også at have en god effekt på nogle af beboerne, der havde lyst til at tale ind i "okay, hvad var det, du gjorde? Okay, har du nogensinde oplevet" og sådan noget.

Bostøtte på botilbud, Helsingør Kommune

Interviewpersonerne i flere kommuner oplever, at relationen til den fremskudte behandler gør en reel forskel. Behandlerne beskriver, at deres fleksible rolle og mulighed for at støtte borgeren bredt – både praktisk og relationelt – skaber en særlig nærhed: "Vi er i orkanens øje sammen med borgeren, det tror jeg gør en forskel," som én udtrykker det. Der arbejdes målrettet med borgerens egne håb og drømme, og relationen bygger på tydelighed, ærlighed og en vilighed til at tage svære samtaler. Behandlerne oplever, at selv når relationen udfordres – fx når borgeren bliver vred eller trækker sig – vender mange alligevel tilbage og ønsker kontakten genoptaget. Dette vidner om en stærk og bæredygtig relation, der kan rumme konflikter og samtidig fastholde retning og støtte.

Behandlere i flere kommuner fortæller om, at de ofte holder samtalerne med borgeren, samtidig med at de er i gang med andre aktiviteter, praktiske aktivite-

ter (tøjvask, opvask mv.). Det er oplevelsen, at målgruppen er kendetegnet ved, at det er mennesker, som ikke sådan uden videre kan være koordinatore i eget liv – en sætning, de nævner ofte. De nævner, at borgerne i dette projekt ofte er nogle, som er mere kognitivt udfordrede og har brug for mere hjælp til praktiske ting. Derfor støtter de meget med praktiske ting, det kan være at tale med gældskontoret, e-Boks beskeder, fysiske breve mv. Det har også en betydning for deres stofbrug, det bliver en form for forebyggelse. De nævner også, at det ofte er på borgernes forespørgsel, at de har behov for hjælp til noget. Hvis en borger kommer med noget, som behandleren ved, at de er nødt til at handle på, så indgår de i en snak med borgeren om det, sådan at de kan handle eller støtte. En nævner, at de evt. kan foreslå, at de tager et opkald sammen, og så kan de høre med, så det er tydeligt for borger, der ikke foregår noget bag hans eller hendes ryg. Her er tillid og transparens vigtigt. Så behandlerne søger at lave klare aftaler om, hvor meget man må sige og til hvem og er opmærksomme på at lave samtykkeerklæringer, der giver dem tilladelse til at lave aftaler med forskellige personer.



Jeg hjælper en borger med at søge enkeltydelse. 2 timer efter, så hende, der har modtaget ansøgningen, hun ringer tilbage. Ved, jeg er på sagen. Så altså, der bliver handlet enormt hurtigt. Og hun spørger borgeren, om han vil give samtykke, om jeg må blive kontaktet, og han siger: "ja, selvfølgelig".

Fremskudt stofbehandler, Vejle Kommune

En behandler i Vejle Kommune fortæller, at alle borgerne oplever progression og en form for livsændring og tilskriver dette behandlernes mulighed for at agere fleksibelt og vedholdent.

Det er en generel opfattelse blandt behandlerne, at det at gøre tingene anderledes og komme ud til borgerne og lave tingene sammen med dem, gør, at borgeren har mere energi og overskud til selve samtalen. Så skal borgeren ikke bruge en masse energi og mentale ressourcer på at sætte sig op til at tage hjemmefra og hen til et møde på rusmiddelcenteret, og så er de dermed ikke helt trætte, når de møder op.

Særligt borgere, som er meget kognitivt belastede, har svært ved at møde op. Hvis de gør det og er udbrændte, får de slet intet ud af samtalen og får ikke det udbytte, de ellers kunne opnå.

Her sammenligner de også deres rolle og funktion ved siden af bostøtte, hvor der er skarpere afgrænsninger af, hvor meget tid de må være i hjemmet, der er meget konkrete mål og meget klare krav til, hvad der skal dokumenteres inden for § 85.

3.4 Erfaringer i samarbejdet mellem civilsamfund og kommune

Dette afsnit omhandler erfaringer med den centrale del af modellen for fremskudt stofbehandling, som forudsætter et forpligtende samarbejde mellem kommuner og civilsamfundsaktører i implementeringen af fremskudt stofbehandling. Fokus er på konkrete samarbejdspraksisser, der har til formål at sikre de bedst mulige forudsætninger for, at indsatsen når målgruppen.

Afsnittet belyser erfaringer med roller og arbejdsdeling mellem kommuner og civilsamfundsaktører, hvordan disse har udviklet sig, og hvilke centrale erfaringer der er gjort undervejs. I de fire case-kommuners arbejde har modelbeskrivelsen fungeret som både fælles afsæt og inspirationskilde til, hvordan et godt og produktivt

samarbejde kan etableres. Den løbende proces har samtidig tydeliggjort, at de to aktørtyper har forskellige ressourcer og kompetencer, hvilket gør det afgørende at finde frem til, hvordan de bedst kan løfte implementeringsopgaven sammen.

Det har været op til den enkelte kommune at vurdere, hvilke civilsamfundsorganisationer, det var mest relevant at indgå i samarbejde med om projektet. På baggrund af det lokale udbud af civilsamfundsorganisationer har de fire kommuner hver især udvalgt og etableret samarbejde med mellem 1-3 civilsamfundsorganisationer.

Fælles for alle fire kommuner er, at indsatsen er blevet forankret i de kommunale rusmiddelcentre, hvor både social- og sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Denne forankring understøtter modellens helhedsorienterede tilgang og bidrager til at sikre, at udsatte borgere får den nødvendige hjælp og støtte. Det kan eksempelvis indebære, at social stofbehandling kombineres med substitutionsbehandling, når dette vurderes hensigtsmæssigt for den enkelte borger.⁷

Samarbejdet er i hver kommune individuelt tilpasset til den konkrete og lokale kontekst, og hvor der i nogle kommuner er kendskab til og tidligere erfaringer med samarbejder mellem civilsamfundsaktører og rusmiddelcenter, og kendskab til hinanden, er der i andre ikke tilsvarende erfaringer.

Kommunerne og civilsamfundsaktørerne indgik forud for opstart skriftlige, forpligtende aftaler om samarbejde om implementeringen af modellen. Der blev udarbejdet ledelseserklæringer fra forvaltningsledelsen og fra ledelsen i civilsamfundsorganisationerne med opbakning til gennemførelsen af projektet. I alle fire kommuner er udgangspunktet således en formel samarbejdsaftale som ramme, og disse er umiddelbart nogenlunde ensartede, forholdsvis overordnede og åbne. Derudover har kommunerne etableret styregrupper med nogenlunde ensartet type af repræsentation i form af ledelse i de tilhørende forvaltninger samt fra hver civilsamfundsorganisation. Kommuner har hver en projektleder samt 1-2 medarbejdere.

I modelbeskrivelsen er et væsentligt opmærksomhedspunkt, at et samarbejde mellem hhv. kommunerne og civilsamfundsorganisationer kan udformes på mange måder. Der gives i det følgende en række eksempler på, hvad et sådant samarbejde kan indeholde. Heri nævnes følgende mulige områder for samarbejde, som kommunerne kan bruge som inspiration til eget arbejde med modellen i forhold til at etablere samarbejde og organisere dette. Her nævnes identifikation af og kontaktskabelse til borgere, brobygning til stofbehandling eller andre indsatser, akut støtte og hjælp, sociale fællesskaber, helhedsorientering og koordinering af støtteindsatsen til borgeren samt

⁷ Det var da også et krav i ansøgningspuljen til projektet (BEK nr. 598 af 29/05/2023), at kommunerne skulle tilbyde fremskudt social- og sundhedsfaglig behandling, men der var ikke et krav om fremskudt lægefaglig behandling (selvom det kan give god mening for målgruppen, og at der er gode erfaringer med dette fx i forhold til at yde en mere fleksibel opstart af medicinsk behandling).

at skabe en tryk og støttende ramme gennem relationsbåret arbejde. Modelbeskrivelsen er derfor et idékatalog over mulige samarbejdsflader, som har skullet give plads til, at hver kommune har kunne finde sin vej i tilpasningen.

3.4.1 Ledelsesopbakning og rammer for behandlerne

Mange af de ansatte i rusmiddelcentrene peger på, at en effektiv fremskudt stofbe-handlingsindsats forudsætter ledelsesopbakning, som er præget af tillid og fleksibi-litet. Behandlerne arbejder ofte opsøgende og ude af huset, hvilket kræver, at ledel-sen har tillid til, at de kan håndtere kaotiske og uforudsigelige situationer, og samti-dig sikre sikkerhed for både borgere og medarbejdere. Det er vigtigt, at ledelsen anerkender, at dagen sjældent følger planen, og at indsatsen ikke altid giver umid-delbare og hurtige resultater. Tættere og mere kontinuerligt samarbejde mellem le-delse og behandlere anbefales, herunder fælles refleksion, klar prioritering af tid til koordinering og tydelige forventninger til rollefordeling og målgruppe. Manglende fysisk nærhed eller sporadisk kontakt kan hæmme forståelsen af indsatsen og be-grænse medarbejdernes handlefrihed. Samlet understreger erfaringerne, at ledel-sesopbakning både skal være fagligt forankret og organisatorisk tilrettelagt, så be-handlerne kan arbejde fleksibelt, sikkert og målrettet i borgernes miljø.

3.4.2 Roller og arbejdsdeling

I de fire kommuner samarbejder rusmiddelcentrene og civilsamfundsaktørerne på lidt forskellige måder, men fælles er, at de alle holder jævnlige møder løbende for at afstemme samarbejdet og tale om den enkelte borger, som kunne være relevante i forhold til indsatsen.

På tværs af kommunerne er billedet, at der er stort behov for klarhed over roller og ansvarsområder tidligt i projektet. Det at få en klar form på samarbejdet, bl.a. i for-hold til mødestruktur- og kadence, vurderes meget nødvendigt og fremmende for at arbejde med modellen. Dette indebærer også, at der sikres en vis grad af formali-sering, hvilket beskrives som en væsentlig forudsætning. Billedet fra de fire kommu-ner er, at det havde været godt med en klarere forventningsafstemning helt fra be-gyndelsen af projektet.

Graden af oplevelse af fælles forståelse varierer tydeligvis med den enkelte kommu-nes udgangspunkter og erfaring. I kommuner med længevarende samarbejde med civilsamfundsorganisationer og relativt større kendskab til hinanden, er oplevelsen af behovet umiddelbart mindre udpræget. Idet de fire kommuner i projektet havde forskellige udgangspunkter, havde de også forskellige erfaringer med, i hvor høj grad der var et fælles udgangspunkt og en forståelse af samarbejdets indhold.

Helsingør Kommune og Odder Kommune havde begge et spinkelt kendskab til de pågældende civilsamfundsaktører og havde ikke tidligere haft et projektsamarbejde med hinanden. Vejle Kommune og Randers Kommune havde omvendt et større kendskab til hinanden og, ifølge interviewpersonerne, begge et etableret og formelt samarbejde forud for projektets opstart, som de kunne bygge videre på. I en af de fire kommuner indgår civilsamfundsaktøren i projektbudgettet for fremskudt stofbehandling og modtager et driftstilskud. Dette giver alt andet lige forskellige udgangspunkter for civilsamfundsaktørernes muligheder for at bidrage, da civilsamfundsaktører typisk har begrænsede midler til medfinansiering.

I alle fire kommuner viser erfaringerne, at arbejdsdeling og rollefordeling er noget, der udvikles over tid, og at processen kræver kontinuerlig opmærksomhed. De fleste peger på, at et tæt og vedvarende samarbejde er nødvendigt; det kan ikke kun foregå sporadisk eller efter behov. Samtidig kræver et velfungerende samarbejde, at ledere prioriterer og skaber rum for, at medarbejdere aktivt kan bruge tid sammen. Gennem denne proces, hvor parterne 'besøger hinanden' og lærer hinandens praksis at kende, bliver det gradvist tydeligere, hvem målgruppen er, og hvad de enkelte aktører kan bidrage med.

Erfaringerne varierer dog mellem kommunerne. I nogle opleves det, at der er opnået en rimelig klarhed omkring roller og ansvar, mens andre har haft vanskeligheder med, at samarbejdet ikke har været tilstrækkeligt struktureret eller organiseret. Et gennemgående tema på tværs af kommunerne er vigtigheden af fælles retning og tydelighed om, hvem der gør hvad, samt ansvar for hvilke opgaver.

Flere behandlere oplever, at civilsamfundsaktørerne ofte forventer, at det er dem, der tager initiativ og foreslår indhold. En behandler fra Vejle Kommune fremhæver, at det derfor er vigtigt at afstemme forventninger og give civilsamfundsaktørerne en rolle, hvor de også kan komme med forslag og nye initiativer. Dette skaber større ejerskab og styrker samarbejdet.

3.4.3 Oplevede forskelle mellem rusmiddelcentre og civilsamfundsorganisationer

Dette afsnit omhandler interviewpersonernes oplevelser af væsentlige forskelle mellem civilsamfundsaktører og rusmiddelcentre, og hvordan disse forskelle kan udfordre det fælles samarbejde. Udfordringerne påvirker både opsporing og kontakt til borgere samt det kontinuerlige, relationelle og motiverende arbejde, som er afgørende for, at borgerne kan få gavn af indsatsen. Tværsektorielle samarbejder mellem kommunale medarbejdere og frivillige rummer muligheder for læring og udforskning af, hvordan partnerskaber rummer forskellige former for engagement, motivation og logikker mellem disse to aktører (Espersen et al., 2023). Møder mellem

disse to aktører i dette projekt har tydeligvis medført mange erfaringer og formentlig også en del læring. De interviewede peger overordnet på, at oplevede kulturelle er betydelige og bør adresseres mere systematisk, hvis der skal skabes et solidt og effektivt grundlag for samarbejdet, herunder at der skal skabes rum for egentlig læring på tværs.

3.4.4 Samarbejde mellem civilsamfund og rusmiddelcentre: udfordringer og potentialer

På tværs af kommunerne opleves fælles udfordringer i samarbejdet mellem civilsamfundsorganisationer og rusmiddelcentre. Udfordringerne udspringer primært af forskelle i rammer, regelsæt og organisationskultur. Flere interviewpersoner peger på, at der mangler et fælles sprog og en fælles forståelse af, hvad stofbrug er, og hvordan det bedst kan adresseres. Der efterspørges derfor mere systematisk faglig refleksion – både i opstartsfasen og løbende – for at skabe en fælles begrebsramme.

En stofbehandler fremhæver, at det er vigtigt at tydeliggøre, hvad der menes med begreber som "behandling", "misbrug" og "forandring", samt hvordan man bedst støtter borgerens individuelle udvikling. Det handler ikke kun om definitioner, men også om at forstå forandring i borgernes liv. Erfaringerne viser samtidig, at formelle samarbejdsaftaler ikke er tilstrækkelige; et stærkt samarbejde kræver løbende, gensidig dialog, hvor kulturelle forskelle mellem aktørerne anerkendes og håndteres aktivt.

3.4.5 Ansvar og roller i det opsøgende arbejde

En central implementeringsudfordring er afklaringen af, hvem der har ansvaret for at tage samtaler med borgerne om stofbrug. Flere civilsamfundsaktører oplever, at stofbrug ikke nødvendigvis er en del af deres dagsorden, og ser det som rusmiddelcenterets opgave at tage de svære samtaler. Omvendt fremhæver kommunale behandlere, at et helhedsorienteret perspektiv er nødvendigt, hvor alle aktører bidrager til, at borgeren får relevant støtte. Et fælles perspektiv mellem kommunen og civilsamfundsaktører nævnes som en væsentlig succesfaktor i nogle kommuner.

Erfaringerne viser også, at det kan være vanskeligt for civilsamfundsaktøren at tage snakken om rusmidler, særligt i opsøgende arbejde på herberger, varmestuer og andre frirumsprægede miljøer. Disse steder opfattes som trygge rum, hvor borgere kommer for at være i fred, og det kan derfor føles grænseoverskridende at konfrontere dem med deres stofbrug.

Så vi prøvede at snakke om, hvordan vi kunne sige det på andre måder, hvordan man kan tale om det – "I behøver ikke sige til dem med behandling, det kan vi jo tage os af", fordi det slet ikke er sikkert, at de er klar fra starten. Men jeg tror også, det står lidt for egen regning, og jeg tror, de tænker, at "de skal have lov til at være i fred, når de er nede hos os. Det er omsorg – vi skal bare holde øje med dem og passe godt på dem. De skal have lov til at have ro." Jeg tænker, det kan også noget, og det forstår jeg godt. Men det kan virke, som om de ikke helt tør tage snakken, når man ser det udefra. (Ansæt i rusmiddelcenter)

Samtidig viser erfaringerne, at det er muligt at tale om problematisk stofbrug, hvis samtalen tager afsæt i borgerens egne ønsker, behov og mål, snarere end systemets krav. Ved at stille nysgerrige og respektfulde spørgsmål om, hvordan stofbrug påvirker borgerens liv, åbnes samtalen naturligt. Dette kræver mod, træning og et ikke-dømmende sprog. Flere medarbejdere peger på, at "behandling" kan være et problematisk begreb, som det kan være hensigtsmæssigt at bruge mindre i fremskudt stofbehandling.

3.4.6 Sprog, relationer og stigmatisering

Frygten for at stigmatisere borgeren er udbredt blandt medarbejdere, og denne forsigtighed kan føre til, at vigtige samtaler helt undlades. Flere fremhæver, at det ofte er mere omsorgsfuldt at tale åbent og direkte – uden moraliserende undertoner. Som én medarbejder sammenligner: "Hvis nogen halter, spørger vi til det og foreslår lægehjælp – det bør vi også kunne gøre, hvis en borger tydeligt er påvirket."

Der peges også på behovet for refleksion over det interne sprog i personalegrupperne. Sproget påvirker både relationen til borgeren og håndteringen af stofproblematikker i praksis. Når medarbejdere står under pres, kan et hårdere eller mere distanceret sprog svække samarbejde og tillid. Udviklingen af et fælles, respektfuldt og nuanceret sprog ses derfor som afgørende for et godt samarbejde – både internt og med borgerne.

3.4.7 Engagement og aktiviteter som drivkraft i samarbejdet

Et tilbagevendende tema i interviewene er oplevelsen af manglende engagement og fraværet af de såkaldte "ildsjæle". En fremskudt behandler udtrykker et ønske om, at flere aktører havde haft en oprigtig interesse i indsatsen – at de havde syntes, det var fedt at deltage, frem for blot at betragte det som endnu en opgave i en travl arbejdsdag. En anden fremskudt behandler er enig og beskriver en oplevelse af at give og

give uden at få noget igen. Dette peger på, at engagement og gensidighed fra samarbejdspartnere er en central del af et velfungerende og meningsfuldt samarbejde.

Særligt i forhold til aktiviteter, der skal engagere borgerne, understreger den ene af fremskudte behandlere, at det kræver ildsjæle – både blandt behandlere, civilsamfundsaktører og, som det tolkes, også borgerne selv – for at skabe noget, der virkelig virker. Der er brug for personer, der brænder for opgaven og formår at skabe relationer og trygge rum, hvor borgerne kan deltage og udvikle sig.

Begge fremskudte behandlere fra samme kommune savner, at der i højere grad blev tilbudt meningsfulde aktiviteter, hvor borgerne kunne indgå i fællesskaber og lære at tage ansvar – eksempelvis ved at tage del i sociale grupper og netværk. En af dem peger på, at sådanne aktiviteter ikke kun har en aktiverende funktion, men også en socialt rehabiliterende effekt, fordi de giver borgerne mulighed for at skabe nye netværk og relationer, som kan være afgørende for deres videre forløb.

Begge interviewpersoner fremhæver, at der burde have været større fokus på at udvikle aktiviteter, som er målrettet og tilpasset den specifikke målgruppe. De oplever, at borgerne ikke altid føler, at de passer ind i eksisterende tilbud, og at nogle aktører ikke er klædt på til at rumme netop denne gruppe. Dermed risikerer indsatsen at ramme forbi målet – ikke fordi viljen mangler, men fordi engagementet og forståelsen for målgruppen ikke altid er til stede hos alle involverede parter.

3.4.8 Betydningen af samarbejde mellem behandlere og civilsamfundsaktører for borgerne

Interviewpersonerne fortæller om, hvilken betydning de mener samarbejdet mellem behandlere og civilsamfundsaktører har haft - eller kan få - for borgerne og om der særlige dimensioner af samarbejdet, som har betydning? Flere af de interviewede fortæller overordnet, at samarbejdet mellem behandlere og civilsamfundsaktører har stort potentiale til at skabe positive virkninger for borgerne og at de i mange tilfælde gør det i en eller anden udstrækning.

1. Identifikation og opsporing af borgere

Et tæt samarbejde gør det muligt løbende at opdatere oversigter over borgere, der kan være relevante for indsatsen – også dem, som behandlingssystemet ikke tidligere har kendskab til. Civilsamfundsaktører bidrager her til at synliggøre "mørketal", hvilket øger sandsynligheden for, at udsatte borgere får adgang til en indsats, de ellers ikke ville have mødt. Opgørelsen af mørketal handler om at forsøge at skabe overblik over, hvor mange, som muligvis er i målgruppen, men som endnu ikke har takket ja til at deltage/givet samtykke hertil. Der sikres her en anonymitet over for

kommunen, hvis det for eksempel er en civilsamfundsaktør, som har spottet en potentiel, relevant borger i målgruppen for fremskudt stofbehandling.

2. Koordinering og løbende justering af indsatsen

Flere interviewpersoner fremhæver, at løbende koordinering og finjustering af indsatsen er afgørende. Dette sikrer, at indsatsen tilpasses den enkelte borgers behov og situation, og at fleksibiliteten i fremskudt stofbehandling opretholdes, som den er tænkt i modellen. Uden denne tilpasning øges risikoen for, at borgere trækker sig fra relationen og dropper ud. Samtidig forhindrer koordineringen, at forskellige fagligheder "træder oven i hinanden", hvilket kan skabe unødigt forvirring for borgeren. Når indsatsen afstemmes løbende, får hver faglighed plads, samtidig med at borgeren forbliver centrum for indsatsen.

3. Udnyttelse af faglige perspektiver

Forskellige fagligheder – fx sygeplejersker, pædagoger og mestringsvejledere – bidrager til en nuanceret forståelse af borgerens situation. Samarbejdet gør det muligt at kvalificere, hvilken indsats der er mest meningsfuld for borgeren i netop det stadie, vedkommende befinder sig i, og skaber en balance mellem kvalitet og kontinuitet i indsatsen.

4. Sparring og vidensdeling på tværs af organisationer

Flere behandlere beskriver, at de aktivt bruger hinanden som ressourcer gennem løbende sparring og supervision. I nogle kommuner trækker man også på opsøgende teams, som understøtter arbejdet ved at dele viden om borgere og signalere, når særlige hensyn skal tages. Erfaringerne viser, at det er helt centralt at lære hinanden at kende på tværs af organisationer – det skaber både tryghed og effektivitet i indsatsen.

5. Virkninger for borgerne

Når samarbejdet fungerer, oplever borgerne, at medarbejderne kender hinanden og koordinerer indsatsen. Dette skaber en følelse af sammenhæng og tryghed, hvor borgere ikke møder parallelle eller modstridende indsatser, men en samlet og koordineret indsats. Medarbejdere i en civilsamfundsorganisation i Vejle Kommune fortæller fx, at et tæt og godt samarbejde kan give borgere en tryghed i, at man kender hinanden på tværs, fx gennem at borgerne ved, at de samarbejder om at støtte og koordinere borgerens indsats og har de samme nødvendige informationer fra borgeren. Dette styrker relationen til borgeren og øger sandsynligheden for, at vedkommende fastholdes i indsatsen.

3.4.9 Opsamling

Fremskudt stofbehandling vurderes samlet set positivt og de interviewede peger på, at de har haft borgere, som ikke har haft svært ved at indgå i det etablerede behandlingssystem og er blevet hjulpet til en bedre hverdag – især de meget isolerede borgere. Desuden er der opnået kontakt til borgere, der ellers forsøger at undgå systemkontakt og de som ikke tidligere har været i kontakt med behandling eller lignende indsatser (se også afsnit 4.1.2).

Der har i kommunerne været markant forskellige rammevilkår for samarbejdet med civilsamfundsaktører. Kun 1 ud af 4 kommuner har afsat midler til civilsamfundets medvirken, selvom civilsamfundsorganisationerne i modellen for fremskudt stofbehandling og i de formelle samarbejdsaftaler er tildelt en central rolle. Samtidig varierer kommunernes erfaringsgrundlag betydeligt: Nogle har omfattende erfaring og etablerede relationer til relevante civilsamfundsaktører, mens andre kun i beskedent omfang har arbejdet sammen med civilsamfundet tidligere.

Denne kombination af begrænset finansiering, varierende organisatorisk erfaring og øvrige lokale forskelle, som tidligere beskrevet, har skabt meget forskellige udgangspunkter for samarbejdet. Alt dette har antageligt påvirket civilsamfundsaktørernes faktiske muligheder for at bidrage – på trods af enslydende forventninger til deres rolle i modelafprøvningen. Dette gælder fx Odder Kommune, hvor fremskudt stofbehandling beskrives som vedholdende og fleksibel, og hvor de interviewede vurderer, at dette er helt afgørende for fremskridt. Det understreges også, at det kræver en vis balance, sådan at behandlere ikke overtager opgaver, der egentlig hører til bostøtter eller andre aktører. Derfor understreges vigtigheden af tydelig rollefordeling, klare forventninger og god overlevering, når indsatsen afsluttes.

Samarbejdet på tværs fremhæves som en styrke, men kræver lederskab, formelle rammer og kontinuerlig forventningsafstemning. Ligeværdighed, tryghed, tid og tålmodighed nævnes som forudsætninger for et stabilt samarbejde.

En udfordring er fasemodellen, især fase 3, som opleves uklart defineret. Behandlerne mener, at fremskudt behandling i nogle tilfælde kunne erstatte eller supplere ordinær stofbehandling, og at fase 3 burde åbne for flere tilknytningsmuligheder til andre indsatser end blot den ordinære. Her efterlyses større fleksibilitet og enklere rammer, så indsatsen ikke bliver for kompleks.

Der peges også på behov for ressourcer til opsøgende arbejde, så indsatsen kan fortsætte med at finde meget isolerede borgere, herunder via samarbejde med boligsociale enheder og sociale viceværter. Informationsspredning til andre fagaktører vurderes som en vej til at nå borgere, der ellers kan være svære at nå.

Endelig fremhæves udfordringer ved projektets korte tidshorisont: at etablere relationer til de mest udsatte kræver længere tid, end rammerne umiddelbart giver plads til.

4 Resultater af fremskudt stofbehandling

Dette kapitel udgør resultatdelen af evalueringen af fremskudt stofbehandling i Randers, Vejle, Helsingør og Odder. Kapitlet har til formål at belyse:

- Hvad der karakteriserer de borgere, der er indskrevet i fremskudt stofbehandling.
- Borgerens tilknytning til fremskudt stofbehandling – dvs. hvorhenne de er i behandlingsforløbet, hvordan de er identificeret, hvem der har kontakten med borgeren, hvilken fase af behandlingen, borgeren er i ved afslutning/afald, og hvad borgeren afsluttes til.
- Civilsamfundets rolle – fremskudt stofbehandlingsmodellen har lagt op til, at kommunerne i samarbejde med én eller flere relevante civilsamfundsorganisationer etablerer et opsøgende og udgående stofbehandlingstilbud til borgere med stofbrug i udsatte positioner.
- Hvordan fremskudt stofbehandling konkret har været for borgerne og ikke mindst borgernes eventuelle progression i trivsel, cannabis, stof- og alkoholforbrug i løbet af deres deltagelse i fremskudt stofbehandling.

Som det fremgår af Boks 4.1, baserer analyserne i dette kapitel sig på spørgeskema-data besvaret af hhv. relevant behandler/aktør og borgerne i fremskudt stofbehandling. Ud over de kvalitative interviews – som mere detaljeret kan beskrive erfaringerne fra arbejdet med modellen for fremskudt stofbehandling og borgernes egne oplevelser med fremskudt stofbehandling – giver denne kvantitative del af undersøgelsen et mere systematisk overblik over modellen i praksis, de deltagende borgere og deres resultater.

Datamaterialet er desværre begrænset til relativt få borgere for hvert spørgeskema ($n = 29-77$ borgere). Dette betyder, at vi – af diskretionshensyn – for det første ikke i særligt stort omfang har mulighed for at lave statistiske opgørelser for de enkelte kommuner. Derfor rapporterer vi primært samlet for alle de fire kommuner, men præsenterer tabeller opdelt på kommuner i de tilfælde, hvor det er muligt og meningsfuldt. For det andet betyder det begrænsede datamateriale også, at vi i nogle tilfælde er nødt til at slå spørgsmålskategorier sammen. Vi tager diskretionshensyn, når der er mindre end 3 observationer i en svarkategori. Af Bilag 1 fremgår oversigter over besvarelser af de tre spørgeskemaer.

Datagrundlaget for analyserne er tre spørgeskemaer til borgere og behandlere tilknyttet indsatsen i de fire projektkommuner og en oversigt over deltagerne, som kommunerne løbende har registreret i. De fire skemaer er:

- **Kontaktskema start.** Skemaet udfyldes af relevant behandler/aktør i forbindelse med borgerens opstart i projektet. Skemaet omhandler borgere, som har indvilget i at deltage i projektet, og indeholder en række aktuelle baggrundsoplysninger om den enkelte borger. Skemaet udfyldes en gang pr. ny borger og gælder under hele dataindsamlingsperioden – dvs. frem til 30. juni 2025.
- **Kontaktskema løbende.** Skemaet udfyldes *fire gange* i projektperioden for de borgere, som på de givne tidspunkter er tilknyttet/aktive i indsatsen. Skemaet udfyldes af relevant behandler/aktør. Skemaet omhandler oplysninger om borgerens forløb i indsatsen.
- **Progressionsskemaer.** Skemaerne indeholder spørgsmål til borgeren og bliver udsendt 8 gange med 2 måneders mellemrum under projektperioden. Spørgeskemaet er henvendt til borgere, som er tilknyttet/aktive i projektet i enten fase 1, 2 eller 3. Formålet med at udfylde dette skema er at indsamle data om borgerens trivsel, alkohol- og stofbrug og recovery. Antallet af mulige besvarelser på progressionsskemaet for den enkelte borger afhænger af, hvornår borgerne bliver indskrevet.
- **Deltagerlister.** Listerne er blevet anvendt til at skabe overblik over både potentielle og aktive borgere i indsatsen. Listerne er løbende blevet opdateret og udvekslet mellem kommunerne og VIVE, så der har været overblik over borgernes aktuelle faser, frafald og overgange til ordinær stofbehandling. Deltagerlisterne indeholder endvidere information om identifikationsdato, opstartsdato, afslutnings-/frafaldsdato samt årsag til afslutning.

En oversigt over besvarelserne for hver skematype fordelt på kommuner fremgår i rapportens Bilag 1.

Vi anvender **Chi²-test** og **t-test** i de sammenlignende analyser.

Kapitlet indledes med et afsnit baseret på data fra 'kontaktskema start', hvor vi beskriver borgerne indskrevet i fremskudt stofbehandling. Herefter kommer et afsnit

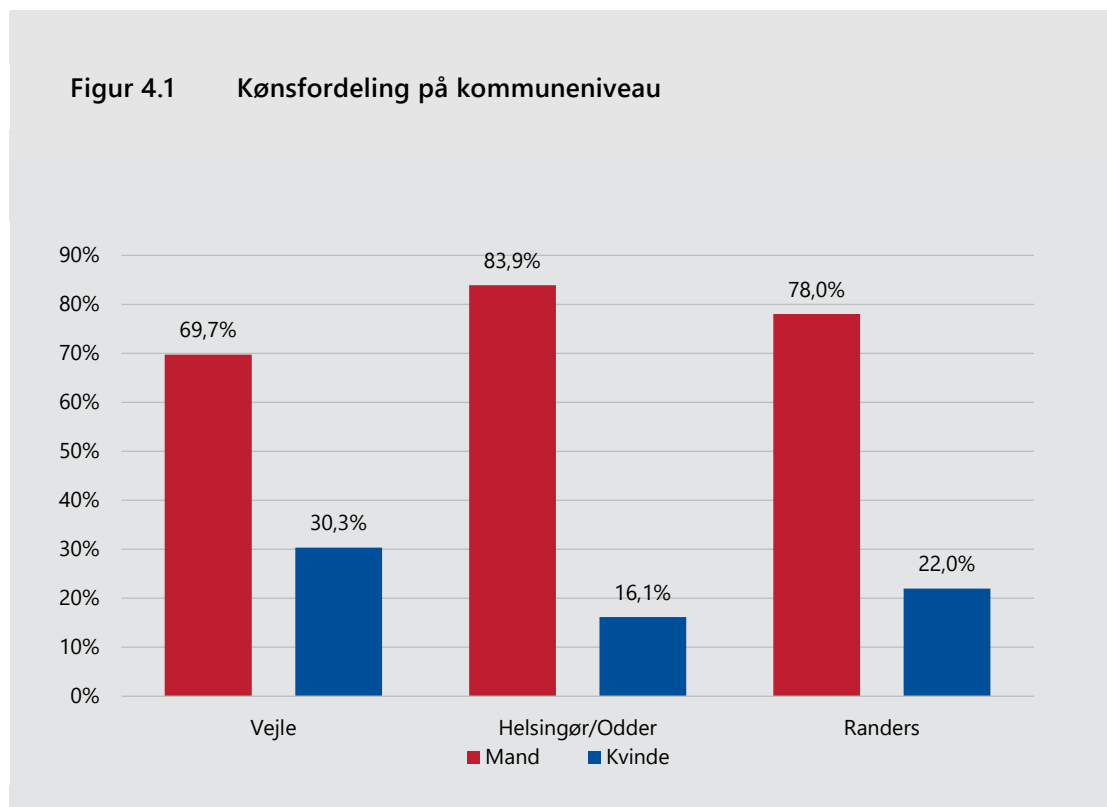
baseret på 'kontaktskema løbende' og 'deltagerlister', som handler om borgernes tilknytning til fremskudt stofbehandling. Det sidste afsnit i kapitlet baserer sig på 'progressionsskemaerne' og handler om udviklingen i borgernes trivsel og stofbrug gennemprojektperioden.

4.1 Borgere i fremskudt stofbehandling

Dette afsnit præsenterer informationerne fra 'kontaktskema start' besvaret af relevant behandler/fagperson.

4.1.1 Køn og alder for borgere, som deltager i fremskudt stofbehandling

Størstedelen af borgerne i fremskudt stofbehandling er mænd (77,1 %). Kønsfordelingerne for de forskellige kommuner fremgår af Figur 4.1.

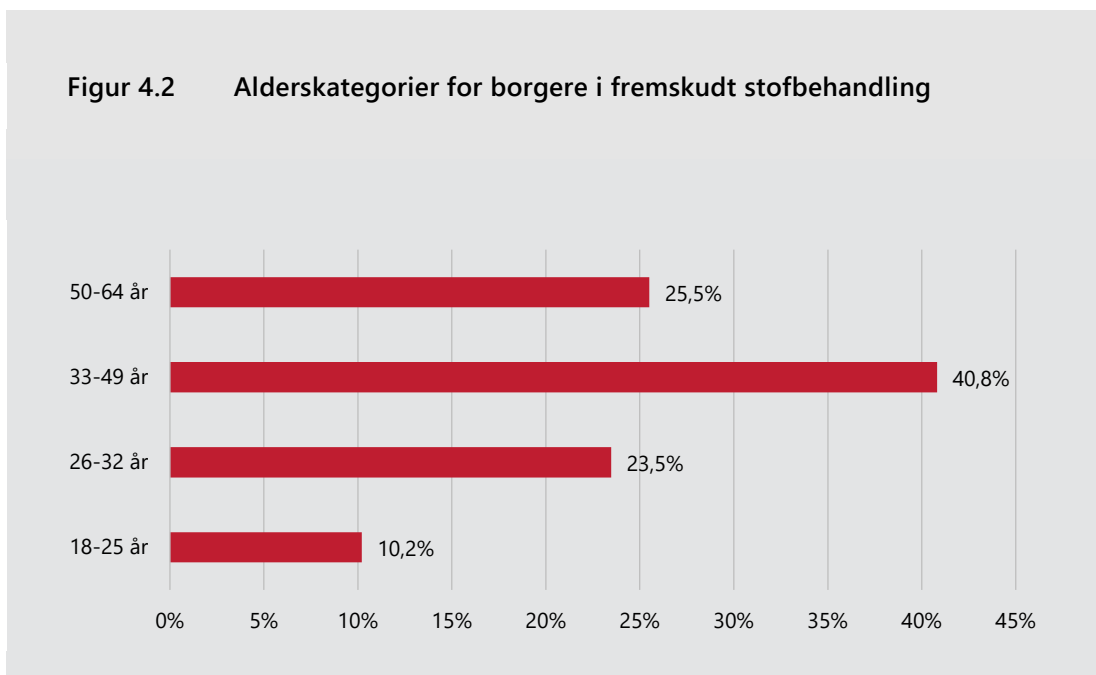


Anm.: Vejle: N = 33, Randers: N = 41, Helsingør/Odder: N = 31.

Helsingør og Odder er præsenteret samlet grundet diskretion. Fordelingerne er ikke statistisk signifikant forskellige: $\chi^2(2) = 1.8525$, $Pr = 0.396$.

Kilde: Kontaktskema start.

Aldersmæssigt viser Figur 4.2, at 40,8 % af borgerne er mellem 33 og 49 år, 25,5 % af borgerne mellem 50 og 64 år. De resterende borgere er under 33 år.



Note: N = 98.

Kilde: Kontaktskema start.

Når vi kigger på aldersgennemsnittet for hver af de 4 deltagende kommuner, er Od-der Kommune den kommune med det højeste aldersgennemsnit på 49,4 år, mens Randers Kommune har det laveste på 37,7 år, og disse to kommuners aldersgennemsnit er signifikant forskellige fra hinanden ($p = 0,03$). Mens Helsingør Kommune og Vejle Kommune ligger i mellem, og begge har et aldersgennemsnit på omkring 41 år, som ikke adskiller sig signifikant fra de andre kommuner. Det samlede gennemsnit for deltagerne i alle fire kommuner er 40,5 år.

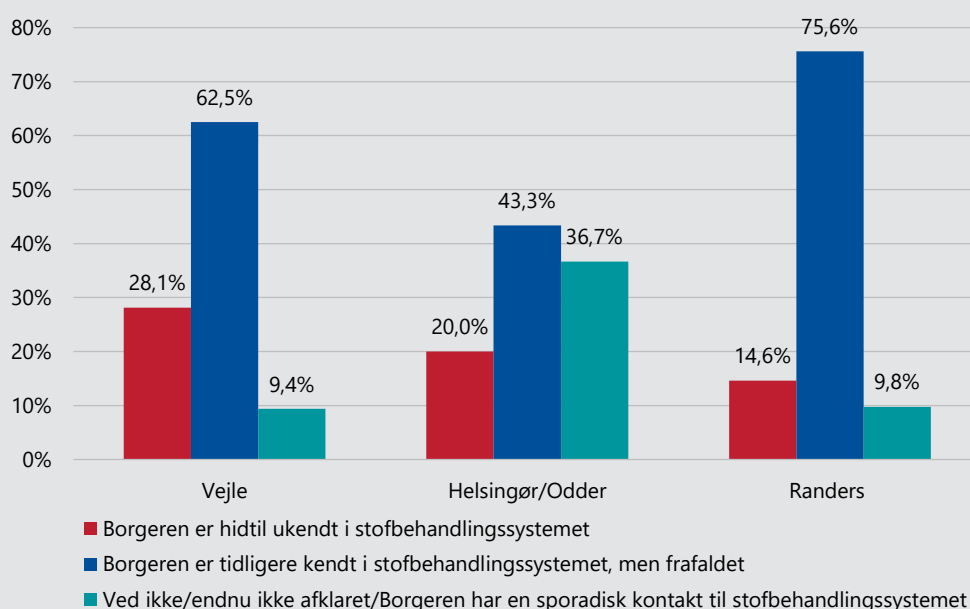
4.1.2 Tilknytning til stofbehandlingssystemet og andre tilbud

Et af formålene med *styrket indsats til de mest udsatte borgere med stofmisbrug* har været at gøre stofbehandling mere tilgængelig, så flere borgere med stofbrug kan komme i behandling og modtage den hjælp, de har brug for.

Størstedelen af borgerne, der er en del af indsatsen er tidligere kendt i stofbehandlingssystemet (62,1 %). Men givet, at de fortsat har et stofbrug, har hjælpen altså ikke været tilstrækkelig i forhold til at blive helt stoffri. Samtidig ser vi også, at hele 20,4 % ikke tidligere har været i behandling, hvilket kan underbygge, at fremskudt stofbehandling efter hensigten når ud til flere borgere og evt. borgere, som ikke har kunnet indgå i ordinære stofbehandlingstilbud.

Som det fremgår af Figur 4.3 ser det dog ud til, at kommunerne har nået ud til lidt forskellige udsatte borgere. Vejle Kommune har relativt set flere borgere i fremskudt stofbehandling, som hidtil har været ukendte af stofbehandlingssystemet (28,1 %), mens Randers Kommune i højere grad har borgere i fremskudt stofbehandling, som tidligere har været i kontakt med stofbehandlingssystemet.

Figur 4.3 **Borgerens tilknytning til stofbehandlingssystemet fordelt på kommunerne**



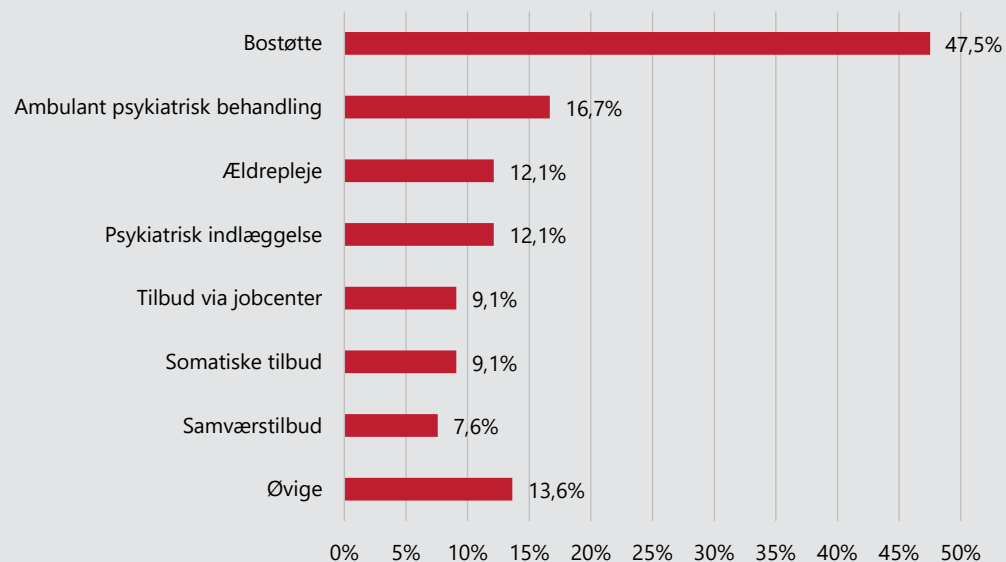
Anm.: Vejle: N = 32, Randers: N = 41, Helsingør/Odder: N = 30.

Helsingør og Odder er præsenteret samlet grundet for få besvarelser. Mindst en af fordelingerne er signifikant forskellig: $\text{Chi}^2(4) = 13.4351$, $\text{Pr} = 0.009$.

Kilde: Kontaktskema (start).

59,0 % af borgerne modtager ikke og har ikke tidligere modtaget substitutionsbehandling ved deres indskrivning. Men 64,1% af borgerne modtog øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud ved indskrivningen i fremskudt stofbehandling, og som det fremgår af Figur 4.4, så modtager 47,5 % af de borgere, der modtager social- og sundhedsfaglige tilbud, også bostøtte. Bostøtte er således klart det tilbud, som modtages af flest borgere i fremskudt stofbehandling.

Figur 4.4 Hvilke øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud modtager borgeren?

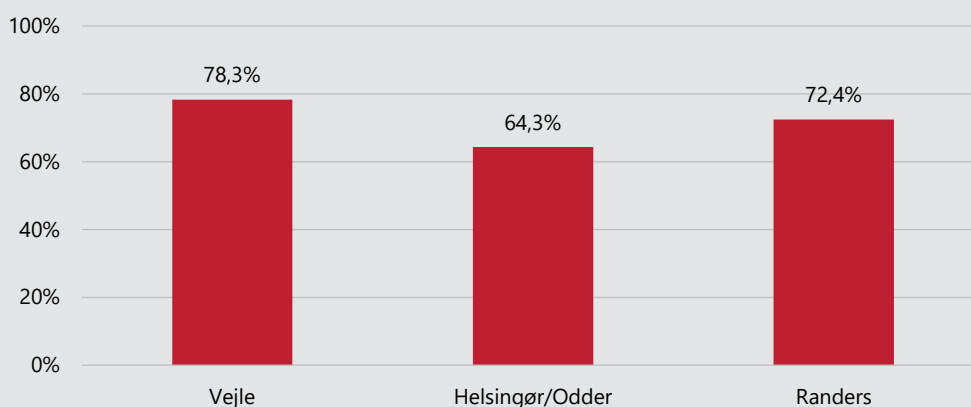


Note: N = 66. Summer ikke til 100 %, da man kan svare i flere kategorier.

Kilde: Kontaktskema start.

For de borgere, som modtager øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud, viser Figur 4.5 andelen med bostøtte fordelt på kommunerne. Heraf ses det, at der er relativt flest borgere i fremskudt stofbehandling i Vejle Kommune (78,3 %), som modtager bostøtte, og færrest i kommunerne Helsingør og Odder (64,3 %).

Figur 4.5 Andel af borgere, der modtager bostøtte fordelt på kommune



Anm.: Vejle: N = 23, Randers: N = 29, Helsingør/Odder: N = 14.

Helsingør og Odder er præsenteret samlet grundet for få besvarelser. Fordelingerne for kommunerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(2) = 0.8595$, $Pr = 0.651$.

Kilde: Kontaktskema start.

4.2 Borgernes tilknytning til fremskudt stofbehandling

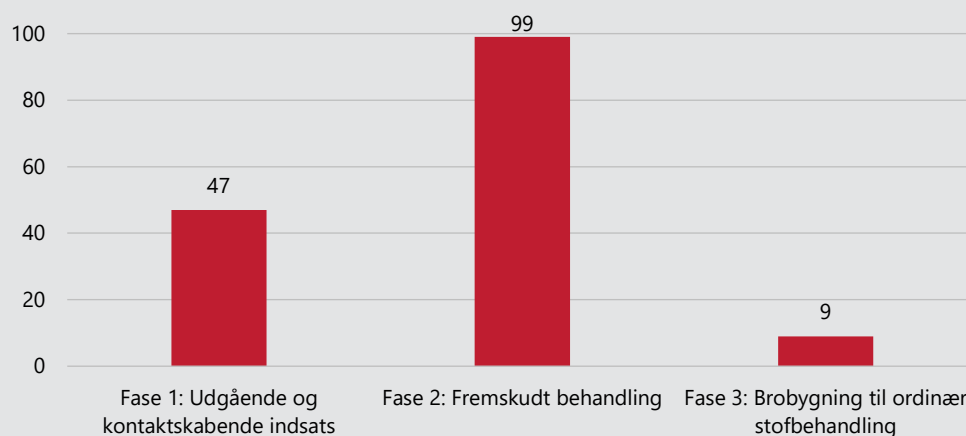
Dette afsnit vil med udgangspunkt i besvarelser fra kontaktskema løbende samt deltagerlister rapportere opgørelser af borgernes tilknytning til indsatsen fremskudt stofbehandling. I afsnittet vil det blive præsenteret, hvilken fase af fremskudt stofbehandling, borgerne befinder sig i, hvor indsatsen finder sted, borgernes parathed og motivation til at indgå i stofbehandling, en beskrivelse af hyppighed af behandlers kontaktforsøg, hvilke behandlingsunderstøttende aktiviteter, som er varetaget af civilsamfundet, og hvorvidt der er udarbejdet en behandlingsplan for fremskudt stofbehandling.

4.2.1 Fase af fremskudt stofbehandling og behandlingssted

Figur 4.6 viser, hvor mange borgere der har været igennem hver af de tre faser af fremskudt stofbehandling. I alt har 47 borgere modtaget en udgående og kontaktskabende indsats (fase 1), 99 borgere har deltaget i fremskudt stofbehandling (fase 2), og 9 borgere er videreført til ordinær behandling (fase 3). Det betyder, at kun få borgere indtil videre er nået til fase 3. At antallet i fase 1 er lavere end i fase 2

skyldes primært, at en del borgere visiteres direkte til fase 2, eller at fase 1 i nogle tilfælde er så kortvarig, at den ikke når registrering.

Figur 4.6 **Hvor mange borgere har været igennem hver af de tre faser?**



Anm.: N = 155.

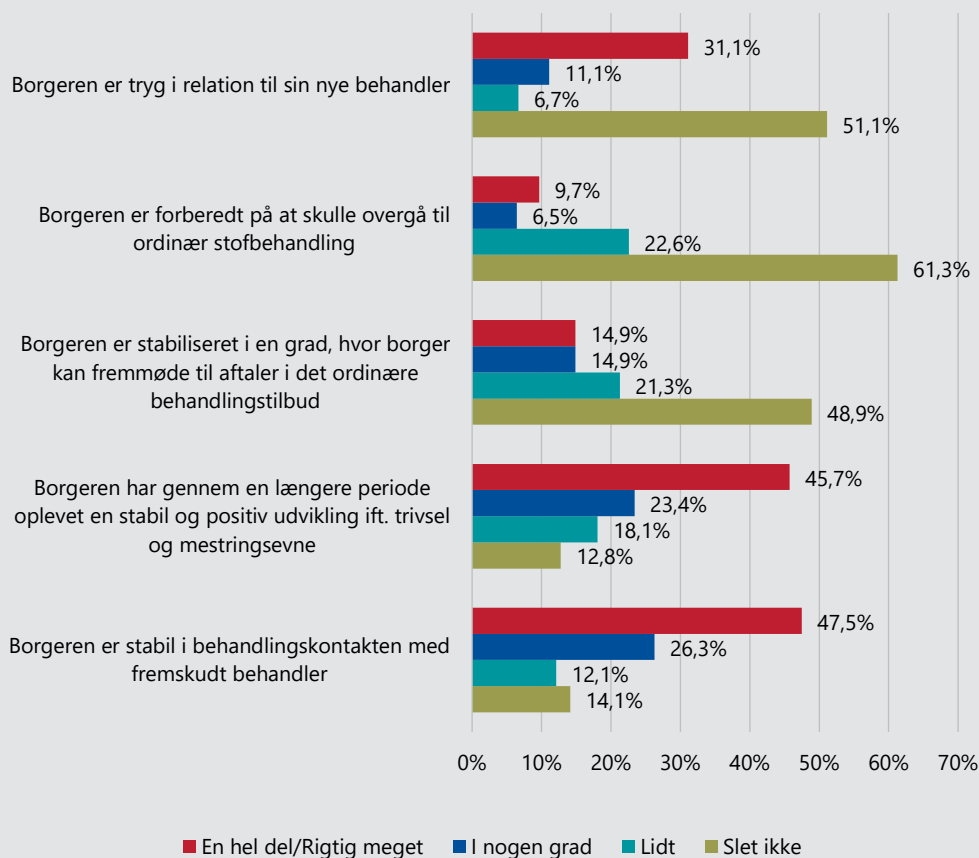
Kilde: Kontaktskema løbende.

For alle tre faser er det oftest i borgerens eget hjem, at indsatsen/behandlingen finder sted. I fase 1 er det for 66,0 % af borgerne, at indsatsen finder sted i eget hjem, mens det for fase 2 og 3 er hhv. 83,5 % og 55,6 % af borgerne.

4.2.2 Borgerens parathed til at indgå i brobygning til ordinær stofbehandling

Når vi i Figur 4.7 ser på behandlernes vurderinger af borgerens parathed i forhold til at indgå i brobygning til ordinær stofbehandling (fase 2 og 3), er det 47,5 % af borgerne, som vurderes til at være 'en hel del' eller 'rigtig meget' stabil i behandlingskontakten med fremskudt behandler. Der er også en stor del af borgerne (45,7 %), der vurderes til at være i en stabil og positiv udvikling i forhold til trivsel og mestringsevne. Færre borgere (14,9 %) vurderes til at være stabiliseret i en grad, hvor man kan fremmøde til aftaler i det ordinære behandlingstilbud. Ligeledes vurderes kun 9,7 % af borgerne forberedt på at skulle overgå til ordinær stofbehandling. Over en fjerdedel (31,1 %) af borgerne vurderes til at have opnået god tryghed ved deres nye behandler.

Figur 4.7 Vurderinger af borgerens parathed i forhold til at indgå i brobygning til ordinær stofbehandling (fase 2 og 3)



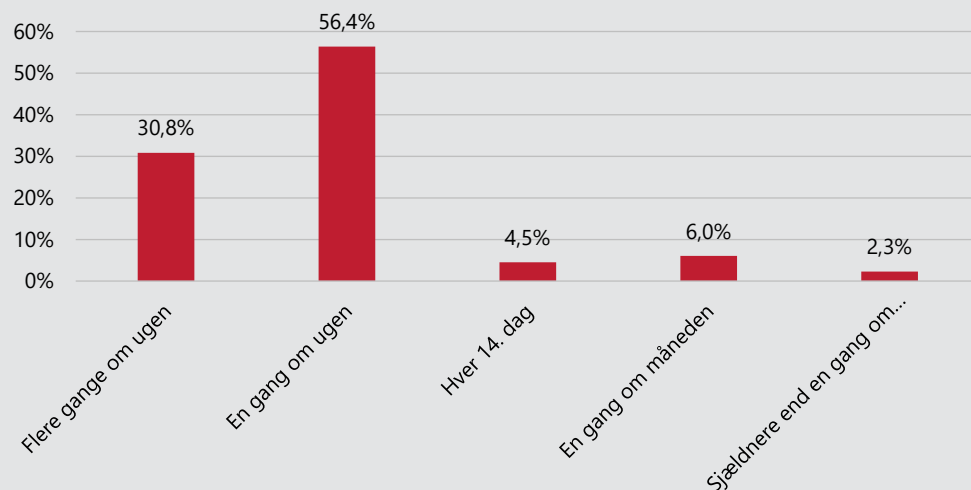
Anm.: N = 107. Spørgsmål kun besvaret for borgere i fase 2 og 3.

Kilde: Kontaktskema løbende.

4.2.3 Behandlerens kontakt med borgeren

Figur 4.8 viser, hvor ofte fremskudt behandler typisk har forsøgt at etablere kontakt med borgeren. Her har 30,8 % af behandlerne/fagpersonerne forsøgt at etablere kontakt flere gange om ugen. Figur 4.9 viser dog, at det reelt er 22,3 % af borgerne, som har haft kontakt med behandler flere gange om ugen, mens 43,2 % af borgerne har haft kontakt med behandler én gang om ugen. Det vil sige, at langt størstedelen af borgerne indskrevet i fremskudt stofbehandling jævnligt er i kontakt med deres behandler.

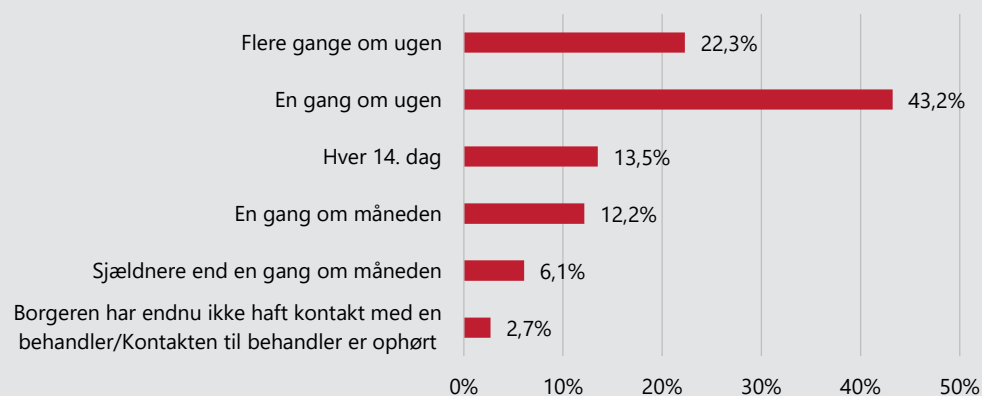
Figur 4.8 Hvor ofte har fremskudt behandler typisk forsøgt at etablere kontakt med borger?



Anm.: N = 133.

Kilde: Kontaktskema løbende.

Figur 4.9 Hvor ofte har borger typisk egentlig kontakt med fremskudt behandler?

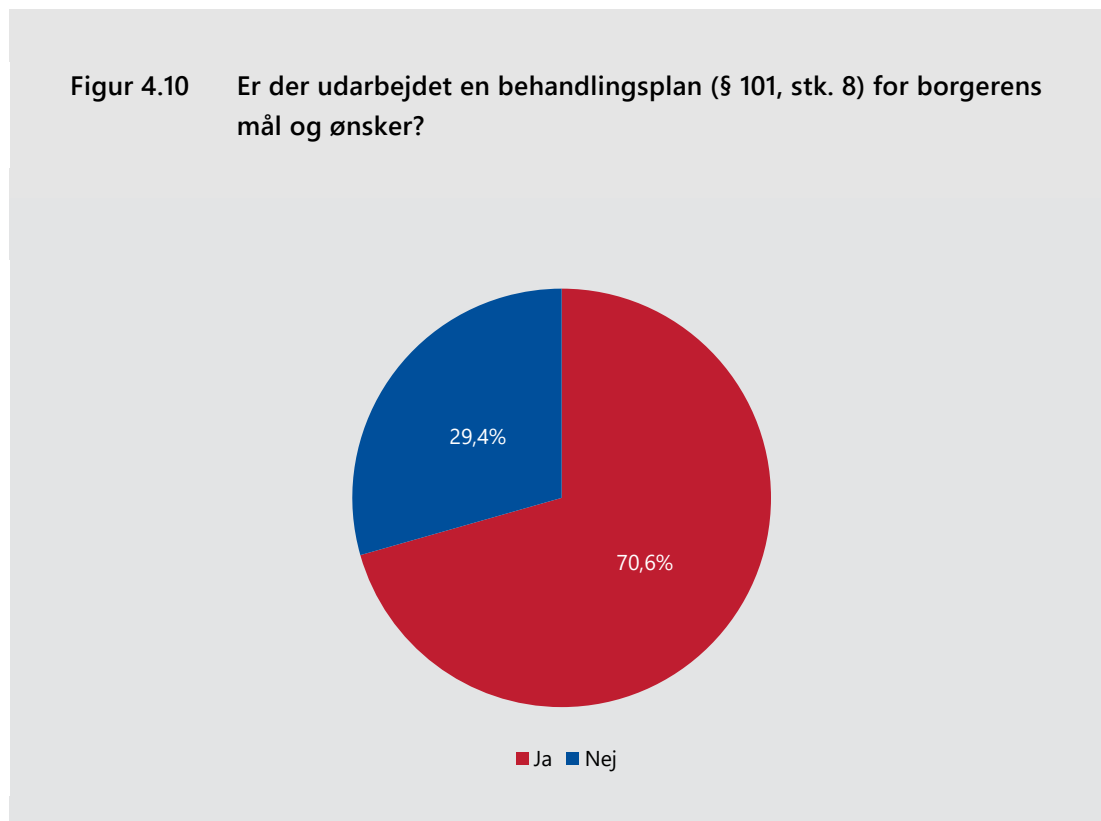


Anm.: N = 154.

Kilde: Kontaktskema løbende.

4.2.4 Behandlingsplan, afslutning eller frafald

Figur 4.10 viser andelen af borgere, hvor der er udarbejdet en behandlingsplan for mål og ønsker. Det er der for langt størstedelen af borgerne (70,6 %).



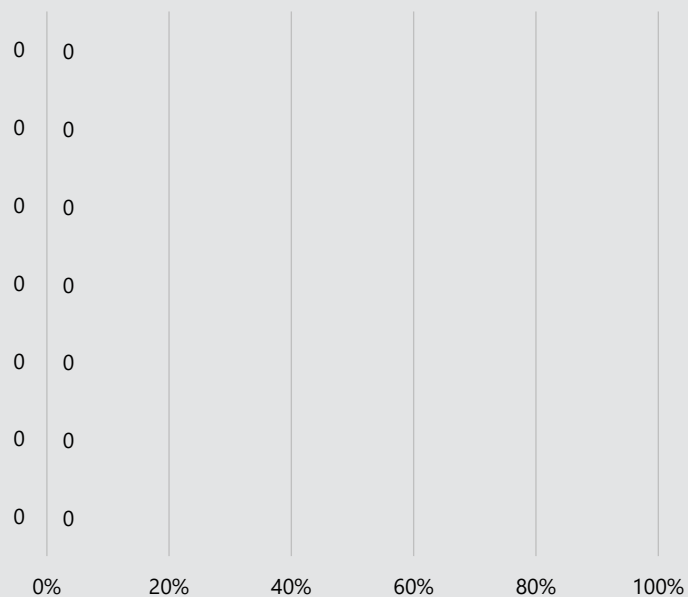
Anm.: N = 153.

Kilde: Kontaktskema løbende.

Ud over de data, vi har indsamlet via spørgeskemaerne, er kommunerne også blevet bedt om at registrere, hvilken fase borgeren er i ved afslutningen af fremskudt stofbehandling eller ved et frafald af behandlingen, samt hvad borgeren afsluttes til.

Når vi anvender den information, kommunerne løbende har indsamlet om deltagerne i forhold til frafald og afslutning (deltagerlisterne), så viser Figur 4.11 en oversigt over årsagerne. For borgere, der afsluttes eller frafalder fremskudt stofbehandling, er årsagerne hertil oftest, at det viser sig, at de ikke er en del af målgruppen for indsatsen (28,0 %), fx hvis alkoholbrug er den primære stofproblematik, eller at de ikke ønsker behandlingen (23,2 %). Dette afspejler sig også i Figur 4.12, som viser, hvilken fase borgerne er afsluttet i, da størstedelen er i fase 1 (61,9 %), hvilket jo netop er der, man laver vurderingen af borgerens egnethed, og hvor deltageren eventuelt takker nej til at indgå i fremskudt stofbehandling.

Figur 4.11 Årsager til frafald eller afslutning

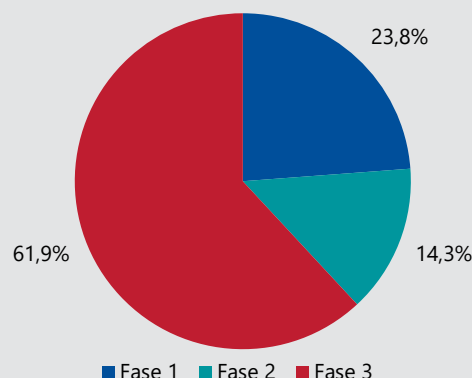


Anm.: N = 125.

Kilde: Deltagerlister.

For dem, som ender med at være en del af fremskudt stofbehandling, ser vi, at 10,4 % afsluttes/fracfalder, fordi de ender med at blive stoffri, have reduceret deres stofbrug eller blive beskrevet som "færdigbehandlet". 8,8 % af borgerne overgår til en anden behandling – eksempelvis ordinær stofbehandling. De resterende borgere bliver afsluttet eller fracfalder, fordi behandleren ikke kan få kontakt til dem (7,2 %), eller fordi de fraflytter kommunen (7,2 %). Endelig er der 15,2 % af borgerne, hvor årsagen enten er en anden end de ovenstående eller er ukendt.

Figur 4.12 Fase, som borgerne afsluttes til



Anm.: N = 21.

Kilde: Deltagerlister.

4.3 Progression i trivsel og stofbrug blandt borgere i fremskudt stofbehandling

I dette afsnit rapporteres opgørelser af besvarelserne fra borgere i fremskudt stofbehandling om deres fysiske og psykiske trivsel, og som en vigtig del heraf deres forbrug af stoffer og alkohol. Opgørelserne i dette afsnit baserer sig på det progressionsskema, der er blevet udsendt otte gange med to måneders mellemrum i indsatsperioden (se Bilagstabel 1.2).

Hvor mange gange hver enkelt borger har besvaret progressionsskemaet afhænger af, hvornår i indsatsperioden borgeren er blevet indskrevet i fremskudt stofbehandling. Det betyder, at mange borgere har besvaret progressionsskemaerne 1-4 gange – hvor en evt. udvikling således kan følges – mens relativt få borgere har svaret 5-8 gange (se Bilagstabel 1.3). Af diskretionsårsager præsenterer vi derfor kun udviklingen i fysisk og psykisk trivsel for de 4 første besvarelser for de fleste spørgsmål. I de tilfælde hvor vi kan opgøre udviklingen som gennemsnit har vi i tillæg hertil beregnet udviklingen via indeksering, som muliggør, at vi kan vise udviklingerne til 7 besvarelser. Her vil gennemsnittet for første besvarelser udgøre 100 og er dermed referencebesvarelserne, som vi indekserer efter.

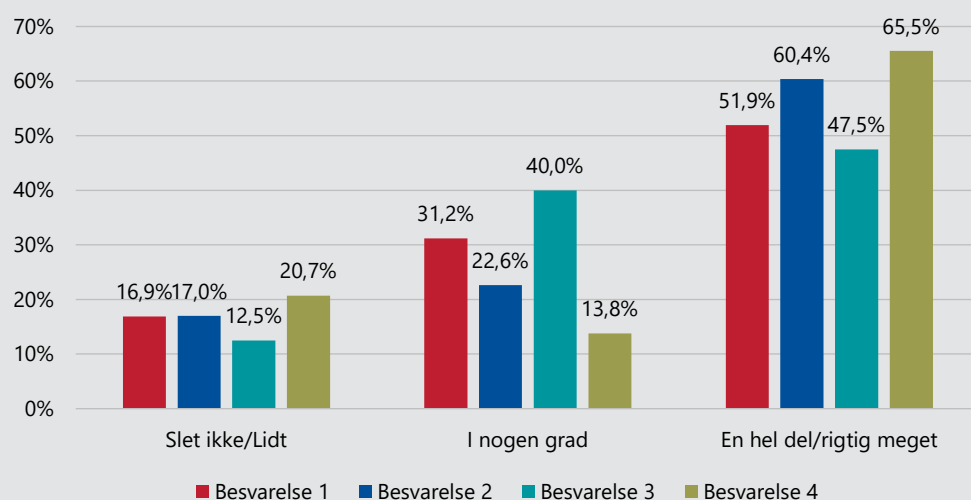
Vi præsenterer her i afsnittet de progressionsanalyser, som inkluderer alle besvarelser fra borgerne uanset, om man fx kun har besvaret den første gang eller den første og den tredje gang. Det vil sige, at vi ikke kun sammenligner de samme borgere over tid, men alle borgere, der har svaret ved den givne besvarelsesgang. 29 borgere har svaret gennemgående på første, anden, tredje og fjerde besvarelsesgang. I gennemgangen af progressionsspørgsmålene forholder vi os løbende til, hvorvidt der er (u)overensstemmelse mellem de præsenterede fordelinger af besvarelser for alle borgere og de tilsvarende fordelinger for borgerne, der har svaret alle fire gange (disse fordelinger er ikke vist i rapporten). I det fleste tilfælde vil fordelingerne også ligne hinanden, da de 29 gennemgående borgere jo også indgår i de præsenterede figurer med alle borgere. Opgørelserne for fjerde besvarelse er i sagens natur identiske, da det netop kun er de 29 borgere, der har svaret fire gange.

Generelt er det vigtigt at have in mente, at vores i forvejen relativt lille datagrundlag i analyserne i dette kapitel opdeles yderligere, fordi vi separat analyserer hver enkelt besvarelsesgang. Det betyder, at enkelte eller få besvarelser bliver udslagsgivende for de tendenser, vi ser. Desuden kan vi ikke sige noget om, hvilke borgere, der har besvaret spørgeskemaet, og om fx relativt mere ressourcestærke borgere er mere tilbøjelige til at svare. Der skal tages forbehold for disse forhold i tolkningerne af de udviklinger der tegner sig. Tallene kan give os et fingerpeg om, hvordan det går med progressionen af borgerne, men vi kan med indeværende deskriptive analyser ikke sige noget om årsags-virkningssammenhænge i forhold til indsatsen.

4.3.1 Generel trivsel

Besvarelserne for borgernes generelle trivsel tyder på, at der overordnet set er en positiv udvikling fra deres første besvarelse til deres fjerde besvarelse med nogle dyk undervejs. Som det fremgår af Figur 4.13, er der relativt flere borgere ved besvarelse 4, der svarer, at de føler sig støttet af andre mennesker end ved besvarelse 1.

Figur 4.13 Jeg føler mig støttet af andre mennesker



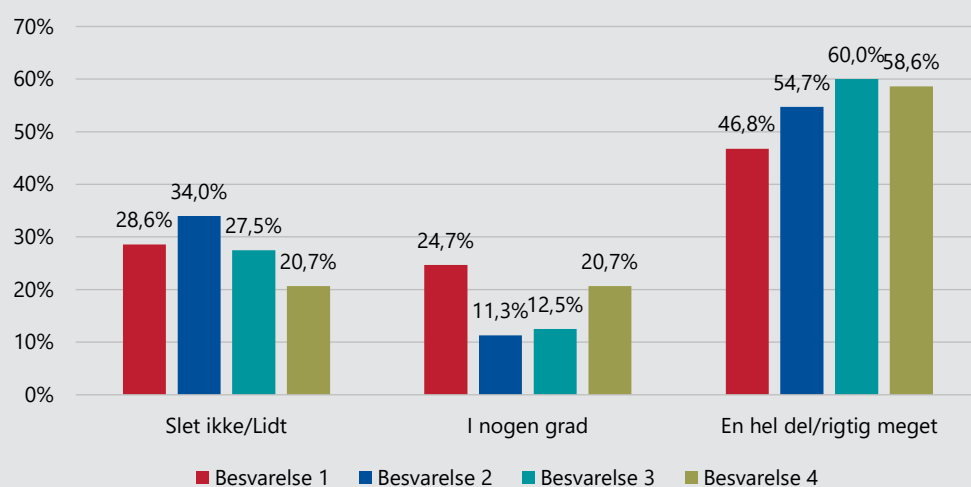
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 6.9975$, $Pr = 0.321$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Vi ser stort set den samme fordeling, når vi kun ser på besvarelsene for de borgere, der har svaret alle fire gange.

Der er også en fremgang i borgernes håb og drømme for fremtiden (Figur 4.14), men her ser vi den primære ændring i forhold til 'en hel del/rigtig meget' ved besvarelse 3, mens der ved besvarelse 4 derimod er en væsentlig stigning i andelen, der svarer 'i nogen grad'.

Figur 4.14 Jeg har håb og drømme om fremtiden



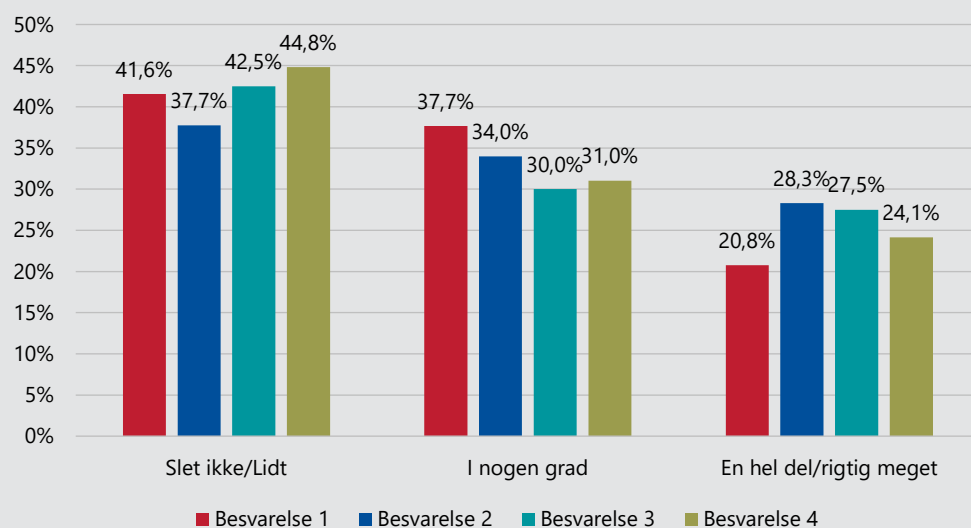
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 5,5212$, $Pr = 0,479$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Vi ser stort set den samme fordeling for 4.14, når vi kun ser på besvarelserne for de borgere, der har svaret alle fire gange.

Når borgerne svarer på, om de har det godt med sig selv (Figur 4.15), ser vi på den ene side en positiv udvikling i andelen af borgere, der svarer 'en hel del/rigtig meget' og fra første besvarelse til tredje besvarelse også et mindre fald ved fjerde besvarelse (24,1 %), men dog fortsat flere end ved første besvarelse (20,8 %). På den anden side ser vi dog samtidig også – efter et fald fra første til anden besvarelse – en stigning i andelen af borgere, der svarer, at de kun har det 'lidt' eller 'slet ikke' godt med sig selv, så andelen faktisk er højere end ved fjerde besvarelse (44,8 %) sammenlignet med ved første besvarelse (41,6 %). I denne henseende er udviklingen derfor ikke entydig.

Figur 4.15 Jeg har det godt med mig selv



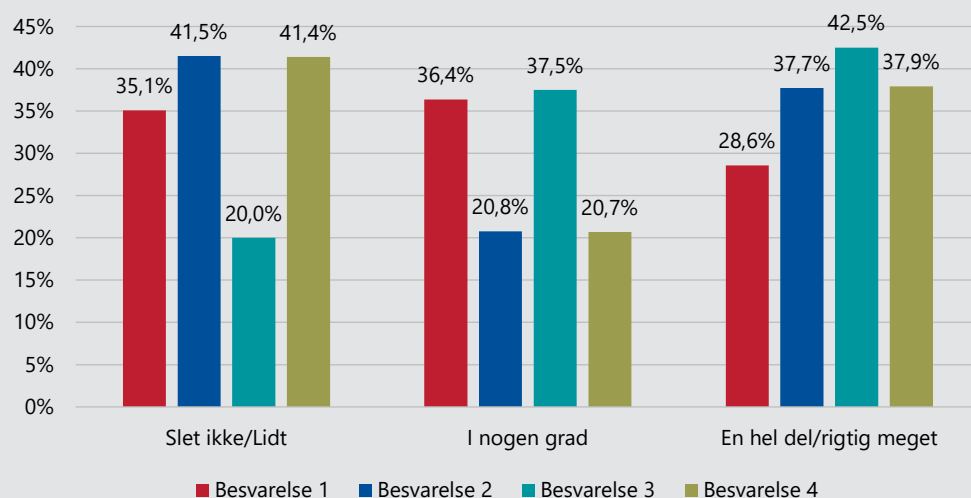
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 1.5095$, $Pr = 0.959$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Progressionsfordelingerne for de borgere, der har svaret alle fire gange på, om man har det godt med sig selv, ser dog lidt anderledes ud end i Figur 4.15, da andelen der svarer 'slet ikke/lidt' ved tredje besvarelse er noget højere (46,4 %). Ved borgerenes anden besvarelse er der derimod relativt flere (37,9 %), der svarer 'en hel del/rigtig meget'.

I Figur 4.16, som viser besvarelserne i forhold til, om borgeren gør ting for sig selv, som betyder noget, ser vi også en tvetydig udvikling, hvor der er en stigning i andelen af borgere, som svarer 'en hel del/rigtig meget' fra første besvarelse til tredje besvarelse og herefter et fald ved fjerde besvarelse (37,9 %), men hvor andelen dog fortsat ligger over andelen ved første besvarelse (28,6 %). Samtidig er der også en større andel af borgere ved den fjerde besvarelse (41,4 %), der svarer 'slet ikke' eller 'lidt' end ved den første besvarelse (35,1 %).

Figur 4.16 Jeg gør ting, som betyder noget for mig



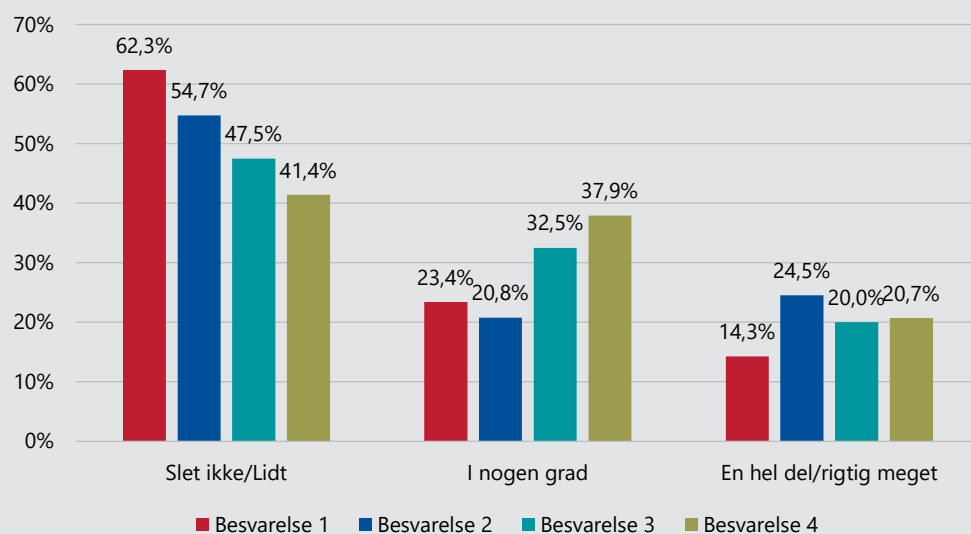
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 8.7009$, $Pr = 0.191$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Progressionsfordelingerne for de borgere, der har svaret alle fire gange på, om man har det godt med sig selv, afviger fra Figur 4.16 i forhold til anden besvarelse, hvor langt flere (44,8 %) svarer 'en hel del/rigtig meget', og færre svarer 'i nogen grad' (13,8 %), men derudover er tendenserne de samme.

I Figur 4.17 ser vi dog igen en mere entydig positiv udvikling i forhold til, om borgerne føler, at de har kontrol over deres liv, idet 20,7 % ved fjerde besvarelser, svarer 'en hel del' eller 'rigtig meget' mod 14,3 % ved første besvarelse. Der er også et klar fald fra første besvarelse (62,3 %) til fjerde besvarelse (41,4 %) i andelen af borgere, som svarer 'slet ikke' eller 'lidt'.

Figur 4.17 Jeg føler, at jeg har kontrol over mit liv



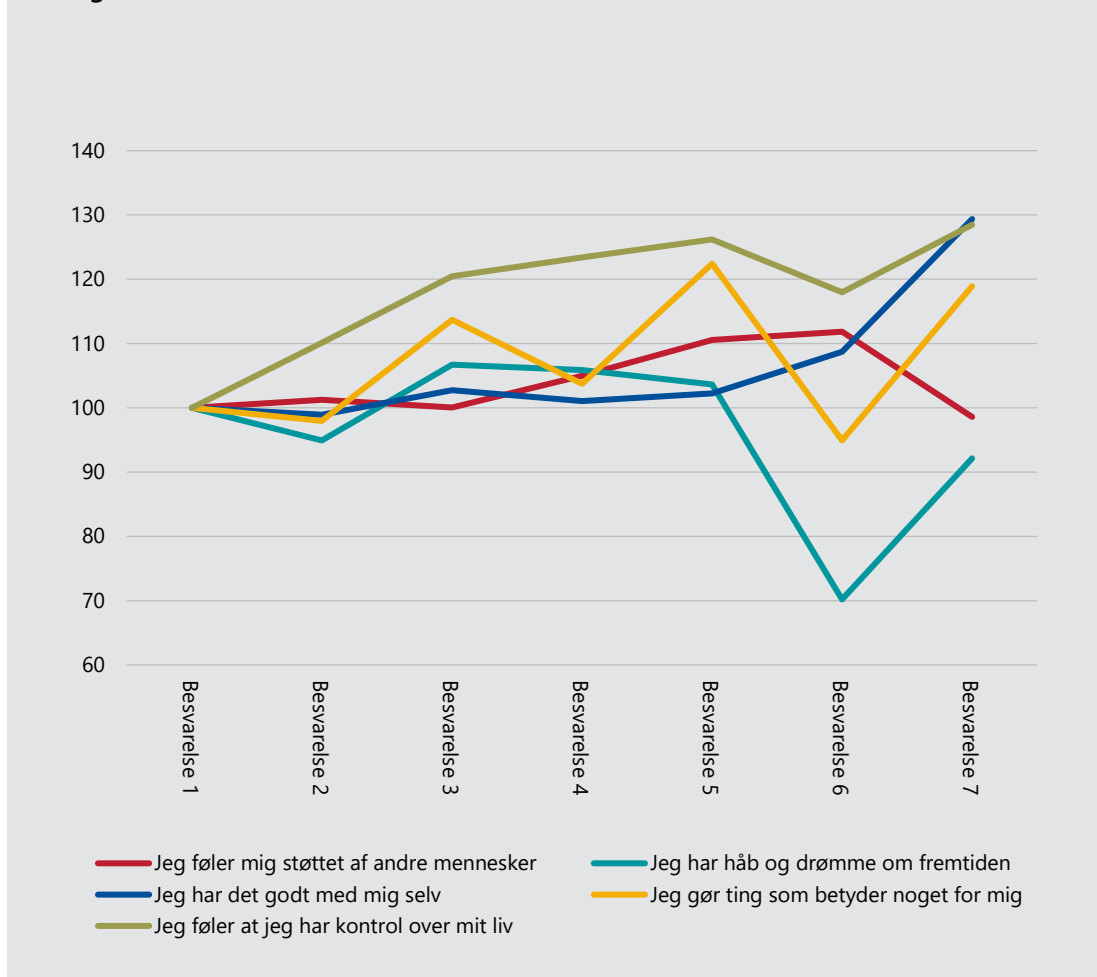
Anm.: Besvarelse 1: N = 7, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 6.86$, $Pr = 0.334$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Progressionsfordelingerne for de borgere, der har svaret alle fire gange på, om man har kontrol over sit liv, afviger fra Figur 4.17 i forhold til anden besvarelse, hvor langt flere (31 %) svarer 'en hel del/rigtig meget', og færre svarer 'slet ikke/lidt' (44,8 %), men derudover er tendenserne de samme.

Når vi analyserer trivselsspørgsmålene på en lidt anden måde via indekseringen af de 5 generelle trivselsspørgsmål – så vi kan følge udviklingerne lidt længere med det forbehold, at der er få besvarelser på progressionsbesvarelserne 5-7 – så peger vores resultater i Figur 4.18 også på en positiv udvikling i forhold til, om man føler, at man har kontrol over sit liv og også i forhold til, om man føler sig støttet af andre mennesker indtil besvarelse 6, hvor det spørgsmål dog dykker ved besvarelse 7. I forhold til, hvordan man har det med sig selv, er der først en reel stigning fra besvarelse 5 til 7. For de to andre spørgsmål er udviklingerne noget mere ujævne, men i forhold til, om man har håb og drømme for fremtiden, så dykker udviklingen betragteligt ved besvarelse seks og er fortsat under 100 ved besvarelse 7.

Figur 4.18 Generelt trivselsindeks



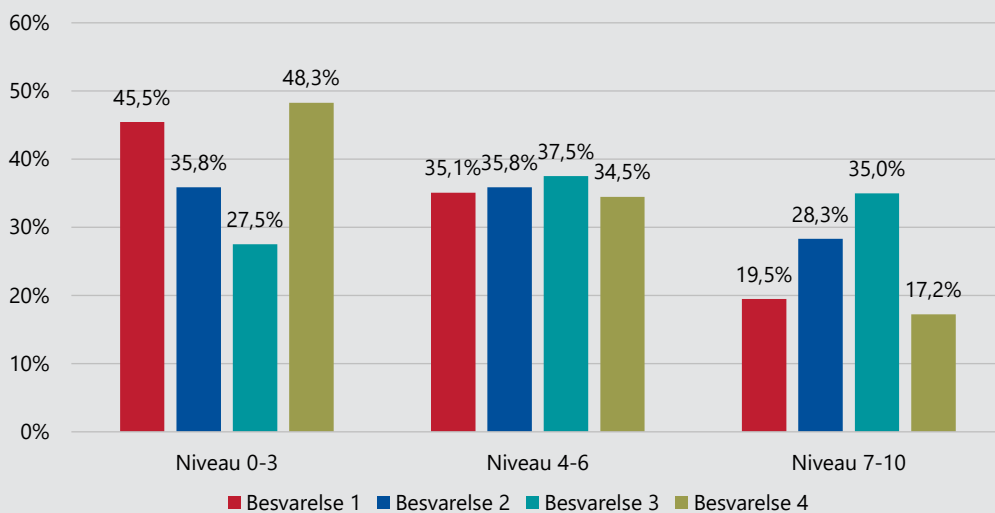
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 55, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29, Besvarelse 5: N = 16, Besvarelse 6: N = 7, Besvarelse 7: N = 5.

Kilde: Progressionsskema besvarelse 1-7.

4.3.2 Trivsel den seneste uge

Når borgerne bliver spurgt til deres trivsel på en skala fra 0-10 den seneste uge, ser vi en positiv udvikling med en stigning i borgere, der svarer mellem 7-10 frem til deres tredje besvarelse i Figur 4.19. Ved den fjerde besvarelse ser vi dog en klar tilbagegang, idet kun 17,2 % er i den højeste kategori (7-10), hvilket 19,2 % var ved den første besvarelse. Samtidig ser vi også, at andelen, der er i den laveste kategori (0-3) ved fjerde besvarelse (48,3 %), også er tilbage omkring udgangspunktet ved første besvarelse (45,5 %) – endda en smule højere.

Figur 4.19 Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?



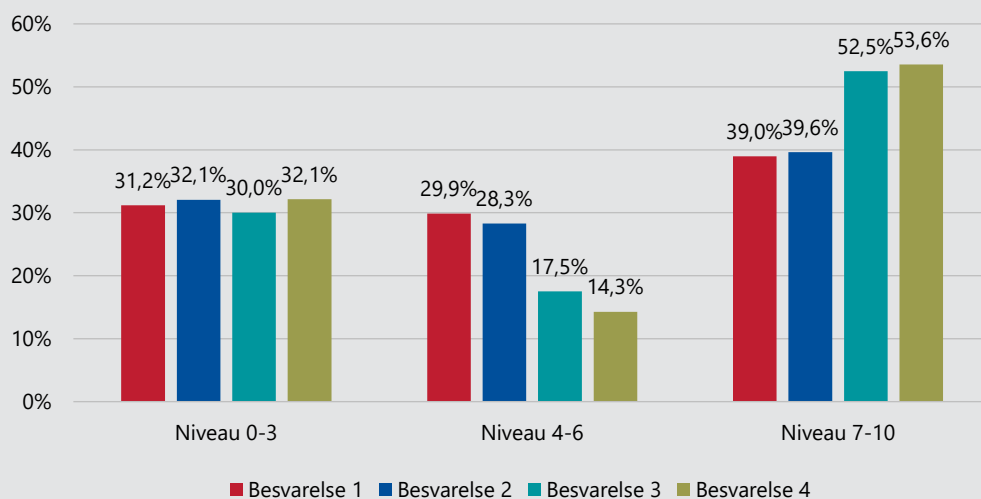
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 6.0764$, $Pr = 0.415$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Vi ser stort set den samme fordeling for 4.19, når vi kun ser på besvarelserne for de borgere, der har svaret alle fire gange.

Til gengæld ser vi en klar positiv udvikling i Figur 4.20 i forhold til borgerens nære relationer den seneste uge, hvor andelen, der er i den øvre del af skalaen, er steget fra 39 % ved den første besvarelse til omkring 53 % ved den tredje og fjerde besvarelse.

Figur 4.20 Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer i de sidste 7 dage?



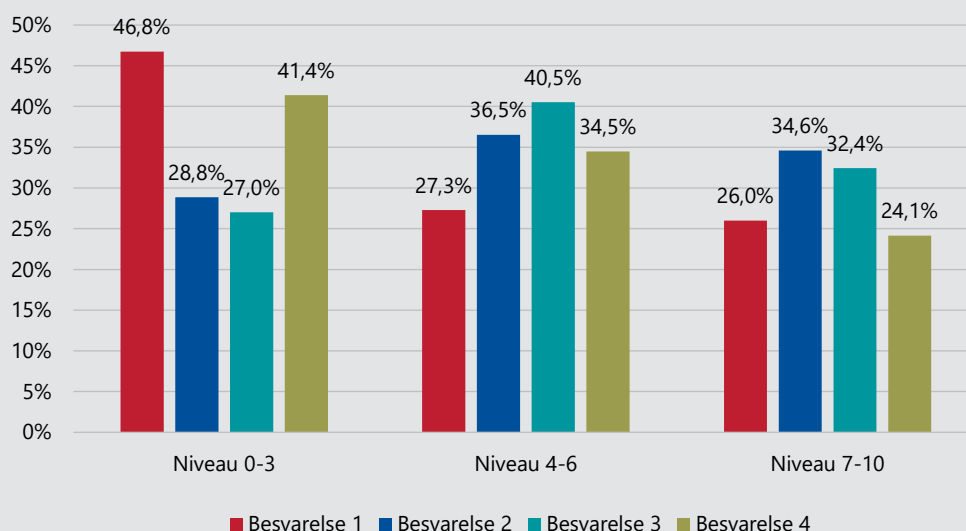
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 28. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 5.5160$, $Pr = 0.480$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Vi ser stort set den samme fordeling for 4.20, når vi kun ser på besvarelserne for de borgere, der har svaret alle fire gange. Dog er der noget flere ved første besvarelse, som svarer '4-6' (37,9 %), og dermed lidt færre i de to andre kategorier.

På trods af at det ser positivt ud med de nære relationer, så ser det knap så entydigt positivt ud i forhold til borgernes generelle sociale trivsel de seneste 7 dage i Figur 4.21. Godt nok er andelen af borgere i den lave ende af skalaen faldet fra første besvarelse (46,8 %) til fjerde besvarelse (41,4 %), men det samme er andelen af dem, der ligger i den høje ende af skalaen (24,1 %) sammenlignet med ved første besvarelse (26 %). Ved besvarelse to og tre er der væsentligt flere, der ligger i den høje ende eller i midten af skalaen, men den positive tendens aftager altså ved den fjerde besvarelse.

Figur 4.21 Hvordan har du generelt haft det socialt i de sidste 7 dage?



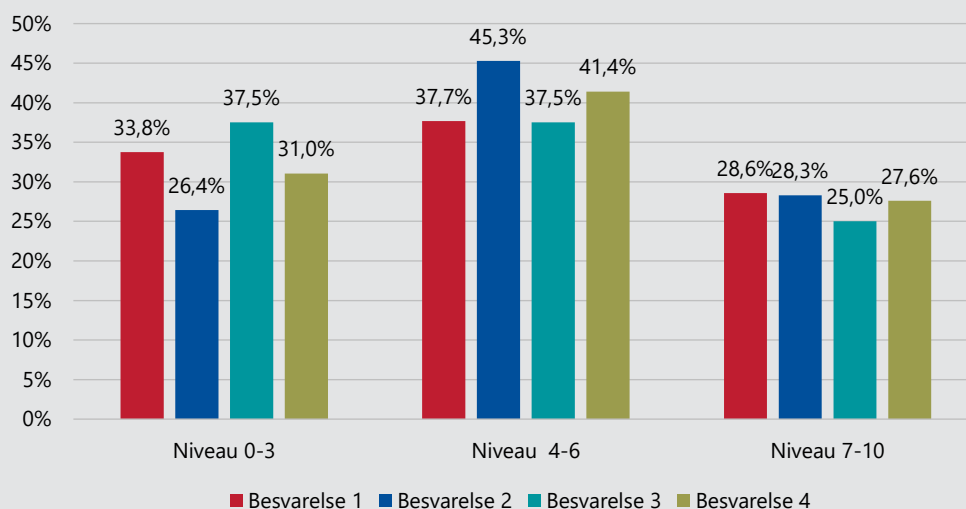
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 7.0592$, Pr = 0.315.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Vi ser stort set den samme fordeling for 4.21, når vi kun ser på besvarelserne for de borgere, der har svaret alle fire gange. Dog er der noget flere ved anden besvarelse, som svarer '7-10' (41,4 %), og dermed lidt færre i de to andre kategorier.

Figur 4.22 peger på, at ved fjerde besvarelse er der relativt færre af borgerne, som inden for de sidste 7 dage svarer, at de generelt er i den gode ende af skalaen sammenlignet med alle de foregående besvarelsesgange. Der er desværre ikke noget i Figur 4.22, der peger på en decideret positiv udvikling i forhold til borgernes fysiske tilstand.

Figur 4.22 Hvordan har du generelt haft det fysisk de sidste 7 dage?

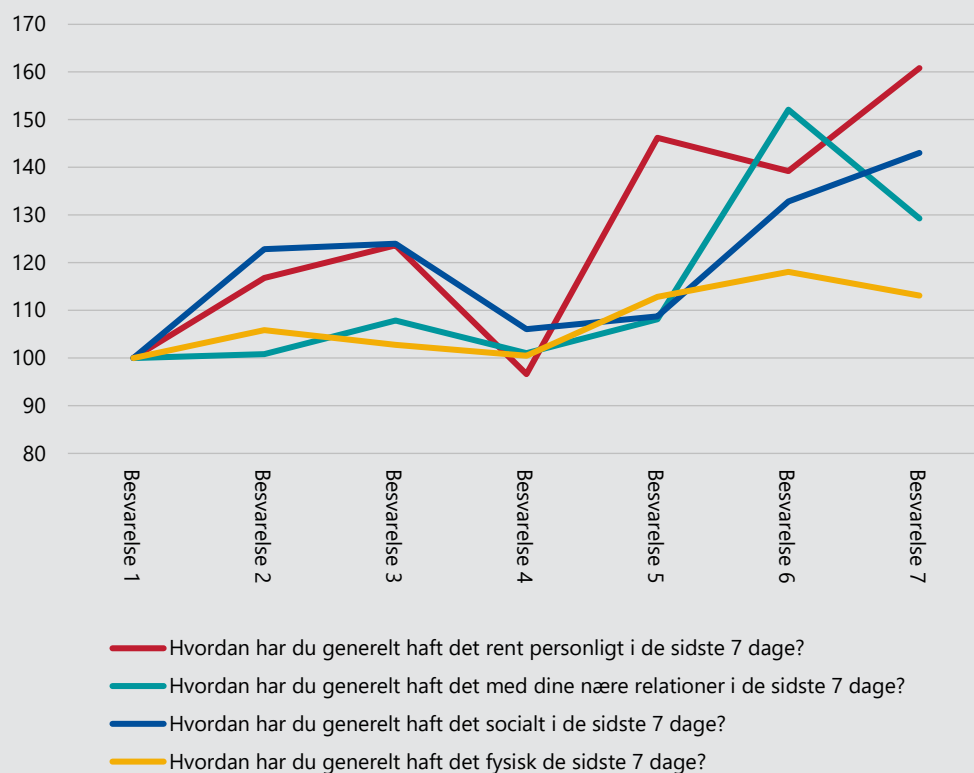


Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 1.3319$, $Pr = 0.970$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Når vi analyserer trivselsspørgsmålene for den seneste uge på en lidt anden måde via indekseringen af de 5 generelle trivselsspørgsmål – så vi kan følge udviklingerne lidt længere med det forbehold, at der er få besvarelser på progressionsbesvarelserne 5-7 – så peger vores resultater i Figur 4.23 på en positiv udvikling indtil fjerde besvarelse. Men udviklingen baseret på de få, der har besvaret mindst et af spørgeskemaerne 5-7 gange, peger på, at de gennemsnitligt har det markant bedre end i udgangspunktet.

Figur 4.23 Trivsel den seneste uge



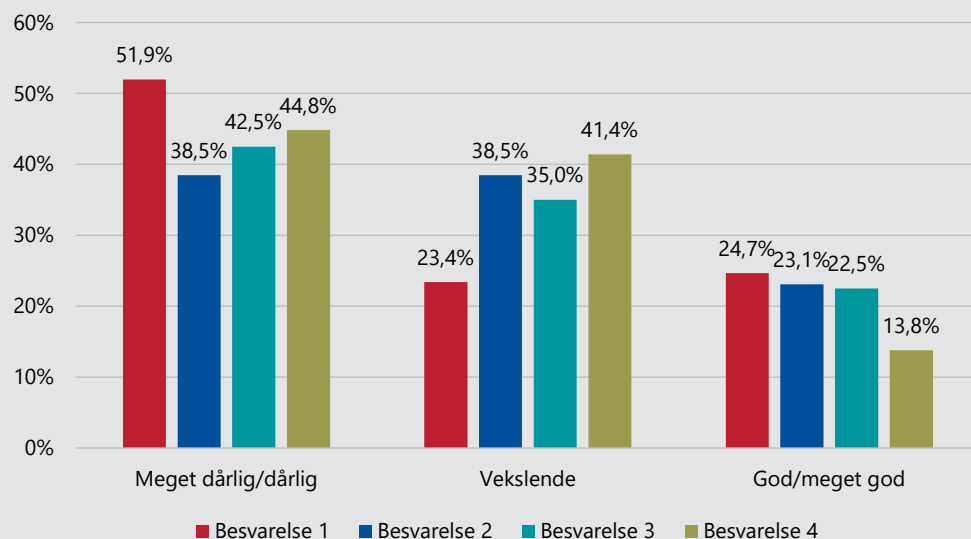
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29, Besvarelse 5: N = 16, Besvarelse 6 = 7, Besvarelse 7: N = 5.

Kilde: Progressionsskema besvarelse 1-7.

4.3.3 Borgernes dagligdag

Borgerne er også løbende blevet spurgt til en række aspekter af, hvordan de klarer deres dagligdag de seneste 7 dage. Figur 4.24 viser, at det er relativt få, der svarer, at kvaliteten af deres søvn er 'god/meget god' ved alle fire besvarelser. Langt størstedelen sover 'dårligt' eller 'vekslende'. Udviklingen over tid er desværre ikke positiv, men dog heller ikke entydigt negativ, da der trods alt er nogle borgere, der har også har rykket sig i en positiv retning fra 'meget dårlig/dårlig' i første besvarelse.

Figur 4.24 Hvordan vil du selv beskrive kvaliteten af din søvn de sidste 7 dage?

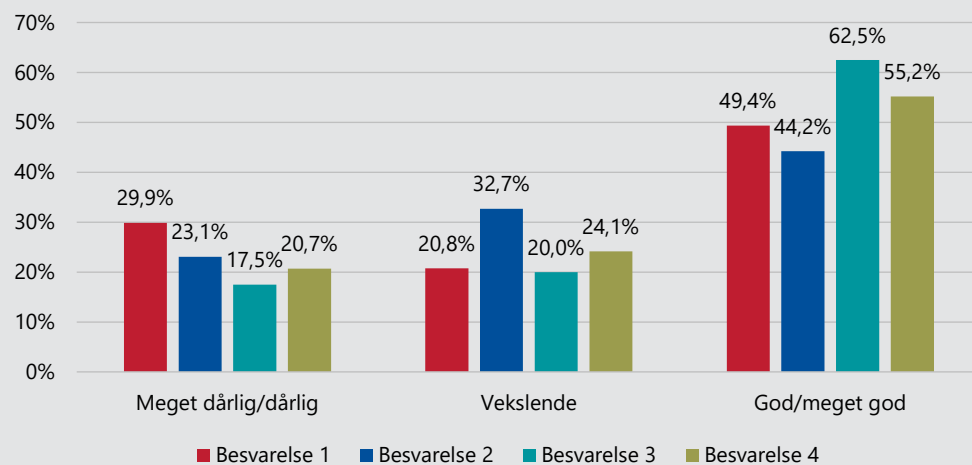


Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 52, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 5,5697$, $Pr = 0,473$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

På trods af at kvaliteten af borgernes søvn ikke er forbedret under fremskudt stof-behandlingsforløbet, peger Figur 4.25 på, at der har været en stigning i andelen af borgere, der har været 'gode/meget gode' til at komme op om morgenen, når vi sammenligner fordelingen af de første besvarelser med tredje og fjerde besvarelse.

Figur 4.25 Hvordan har du været til at komme op om morgenen de sidste 7 dage?

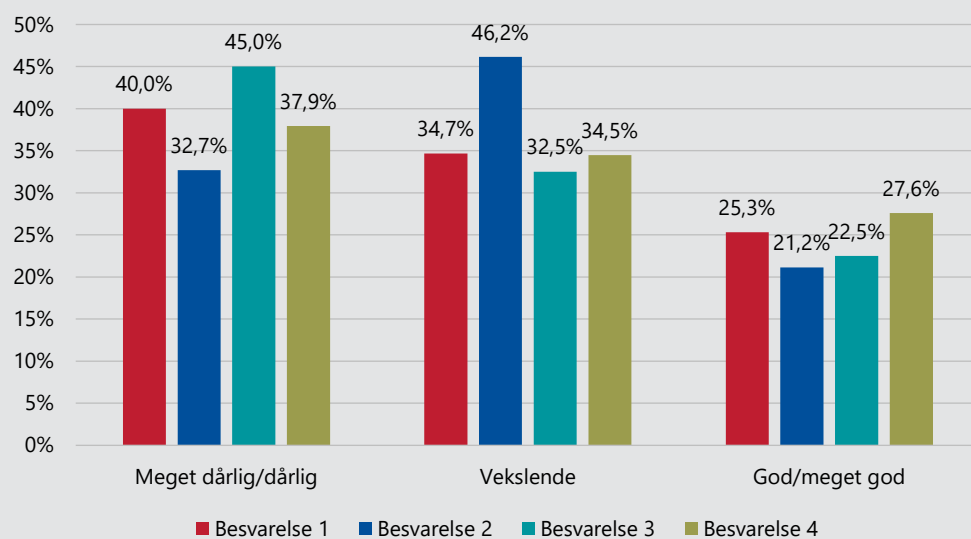


Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 6.0167$, Pr = 0.421.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

I forhold til borgernes koncentrationsevne viser Figur 4.26, at der ikke har været nogen nævneværdig udvikling, og at langt størstedelen af borgerne ved alle besvarelser enten har været 'meget dårlig/dårlig' eller 'vekslede' til at koncentrere sig de sidste 7 dage.

Figur 4.26 Hvordan har du været til at koncentrere dig de sidste 7 dage?

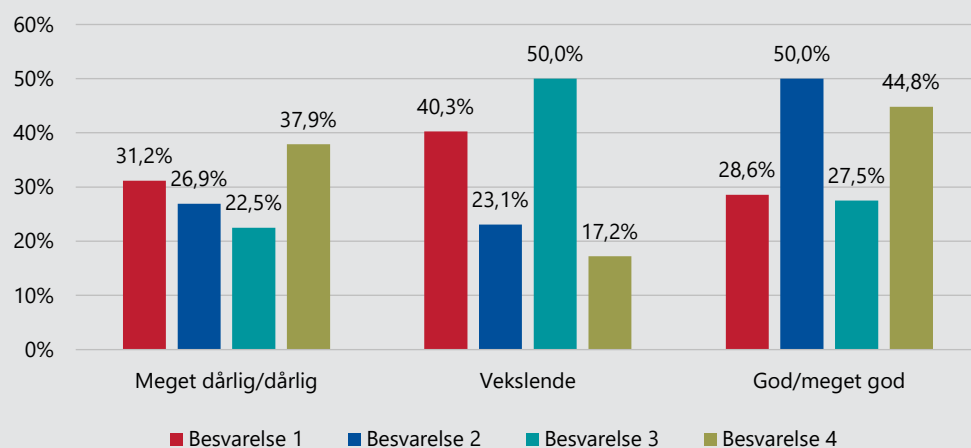


Anm.: Besvarelse 1: N = 75, Besvarelse 2: N = 52, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 2.8978$, $Pr = 0.822$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

I forhold til borgernes evne til at planlægge viser Figur 4.27 en klar fremgang i andelen af borgere, der svarer, at deres planlægning er 'god/meget god' de seneste 7 dage, idet 44,8 % af borgerne ved fjerde besvarelser giver dette svar, hvilket 28,6 % svarede ved første besvarelse. Ved tredje besvarelse er det dog langt størstedelen af borgerne (50 %), der svarer 'vekslede'. Det er også værd at bemærke, at der også er relativt flere ved fjerde besvarelse (37,9 %) end første besvarelse (31,2 %), der svarer, at de har været 'meget dårlige/dårlige' til at planlægge de sidste 7 dage.

Figur 4.27 Hvor god har du været til at planlægge din dag de sidste 7 dage?

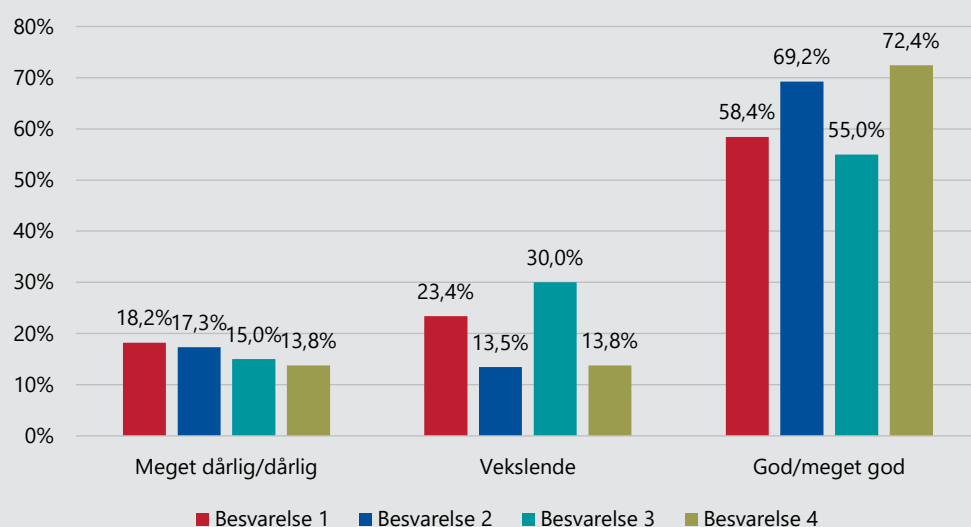


Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 52, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Mindst en af fordelingerne er signifikant forskellig: $\chi^2(6) = 14.9728$, $Pr = 0.020$

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Figur 4.28 viser dog ret entydigt en positiv udvikling i borgernes evne til at overholde aftaler. Ved alle besvarelsesgange svarer langt størstedelen, at de har været 'gode/meget gode' til at overholde deres aftaler de seneste 7 dage, men der er markant flere ved fjerde besvarelse (72,4 %) end ved første besvarelse (58,4 %), som svarer i denne kategori.

Figur 4.28 Hvor god har du været til at overholde aftaler de sidste 7 dage?

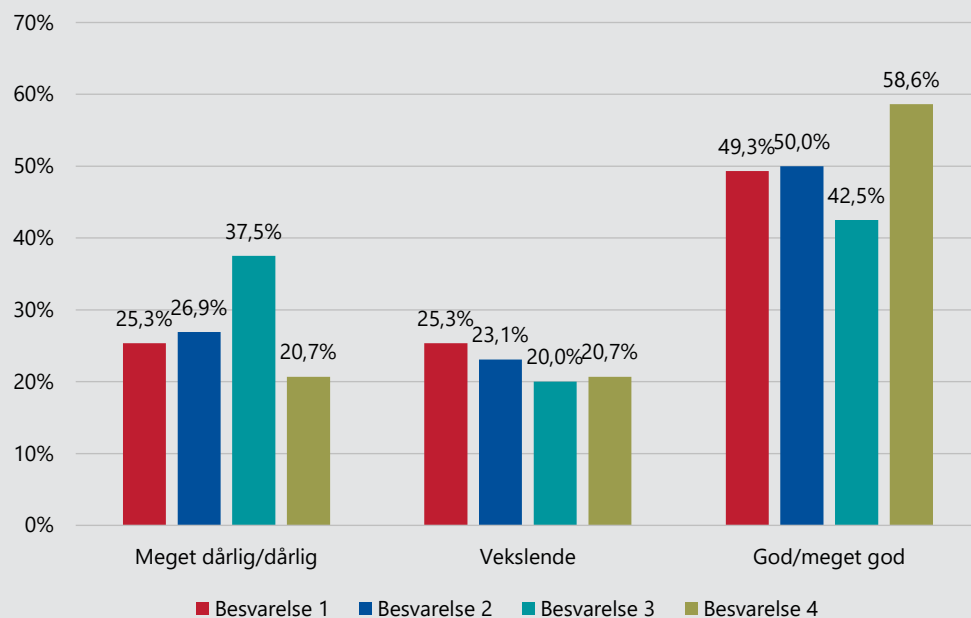


Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 5,6428$, $Pr = 0,464$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

I forhold til at holde orden og få ryddet op, der hvor man opholder sig, viser Figur 4.29 for det første, at det oplever mange borgere også gennemgående at være 'gode/meget gode' til. Der er dog også en relativ positiv udvikling i andelen af borgerne i den gode ende fra første besvarelse (49,3 %) til fjerde besvarelse (58,6 %). Men ved tredje besvarelse er der – ligesom ved en del af de tidligere spørgsmål – et dyk. Her var det kun 42,5 %, der svarede 'god/meget god', mens der samtidig er hele 37,5 %, der svarer 'meget dårlig/dårlig', hvilket er en klar stigning fra første besvarelse (25,3 %).

Figur 4.29 Hvordan har du været til at få ryddet op, der hvor du opholder dig, de sidste 7 dage?

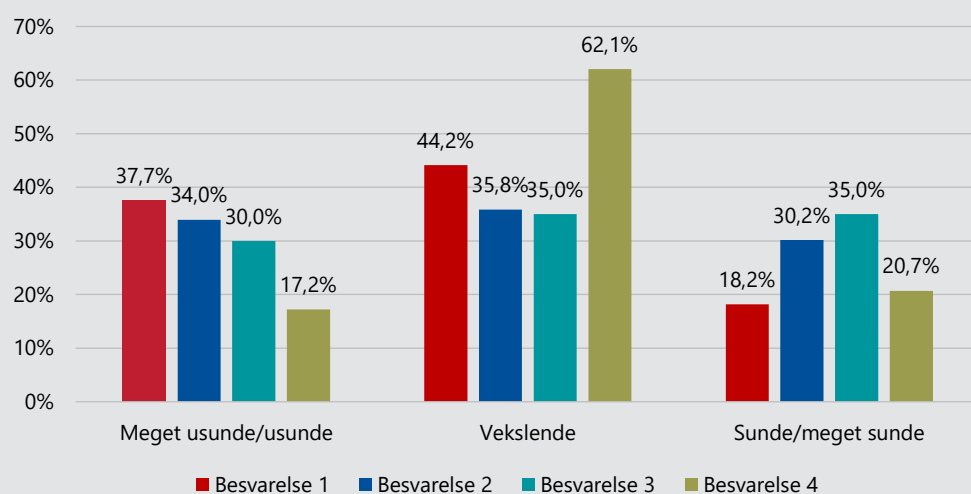


Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 3.3626$, $Pr = 0.762$.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Endeligt viser Figur 4.30 i forhold til borgernes madvaner, at størstedelen ved alle besvarelser svarer, at de er 'vekslende' de sidste 7 dage. Andelen, der svarer 'meget usund/usund' falder dog markant i fra første (37,7 %) til fjerde besvarelse (17,2 %), idet der ved fjerde besvarelse er en markant større andel, der derimod svarer 'vekslende' (62,1 %).

Figur 4.30 Hvordan vil du beskrive dine madvaner de sidste 7 dage?



Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 10.3640$, $Pr = 0.110$.

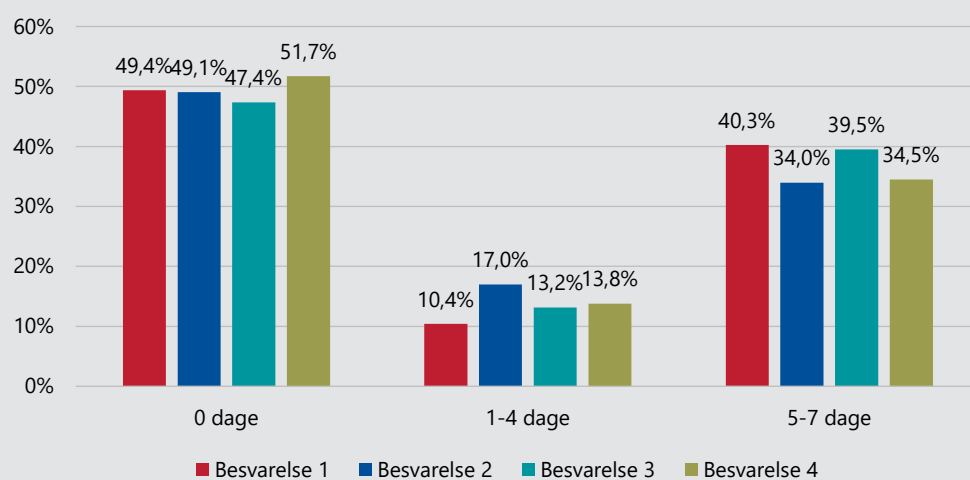
Kilde: Progressionsskemaer Besvarelse 1-4.

Fordelingen for 4.30, når vi kun ser på besvarelserne for de borgere, der har svaret alle fire gange, er næsten identisk.

4.3.4 Cannabis, stof- og alkoholforbrug

Når borgerne spørges til forbruget af cannabis den seneste uge, viser Figur 4.31, at andelen af personer, der ikke har brugt cannabis den seneste uge, er steget en smule. Ved første besvarelse var det 49,4 %, der ikke havde brugt cannabis, mens det ved fjerde besvarelse er 51,7 %, samtidig med at der er et fald af borgere, der har brugt cannabis 5-7 dage den forgange uge (fra 40,3 % til 34,5 %).

Figur 4.31 **Hvor mange dage har du brugt cannabis i de sidste 7 dage?**



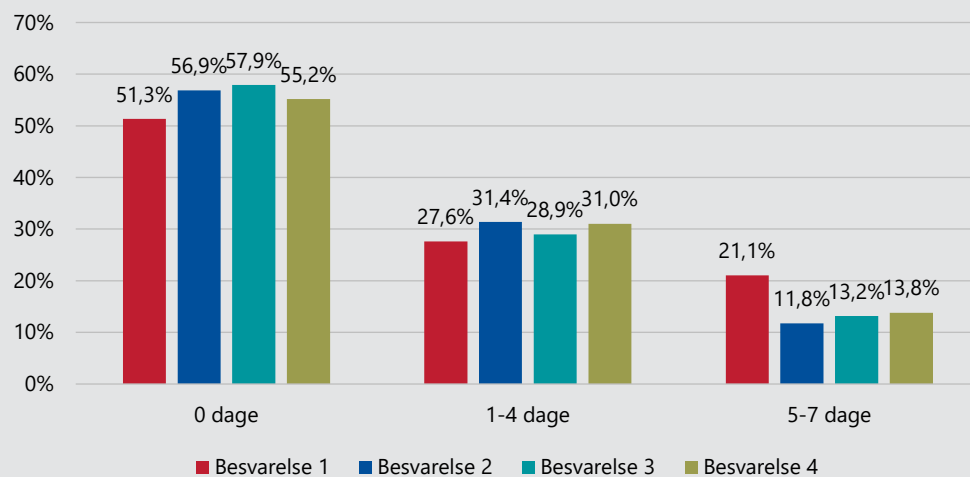
Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 38, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 1.5488$, Pr = 0.956.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Fordelingen for 4.31, når vi kun ser på besvarelserne for de borgere, der har svaret alle fire gange, er næsten identisk.

Figur 4.32 viser også samme positive tendens i forhold til andre stoffer end cannabis, hvor andelen af borgere, der ikke har taget andre stoffer i den seneste uge, er større ved de efterfølgende besvarelser end ved den første (51,3 %) og med en andel på 55,2 % ved fjerde besvarelse.

Figur 4.32 Hvor mange dage har du taget andre stoffer end cannabis i den sidste uge?



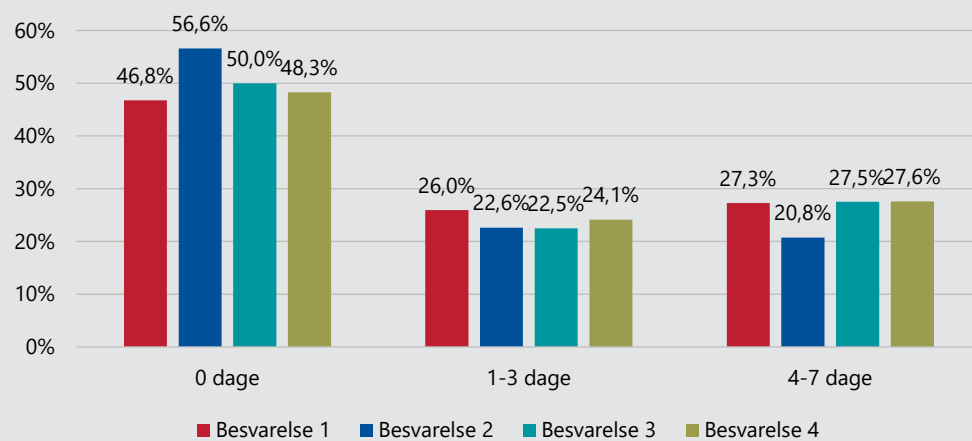
Anm.: Besvarelse 1: N = 76, Besvarelse 2: N = 51, Besvarelse 3: N = 38, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 2.0991$, $Pr = 0.910$

Kilde: Progressionsskemaer Besvarelse 1-4.

Fordelingen for 4.32 – når vi kun ser på besvarelserne for de borgere, der har svaret alle gange – afviger noget, idet der er flere af de gennemgående borgere ved første, anden og tredje besvarelse (hhv. 57,1 %, 63,0 % og 63,0 %), som svarer 'ingen dage' og dermed færre i primært '1-4 dage'.

Når borgerne spørges til forbruget af alkohol den seneste uge, viser Figur 4.33 ikke en entydig tendens. Andelen af borgere, der slet ikke drak, er højest ved anden besvarelse og tredje besvarelse (hhv. 56,6 % og 50 %), mens andelen ved første og fjerde besvarelse ligger omkring 47 %.

Figur 4.33 Hvor ofte drak du noget, der indeholdt alkohol de sidste 7 dage?

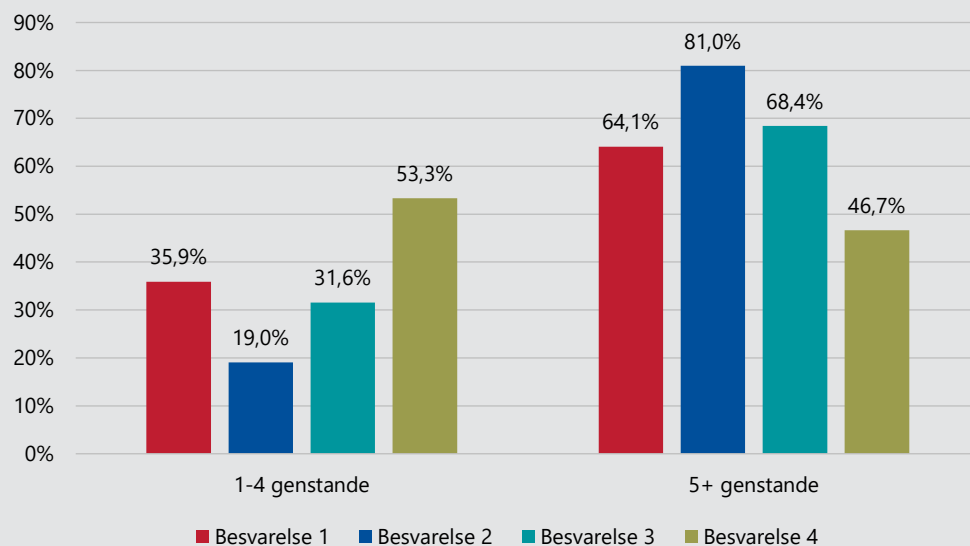


Anm.: Besvarelse 1: N = 77, Besvarelse 2: N = 53, Besvarelse 3: N = 40, Besvarelse 4: N = 29. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 1.5079$, $Pr = 0.959$.

Kilde: Progressionsskemaer Besvarelse 1-4.

Når de borgere, der har drukket inden for den forgange uge, spørges til antallet af genstande, ses der dog en positiv udvikling i Figur 4.34. Ved første besvarelse er der 64,1 %, der har drukket 5+ genstande, mens andelen ved fjerde besvarelse er nede på 46,7 %.

Figur 4.34 Hvor mange genstande drak du, når du drak noget de sidste 7 dage?



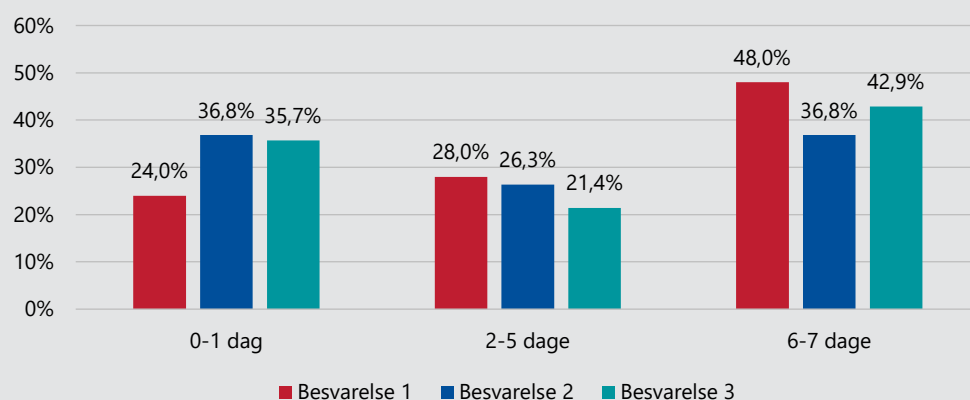
Anm.: Besvarelse 1: N = 39, Besvarelse 2: N = 21, Besvarelse 3: N = 19, Besvarelse 4: N = 15. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(3) = 4.7001$, Pr = 0.195.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

Fordelingen for Figur 4.34, når vi kun ser på besvarelserne for de borgere, der har svaret alle fire gange, ligner i store træk Figur 4.34.

De borgere, som har svaret, at de har drukket 5+ genstande, er også blevet spurgt om, hvor mange dage den seneste uge, at de drak 5+ genstande. Her viser Figur 4.35, at den største andel af borgerne ved alle tre besvarelser svarer 6-7 dage. Vi ser dog et fald i andelen fra første besvarelse (48 %) til anden (36,8 %) og tredje besvarelse (42,9 %).

Figur 4.35 Hvor mange dage drak du fem genstande eller flere ved én lejlighed?



Anm.: Besvarelse 1: N = 25, Besvarelse 2: N = 19, Besvarelse 3: N = 14. Fordelingerne er ikke signifikant forskellige: $\chi^2(6) = 4,5065$, $Pr = 0,608$.

Besvarelse 4 er ikke præsenteret grundet for få besvarelser.

Kilde: Progressionsskemaer besvarelse 1-4.

4.4 Sammenfatning af borgernes progression

I ovenstående afsnit har vi præsenteret progressionsmålinger på en lang række områder af borgere i fremskudt stofbehandlings liv. Når vi skal sammenfatte tendenserne, tager vi udelukkende udgangspunkt i opgørelserne for de fire første besvarelsesgange, da de efterfølgende 5-7 besvarelsesgange er behæftet med stor usikkerhed grundet de få antal besvarelser.

Sammenfattende om progressionen i generel trivsel, trivsel den seneste uge, borgernes dagligdag og deres cannabis, stof- og alkoholforbrug peger vores opgørelser overordnet i en positiv retning – men med visse undtagelser.

I forhold til generel trivsel ser vi en positiv udvikling i forhold til, om borgerne føler sig støttet af andre mennesker, deres håb og drømme, og om de føler, de har kontrol over deres liv, mens udviklingerne i forhold til, hvordan de har det med sig selv, og om de gør ting, som betyder noget for dem, ikke er entydige.

Når borgerne svarer på spørgsmål om deres trivsel og om, hvordan de klarer deres dagligdag den seneste uge, så er der fremgang at spore i forhold til, hvordan de har

haft det personligt og med deres nære relationer, mens der socialt ikke er en entydig udvikling. I forhold til deres fysiske tilstand er der færre i den gode ende af skalaen ved de sidste besvarelser og flere i midten af skalaen – så her har borgerne altså ikke rykket sig til at have det decideret godt fysisk. Det ligger lidt i tråd med deres søvn, hvor lidt flere sover 'vekslende', men også færre 'godt'. Til gengæld er andelen af borgere, der kan komme op om morgenen inden for den seneste uge, steget. Så i den henseende er der en positiv udvikling.

I forhold til borgernes koncentration er der ikke en nævneværdig udvikling, og hvad angår deres planlægningsevne, er der forskydninger, men de er ikke entydigt positive eller negative. Vi ser dog en positiv udvikling i borgernes evne til at overholde aftaler og rydde op, mens der over tid både er et fald i andelen af borgere, der svarer, at de har gode og dårlige madvaner – relativt flere svarer således, at deres madvaner er vekslende.

Endeligt og vigtigt ser vi i forhold til cannabis, stof- og alkoholforbrug et fald i personer, der har brugt cannabis 5-7 gange i den forgangne uge, og en lille stigning i andelen af borgere, der ikke har taget andre stoffer, hvilket må siges at være positivt. Imidlertid ser vi ikke samme entydige positive tendens for alkoholforbruget den seneste uge. Men der er dog en positiv udvikling i *antallet* af genstande, hvor andelen, der har drukket 5+, er faldet betragteligt. For dem, der drikker 5+, er der også et fald i andelen i forhold til, hvor mange gange de drak det høje antal genstande.

Alt i alt er der således flere væsentligt flere positive tendenser i borgernes progression end negative, og på den baggrund kan det give mening på længere sigt at overveje, om man vil evaluere fremskudt stofbehandling via et stærkere kvantitativt forskningsdesign. Opgørelserne i dette kapitel kan i sagens natur ikke danne grundlag for at vurdere, om fremskudt stofbehandling har positive virkninger eller ej. Men opgørelserne kan på en mere systematisk måde end det kvalitative vidnesbyrd give os et billede af borgernes erfaring med fremskudt stofbehandling – og her tegnes der i mange henseender et positivt billede.

> Dokumentation

5 Metode og data

5.1 Kvalitative data og metode

VIVE har ved casebesøg i alle fire kommuner gennemført interviews med medarbejdere og projektledere i rusmiddelcentre samt med medarbejdere og ledere i de deltagende civilsamfundsorganisationer. Alle interviews er gennemført af Nichlas Permin Berger, og data er efterfølgende behandlet af studentermedarbejdere efter grundig instruktion.

Der er i de fire kommuner, hvis erfaringer udgør grundlaget for kapitel 3 og 4, der begge omhandler erfaringer med implementeringen af fremskudt stofbehandling:

- Fire fokusgruppeinterviews med medarbejdere og ledere (16 i alt) i fire kommunale rusmiddelcentre
- Fire fokusgruppeinterviews med medarbejdere og ledere (11 i alt) i civilsamfundsorganisationer
- Individuelle forskningsinterviews med borgere (7 i alt), som har deltaget i fremskudt stofbehandling.

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at belyse aktørernes perspektiver på organisering, samarbejde, praksisnære erfaringer og vurderinger af indsatsens betydning for og potentialer for at støtte og hjælpe målgruppen. Interviewene er gennemført på baggrund af en semistruktureret interviewguide, som tematiserer centrale aspekter af indsatsen.

Interviewene er gennemført som fokusgrupper med deltagelse af alt mellem 2 og 5 deltagere pr. interview. Der er lagt vægt på at skabe en åben og reflekterende dialog, hvor deltagerne har kunnet dele både erfaringer, vurderinger og eventuelle kritikpunkter. Interviewene er dokumenteret ved lydoptagelser efter accept fra interviewpersonerne. Data fra disse interviews anvendes til at identificere både fælles erfaringer og lokale forskelle i tilgangen til fremskudt stofbehandling – samt til at vurdere modeludvikling, bæredygtighed og overførbare til andre kontekster.

Boks 5.1 Fokusgruppeinterviews med medarbejdere og ledere i kommuner/rusmiddelcentre og civilsamfundsorganisationer

Interviewenes hovedtemaer

- Erfaringer med arbejdet i den fremskudte indsats
- Roller, opgaver og konkrete aktiviteter i praksis
- Samarbejde mellem kommune og civilsamfund
- Vurderinger af borgerudbytte og indsatsens virkning
- Rammevilkår, forudsætninger og barrierer
- Perspektiver for videreudvikling af modellen.

Der er også gennemført kvalitative, semistrukturerede interviews med udsatte borgere, som har haft kontakt med indsatsen. Formålet med disse interviews er at belyse borgernes egne erfaringer med indsatsen, herunder udbytte, samarbejde, tilgængelighed og barrierer. Interviewene er gennemført ud fra en kort interviewguide, som temamæssigt afspejler de samme hovedområder, der anvendes i interviews med fagpersoner og aktører i indsatsen – men tilpasset borgernes perspektiv og med fokus på tilgængeligt sprog og åben dialog. Interviewene er foregået i trygge og kendte omgivelser (fx væresteder eller bosteder), og der er lagt vægt på frivillighed, tryghed og mulighed for at springe spørgsmål over. Samtalerne er dokumenteret ved lydoptagelse efter borgerens accept. Borgerinterviewene bidrager med vigtige brugerperspektiver og supplerer den øvrige datatilgang i undersøgelsen.

Boks 5.2 Individuelle forskningsinterviews med borgere

Interviewenes hovedtemaer

- Adgang og kontakt
- Erfaringer med indsatsen
- Relationer og samarbejde
- Udbytte og forandringer
- Barrierer og behov
- Borgerens perspektiv på god støtte
- Fremtidsønsker og håb
- Supplerende bemærkninger.

5.1.1 Indsamling, bearbejdning og analyse af kvalitativt datamateriale

Interviewene med borgere blev fuldt transskriberet ordret med henblik på at bevare deltagernes stemme og sikre meget præcis analyse. Det transskriberede materiale blev herefter gennemlæst og tematiseret ud fra en kombination af: De foruddefinerede temaer fra interviewguiden og de temaer, der blev identificeret under analysen. Analysen er inspireret af tematisk analyse som beskrevet af Braun og Clarke (2006), hvor koder identificeres, grupperes og udvikles til overordnede temaer. Tematiseringen tog afsæt i en meningskondenserende tilgang (Kvale & Brinkmann, 2015), hvor længere udsagn kondenseres til centrale pointer, uden at betydning går tabt.

Formålet med denne tilgang var at indfange borgernes oplevelser af støtte, tilgængelighed, relationer, barrierer og udbytte – samt at få indsigt i, hvad der opleves som meningsfuldt og virksomt i indsatsen set fra borgernes perspektiv.

Interviewene med medarbejdere og ledere blev skriftligt refereret. Under aflytningen af lydfilerne blev der foretaget løbende kodning og tematisering, som kombinerede en struktureret tilgang (baseret på interviewguiden) med en åben tilgang til de temaer, som vi måtte få øje på ved aflytning af lydfilen og ved at genlæse interviewernes noter fra interviewene. Denne metode er inspireret af induktiv tematisk analyse og fleksibel kodning (Richards & Hemphill, 2018), hvor data struktureres

undervejs i bearbejdningen, uden nødvendigvis at gennemgå fuld transskription. Dette valg er fagligt og pragmatisk begrundet, idet det sikrede fokus på meningsbærende enheder og centrale pointer, samtidig med at det tillod effektiv håndtering af et større datamateriale. Analysen af faginterviewene er foretaget med blik for både individuelle erfaringer og kollektive mønstre – fx samarbejdsformer, faglige strategier, organisatoriske barrierer og vurderinger af indsatsens virkninger.

Rapportens kapitel 3 og 4 præsenterer fundene fra den kvalitative analyse (erfaringsopsamlingen), og vi har valgt at præsentere fundene separat, sådan at vi så vidt muligt holder perspektiverne adskilt.

5.1.2 Persondatapolitik og forskningsetik

I dette projekt er der arbejdet med kvalitative interviews som en central del af dataindsamlingen. Det er vigtigt at understrege, at der er udvist stor omhu i forhold til både forskningsetik og behandling af personoplysninger. Alle interviewdata er behandlet fortroligt og udelukkende anvendt med henblik på analyse og forskning – ligesom vi aldrig vil anvende det til sagsbehandling eller dele det med tredjeparter såsom kommuner, myndigheder, private organisationer eller enkeltpersoner. De indsamlede data – herunder lydoptagelser og transskriptioner – er opbevaret sikkert og har kun været tilgængelige for medarbejdere i projektet, som har lov til at se data. Endvidere er opbevaringen sket på et lokalt og sikret drev i VIVE med begrænset adgang for at sikre beskyttelsen af deltagernes oplysninger.

Når VIVE offentliggør undersøgelser, eller når VIVEs forskere publicerer forskningsartikler, hvis datagrundlag indeholder personoplysninger, sørger vi altid for at pseudonymisere de medvirkende interviewpersoner, så det ikke er muligt at identificere, hvem de er. Ud over personnavne har vi i denne undersøgelse desuden valgt at fjerne bl.a. alder, stednavne på bydele og pladser, familierelationer, beskæftigelsesområder, uddannelsesretninger, domme og afsoningsforhold, konkrete begivenheder og navne på familie, venner eller bekendte i interviewpersonernes netværk, så det ikke er muligt at genkende enkeltpersoner. Der har i hele projektet været fokus på at udvise respekt og omtanke over for deltagerne, både i forbindelse med selve interviewene og i den efterfølgende analyse og formidling.

5.2 Beskrivelse af kvantitativ dataindsamling

Dataindsamlingen i projektet *Fremskudt stofbehandling* blev gennemført i perioden fra 1. januar 2024 til 30. juni 2025.

Data blev indsamlet gennem tre forskellige spørgeskemaer samt en løbende opdatering og udveksling af en deltagerliste. VIVE sendte alle spørgeskemaer i pdf-format samt tilhørende link og QR-kode til det digitale analyseværktøj Defgo, som gør, at kommunerne kan besvare spørgeskemaerne online, til de fire kommuner. Kommunerne havde desuden mulighed for i første omgang at udfylde skemaerne i pdf-format – dvs. i papirform – og derefter indtaste besvarelsener digitalt via det medsendte link eller QR-kode. Denne fleksible tilgang skulle sikre, at dataindsamlingen kunne tilpasses kommunernes arbejdsgange. Spørgeskemaerne blev afsendt løbende gennem hele projektperioden, i takt med at de skulle anvendes i projektets forskellige faser.

Spørgeskemaerne blev afsendt i faser over projektperioden, og til både *kontakt-skema (løbende)* og *progressionsskemaet* blev der i forbindelse med hver dataindsamling udsendt nye individuelle links og QR-koder. Det betød, at der blev anvendt et separat skema ved hver måling – selvom spørgsmålene forblev de samme. Dette sikrede, at svarene kunne tilknyttes det korrekte tidspunkt i projektforsløbet.

Deltagerlisten udgjorde et centralt redskab i dataindsamlingen og blev anvendt til at skabe overblik over både potentielle og aktive borgere i indsatsen. Listen blev løbende opdateret og udvekslet mellem kommunerne og VIVE. Når en kommune identificerede en mulig deltager, blev vedkommende indskrevet på listen, også selvom der endnu kunne være usikkerhed om deltagelse eller målgruppekriterier. Listen blev anvendt til at registrere borgernes progression i projektet, herunder aktuelle faser, eventuelt frafald (med dato og begrundelse) og overgange til ordinær stofbehandling. Derudover blev oplysninger om identifikationsdato og opstartsdato dokumenteret. VIVE tildelte hvert individ et unikt ID-nummer, som blev anvendt i spørgeskemaerne for at sikre entydig kobling af data.

Kontaktskema (start) – blev udfyldt én gang for hver borger, efter at vedkommende havde modtaget skriftlig information om projektet og givet samtykke til at deltage. Skemaet indeholdt baggrundsoplysninger og blev udfyldt uden borgerens medvirken.

Kontaktskema (løbende) – blev udfyldt fire gange i løbet af projektperioden for borgere, der var aktive i indsatsen på de givne tidspunkter. Dette skema blev ligeledes udfyldt uden borgerens aktive medvirken og indeholdt oplysninger om borgers forløb. Tidspunkterne for udfyldelse blev meldt ud af VIVE til projektledere i kommunerne.

Progressionsskemaet – blev udfyldt af borgeren selv og fokuserede på trivsel, stofbrug og recovery. Spørgeskemaet bestod primært af to validerede måleinstrumenter:

TEM (Trivsels- og Effekt Monitorering)⁸ og Brief Inspire O⁹, som måler personlige recovery-processer på fem dimensioner (forbundethed, håb, positiv identitet, mening og empowerment). Progressionsskemaet blev udsendt i otte dataindsamlingsrunder a 2 måneder, og borgerne kunne få støtte fra en fagperson til udfyldelsen.

VIVE monitorerede løbende besvarelsesrater for alle tre spørgeskemaer og udsendte regelmæssige påmindelser til projektkommunerne. Disse påmindelser blev baseret på oplysninger fra deltagerlisterne og havde til formål at sikre besvarelser for de borgere, der fortsat var aktive i projektet.

⁸ National TEM-rapport (Pedersen et al., 2022).

⁹ Brief INSPIRE-O er et spørgeskema, der måler en persons egen vurdering af sin personlige recovery-proces (at leve et meningsfuldt og håbefuldt liv med en psykisk lidelse). Det er en videreudvikling af Brief INSPIRE og bygger på de fem kerneelementer af recovery, kaldet CHIME-faktorerne: Forbundethed (Connectedness), Håb (Hope), Identitet (Identity), Mening (Meaning) og Empowerment (Empowerment). [Brief-INSPIRE-O-Danish.pdf](#). (Moeller et al., 2024).

Litteratur

- Andersen, L.L. (2016). Lecture: The (renewed) 'collaborative turn' in welfare services: New democratic venues for citizens and professionals? *In Welfare Professionals and Professions under Transformation: New Paradigms and New Challenges* (p. 13). Roskilde University.
- Andersen, L.L. (2019). Hybride civilsamfundsorganisationer under forandring: neoliberale praksisser, marked og civile rettigheder. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 21(4), 67-75.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J.F., Enemark, M.H. & Andrade, S.B. (2018). *Socialt udsattes borgere brug af velfærdssystemet: Samfundsøkonomiske aspekter*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Bom, L.H., Fynbo, L., Grønfeldt, S.T., Espersen, H.H. & Ramsbøl, A.T. (2019). *Bag om Fællesskabsmålingen. En kvalitativ undersøgelse af social eksklusion og social deltagelse*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Berger, N.P., Christensen, I.E., Fynbo, L., Johansen, E.B. & Jørgensen, T.S. (2021). *Udredning af voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger: Kvalitativ undersøgelse af, hvordan arbejdet med målgruppen kan styrkes*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Berger, N.P., Frøslev-Thomsen, J. & Fynbo, L. (2022). *Viden om traumebevidste tilgange i indsatser til socialt udsatte voksne: En vidensafdækning og skitsering af en prototype*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Bjerger, B. & Houborg, E. (2019). *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*. Aarhus Universitetsforlag.
- Branden, T., Trommel, W. & Verschuere, B. (2017). The state and the reconstruction of civil society. *International Review of Administrative Sciences*, 83(4), 676-693.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Espersen, H.H., Andersen, L.L. & Tortzen, A. (2021). Civil society organizations and municipalities in changing times: Potentials and pitfalls in the collaborative turn. I: B. Ibsen (red.), *Voluntary and Public Sector Collaboration in Scandinavia: New Approaches to Co-Production* (s. 225-253). Palgrave Macmillan.

- Espersen, H.H., Andersen, L.L. & Tortzen, A. (2023). Nyere deltagelsesformer i det frivillige arbejde. I: T.P. Boje, H.H. Espersen, T. Fridberg, L.S. Henriksen & B. Ibsen (red.), *Gør frivilligt arbejde samfundet bedre? Nyt fra samfundsvidenskaberne*.
- Houborg E., Kronbæk M., Kappel N., Fahnøe K.R., Pedersen S.M. & Johansen K.S. (2022). *Marginaliserede stofbrugers hverdagsliv i København: Stofmiljøer og velfærdstilbud*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Houborg, E. & Nygaard-Christensen, M. (2024). User perspectives on outreach opioid substitution treatment among street-entrenched people who use drugs in Denmark. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 32(3), 272-280.
- Johansen, K.S. & Pedersen, S.M. (2022). De overordnede rammer for social- og sundhedsindsatserne. I: E. Houborg, M. Kronbæk, N. Kappel, K.R. Fahnøe, S.M. Pedersen, K.S. Johansen, *Marginaliserede stofbrugers hverdagsliv i København: Stofmiljøer og velfærdstilbud* (s. 139-153). Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N. (2018). *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter: Dilemmaer i den organisatoriske praksis*. Hans Reitzels Forlag.
- Moeller, S.B., Larsen, P.V., Austin, S., Slade, M., Arendt, I.-M.T.P., Andersen, M.S. & Simonsen, S. (2024). Scalability, test-retest reliability and validity of the Brief IN-SPIRE-O measure of personal recovery in psychiatric services. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1-8.
- Pedersen, M.U., Pedersen, M.M., Frederiksen, K.S. & Skov, K.B.E. (2022). *Nationale TEM-rapport: Indrapporterede 2021*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Rambøll (2017). *Evaluering af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug*. Rambøll.
- Richards, K.A.R. & Hemphill, M.A. (2018). A practical guide to collaborative qualitative data analysis. *Journal of Teaching in Physical Education*, 37(2), 225-231.
- Socialstyrelsen (2020). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2023). *Recovery-orienteret rehabilitering: Vejledning til praksis. Koncept for strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien*. Socialstyrelsen.

Social- og Boligministeriet (2016). *Socialpolitisk redegørelse*. Social- og Boligministeriet.

Tortzen, A. (2016). *Ledelse af samskabelse i kommunale rammer: Hvordan kan ledelse understøtte samskabelse?* Ph.d.-afhandling. Institut for Samfundsvidenskab & Erhverv, Roskilde Universitet.

Bilag 1

Bilagstabel 1.1 Oversigt over besvarelser af kontaktskemaer

	Total fuldførte besvarelser	Randers	Vejle	Helsingør og Odder
Kontaktskema start	107	41	33	17
Kontaktskema løbende rul 1	29	13	12	4
Kontaktskema løbende rul 2	32	12	15	5
Kontaktskema løbende rul 3	50	17	15	18
Kontaktskema løbende rul 4	44	13	23	8

Kilde: Kontaktskema start og Kontaktskema løbende.

Bilagstabel 1.2 Oversigt over besvarelser af progressionsskemaerne ved de 8 gange, spørgeskemaet er udsendt i undersøgelsesperioden

	Total fuldførte besvarelser	Randers	Vejle	Helsingør og Odder
1	34	16	18	0
2	28	12	16	0
3	54	16	30	8
4	50	22	20	8
5	61	28	26	7
6	70	32	24	14
7	67	24	26	17
8	56	16	28	12

Kilde: Progressionsskemaer 1-8.

Bilagstabel 1.3

Oversigt over besvarelser af progressionsskemaerne fordelt på borgernes besvarelsesgange

	Total fuldførte besvarelser	Randers	Vejle	Helsingør og Odder
1 besvarelse	78	33	26	19
2 besvarelser	56	21	20	15
3 besvarelser	41	15	15	11
4 besvarelser	29	10	14	5
5-8 besvarelser	29	7	19	3

Kilde: Progressionsskemaer 1-8.

