

Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Slutrapport



**MODNING AF INDSATS TIL MENNESKER MED
PSYKISKE VANSKELIGHEDER OG SAMTIDIGT
FORBRUG AF RUSMIDLER PÅ SOCIALPSYKI-
ATRISKE BOTILBUD**

AFSLUTTENDE EVALUERINGSRAPPORT

RAMBØLL DECEMBER 2022

INDHOLD

1.	Indledning	3
1.1	Evalueringsens baggrund	3
1.2	Evalueringsens formål og tilgang	4
1.3	Læsevejledning	5
2.	Metoder og datakilder	6
2.1	Analysestrategi	7
3.	Sammenfatning	8
3.1	Hvad viser evalueringen om indsatsens implementering?	8
3.2	Hvad viser evalueringen om indsatsens målgruppe?	9
3.3	Hvad viser evalueringen om indsatsens resultater?	9
3.4	Hvad er indsatsens omkostninger?	10
3.5	Tværgående konklusion	10
4.	Implementering af indsatsen	12
4.1	Implementering af indsatsen	16
4.1.1	De fagprofessionelles kompetencer til at praktisere indsatsens værdigrundlag	16
4.1.2	Kompetencer til at udmønte kerneelementer	17
4.1.3	De fagprofessionelles tiltro til indsatsen	19
4.1.4	Implementering af kerneelementer og værdigrundlag	22
4.2	Centrale implementeringsforudsætninger	24
4.3	Delkonklusion	29
5.	Karakteristik af indsatsens målgruppe	31
5.1	Karakteristik af indsatsens målgruppe	31
5.2	Hvad kendetegner de borgere, der har været en del af indsatsen?	32
5.2.1	Borgernes boligsituation	32
5.2.2	Borgernes psykiatriske diagnoser	32
5.2.3	Social- og sundhedsfaglige udredninger	33
5.2.4	Indsatser, som borgerne er/har været tilknyttet	34
5.2.5	Borgerens forbrug af rusmidler	34
5.3	Karakteristika fra de fagprofessionelles perspektiv	37
5.4	Delkonklusion	38
6.	Indsatsens resultater	39
6.1	Resultater for borgerne	39
6.1.1	Udvikling i borgernes livssituation	40
6.1.2	De fagprofessionelles vurdering af borgerne	43
6.1.3	Kerneelementernes betydning for borgernes oplevede udbytte	44
6.2	Resultater på botilbudsniveau	46
6.2.1	De fagprofessionelles trivsel og belastningsniveauet på botilbuddet	46
6.3	Delkonklusion	49
7.	ØKONOMISK ANALYSE	50
7.1	Omkostningsvurderingens resultater	51
7.1.1	Antagelser bag omkostningsvurderingen	51
7.1.2	Omkostninger	52
8.	Bilag	60
8.1	Bilag 1: Metodebeskrivelse	60
8.2	Bilag 2: Indsatsens forandringsteori	65
8.3	Bilag 3: Udvikling af indsats	67
8.4	Bilag 4: Figuroversigt	71

1. INDLEDNING

1.1 Evalueringens baggrund

I 2019 foretog Socialt Udviklingscenter (SUS) en undersøgelse¹ af borgere med psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler på socialpsykiatriske botilbud, hvor de bl.a. indkredsede lovende indsatser i forhold til at samarbejde med målgruppen. På baggrund af SUS' undersøgelse udbød Socialstyrelsen en pulje, der har til formål at modne og udvikle en virksom indsats til borgere med psykiske vanskeligheder og et skadeligt forbrug af rusmidler. Initiativet følger Social- og Ældreministeriets 'Strategi for udvikling af sociale indsatser' (SUSI)² og udgør et modningsprojekt.

Formålet med indsatsen er, at borgere med psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler oplever en større grad af trivsel, inddragelse og mestring i hverdagen. Derudover er formålet, at de negative konsekvenser ved borgernes rusmiddelforbrug mindskes, og at borgernes forbrug, i det omfang borgerne ønsker det, stabiliseres eller reduceres.

Danske kommuner har haft mulighed for at ansøge om midler fra puljen i perioden 2020-2022 til at udvikle og modne en indsats til voksne med psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler, der bor på botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108. I alt fik fem kommuner tildelt midler. Kommunerne har i samarbejde med Socialstyrelsen, Professionshøjskolen Absalon og Rambøll Management Consulting arbejdet med at videreudvikle og implementere indsatsen med henblik på at tilvejebringe viden og erfaring, der kan kvalificere indsatsen. Det har imidlertid vist sig, at én af kommunerne ikke lever op til kriterierne for indsatsen, da de ikke har haft nogle borgere i målgruppen. Evalueringens analyser bygger derfor alene på data fra de øvrige fire projektkommuner.

Den afsluttende evalueringsrapport formidler de centrale tværgående resultater og erfaringer fra de fire projektkommuner. Undervejs i rapporten fremtrækkes anonymiserede eksempler fra praksis, der nuancerer og understreger særlige opmærksomhedspunkter.

Indsatsmodellen³ består samlet af 1) en række organisatoriske forudsætninger, 2) kompetenceudvikling af fagprofessionelle og ledere samt 3) en række faglige, borgernære elementer (værdigrundlag og kerneelementer). Det konkrete indhold i kerneelementerne har ikke været fastlagt forud for modningsprojektet, men er blevet udviklet og modnet undervejs i projektperioden. Udgangspunktet for denne evaluering beskrives i boksen herunder. I kapitel fire redegøres der yderligere for indsatsmodellens udgangspunkt og den modning, der er foregået heraf undervejs i projektperioden.

¹Undersøgelsen foretaget af Socialt Udviklingscenter [screening-psykiske-vanskeligheder-og-misbrug.pdf](#)

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

³ Indsatsmodellen refererer til den samlede model (inkl. Organisatoriske forudsætninger, kompetenceudvikling og borgernære elementer), mens indsatsen henviser til de direkte borgerrettede indsatser.

VÆRDIGRUNDLAG OG KERNEELEMENTER

Indsatsen består af et værdigrundlag og fem kerneelementer. Værdigrundlaget og kerneelementerne beskriver tilsammen, hvordan og med hvilket mindset indsatsen skal udmøntes i praksis. Indsatsens værdigrundlag består af *recovery-orienteret rehabilitering, helhedsorientering og skadesreduktion*. De fem kerneelementer indebærer, at indsatsen i praksis skal:

1. Understøtte borgerens motivation
2. Være undersøgende på rusmidlers funktion i borgerens liv
3. Afdække og reducere rusmidlers følgeskader
4. Støtte borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær
5. Inddrage peer-medarbejder.

Kerneelementerne beskriver tilsammen den praksis, der skal være til stede for at udføre indsatsen, og skal – i kombination med værdigrundlaget – understøtte indsatsens formål. Værdigrundlaget og kerneelementerne supplerer derfor hinanden i implementeringen af indsatsen. Der er udarbejdet en **indsats-beskrivelse**, der udfolder indsatsens værdigrundlag og kerneelementer.

Foruden at forpligte sig på at videreudvikle, kvalificere og implementere indsatsens værdigrundlag og kerneelementer, har projektkommunerne også skullet imødekomme en række organisatoriske krav. Fx har projektkommunerne skullet etablere et implementeringsteam til at drive den lokale udviklings- og implementeringsproces. Projektkommunerne har endvidere skullet oprette et specialiseret team til at understøtte den generelle faglighed på tilbuddet. Og endelig har projektkommunerne skullet ansætte en peer-medarbejder på botilbuddet samt udpege en tovholder, der kunne lede og understøtte arbejdet med indsatsen i praksis.

Alle fagprofessionelle, peer-medarbejdere og relevante ledere har modtaget et kompetenceudviklingsforløb i indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. Derudover har det specialiserede team modtaget et udvidet kompetenceudviklingsforløb.

1.2 Evalueringens formål og tilgang

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

- Indsatsen er færdigudviklet og defineret
- Indsatsen er succesfuldt implementeret
- Indsatsen har lovende resultater
- Indsatsen er ikke urealistisk dyr
- Indsatsen er relevant og efterspurgt af kommuner og botilbud.

Evalueringen skal samlet set give et vidensmæssigt afsæt for en eventuel afprøvning og udbredelse af indsatsen. Evalueringens overordnede formål er således at levere dybdegående og systematisk viden om indsatsen i henhold til SUSI-kriterierne. Afdækningen af kriterierne bidrager tilsammen til en vurdering af, hvorvidt det er lykkedes at udvikle en indsats, der viser lovende resultater, og som både er relevant og levedygtig på andre socialpsykiatriske botilbud. Det første kriterie belyses dog ikke i denne evaluering, men er i stedet udmøntet via indsatsbeskrivelsen.

Formålet med evalueringen er derfor dels at dokumentere, i hvilken grad indsatsen er blevet implementeret i projektkommunerne, dels at synliggøre, hvilke resultater indsatsen skaber. I evalueringen af indsatsens resultater er der i særdeleshed fokus på resultaterne for de borgere, der har

modtaget indsatsen, men også på hvilke organisatoriske resultater der er blevet skabt ved at arbejde ud fra indsatsen. Sluttelig tilvejebringer evalueringen viden om indsatsens budgetøkonomiske resultater.

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

CENTRALE EVALUERINGSSPØRGSMÅL

1. I hvilket omfang er botilbuddene lykkedes med at implementere og omsætte indsatsens kerneelementer i praksis? Og hvilke faktorer hhv. fremmer og hæmmer en effektiv implementering?
2. Hvad karakteriserer gruppen af borgere, der har været en del af indsatsen?
3. Hvilke resultater ses der for de borgere, der har været en del af indsatsen? Hvilken udvikling er der sket i deres livssituation?
4. Hvilke resultater ses der for fagprofessionelle og botilbud?
5. Hvad koster det at iværksætte og drifte indsatsen?

1.3 Læsevejledning

Rapporten er opdelt i syv kapitler samt fire bilag. Denne introduktion udgør rapportens **kapitel 1** og indholdet i de resterende seks kapitler præsenteres overordnet herunder:

Kapitel 2 indeholder en kort beskrivelse af analysedesign, anvendte metoder og datakilder i undersøgelsen. En uddybende metodebeskrivelse findes i bilag 1.

Kapitel 3 præsenterer en sammenfatning, der opsummerer evalueringsrapportens hovedkonklusioner.

Kapitel 4 indeholder en beskrivelse af indsatsens udvikling. Derudover formidler kapitlet projektkommunernes implementering af indsatsen samt kvaliteten i projektkommunernes udmøntning af indsatsens kerneelementer. Kapitlet identificerer yderligere en række organisatoriske forudsætninger, som har betydning for, i hvilken grad modellen kan omsættes i praksis.

Kapitel 5 giver en karakteristik af de borgere, som har været en del af målgruppen for indsatsen.

Kapitel 6 formidler indsatsens resultater og udvikling for borgere i indsatsen samt kerneelementernes betydning herfor. Kapitlet præsenterer også resultater for fagprofessionelle og botilbud.

Kapitel 7 præsenterer en økonomisk evaluering, der består af en omkostningsvurdering.

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

Bilag 2 skitserer indsatsens forandringsteori.

Bilag 3 angiver, hvordan indsatsbeskrivelsen er blevet udviklet gennem projektperioden.

Bilag 4 illustrerer de data, som evalueringens vurderinger og konklusioner hviler på.

2. METODER OG DATAKILDER

Resultater og erfaringer i denne afsluttende evaluering er tilvejebragt gennem en bred vifte af metoder og datakilder, der både har kvalitativ og kvantitativ karakter. Dette kapitel formidler kort evalueringens analysedesign og metodiske grundlag, mens der i bilag 1 fremgår en detaljeret uddybning af de enkelte datakilder.

Analysen af **indsatsens implementering** i projektkommunerne er baseret på en række kvantitative data, herunder *kvalitet i kerneelementer, en medarbejdertrivsels- og mindshiftsurvey samt Brief INSPIRE*⁴. De kvantitative data suppleres af viden fra interviews med både ledere, peer-medarbejdere og fagprofessionelle fra de kommunale botilbud. Den kvalitative empiri belyser konkret, hvilke implementeringsgreb der hhv. har fremmet og hæmmet implementering i projektkommunerne, samt hvilke forudsætninger og vilkår der skal være til stede for, at indsatsen kan implementeres med høj kvalitet på botilbuddene.

Karakteristikken af borgere, som har været en del af indsatsen, er foretaget gennem baggrundsinformationer fra *opstartsskemaer*, som de fagprofessionelle på botilbuddene har udfyldt i forbindelse med opstart af borgere i indsatsen. Derudover anvendes borgernes besvarelser af de validerede måleredskaber *DUDIT-E* og *ALCOHOL-E* til at afdække (1) borgernes forbrug af rusmidler, (2) de positive og negative konsekvenser af forbruget for borgeren samt (3) borgernes motivationsgrad for forandring og eventuel behandling. Denne karakteristik suppleres og nuanceres af data fra de narrative forløbsstudier med borgere samt kvalitative interviews med fagprofessionelle på botilbuddene.

Analysen af de **borgerrettede resultater** er ligeledes baseret på både kvantitative og kvalitative datakilder. De kvantitative data består af en før- og eftermåling, der viser udviklingen i borgernes trivsel, livsmestring, forbrug af rusmidler og personlig recovery. Konkret er følgende validerede måleredskaber anvendt:

- *WHO-5 trivselsindeks*⁵, som afdækker borgernes trivsel og psykiske velbefindende. WHO-5 anvendes som et mål for en persons generelle trivsel eller velbefindende.
- *General Self-efficacy scale-6 (GSE-6)*⁶, som afdækker borgernes tro på at kunne håndtere de udfordringer, de møder i deres liv.
- *DUDIT-E*⁷ og *ALCOHOL-E*⁸, der bl.a. kan indfange udviklingen i borgernes forbrug af rusmidler.
- *Brief INSPIRE-O*⁹, der afdækker fem dimensioner for personlige recovery-processer.

Herudover er kvalitative interviews med fagprofessionelle og data fra narrative forløbsstudier med borgere blevet anvendt til at indfange viden om borgernes resultater. Interviewene og forløbsstudierne har givet et dybdegående indblik i det udbytte, som borgerne oplever som følge af indsatsen. De narrative forløbsstudier har mere konkret bidraget med et dybdegående indblik i udviklingen af borgerens mestring af hverdagslivet, udviklingen i borgerens livssituation, samt hvilken betydning de forskellige kerneelementer har for borgerens oplevede udbytte.

⁴ Brief INSPIRE er valideret i England og oversat til dansk. Se mere her: [INSPIRE - Research Into Recovery](#)

⁵ WHO-5 er et valideret og oversat til dansk. Se mere her: [The World Health Organisation- Five Well-Being Index \(WHO-5\) \(corc.uk.net\)](#)

⁶ GSE-6 er valideret og oversat til dansk: [General Self-Efficacy Scale | RehabMeasures Database \(sralab.org\)](#)

⁷ DUDIT-E er valideret og oversat til dansk: [Drug Use Disorders Identification Test Extended \(DUDIT-E\) | www.emcdda.europa.eu](#)

⁸ Spørgsmålene i ALCOHOL-E udgør en kopi af spørgsmålene i DUDIT-E: [ROP - Alcohol-E](#)

⁹ Brief INSPIRE er valideret i England og oversat til dansk. Se mere her: [INSPIRE - Research Into Recovery](#)

Viden om **resultater for fagprofessionelle og botilbud** er indsamlet gennem en årlig *medarbejdertrivsels- og mindshiftsurvey*, der belyser de fagprofessionelles trivsel og mindset. Denne viden suppleres og nuanceres af data fra de kvalitative interviews med fagprofessionelle, peer-medarbejdere og ledere på botilbuddene, herunder bl.a. deres vurdering af antallet af voldsomme episoder som følge af implementeringen af indsatsen.

Den økonomiske evaluering er baseret på erfaringer fra de fem deltagende kommuner¹⁰. Datagrundlaget udgøres hovedsageligt af interviews med fagprofessionelle om etablerings- og driftsomkostninger. Herudover består datagrundlaget af en række materialer udarbejdet af kommunerne.

2.1 Analysestrategi

I evalueringen **trianguleres** de kvantitative og kvalitative data. Formålet med metodetrianguleringen er at lade de forskellige typer af empiri komplementere hinanden for derigennem at opnå en mere dækkende viden om indsatsens implementerbarhed og resultater. Konkret anvendes de kvantitative datakilder til at opnå en mere grundlæggende forståelse af og overblik over botilbuddenes implementering af indsatsen og indsatsens resultater, mens de kvalitative data benyttes til at uddybe, nuancere og validere de sammenhænge, der findes i de kvantitative analyser. I evalueringen vurderes den kvalitative empiri således at være ligestillet med den kvantitative empiri i relation til at belyse indsatsens implementerbarhed og resultater.

¹⁰ Alle fem projektkommuner indgår som datakilde i den økonomiske evaluering. Dataindsamlingen beror på interviews, hvor deltagerne fra kommunerne i høj grad har brugt deres erfaringer til at komme med den bedst mulige vurdering af omkostningerne fremadrettet. Derfor indgår vurderingen fra den sidste kommune også her, selvom kommunen ikke indgår i evalueringen af implementering og resultater.

3. SAMMENFATNING

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

3.1 Hvad viser evalueringen om indsatsens implementering?

Evalueringen viser, at projektkommunerne ikke er lykkedes med en fuld implementering af indsatsen i projektperioden. Resultatet kan ses i relation til, at de fagprofessionelle oplever at mangle kompetencer til at udmønte den skadesreducerende tilgang, og at de fagprofessionelle kun i nogen grad har tiltro til, at indsatsen er udbytterig for målgruppen. Fx viser kapitlets analyser, at de fagprofessionelle har svært ved at forstå, hvordan en åben tilgang til rusmidler på botilbuddet skal understøtte borgernes trivsel og handleevne. I relation hertil viser evalueringen, at det er centralt, at alle fagprofessionelle forstår indsatsens tilsigtede udbytte for målgruppen. Dernæst peger evalueringen på, at introduktion til og kompetenceudvikling i indsatsens værdigrundlag og kerneelementer udgør væsentlige forudsætninger for, at de fagprofessionelle opnår de nødvendige kompetencer til at implementere indsatsen.

Kapitlets analyser peger på, at fem forudsætninger har afgørende betydning for, at indsatsen kan implementeres metodelayt og med høj kvalitet. De centrale implementeringsforudsætninger er:

- 1. Specialiseret viden om indsatsen og målgruppens udfordringer:** De fagprofessionelle på botilbuddet skal have specialiseret viden om og kompetencer til at arbejde med indsatsen i praksis. Implementeringen af indsatsen fordrer konkret, at de fagprofessionelle kan praktisere indsatsens værdigrundlag og kerneelementer samt har specialiseret viden om psykiske vanskeligheder og rusmidler. Tilsvarende er det en forudsætning, at de fagprofessionelle besidder relationelle og faciliterende kompetencer samt har erfaring med koordination. Alle fagprofessionelle på botilbuddet behøver dog ikke at besidde ovennævnte kompetencer og viden. Fx kan botilbuddet etablere et specialiseret team, som varetager koordination med relevante eksterne samarbejdspartnere samt besidder og formidler specialiseret viden om rusmidler og psykiske vanskeligheder til den øvrige medarbejdergruppe.
- 2. Fælles tilgang og mindset:** Evalueringen peger på, at det er essentielt, at der etableres en fælles faglig tilgang til og mindset i forhold til rusmidler blandt fagprofessionelle på botilbuddet. Det vil sige, at de fagprofessionelle opnår et fælles fagligt fundament baseret på skadesreduktion, da det understøtter, at borgerne modtager fagligt funderede og sammenhængende indsatser.
- 3. Ledelsesopbakning og -fokus på implementering af indsatsen:** Indsatsen fordrer, at ledelsen er synlig og involveret i arbejdet med og implementeringen af indsatsen. Mere konkret skal ledelsen sætte faglig retning for de fagprofessionelles arbejde, skabe strukturer og rammer for sparring og videndeling samt sikre, at videndeling mellem det specialiserede team og den øvrige personalegruppe bliver prioriteret i en travl hverdag.
- 4. Systematik og struktur for internt og eksternt samarbejde:** Evalueringen viser yderligere, at det er vigtigt, at der etableres systematik og strukturer, der sikrer et effektivt samarbejde og god koordination på tværs af botilbuddet og øvrige relevante samarbejdspartnere, da et velfungerende internt og eksternt samarbejde er nødvendigt for at sikre koordination af borgernes forløb.
- 5. Ansættelse af peer-medarbejder:** Endelig peger evalueringen på, at ansættelsen af en peer-medarbejder er afgørende for, at indsatsen kan implementeres og udmøntes med høj

kvalitet, da peer-medarbejdere tilfører botilbuddet en vigtig erfaringskompetence. Mere konkret har peer-medarbejdere via deres erfaringskompetence en naturlig forståelse af borgernes udfordringer og behov, som de kan sætte spil i det borgerrettede arbejde. Derudover kan peer-medarbejdere anvende deres levede erfaringer til at informere den øvrige personalegruppe samt øge recovery-orienteringen på botilbuddet. Peer-medarbejderen behøver dog ikke at være ansat på botilbuddet på fuld tid. I stedet skal peer-medarbejderens timetal vurderes på baggrund af botilbuddets behov og målgruppens størrelse.

Evalueringen identificerer således en række afgørende betingelser og forudsætninger for vellykket implementering, omend det ikke kan konkluderes, om det er muligt at implementere indsatsen i dens nuværende form.

Evalueringen viser også, at indsatsen er udviklet og modnet undervejs. Den oprindelige indsatsmodel bestod af tre organisatoriske kerneelementer, et værdigrundlag med værdierne recovery-orienteret rehabilitering, skadesreduktion og helhedsorientering samt fem borgerrettede kerneelementer. Den modnede indsatsmodel består af fem organisatoriske forudsætninger, samme værdigrundlag og fem borgerrettede kerneelementer.

3.2 Hvad viser evalueringen om indsatsens målgruppe?

Målgruppen for indsatsen er borgere over 18 år, som bor på et socialpsykiatrisk botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108. Målgruppen er kendetegnet ved at have psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler.

Der er imidlertid stor variation i "tyngden" og karakteren af borgernes rusmiddelforbrug og psykiske vanskeligheder. Nogle borgere har således et stort og kaotisk forbrug af rusmidler, mens andre er afholdende i perioder. Derudover har borgerne ofte flere sameksisterende psykiatriske diagnoser (fx skizofreni, psykoser, mental retardering, ADHD og forskellige former for personlighedsforstyrrelser). Ovennævnte betyder, at borgernes psykiske vanskeligheder overlapper og optræder meget forskelligt, hvilket gør det svært at skelne mellem de forskellige tilstande. Fælles for borgerne er derfor, at der er en stor kompleksitet i deres udsathed.

3.3 Hvad viser evalueringen om indsatsens resultater?

Evalueringen giver samlet set ikke indikationer på lovende resultater for de borgere, der har indgået i indsatsen. Der er opstillet følgende forventede resultater af indsatsen på borgerniveau:

1. Borgerne på botilbuddene oplever større grad af trivsel, inddragelse og mestring i hverdagen.
2. De negative konsekvenser ved misbruget mindskes, og i det omfang det er muligt, stabiliseres eller reduceres misbruget hos den enkelte borger.

Den tværgående analyse viser, at projektkommunerne i mindre grad har realiseret de borgernære mål, der er opstillet for indsatsen. Det vil sige, at borgerne ikke oplever en fremgang i deres trivsel, mestring og personlige recovery, ligesom de negative konsekvenser ved borgernes rusmiddelforbrug ej heller reduceres i løbet af projektperioden. Dette skyldes blandt andet, at hovedparten af borgerne savner meningsfulde aktiviteter, selvbestemmelse og kontrol i hverdagen. Tilsvarende indikerer de kvalitative data, at de fagprofessionelle kun i begrænset omfang har haft fokus på at forebygge og begrænse de skader, som borgerne oplever som følge af deres rusmiddelforbrug. De fagprofessionelle vurderer i relation hertil, at indsatsen ikke har skabt substantielle forandringer i borgernes liv.

Udover de borgernære mål er det yderligere forventningen, at indsatsen fører til, at de fagprofessionelle på botilbuddene opnår øget trivsel, samt at belastningsgraden i de fagprofessionelles arbejde og antallet af konflikter og voldsomme episoder på botilbuddene falder. Evalueringen viser samlet set, at projektkommunerne ej heller har realiseret disse forventede resultater. Både de kvantitative og kvalitative data viser, at de fagprofessionelles trivsel er faldet i løbet af projektperioden, ligesom de fagprofessionelle oplever, at belastningsgraden i deres arbejde og antallet af konflikter og voldsomme episoder på botilbuddene er steget. I relation hertil er det imidlertid vigtigt at nævne, at indsatsen har været afprøvet i en tid, hvor de fagprofessionelles vilkår har været ændret grundet COVID-19-pandemien og deraf følgende nedlukninger og restriktioner. Konteksten for implementeringen af indsatsen har derfor været udfordret, hvilket kan have haft en betydning for realiseringen af indsatsens resultater.

Den manglende realisering af indsatsens forventede resultater på både borger- og botilbudsniveau skal ses i sammenhæng med, at evalueringen også viser, at projektkommunerne ikke er lykkedes med en fuld implementering af indsatsen. Det kan derfor ikke konkluderes, hvorvidt indsatsen virker efter hensigten eller ej, da der mangler viden om, hvorvidt indsatsen ville føre til de forventede resultater, hvis den blev implementeret fuldt ud.

3.4 Hvad er indsatsens omkostninger?

Den økonomiske analyse viser, at etablering af indsatsen gennemsnitligt koster 231.700 kr., hvis der ikke ansættes en tovholder og øvrige udgifter ikke medregnes. Ansættes en tovholder koster indsatsen gennemsnitligt 1.169.800 kr. at etablere, mens etablering af indsatsen i gennemsnit koster 1.372.200 kr., hvis der ansættes en tovholder og øvrige udgifter medregnes.

Analysen viser derudover, at det i gennemsnit årligt koster et botilbud 292.700 kr. at drive indsatsen. Det svarer til 36.600 kr. pr. beboer i målgruppen pr. år. Driftsomkostningerne består af udgifter til ansættelse af en peer-medarbejder samt udgifter til at afholde aktiviteter med beboerne.

Der er store variationer i, hvor meget de fem projektkommuner vurderer, at indsatsen koster at etablere og drive. De præsenterede gennemsnitlige etablerings- og driftsomkostninger skal derfor tolkes med forsigtighed.

3.5 Tværgående konklusion

Samlet set vurderes det, at kriterierne for et afprøvningsprojekt ved afslutningen af modningsprojektet ikke er opfyldt. Dette skyldes:

- At indsatsen ikke er blevet fuldt implementeret i projektkommunerne i projektperioden, hvorfor det ikke kan vurderes, om indsatsen kan implementeres i dens nuværende form eller ej.
- At indsatsen ikke har vist lovende resultater.

Ses der på tværs af evalueringens delkonklusioner, fremgår der en sammenhæng mellem indsatsens implementeringsgrad i de fire projektkommuner og indsatsens resultater. Evalueringen peger fx på, at en lav implementeringsgrad i projektkommunerne har betydet, at indsatsen kun i mindre grad har tilvejebragt positive resultater for borgerne i målgruppen og de fagprofessionelle på botilbuddene.

Selvom projektet ikke har tilvejebragt de forventede borgernære og organisatoriske resultater, indikerer evalueringens analyser, at projektkommunernes arbejde med indsatsen har ført til en

række kortsigtede resultater, som antages at have betydning for, at borgerne på sigt opnår en større grad af trivsel, inddragelse og mestring i hverdagen¹¹.

Evalueringen viser fx, at borgerne oplever **peer-medarbejderne** som positive rollemodeller og sparringspartnere. Uddybende tilkendegiver borgerne, at de kan søge råd og vejledning ved peer-medarbejderne, når de fx har abstinenser eller føler rusmiddeltrang, da peer-medarbejderne selv har levede erfaringer med rusmiddelforbrug. Derudover oplever hovedparten af borgerne, at de kan spejle sig i peer-medarbejderne, hvilket styrker borgernes tro på egen recovery.

Det er endvidere de fagprofessionelles indtryk, at borgerne har opnået en mere **tillidsfuld relation** til de fagprofessionelle som følge af indsatsen. Evalueringens kvalitative materiale indikerer fx, at borgerne i højere grad føler sig set, hørt og anerkendt, når de fagprofessionelle udviser en mere undersøgende og nysgerrig tilgang til deres rusmiddelforbrug. Ovennævnte resultat kan ses i sammenhæng med, at de fagprofessionelle undervejs i projektperioden har opnået en større viden om rusmidler samt en forståelse for borgerne, hvorfor deres berøringsangst i forhold til at tale med borgerne om deres forbrug er blevet mindsket.

Endelig oplever de fagprofessionelle, at **fællesskabet og det sociale samvær** på botilbuddet er blevet forbedret som følge af indsatsen. Vurderingen underbygges blandt andet af, at borgerne er mere opsøgende over for hinanden (de besøger fx hinanden eller tager initiativ til fælles aktiviteter i fælleslokalerne), ligesom de i højere grad kommer ud af deres lejligheder. Ifølge de fagprofessionelle skyldes udviklingen implementeringen af nye aktiviteter på botilbuddet. Mere konkret har aktiviteterne bidraget til, at borgerne har lært hinanden at kende i nye sammenhænge, hvilket har affødt nye bekendtskaber og relationer.

Eftersom ovenstående kortsigtede resultater i forbindelse med udarbejdelse af indsatsens forandringsteori er identificeret som nogle af de første skridt i virkningskæderne frem mod de mere langsigtede borgerrettede resultater, er det derfor evaluators forventning, at **indsatsen har potentiale til at skabe lovende resultater** for borgere i målgruppen, hvis:

1. indsatsens værdigrundlag og kerneelementer implementeres metodeloyalt og med høj kvalitet
2. der skabes mulighed for at arbejde med indsatsen i en længere periode, end det har været muligt i projektperioden (som har varet halvandet år)

Fremover vil det derfor være en fordel i højere grad at understøtte projektkommunernes implementering af og arbejde med indsatsen (fx via lokal kompetenceudvikling, supervision, processtøtte m.m.), da dette formentlig vil have betydning for indsatsens implementeringsgrad og realiseringen af de forventede resultater – og derfor også vurderingen af, hvorvidt indsatsens resultater er fremkommet gennem projektkommunernes arbejde med indsatsen. Ligeledes vil det være en fordel at gennemføre en afprøvning med længere løbetid for indsatsen. Dette vil give bedre forudsætninger for dels at evaluere indsatsens effektivitet, dels at tilvejebringe de nødvendige forudsætninger, som implementeringen af indsatsen kalder på.

Endelig er et centralt resultat, og et understøttende fund ift. indsatsens potentielle virkning, at projektkommunerne fortsat finder indsatsen interessant og relevant efter projektperiodens ophør. Således har alle fire projektkommuner tilkendegivet ønske om at forankre indsatsen efter projektets udløb.

¹¹ I forbindelse med udarbejdelsen af indsatsbeskrivelsen er der udviklet en forandringsteori. Forandringsteorien viser, hvilke resultater indsatsen forventes at føre til på kort, mellemlangt og langt sigt. Sammenhængene i forandringsteori er ikke blevet undersøgt stringent i evalueringen. I stedet har forandringsteorien bidraget til at skabe overblik over indsatsens kerneelementer og de forventede resultater på kort og langt sigt. Forandringsteorien kan ses i bilag 2.

4. IMPLEMENTERING AF INDSATSEN

Dette kapitel belyser det første evalueringsspørgsmål:

- I hvilket omfang er botilbuddene lykkedes med at implementere og omsætte indsatsens kerneelementer i praksis? Og hvilke faktorer hhv. fremmer og hæmmer en effektiv implementering?

Som nævnt i indledningen bygger nærværende indsats videre på en screening af indsatser til borgere med psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler på botilbud, der blev gennemført af Socialt Udviklingscenter (SUS). Screeningsrapporten identificerede en række tværgående kerneelementer, som Socialstyrelsen, Rambøll og Professionshøjskolen Absalon kvalificerede i samarbejde med en ekspertgruppe. Ekspertgruppen bestod af repræsentanter for vidensinstitutioner, ledere og fagpersonale på botilbud, peer-medarbejdere samt medarbejdere i Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen.

Det indledende kvalificeringsarbejde mandede ud i en indsatsmodel, der i alt bestod af et værdigrundlag og otte kerneelementer (se boksen nedenfor).

INDHOLD I DEN OPRINDELIGE INDSATSMODEL

Værdigrundlaget i indsatsen er baseret på recovery-orienteret rehabilitering, skadesreduktion og helhedsorientering.

Kerneelementerne i indsatsen er:

1. Dyrk borgerens motivation
2. Vær undersøgende på rusmidlers funktion i borgerens liv
3. Reducer misbrugets følgeskader
4. Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær
5. Inddrag peer-medarbejder
6. Arbejd sammen for et bæredygtigt miljø på botilbuddet
7. Arbejd for et velfungerende internt og eksternt samarbejde
8. Arbejd ud fra et fælles fagligt fundament.

Projektkommunerne har i løbet af projektperioden arbejdet med at videreudvikle, kvalificere og implementere indsatsens værdigrundlag og kerneelementer (bilag 3 beskriver, hvordan indsatsbeskrivelsen er blevet udviklet gennem projektperioden).

Projektkommunerne har ligeledes skullet imødekomme en række organisatoriske krav som led i projektet. Fx har projektkommunerne skullet etablere **et implementeringsteam** til at drive den lokale udviklings- og implementeringsproces samt **et specialiseret team** til at understøtte den generelle faglighed på tilbuddet. Derudover har projektkommunerne skullet ansætte **en peer-medarbejder** på botilbuddet samt udpege **en tovholder**, der kunne lede og understøtte arbejdet med indsatsen i praksis.

Alle fagprofessionelle, peer-medarbejdere og relevante ledere har modtaget **et kompetenceudviklingsforløb** i indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. Derudover har det specialiserede team modtaget udvidet kompetenceudvikling for at kunne varetage funktionen som ressourceperson (det specialiserede team har fx modtaget yderligere undervisning i skadesreduktion, affektiv afstemning i samarbejdet med borgerne samt kollegial feedback og sparring).

På baggrund af projektkommunernes praksiserfaring og input er indsatsen løbende blevet revideret. Mere konkret er antallet af **kerneelementer blevet reduceret fra otte til fem**, da de organisatoriske kerneelementer (kerneelement seks til otte) i højere grad udgjorde forudsætninger for, at indsatsen kunne implementeres på botilbuddene i praksis.

Den indsatsmodel, som nærværende evaluering baserer sig på, består derfor udelukkende af fem faglige kerneelementer, der relaterer sig direkte til de fagprofessionelles konkrete faglige praksis. De fem kerneelementer er:

1. Understøt borgerens motivation,
2. Vær undersøgende på rusmidlers funktion i borgerens liv,
3. Afdæk og reducer rusmidlers følgeskader,
4. Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær samt
5. Inddrag peer-medarbejder.

Indsatsens værdigrundlag er identisk med de oprindelige værdier. Det vil sige, at indsatsens værdigrundlag består af recovery-orienteret rehabilitering, helhedsorientering og skadesreduktion. De tre værdier er forbundne og udgør tilsammen det centrale mindset i udmøntningen af indsatsen.

INDSATSENS VÆRDIGRUNDLAG

Nærværende indsats er funderet i en forståelse af recovery som **personlig recovery**. Recovery betragtes derfor som en personlig proces, hvor borgeren bliver i stand til at leve et liv, som han eller hun selv oplever som meningsfuldt og tilfredsstillende. Værdierne i recovery afspejler sig yderligere i indsatsen ved, at den tager udgangspunkt i borgerens individuelle ønsker, håb og drømme. Indsatsens indhold og tilrettelæggelse er derfor baseret på et tæt og ligeværdigt samarbejde mellem borgeren og botilbuddets fagprofessionelle.

Fagprofessionelle på botilbuddene understøtter borgernes personlige recovery ved at arbejde **rehabiliterende**. Rehabilitering betyder i den sammenhæng, at der i indsatsen etableres et samarbejde mellem borgeren, pårørende og fagfolk, hvor formålet er, at borgeren genvinder, udvikler eller vedligeholder sin funktionsevne i et omfang, så borgeren opnår størst mulig grad af trivsel, selvstændighed og mestring i hverdagen.

Recovery-orienteret rehabilitering indebærer, at der arbejdes **helhedsorienteret** med borgeren. Det betyder, at borgeren oplever, at indsatsen tager udgangspunkt i en samlet forståelse af borgerens ressourcer og udfordringer, ligesom der arbejdes integreret med borgerens psykiske vanskeligheder og forbrug af rusmidler på tværs af fagligheder og sektorer. Den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang indebærer også, at der arbejdes ud fra en **skadesreducerende tilgang**. En skadesreducerende tilgang sigter mod at reducere de følgeskader, som et skadeligt forbrug af rusmidler kan medføre for både den enkelte og dennes omgivelser. Værdierne i skadesreduktion reflekteres i indsatsen ved, at de fagprofessionelle (1) udviser en respektfuld interesse for borgernes forbrug af rusmidler samt (2) samarbejder med borgeren om at reducere rusmidlers følgeskader.

Dette kapitel belyser, i hvilken udstrækning projektkommunerne har implementeret den justerede indsats bestående af fem kerneelementer¹².

Indledningsvis afdækker kapitlet, hvorvidt de fagprofessionelle oplever at have de nødvendige kompetencer til at arbejde med indsatsens værdigrundlag og de fem kerneelementer i praksis. I tillæg hertil beskriver kapitlet, hvorvidt de fagprofessionelle har tiltro til indsatsen.

Herefter belyses, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret indsatsens kerneelementer og værdigrundlag samt drivkræfter og barrierer relateret til implementeringsarbejdet.

Sluttelig illustrerer kapitlet centrale implementeringsforudsætninger, som har betydning for, at indsatsen kan implementeres metodeloyalt og med høj kvalitet. Implementeringsforudsætningerne sammenholdes med de tre organisatoriske kerneelementer, der blev formuleret i den oprindelige version af indsatsen. Dette for at tydeliggøre, hvad der reelt har betydning for, at de fagprofessionelle kan arbejde efter den faglige praksis, der ligger i kerneelementerne.

Kapitlets konklusioner er baseret på samlede analyser af flere datakilder. Datakilderne omfatter projektkommunernes vurdering af kvaliteten af arbejdet med indsatsen (afdækket via en medarbejdertrivsels- og mindshiftsurvey samt spørgeskemaet 'kvalitet i kerneelementer'), borgernes oplevelse af, hvorvidt indsatsen er recovery-orienteret (målt via måleredskabet Brief INSPIRE) samt kvalitative interviews med henholdsvis fagprofessionelle, peer-medarbejdere, projektledere og ledere i de fire projektkommuner.

¹² Implementeringen af indsatsen er foregået i en periode, hvor der har været indført flere restriktioner som følge af COVID-19. Dette kan have haft en betydning for implementeringsarbejdet, da COVID-19 har krævet et særsomt fokus fra ledelsen, ligesom kompetenceudviklingen i indsatsen er foregået digitalt.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Evalueringen viser, at projektkommunerne ikke er lykkedes med en fuld implementering af indsatsens værdigrundlag og borgernære kerneelementer i projektperioden.

Den tværgående analyse viser fx, at de fagprofessionelle i et vist omfang mangler kompetencer til at udmønte den skadesreducerende tilgang og kerneelementerne i indsatsen. På tværs af det kvalitative materiale fremhæves inddragelsen af relevante samarbejdspartnere og kompetenceudvikling som afgørende for, at de fagprofessionelle tilegner sig det nødvendige kompetenceniveau til at implementere indsatsens værdigrundlag og kerneelementer i praksis.

Kapitlets analyser viser ydermere, at de fagprofessionelle kun i nogen grad har tiltro til indsatsen, hvilket udgør en barriere for den samlede implementering af indsatsen. De kvalitative data indikerer fx, at de fagprofessionelle har svært ved at forstå, hvordan en åben tilgang til rusmidler på botilbuddet skal understøtte borgernes trivsel og handleevne. De kvalitative data peger i den forbindelse på, at det er væsentligt at involvere alle fagprofessionelle tidligt i implementeringsarbejdet for at understøtte ejerskabet af indsatsen. Tilsvarende er det afgørende, at alle fagprofessionelle både kender til det overordnede formål med indsatsen og har indsigt i, hvordan og hvornår målet kan forventes at indtræffe. Derudover er det vigtigt, at ledelsen formidler de positive forventninger og gode historier i implementeringsprocessen og løbende kommunikerer til de fagprofessionelle, hvorfor skadesreduktion forventes at være virksomt i praksis.

På baggrund af projektkommunernes implementeringserfaringer kan der fremtrækkes fem forudsætninger, der har betydning for, hvorvidt og i hvilken grad projektkommunerne er lykkedes med at implementere indsatsen:

1. Specialiseret viden om indsatsen og målgruppens udfordringer
2. Fælles tilgang og mindset
3. Ledelsesopbakning og -fokus på implementeringen af indsatsen
4. Systematik og struktur for internt og eksternt samarbejde
5. Ansættelse af en peer-medarbejder.

Forudsætning to og fire knytter sig til de oprindelige organisatoriske kerneelementer "Arbejd for et vel-fungerende internt og eksternt samarbejde" samt "Arbejd ud fra et fælles fagligt fundament". Evalueringen finder dog ikke belæg for, at et bæredygtigt miljø på botilbuddet udgør en forudsætning for implementeringen af nærværende indsats. I stedet er et trygt og trivselsfremmende miljø på botilbuddet en forudsætning for almen god praksis.

Evalueringen finder, at ansættelsen af peer-medarbejdere er afgørende for, at indsatsen kan implementeres og udmøntes med høj kvalitet. Peer-medarbejderen behøver dog ikke at være ansat på botilbuddet på fuld tid. I stedet skal peer-medarbejderens timetal vurderes på baggrund af botilbuddets behov og målgruppens størrelse. Yderligere peger evalueringen på, at botilbuddets ledelse og/eller en tovholder udgør en vigtig funktion i forhold til at sætte retning og understøtte arbejdet med indsatsen i praksis. Derudover forudsætter indsatsen specialiseret viden om indsatsen og målgruppens udfordringer. Denne viden behøver dog ikke at afgrænse sig til et specialiseret team. Afhængigt af botilbuddets størrelse og behov kan alle fagprofessionelle på botilbuddet besidde specialiseret viden om målgruppens problemstillinger.

Den samlede modnede indsats består dermed af fem organisatoriske forudsætninger samt en indsats med et værdigrundlag (recovery-orienteret rehabilitering, helhedsorientering og skadesreduktion) og fem borgerrettede kerneelementer.

4.1 Implementering af indsatsen

Dette afsnit belyser, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret indsatsen. Derudover optegner afsnittet drivkræfter og barrierer knyttet til projektkommunernes implementeringsarbejde. Afsnittet baserer sig på samlede analyser af 1) de fagprofessionelles selvvaluerede mindset, kompetenceniveau og kvalitet i omsætningen af kerneelementerne, 2) indsigter fra den kvalitative empiri samt 3) borgernes oplevelse af støtte til recovery målt via det validerede måleredskab Brief INSPIRE.

4.1.1 De fagprofessionelles kompetencer til at praktisere indsatsens værdigrundlag

Projektkommunernes implementering af indsatsen forudsætter, at de fagprofessionelle på botilbuddene har tilegnet sig kompetencer til at udmønte indsatsens værdigrundlag og kerneelementer i overensstemmelse med indsatsbeskrivelsens anvisninger. Dette indebærer blandt andet, at de fagprofessionelle kan samarbejde med borgerne om alle aspekter af borgernes recoveryproces ud fra en skadesreducerende og helhedsorienteret tilgang. Det kan fx være at indgå i dialog med den enkelte borger om rusens funktion og dens relation til psykiske vanskeligheder, samarbejde med borgeren om at reducere rusmidlernes følgeskader samt samskabe aktiviteter med borgeren med afsæt i borgerens præferencer og motivation.

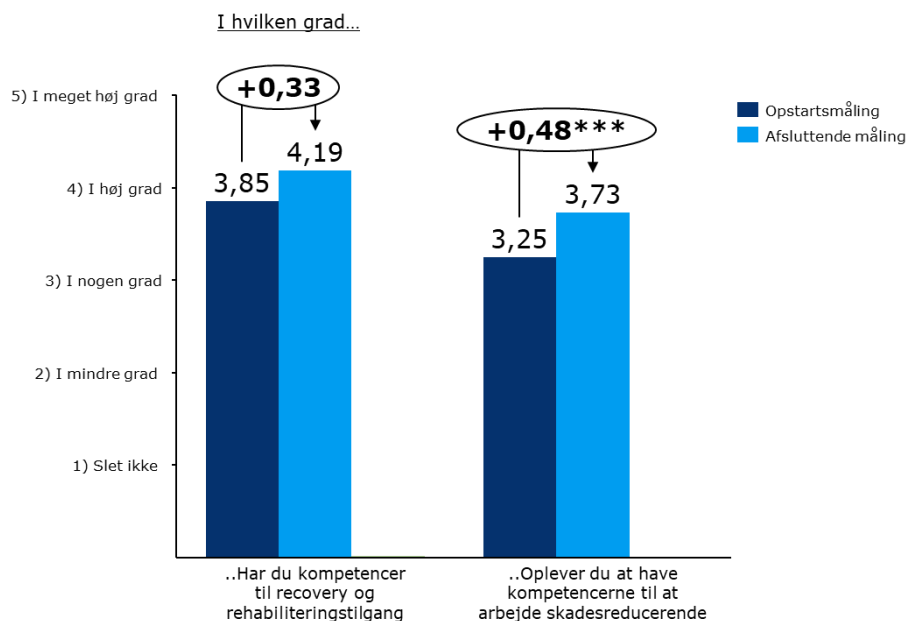
Derudover er det en forudsætning, at de fagprofessionelle har viden om og forståelse af, hvad indsatsen kan, og hvorfor indsatsen er udbytterig for målgruppen. Det er fx vigtigt, at de fagprofessionelle på botilbuddet kan se værdien af at implementere en recovery-orienteret og skadesreducerende indsats, hvor målet ikke er ophør af rusmidler, og ligeledes kan se sammenhængen mellem indsatsens formål og skadesreduktion.

Den tværgående analyse viser, at de fagprofessionelle i nogen grad har de nødvendige forudsætninger for at kunne implementere indsatsen i praksis. Mere konkret viser de kvalitative og kvantitative data, at de fagprofessionelle i høj grad oplever at have kompetencerne til at arbejde recovery-orienteret og rehabiliterende. Omvendt mangler de fagprofessionelle i et vist omfang kompetencer til at udmønte den skadesreducerende tilgang.

Figuren nedenfor illustrerer udviklingen i de fagprofessionelles vurdering af, hvorvidt de har kompetencerne til dels at arbejde recovery-orienteret og rehabiliterende, dels at praktisere en skadesreducerende tilgang. Af figuren kan det ses, at de fagprofessionelle i høj grad oplever at have kompetencerne til at arbejde recovery-orienteret og rehabiliterende (gennemsnitsscore på 4,2 på en skala fra 1 til 5). Omvendt tilkendegiver de fagprofessionelle, at de i et vist omfang mangler kompetencer til at kunne udmønte skadesreduktion i praksis (gennemsnitsscore på 3,7 på en skala fra 1 til 5).

I de kvalitative interviews italesætter hovedparten af de fagprofessionelle, at skadesreduktion både er svært at forstå og udmønte. Det skyldes, at skadesreduktion refererer til et bredt spektrum af temaer og følgeskader (fx fysiske og psykiske problemstillinger, netværk, økonomi m.m.), ligesom begrebet både kan tænkes som en tilgang og som tiltag på forskellige niveauer. For flere fagprofessionelle har den manglende entydige definition af skadesreduktion betydet, at de har haft svært ved at begribe og omsætte tilgangen i praksis. Derudover udgør skadesreduktion i sig selv en ny tilgang for flere fagprofessionelle, som har taget tid at bundfælde sig (se uddybning i afsnit 4.1.4).

Figur 1: De fagprofessionelles vurdering af egne kompetencer til at praktisere indsatsens værdigrundlag



Note: Figuren er baseret på de fagprofessionelles besvarelse af en medarbejdertrivsels- og mindshiftsurvey, som er beskrevet i bilag 1. Den første måling blev gennemført i marts 2021, mens den sidste måling blev gennemført i perioden september til oktober 2022. Svarprocenten var 92 pct. for den første måling og 50 pct. for den sidste måling.

***: Signifikant ændring ved et 1 pct. signifikansniveau.

Ses der nærmere på udviklingen over tid, kan det imidlertid ses, at de fagprofessionelle i signifikant højere grad oplever at kunne praktisere indsatsens værdigrundlag ved eftermålingen (scoren kan rangere mellem 1-5). De fagprofessionelle oplever derfor, at de undervejs i projektet bliver bedre klædt på til at arbejde med indsatsens værdigrundlag i praksis.

I de kvalitative interviews fremhæver de fagprofessionelle, at de løbende har opnået en større **viden om rusmidler**, herunder rusmidlernes **påvirkning på hjernen**. Analysen af den kvalitative empiri peger endvidere på, at de fagprofessionelle generelt har fået en større **forståelse af borgerne** og deres forbrug af rusmidler. De fagprofessionelle fremhæver, at kombinationen af deres større viden om rusmidler og forståelse af borgerne har reduceret deres berøringsangst i forhold til at tale med borgerne om deres forbrug. I forlængelse heraf pointerer de fagprofessionelle, at de undervejs i projektperioden har fået konkrete redskaber og strategier, der kan understøtte dialogen med borgerne (fx fordele/ulempeskemaer samt værktøjer fra den motiverende samtale, MI). De fagprofessionelle er samtidig blevet mere bevidste om, hvordan de kan bruge sig selv i relation til borgerne og imødekomme borgerne på borgernes præmisser.

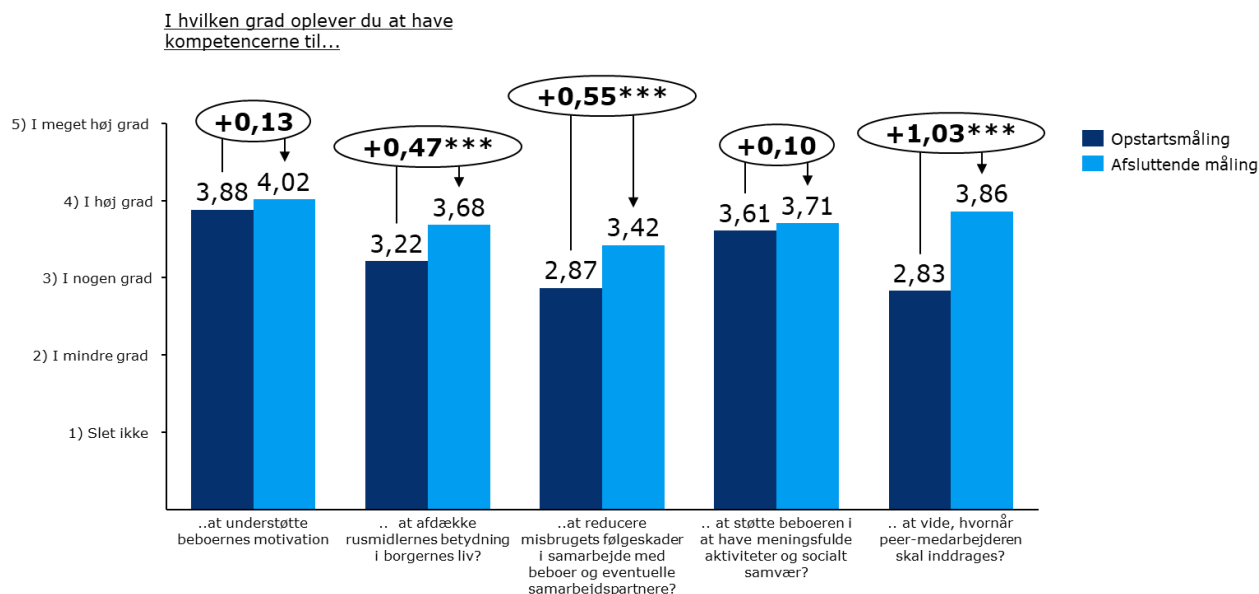
CITAT: "Personligt har jeg fået en meget større viden om rusmidler og deres indvirkning på hjernen og medicinen – så rent sundhedsfagligt har jeg fået større viden." – En fagprofessionel i specialteamet

CITAT: "Jeg synes særligt, at redskabet 'fordele/ulempeskemaer' har givet mig nogle bedre muligheder for at tale med borgerne om deres forbrug." – En fagprofessionel i specialteamet

4.1.2 Kompetencer til at udmønte kerneelementer

De fagprofessionelle tilkendegiver yderligere, at de i nogen grad har kompetencerne til at udmønte kerneelementerne i praksis (se figur 2 nedenfor).

Figur 2: De fagprofessionelles vurdering af egne kompetencer til at praktisere indsatsens kerneelementer



Note: Figuren er baseret på de fagprofessionelles besvarelse af en medarbejdertrivsels- og mindshiftsurvey, som er beskrevet i bilag 1. Den første måling blev gennemført i marts 2021, mens den sidste måling blev gennemført i perioden september til oktober 2022. Svarprocenten var 92 pct. for den første måling og 50 pct. for den sidste måling. ***: Signifikant ændring ved et 1 pct. signifikansniveau

Af figuren kan det ses, at de fagprofessionelle vurderer, at de bedst evner at udmønte kerneelement 1: "Understøt borgernes motivation" (gennemsnitsscore på 4 på en skala fra 1 til 5), men at de kun i nogen grad har kompetencerne til at omsætte de øvrige kerneelementer i praksis (gennemsnitsscore på mellem 3,4 og 3,9 på en skala fra 1 til 5). Det er imidlertid vigtigt at understrege, at målingen beror på de fagprofessionelles egne vurderinger af, i hvilket omfang de har de nødvendige kompetencer til at udmønte indsatsen. Der skal derfor tages forbehold for, at resultaterne kan være over- eller undervurderede i forhold til de fagprofessionelles reelle kompetenceniveau. Fx antyder det kvalitative materiale samt projektkommunernes besvarelse af "kvalitet i kerneelementer", at de fagprofessionelle kun i begrænset omfang formår at udmønte kerneelement 1) Understøt borgernes motivation i praksis (se uddybning i afsnit 4.1.4).

Af figur 2 kan det yderligere ses, at de fagprofessionelle i signifikant højere grad oplever at kunne praktisere følgende kerneelementer ved eftermålingen; **kerneelement 2**, der relaterer sig til at afdække og være undersøgende på rusmidlers funktion i borgerens liv, **kerneelement 3**, der vedrører at afdække og reducere misbrugets følgeskader samt **kerneelement 5**, der omhandler inddragelse af peer-medarbejdere v. De fagprofessionelle oplever derfor, at de i løbet af projektperioden opnår styrkede færdigheder til at omsætte ovennævnte kerneelementer.

I de kvalitative interviews fremhæves inddragelsen af **relevante samarbejdspartnere** (fx medarbejdere fra misbrugsbehandlingscenteret) som afgørende for, at de fagprofessionelle opnår styrkede kompetencer til at kunne udmønte kerneelement 2 og 3. I en projektkommune indgår udvalgte medarbejdere fra misbrugsbehandlingscenteret fx som en fast ressource i indsatsen. Medarbejderne fra misbrugsbehandlingscenteret er blandt andet en del af det specialiserede team og faciliterer ligeledes aktiviteter for målgruppen. Ifølge både ledere og fagprofessionelle styrker denne organisering det faglige niveau på botilbuddet, da de fagprofessionelle har direkte adgang til viden om rusmidler.

Derudover tilkendegiver de fagprofessionelle, at de har opnået bedre forudsætninger for at ind-
 drage og indtænke peer-medarbejdere i indsatsen, i takt med at **ledelsen på botilbuddet** er ble-
 vet tydeligere på, hvordan peer-medarbejderens rolle og opgave relaterer sig til og adskiller fra
 de øvrige fagprofessionelles. Det har endvidere været virksomt, at peer-medarbejderne selv har
 haft mulighed for at sætte ord på deres viden og erfaringskompetencer på fx personalemøder, da
 det herigennem er blevet tydeligt for de fagprofessionelle, hvordan peer-medarbejdernes viden og
 erfaringskompetencer dels kan informere de fagprofessionelles arbejde (fx i forhold til borgernes
 rusmiddeladfærd), dels kan anvendes direkte i det borgerrettede arbejde (fx i form af at under-
 støtte borgernes tro på egen recovery).

I forlængelse af ovenstående fremhæves **kompetenceudvikling** (via formel undervisning) som
 en væsentlig forudsætning for, at de fagprofessionelle har det nødvendige kompetenceniveau til
 at implementere indsatsens værdigrundlag og kerneelementer¹³. Flere fagprofessionelle italesæt-
 ter fx, at de forskellige undervisningssessioner i projektet har styrket deres forudsætninger for og
 kompetencer til at arbejde med indsatsen i praksis. Fx har de fagprofessionelle gennem kompe-
 tenceudvikling opnået styrket viden om rusmidler og psykiske vanskeligheder samt indsigt i sam-
 spillet mellem disse. De fagprofessionelle har derudover tilegnet sig viden om og redskaber til,
 hvordan indsatsens kerneelementer kan udmøntes i praksis. Ifølge de fagprofessionelle har tema-
 tikkerne i undervisningen været relevante, ligesom undervisningsindholdet har været afstemt del-
 tagernes forudsætninger.

Flere af de fagprofessionelle påpeger imidlertid, at de har savnet yderligere opkvalificering i ska-
 desreduktion. Ifølge de fagprofessionelle mangler de stadig redskaber til at iværksætte tiltag, der
 forebygger og begrænser de skader, der kan opstå som følge af et skadeligt forbrug af rusmidler.
 I tillæg hertil tilkendegiver flere af de fagprofessionelle, at undervisningssessionerne har været for
 komprimerede i forhold til at kunne skabe et reelt læringsudbytte. Mere konkret oplever de fag-
 professionelle, at der kun i begrænset omfang har været tid til at skabe øvebaner i praksis, hvor-
 for de sjældent har formået at sætte deres nye viden i spil. Ifølge flere fagprofessionelle har dette
 haft betydning for implementeringen af indsatsen, da det har været vanskeligt at afprøve nye til-
 gange og redskaber, idet der ikke har været tid til at skabe rum til at anvende og nyttiggøre viden
 fra kompetenceudviklingen i praksis. Endelig har store dele af undervisningssessionerne været
 gennemført online som følge af Covid-19. Ifølge de fagprofessionelle har dette hæmmet det prak-
 tiske læringsudbytte, da undervisningen primært har haft en teoretisk karakter.

Ovennævnte antyder derfor, at arbejdet med indsatsen både kræver **praksisnær og handlings-
 orienteret kompetenceudvikling**, således at begrebet skadesreduktion sættes i direkte relation
 til arbejdet på botilbuddene og i samspil med specialistkompetencer (ift. misbrugsbehandlingscen-
 teret), men også **fysisk undervisning**, som tilrettelægges, så der er tid at arbejde med øveba-
 ner i praksis.

4.1.3 De fagprofessionelles tiltro til indsatsen

Som tidligere nævnt hviler en succesfuld implementering ikke blot på, at de fagprofessionelle har
 de nødvendige kompetencer til at praktisere indsatsen. De fagprofessionelle må også have både
 tillid og faglig tiltro til indsatsen, da negative holdninger og skepsis kan udgøre implementerings-
 barrierer.

På tværs af de anvendte datakilder fremgår en betydelig variation i vurderingen af, hvorvidt de
 fagprofessionelle finder indsatsen meningsfuld. Mens projektkommunernes besvarelse af 'kvalitet i

¹³ Som led i at sikre de fagprofessionelle de nødvendige kompetencer, har både de fagprofessionelle og de specialiserede te-
 mas modtaget kompetenceudvikling i løbet af projektperioden af Professionshøjskolen Absalon. Kompetenceudviklingen
 havde fokus på at give en indføring i perspektiver og kerneelementer i indsatsen.

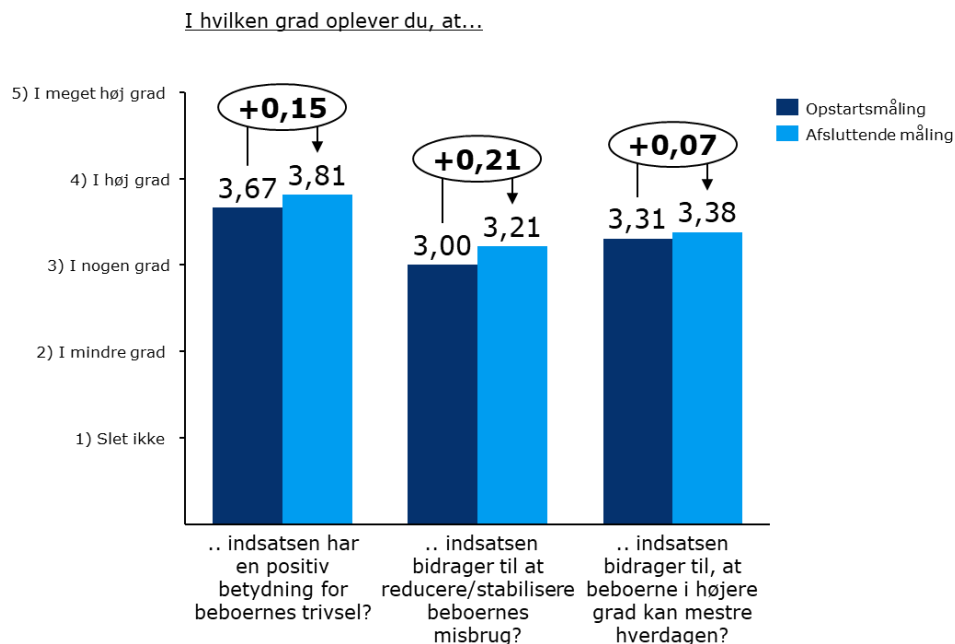
kerneelementer' indikerer, at de fagprofessionelle i meget høj grad finder kerneelementerne meningsfulde for indsatsen (gennemsnitsscore på mellem 4,8 og 5 på en skala fra 1 til 5), viser viden fra både medarbejdertrivsels- og mindshiftsurveyen samt de kvalitative interviews med projektledere og fagprofessionelle, at de fagprofessionelle kun i nogen grad har tiltro til, at indsatsen skaber positive resultater for borgerne. Årsagen til den resultatmæssige diskrepans kan skyldes, at data til dokumentation af kvalitet i kerneelementer er udfyldt af det specialiserede team. Det specialiserede team kan derfor opleve, at indsatsen både er meningsfuld og værdiskabende for borgere i målgruppen, selvom den øvrige personalegruppe ikke oplever dette og/eller har samme holdning. Et opmærksomhedspunkt i implementeringsarbejdet er således, at viden om indsatsens intention og formål ikke må afgrænses til det specialiserede team. I stedet er det vigtigt, at alle fagprofessionelle på botilbuddet forstår indsatsens formål og de forventede resultater. Hvis dette ikke er tilfældet, kan det – som nærværende resultat indikerer – have den konsekvens, at de fagprofessionelle ikke kan identificere sig med visionen bag indsatsen, hvilket udgør en implementeringsbarriere.

Med afsæt i indsigterne fra de kvalitative interviews og viden om, hvordan spørgeskemaerne er blevet besvaret, er evaluators vurdering, at de fagprofessionelle kun i nogen grad har tiltro til indsatsen, hvilket kan hæmme en succesfuld implementering af indsatsen.

Fx scorer de fagprofessionelle i gennemsnit mellem 3,2 og 3,8 på en skala fra 1 til 5 i vurderingen af, hvorvidt indsatsen har en positiv betydning for borgernes trivsel, forbrug af rusmidler og mestringsevne (se figur 3 nedenfor). De kvalitative data peger ligeledes på, at kompleksiteten i borgernes problemstillinger betyder, at de fagprofessionelle ikke vurderer, at indsatsen kan skabe mærkbare ændringer i borgernes trivsel i løbet af projektperioden. Mere konkret er de fagprofessionelles oplevelse, at omfanget og karakteren af borgernes problemstillinger betyder, at det kun har været muligt at arbejde med de helt små skridt i borgernes recoveryproces. Derfor er der stadig et stykke vej, før borgernes mere langsigtede trivselsmål kan imødekommes.

Yderligere viser det kvalitative materiale, at flere fagprofessionelle har svært ved at forstå, hvordan en åben tilgang til rusmidler på botilbuddet skal understøtte borgernes trivsel og handleevne samt begrænse eller stabilisere borgernes rusmiddelforbrug. I en projektkommune tilkendegiver de fagprofessionelle fx, at den nysgerrige og undersøgende tilgang til rusmidler på botilbuddet har affødt, at rusmidlerne er blevet mere synlige (fx opholder borgerne sig i fællesrummene, når de er påvirket, ligesom borgerne i mindre grad forsøger at "skjule deres forbrug"). Selvom ændringerne relaterer sig til indsatsens intention, kan det skabe fortvivlelse blandt de fagprofessionelle, som ikke er bevidste om, at det synlige forbrug udgør et naturligt første skridt i retning mod en skadesreducerende og recovery-orienteret indsats. De fagprofessionelle frygter fx, at borgernes synlige forbrug vil have en afsmittende effekt på de borgere, som enten ikke indtager rusmidler eller har et begrænset rusmiddelforbrug.

Figur 3: De fagprofessionelles vurdering af, hvorvidt de har tiltro til indsatsens forventede resultatmål



Note: Figuren er baseret på de fagprofessionelles besvarelse af en medarbejdertrivsels- og mindshiftsurvey, som er beskrevet i bilag 1. Den første måling blev gennemført i marts 2021, mens den sidste måling blev gennemført i perioden september til oktober 2022. Svarprocenten var 92 pct. for den første måling og 50 pct. for den sidste måling.

Erfaringerne fra projektkommunerne viser derfor, at det er centralt at involvere **alle fagprofessionelle** tidligt i implementeringsarbejdet for at understøtte ejerskabet af indsatsen. Tilsvarende er det afgørende, at alle fagprofessionelle både kender til det overordnede formål med indsatsen og har indsigt i, hvordan og hvornår målet kan forventes at indtræffe. Som led hertil er det vigtigt, at ledelsen tydeliggør den tilsigtede virkning ved de skadesreducerende tiltag på både kort og langt sigt, således at de fagprofessionelle bliver bekendte med, hvad der udgør de første logiske skridt i forhold til at begrænse rusmidlernes følgeskader (fx at borgerne ikke isolerer sig, når de er påvirkede). Ligeledes er det vigtigt, at ledelsen initierer dialoger om, hvordan de fagprofessionelle håndterer borgernes mere åbne brug af rusmidler i tråd med indsatsens værdigrundlag.

Blandt de projektkommuner, som har bedst erfaring med at skabe tiltro og opbakning til indsatsen, fremhæves et **vedvarende ledelsesmæssigt fokus** på og en fast italesættelse af formålet med indsatsen som essentielt for, at den nye måde at arbejde på fastholdes og opleves som meningsfuld af de fagprofessionelle. Fx er det vigtigt, at ledelsen har fokus på at formidle de positive forventninger og gode historier i implementeringsprocessen, ligesom ledelsen vedholdende og vedvarende må kommunikere til de fagprofessionelle, hvorfor skadesreduktion forventes at være virksomt i praksis. Endelig er det vigtigt, at ledelsen hjælper de fagprofessionelle med at håndtere, hvad der umiddelbart kan betragtes som negative følgevirkninger ved implementeringen af indsatsen.

Det er imidlertid vigtigt at nævne, at de fagprofessionelle over tid opnår en større tiltro til indsatsens forventede resultatmål (se figur 3). De kvalitative interviews med ledere og projektledere antyder, at de fagprofessionelle undervejs opnår en større tiltro til indsatsen, i takt med at borgerne giver udtryk for højere trivsel (fx ved at deltage i fælles sociale arrangementer eller ved at udvise større overskud i hverdagen). Ovennævnte kan antyde, at det kræver **tid** at skabe tiltro til indsatsen, da resultaterne typisk indtræffer efter længere tid – også senere end længden på nærværende projektperioden.

4.1.4 Implementering af kerneelementer og værdigrundlag

Den tværgående analyse viser, at projektkommunerne i mindre grad har implementeret indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. Fx indikerer både det kvalitative og kvantitative datamateriale, at projektkommunerne i relativt lav grad udmønter de første fire kerneelementer i indsatsen. Resultaterne kan tolkes som, 1) at de fagprofessionelle enten ikke har de nødvendige kompetencer til at praktisere indsatsens værdigrundlag og kerneelementer, og/eller 2) at det ikke har været muligt at sikre en fuld implementering af indsatsen inden for rammerne af projektperioden, da indsatsens tilgang har udgjort en faglig kulturændring for hovedparten af projektkommunerne.

Resultatet fra måleredskabet Brief INSPIRE viser, at de fagprofessionelle kun i et vist omfang formår at praktisere en **recovery-orienteret tilgang** i deres samarbejde med borgerne. Konkret scorer borgerne i gennemsnit 56 på en skala fra 0-100, hvilket indikerer, at borgerne i nogen grad finder indsatsen understøttende for deres individuelle recoveryproces¹⁴ (se figur A i bilag 4). I relation hertil antyder det kvalitative materiale, at flere borgere får hjælp fra de fagprofessionelle inden for de områder, som borgerne finder meningsfulde, men at borgerne kun i begrænset omfang oplever at få støtte til at tage de nødvendige skridt i retning af at opnå øget livsmestring. Borgerne oplever som følge heraf, at de fagprofessionelle kun i mindre grad understøtter dem i at føle kontrol over eget liv (se uddybning i afsnit 6.1.1).

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

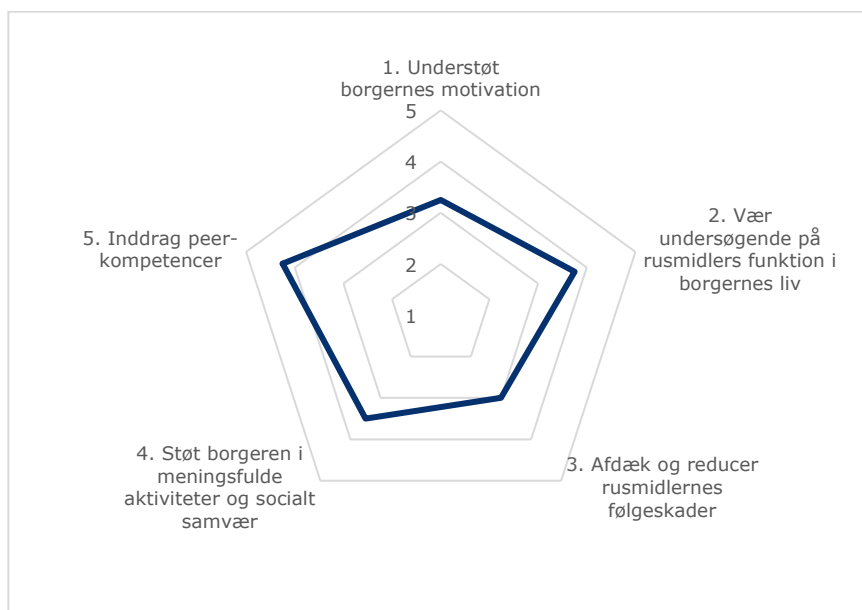
Yderligere viser både det kvalitative og kvantitative datamateriale, at projektkommunerne i relativt lav grad udmønter de første fire kerneelementer i indsatsen: 1) "Understøt borgerens motivation", 2) "Vær undersøgende på rusmidlers funktion", 3) "Afdæk og reducer rusmidlers følgeskader" samt 4) "Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær". Evalueringens kvantitative data viser fx, at projektkommunerne har en gennemsnitsscore på mellem 3 og 3,75 på en skala fra 1 til 5¹⁵ (se figur 4 nedenfor), hvilket er lavt taget i betragtning af, at ovenstående udgør selvvaluerede data¹⁶.

¹⁴ En score på 50 svarer til, at borgeren har svaret "i nogen grad" på alle fem spørgsmål.

¹⁵ En score på 1 indikerer, at kerneelementet slet ikke er blevet udmøntet i praksis, mens en scorer på 5 antyder, at kerneelementet i meget høj grad er blevet udmøntet.

¹⁶ Flere undersøgelser viser, at selvrapporterede data typisk er overvurderet sammenlignet med objektive målinger.

Figur 4: Projektkommunernes omsætning af kerneelementerne



Note: Figuren er baseret på kommunernes besvarelse af "Kvalitet i kerneelementer", som er beskrevet i bilag 1.

På tværs af projektkommunerne fremhæves arbejdet med ovennævnte kerneelementer som en **kulturændring**, der både kræver en omstilling af mindset og praksis. Selvom flere af de fagprofessionelle vurderer at have kompetencerne til at arbejde recovery-orienteret og rehabiliterende, indikerer evalueringens kvantitative og kvalitative materiale, at de fagprofessionelle i praksis har svært ved at efterleve tilgangen i praksis. Fx finder de fagprofessionelle det vanskeligt at afdække og omsætte borgernes motivation, da de dels ikke ved, hvordan de skal spørge ind til borgernes ønsker, drømme og håb, dels mangler redskaber til at oversætte borgernes motivation til meningsfulde tiltag og aktiviteter. Ovennævnte antyder derfor, at ikke alle de fagprofessionelle i tilstrækkelig grad har kompetencerne eller metoderne til at omsætte en recovery-orienteret tilgang i samarbejdet med borgerne. På baggrund heraf kan det derfor udledes, at implementeringsarbejdet kræver yderligere **kompetenceudvikling** af de fagprofessionelle på flere botilbud. Fx er det essentielt, at fagprofessionelle, som ikke har været vant til at arbejde recovery-orienteret og rehabiliterende forud for indsatsens implementering, modtager den nødvendige introduktion og undervisning i indsatsens værdigrundlag.

I relation til ovenstående udgør skadesreduktion en ny tilgang for hovedparten af projektkommunerne. Mere specifikt er det kun fagprofessionelle fra én projektkommune, som havde erfaring med at arbejde skadesreducerende i praksis forud for implementeringen af nærværende indsats. For de øvrige projektkommuner har skadesreduktion udgjort en ny faglig praksis. Fælles for disse projektkommuner er således, at de tidligere har haft et restriktivt syn på rusmidler, hvor målet har været afholdenhed og stoffrihed, og hvor midlet har været sanktionering og kontrol. Indsatsens tilgang til rusmidler har derfor taget afsæt i en anden målsætning og holdning, end hvad flere fagprofessionelle har været vant til arbejde ud fra. For størstedelen af de fagprofessionelle udgør arbejdet med indsatsen derfor en ny praksis, som kan tage tid at indoptage. Af samme grund kan det ej heller forventes, at kerneelement 2 "Vær undersøgende på rusmidlers funktion i borgernes liv" og kerneelement 3) "Afdæk og reducer rusmidlers følgeskader" er fuldt implementeret ved projektpriodes ophør.

Endelig fremhæves **mangel på ressourcer** (både i form af tid og økonomi) som en barriere for at implementere kerneelementet 4) "Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær". Flere fagprofessionelle nævner fx, at de er begrænset i deres handlerum, hvorfor de har svært

ved at gennemføre udflugter og aktiviteter sammen med borgerne, når borgerne føler motivation herfor. Et opmærksomhedspunkt er derfor, at ledelsen prioriterer tid i arbejdstilrettelæggelsen, så de fagprofessionelle kan understøtte borgerne i at deltage i aktiviteter på botilbuddet og i lokalsamfundet.

Den tværgående analyse viser imidlertid, at projektkommunerne i høj grad udmønter kerneelement 5) Inddrag peer-medarbejder (gennemsnitsscore på 4,25, på en skala fra 1 til 5 - se figur 4 ovenfor). Fælles for projektkommunerne er, at de enten har haft og/eller har ansat en peer-medarbejder på botilbuddet. Peer-medarbejderens rolle i indsatsen har typisk været at samarbejde direkte med borgerne om deres recoveryproces.

Blandt de projektkommuner, som har bedst erfaringer med at implementere indsatsens kerneelementer og værdigrundlag, fremhæves **ledelsen** som en vigtig forandringsagent i forhold til at skabe ejerskab og herunder sikre, at de fagprofessionelle arbejder metodeloyal med indsatsen (se uddybning i afsnit 4.2). Mere konkret udgør det en drivkraft, når ledelsen agerer faglig sparringspartner og sikrer, at de fagprofessionelles tilgang udspringer af indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. I en projektkommune har ledelsen fx løbende bedt de fagprofessionelle om at reflektere og italesætte, hvordan arbejdet med indsatsen adskiller sig fra almindelig praksis, for at understøtte en kulturændring. Ovennævnte kræver imidlertid, at ledelsen dels har indgående viden om recovery-orienteret rehabilitering og skadesreduktion, dels er tilstrækkeligt tæt på de fagprofessionelle til at kunne agere faglig leder.

4.2 Centrale implementeringsforudsætninger

Ud fra det kvalitative materiale er det muligt at identificere en række forudsætninger, der har betydning for, hvorvidt og i hvilken grad projektkommunerne er lykkedes med at implementere indsatsen. Forudsætningerne udgør derfor analytiske fund, som er frembragt på baggrund af interviewpersonernes udsagn og refleksioner. Forudsætningerne antages at have væsentlig indflydelse på, om indsatsen implementeres som tilsigtet. Boksen nedenfor skitserer de centrale implementeringsforudsætninger.

CENTRALE IMPLEMENTERINGSFORUDSÆTNINGER

1. Specialiseret viden om indsatsen og målgruppens udfordringer
2. Fælles tilgang og mindset
3. Ledelsesopbakning og -fokus på implementeringen af indsatsen
4. Systematik og struktur for internt og eksternt samarbejde
5. Ansættelse af en peer-medarbejder.

Som beskrevet i kapitlets indledning, bestod indsatsmodellen oprindeligt af tre organisatoriske kerneelementer, som blev anset som forudsætninger for, at indsatsen kunne implementeres på botilbuddene.¹⁷ Evalueringen peger på, at de organisatoriske kerneelementer "Arbejd for et velfungerende internt og eksternt samarbejde" samt "Arbejd ud fra et fælles fagligt fundament" i praksis har afgørende betydning for implementeringen af indsatsen. Nærmere bestemt viser evalueringen, at det er essentielt, at der etableres en fælles faglig tilgang og fælles mindset til rusmidler blandt de fagprofessionelle på botilbuddet, herunder at de fagprofessionelle opnår et fælles fagligt fundament baseret på skadesreduktion, da det understøtter, at borgerne modtager fagligt funderede, kontinuerte og sammenhængende indsatser (jf. forudsætning 2: "Fælles tilgang og mindset"). Yderligere peger evalueringen på, at det er vigtigt, at der etableres systematik og

¹⁷ 1) Arbejd sammen for et bæredygtigt miljø på botilbuddet, 2) Arbejd for et velfungerende internt og eksternt samarbejde og 3) Arbejd ud fra et fælles fagligt fundament.

strukturer, der sikrer et effektivt samarbejde og god koordination på tværs af botilbuddet og øvrige relevante samarbejdspartnere, da et velfungerende internt og eksternt samarbejde er nødvendigt for at sikre koordination af borgernes forløb (jf. forudsætning 4: "Systematik og struktur for internt og eksternt samarbejde").

Omvendt finder evalueringen ikke belæg for, at et bæredygtigt miljø på botilbuddet udgør en forudsætning for implementeringen af nærværende indsats. Selvom det er vigtigt at etablere et trygt miljø på botilbuddet, hvor borgere og fagprofessionelle kan trives og udvikles, indikerer evalueringens data ikke, at øget trivsel og tryghed har en særskilt betydning for borgere med psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler. I stedet er et bæredygtigt miljø på botilbuddet og forebyggelse af voldsomme episoder en forudsætning for almen god praksis.

Som led i projektet skulle projektkommunerne yderligere imødekomme en række organisatoriske krav. Mere konkret skulle projektkommunerne etablere et implementeringsteam og et specialiseret team. Derudover skulle projektkommunerne ansætte en peer-medarbejder og en tovholder. De kvalitative data peger på, at ansættelsen af en peer-medarbejder er afgørende for, at indsatsen kan implementeres og udmøntes med høj kvalitet, da en peer-medarbejder tilfører botilbuddet en vigtig erfaringskompetence. Peer-medarbejderen behøver dog ikke at være ansat på botilbuddet på fuld tid. I stedet skal peer-medarbejderens timetal vurderes på baggrund af botilbudets behov og målgruppens størrelse (jf. forudsætning 5: "Ansættelse af peer-medarbejder"). Yderligere er det vigtigt, at botilbuddets ledelse og/eller en tovholder sætter retning og understøtter arbejdet med indsatsen i praksis, da arbejdet med indsatsen typisk indbefatter en faglig kulturforandring (jf. forudsætning 3: "Ledelsesopbakning og -fokus på implementering af indsatsen"). Sluttelig indikerer de kvalitative data, at indsatsen forudsætter specialiseret viden om indsatsen og målgruppens udfordringer. Denne viden behøver dog ikke at begrænse sig til et specialiseret team. Afhængigt af botilbuddets størrelse og behov kan alle fagprofessionelle på botilbuddet besidde specialiseret viden om målgruppens problemstillinger (jf. forudsætning 1: "Specialiseret viden om indsatsen og målgruppens udfordringer").

I de følgende afsnit uddybes de centrale implementeringsforudsætninger, som evalueringen fremhæver som afgørende for at sikre en vellykket implementering af indsatsen.

1. Specialiseret viden om indsatsen og målgruppens udfordringer

Det udgør en forudsætning, at de fagprofessionelle på botilbuddet har viden om og kompetencer til at omsætte indsatsens værdigrundlag og kerneelementer i praksis. Implementeringen af indsatsen fordrer konkret, at de fagprofessionelle får en grundig indføring i indsatsens forskellige delelementer samt har specialiseret viden om psykiske vanskeligheder og rusmidler, da denne viden ikke er en del af de fagprofessionelles grunduddannelse. Som led heri er det afgørende, at de fagprofessionelle dels har indgående viden om samspillet mellem rusmidler og psykiske vanskeligheder, dels kan håndtere og støtte borgere i målgruppen i bevægelsen mod realiseringen af deres individuelle ønsker, håb og drømme. Tilsvarende er det en forudsætning, at de fagprofessionelle besidder relationelle og faciliterende kompetencer, da det understøtter et tæt, tillidsfuldt og koordineret samarbejde internt på botilbuddet og med borgere og øvrige aktører i borgernes indsats. Endelig skal de fagprofessionelle have erfaring med koordination samt viden om kommunens eksisterende tilbudsvifte og øvrige relevante tilbud (fx indsatser i frivilligt regi). Sidstnævnte er særligt vigtigt for at understøtte borgernes deltagelse i meningsfulde fællesskaber og aktiviteter samt bane vej for, at målgruppen opnår den rette støtte og hjælp.

Det er imidlertid vigtigt at nævne, at alle fagprofessionelle på botilbuddet ikke behøver at besidde ovennævnte kompetencer og viden. Selvom det er vigtigt, at alle fagprofessionelle på botilbuddet

kan omsætte den praksis, som er beskrevet i indsatsbeskrivelsen, behøver samtlige fagprofessionelle ikke at have erfaring med koordination samt specialiseret viden om rusmidler og psykiske vanskeligheder. I stedet kan botilbuddene etablere et **specialiseret team**, som enten har eller oparbejder specialiseret viden om målgruppen og metoder/tilgange, der kan anvendes i udmøntningen af indsatsen (fx udvidet viden om rusmidlers effekt på borgernes psykiske vanskeligheder, indgående indsigt i praksismetoder til at samarbejde med målgruppen med afsæt i indsatsens værdigrundlag og kerneelementer samt færdigheder til at indgå i et netværksbaseret samarbejde med relevante samarbejdspartnere om borgernes indsats). De fagprofessionelle på botilbuddet kan i den forbindelse sparre og søge hjælp ved det specialiserede team ved behov, ligesom det specialiserede team kan understøtte, at praksis er fagligt funderet og tager afsæt i indsatsens værdigrundlag og kerneelementer.

Praksiserfaringer fra projektkommunerne peger dog på, at en opdeling af fagprofessionelle i et specialiseret team kan lede til en oplevelse af et "a-hold" og et "b-hold" på botilbuddene, hvilket kan påvirke samarbejdet i den samlede medarbejdergruppe. Det er derfor vigtigt, at ledelsen skaber transparens i forhold til, på hvilket grundlag de fagprofessionelle udvælges til at indgå i det specialiserede team. Derudover må ledelsen bakke op om og understøtte det specialiserede teams legitimitet ved fx at synliggøre og italesætte deres funktion og virke i praksis. Yderligere er det vigtigt, at det specialiserede team er dedikeret og har kompetencerne til at samarbejde og give relevant og kvalificeret sparring. I en projektkommune har det specialiserede team fx kun i begrænset omfang formået at sprede viden om indsatsen og målgruppen til deres øvrige kollegaer. I praksis har dette haft den konsekvens, at de fagprofessionelle både har følt sig afkoblet fra indsatsen og ikke har vidst, hvordan de skulle ændre deres tilgang i samarbejdet med borgere i målgruppen. Det er derfor vigtigt, at det specialiserede team modtager udvidet kompetenceudvikling i fx kollegial sparring og feedback, således at de klædes på til at agere faglige ressourcepersoner på botilbuddet.

2. Fælles tilgang og mindset

Indsatsen kræver, at der etableres en fælles faglig tilgang og mindset til rusmidler blandt de fagprofessionelle på botilbuddet. Erfaringen fra projektkommunerne peger på, at modstridende holdninger til og forståelser af rusmidler kan hæmme en systematisk og ensartet praksis. For at kunne arbejde med indsatsen er det derfor vigtigt, at de fagprofessionelle opnår et fælles fagligt fundament baseret på skadesreduktion, da det dels kan understøtte de fagprofessionelles samarbejde, dels kan skabe grundlag for, at borgerne modtager fagligt funderede, kontinuerte og sammenhængende indsatser.

Ovennævnte forudsætter blandt andet, at ledelsen sikrer en fælles forståelse af, hvorfor den skadesreducerende tilgang skal implementeres, og hvad den forventede værdi er for borgere og fagprofessionelle på botilbuddet. Erfaringen er, at det kræver vedholdende og vedvarende kommunikation fra ledelsen til de fagprofessionelle om, hvorfor indsatsen er vigtig, hvis de fagprofessionelles motivation og begejstring skal fastholdes.

Ledelsen skal yderligere støtte de fagprofessionelle i at håndtere de dilemmaer, der kan opstå i forbindelse med implementeringen af en skadesreducerende tilgang, herunder balancen mellem respekt for borgernes ansvar/valg og de fagprofessionelles omsorgspligt. Det kan fx ske gennem kompetenceudvikling, tydelig ledelsesmæssig rammesætning, supervision og kollegial sparring. Sluttelig peger evalueringen på, at ledelsen med fordel kan udvikle en politik for forbrug af rusmidler på botilbuddet. Rusmiddelpolitikken bør specificere regler, som er vedtaget på botilbuddet om rusmidler, ligesom den bør angive konkrete handlingsanvisninger i forhold til afdækning og håndtering af rusmidler. Derudover er det vigtigt at tydeliggøre visionen med rusmiddelpolitikken, således at de fagprofessionelle opnår forståelse af, at arbejdet med skadesreduktion udgør en del

af deres kerneopgave. Erfaringen er, at rusmiddelpolitikken både kan anvendes til at synliggøre botilbuddets perspektiver på og tilgang til rusmidler, men den kan også understøtte fælles forventningsafstemning mellem borgeren og de fagprofessionelle om rusmidler.

3. Ledelsesopbakning og -fokus på implementering af indsatsen

Som tidligere nævnt indbefatter arbejdet med indsatsen typisk en kulturforandring. Derfor er det essentielt, at ledelsen både er synlig og involveret i arbejdet med og implementeringen af indsatsen. Mere konkret er ledelsen ansvarlig for at sætte faglig retning for de fagprofessionelles arbejde, skabe strukturer og rammer for sparring og videndeling samt sikre, at videndeling mellem det specialiserede team og den øvrige personalegruppe bliver prioriteret i en travl hverdag. Ledelsen kan i den forbindelse gøre indsatsen til et fast programpunkt på personalemøder, herunder sætte fokus på de delelementer i indsatsen, der kan være svære for de fagprofessionelle at omsætte i praksis (fx den skadesreducerende tilgang). Derudover må ledelsen sikre de rette vilkår i den praksisnære implementering af metoden, så de fagprofessionelle kan arbejde metodeloyal med indsatsens værdigrundlag og kerneelementer (fx skal de fagprofessionelle have tid til at støtte borgerne i at deltage i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær). Ledelsen må desuden understøtte samarbejdet med peer-medarbejderen og sikre, at roller, opgaver og snitflader er tydelige for peer-medarbejderen, de øvrige fagprofessionelle og borgerne. Derudover skal ledelsen have fokus på, hvordan peer-medarbejderen kan bringes i spil i både dialogen med borgerne og i udviklingen af kulturen på botilbuddet.

Hvis ledelsen ikke er synlig, tager del i og prioriterer arbejdet med indsatsen, kan det have den konsekvens, at hver enkelt faggruppe håndterer opgaven, "som de plejer". I praksis betyder dette, at de fagprofessionelle ikke formår at praktisere en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang, som udfoldes i en helhedsorienteret og skadesreducerende indsats. Ovennævnte var konkret tilfældet i en projektkommune, hvor ledelsens manglende opbakning og synlighed betød, at de fagprofessionelle dels ikke følte ejerskab over indsatsen, dels fortsatte deres almindelige praksis. Erfaringerne fra projektkommunerne peger derfor på, at det er vigtigt, at ledelsen understøtter de fagprofessionelle i arbejdet med indsatsen og holder fast i, at de forandringer, som indsatsen kræver, er vedvarende.

4. Systematik og struktur for internt og eksternt samarbejde

For at sikre en vellykket implementering af indsatsen er det afgørende, at der etableres systematik og strukturer, der sikrer et effektivt samarbejde og god koordination på tværs af botilbuddet og øvrige relevante samarbejdspartnere både kommunalt (fx misbrugsbehandlingen), regionalt (fx psykiatrien) og i frivilligt regi (fx aktiviteter, som borgerne er deltager i). Erfaringerne fra projektkommunerne peger på, at et velfungerende internt og eksternt samarbejde er nødvendigt for dels at sikre dialog om og koordination af borgernes forløb, dels at sikre, at borgernes indsatser og tilbud samtænkes og ikke modarbejder hinanden.

Ovennævnte forudsætter, at der skabes en fælles faglig forståelse af borgernes behov og mål, da organisatoriske forskelle i forståelsen af målgruppen kan udfordre det tværgående samarbejde og dermed i sidste ende den helhedsorienterede tilgang. Det kræver, at indsatsens rammer og målgruppe formidles strategisk af ledelsen, da dette har betydning for, at samarbejdspartnere forstår indsatsens værdigrundlag, målgruppe og indhold. I forbindelse hermed er det vigtigt, at ledelsen sætter sig ind i og forstår, hvordan relevante samarbejdspartnere definerer og arbejder med målgruppens udfordringer og behov. I en projektkommune har ledelsen fx afdækket, hvordan lokalpsykiatrien og rusmiddelcenteret arbejder med målgruppen i praksis for lettere at kunne indtænke dem i udmøntningen af indsatsen.

Yderligere kan det være en fordel at indgå formaliserede samarbejdsaftaler med relevante ledere (fx fra misbrugsbehandlingscenteret) om, hvordan samarbejdet med botilbuddet konkret skal udmøntes. I en projektkommune er nøglepersoner fra misbrugsbehandlingen fx indtænkt i planlægningen og tilrettelæggelsen af indsatsen. Der kan endvidere nedsættes en strategisk forankret styregruppe med ledelsesrepræsentanter på tværs af relevante samarbejdspartnere, da styregruppen kan bidrage til at sikre ledelsesmæssig opbakning til og fokus på indsatsen, hvilket sikrer et mere smidigt samarbejde og bedre koordination.

5. Ansættelse af en peer-medarbejder

Endelig udgør det en forudsætning, at personalegruppen sammensættes, så den bedst muligt imødekommer borgere med forskellige erfaringer, kompetencer og perspektiver. Erfaringer fra projektkommunerne peger i den forbindelse på, at ansættelsen af peer-medarbejdere er afgørende for, at indsatsen kan implementeres og udmøntes med høj kvalitet, da peer-medarbejdere tilfører botilbuddet en vigtig erfaringskompetence. Med erfaringskompetence menes, at peer-medarbejderne har levede erfaringer med psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler, som de aktivt kan bruge i den faglige indsats på botilbuddet samt i samarbejdet med borgerne. Mere konkret har peer-medarbejderne via deres erfaringskompetence en naturlig forståelse for borgernes udfordringer og behov, som de kan sætte spil i det borgerrettede arbejde. Derudover kan peer-medarbejderne anvende deres levede erfaringer til at styrke de fagprofessionelles viden om målgruppen samt øge recovery-orienteringen på botilbuddene.

Peer-medarbejderen behøver dog ikke at være tilknyttet botilbuddet på fuld tid. Peer-medarbejderens timeantal i indsatsen skal i stedet afgøres af botilbuddets behov og målgruppens størrelse. Tilsvarende er det essentielt, at peer-medarbejderen integreres i personalegruppen og forstås som en styrke i den samlede vifte af kompetencer. Af samme grund viser erfaringer fra én projektkommune, at peer-medarbejderen skal ansættes på botilbuddet og i samme funktioner som de øvrige fagprofessionelle fremfor at inddrages ad hoc og som frivillig.

4.3 Delkonklusion

Evalueringen viser, at projektkommunerne ikke er lykkedes med en fuld implementering af indsatsens værdigrundlag og de borgernære kerneelementer i projektperioden¹⁸. Resultatet kan ses i relation til, at de fagprofessionelle oplever at mangle kompetencer til at udmønte den skadesreducerende tilgang, og at de fagprofessionelle kun i nogen grad har tiltro til, at indsatsen er udbytte-
rig for målgruppen.

Evalueringen viser ydermere, at de oprindelige organisatoriske kerneelementer "Arbejd for et velfungerende internt og eksternt samarbejde" og "Arbejd ud fra et fælles fagligt fundament" har afgørende betydning for implementeringen af indsatsen. Evalueringen finder dog ikke belæg for, at et bæredygtigt miljø på botilbuddet udgør en forudsætning for implementeringen af nærværende indsats. I stedet er et trygt og trivselsfremmende miljø på botilbuddet en forudsætning for almen god praksis. Evalueringen peger dog på, at en række øvrige forudsætninger har betydning for, hvorvidt og i hvilken grad projektkommunerne lykkes med at implementere indsatsen. I alt identificerer evalueringen fem centrale forudsætninger, som antages at have væsentlig indflydelse på, om indsatsen implementeres som tilsigtet:

- 1. Specialiseret viden om indsatsen og målgruppens udfordringer:** Det udgør en forudsætning, at de fagprofessionelle på botilbuddet har specialiseret viden om og kompetencer til at arbejde med indsatsen i praksis. Implementeringen af indsatsen fordrer konkret, at de fagprofessionelle kan praktisere indsatsens værdigrundlag og kerneelementer samt har specialiseret viden om psykiske vanskeligheder og rusmidler. Tilsvarende er det en forudsætning, at de fagprofessionelle besidder relationelle og faciliterende kompetencer samt har erfaring med koordination. Alle fagprofessionelle på botilbuddet behøver dog ikke at besidde ovennævnte kompetencer og viden. Fx kan botilbuddet etablere et specialiseret team, som varetager koordination med relevante eksterne samarbejdspartnere samt besidder og formidler specialiseret viden om rusmidler og psykiske vanskeligheder til den øvrige medarbejdergruppe. Vurderingen af, hvorvidt botilbuddet skal nedsætte et specialiseret team eller ej, bør bero på det enkelte botilbuds konkrete behov.
- 2. Fælles tilgang og mindset:** Evalueringen peger på, at det er essentielt, at der etableres en fælles faglig tilgang og mindset til rusmidler blandt de fagprofessionelle på botilbuddet, herunder at de fagprofessionelle opnår et fælles fagligt fundament baseret på skadesreduktion, da det understøtter, at borgerne modtager fagligt funderede, kontinuerte og sammenhængende indsatser. Forudsætningen er i tråd med det organisatoriske kerneelement "Arbejd ud fra et fælles fagligt fundament", som blev formuleret i den oprindelige indsatsmodel.
- 3. Ledelsesopbakning og -fokus på implementering af indsatsen:** Indsatsen fordrer, at ledelsen både er synlig og involveret i arbejdet med og implementeringen af indsatsen. Mere konkret skal ledelsen sætte faglig retning for de fagprofessionelles arbejde, skabe strukturer og rammer for sparring og videndeling samt sikre, at videndeling mellem det specialiserede team og den øvrige personalegruppe bliver prioriteret i en travl hverdag. Implementeringsarbejdet fordrer derfor, at ledelsen på botilbuddet og/eller en tovholder er tilstrækkeligt tæt på de fagprofessionelle til at kunne agere faglig leder.
- 4. Systematik og struktur for internt og eksternt samarbejde:** Evalueringen viser yderligere, at det er vigtigt, at der etableres systematik og strukturer, der sikrer et effektivt samarbejde og god koordination på tværs af botilbuddet og øvrige relevante samarbejdspartnere, da et velfungerende internt og eksternt samarbejde er nødvendigt for at sikre koordination af

¹⁸ COVID-19 har formentlig også udfordret implementeringskonteksten i projektkommunerne, da ledelsens fokus i lange perioder har været rettet mod håndteringen af COVID-19 på botilbuddet, ligesom COVID-19 har impliceret restriktioner og nedlukning, som har betydet, at kompetenceudviklingen måtte afvikles digitalt.

borgernes forløb. Forudsætningen relaterer sig til det organisatoriske kerneelement "Arbejd for et velfungerende internt og eksternt samarbejde", som blev formuleret i den oprindelige indsatsmodel.

- 5. Ansættelse af en peer-medarbejder:** Endelig peger evalueringen på, at ansættelsen af en peer-medarbejder er afgørende for, at indsatsen kan implementeres og udmøntes med høj kvalitet, da en peer-medarbejder tilfører botilbuddet en vigtig erfaringskompetence. Mere konkret har peer-medarbejdere via deres erfaringskompetence en naturlig forståelse for borgernes udfordringer og behov, som de kan sætte spil i det borgerrettede arbejde. Derudover kan peer-medarbejdere anvende deres levede erfaringer til at informere personalegruppen samt øge recovery-orienteringen på botilbuddet. Peer-medarbejderen behøver dog ikke at være ansat på botilbuddet på fuld tid. I stedet skal peer-medarbejderens timetal vurderes på baggrund af botilbuddets behov og målgruppens størrelse.

Evalueringen har ikke haft fokus på at evaluere kompetenceudviklingsforløbet. Evalueringen peger dog på, at kompetenceudvikling udgør en væsentlig forudsætning for, at de fagprofessionelle har de nødvendige kompetencer til at implementere indsatsens værdigrundlag såvel som kerneelementer. De kvalitative data viser fx, at de fagprofessionelle gennem projektet har opnået styrket viden om rusmidler og psykiske vanskeligheder samt indsigt i samspillet mellem dem, hvilket har klædt dem på til at praktisere indsatsen. De fagprofessionelle oplever dog at mangle kompetencer til at udmønte skadesreduktion. Resultatet kan ses i lyset af, at skadesreduktion har udgjort en faglig kulturændring for størstedelen af botilbuddene, som har krævet tid at implementere – også længere tid end projektets tidsperiode.

5. KARAKTERISTIK AF INDSATSENS MÅLGRUPPE

Dette kapitel belyser det andet evalueringsspørgsmål:

- Hvad karakteriserer gruppen af borgere, der har været en del af indsatsen?

5.1 Karakteristik af indsatsens målgruppe

Målgruppen for indsatsen er borgere over 18 år, som bor på et socialpsykiatrisk botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108, og som har psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler. Et skadeligt forbrug af rusmidler defineres som et rusmiddelforbrug, der medfører sundhedsmæssige, psykiske, sociale og/eller økonomiske skader for den enkelte borger og/eller den kontekst, borgeren indgår i. Der er således ingen diagnostiske afgrænsninger af målgruppen, ligesom det ikke alene er et rusmiddelforbrug, der afgør, hvorvidt borgeren er omfattet af indsatsen, men derimod om forbruget af rusmidler har skadelige konsekvenser.

I dette kapitel sammenholdes projektets teoretiske målgruppe med indsatsens faktiske målgruppe. Kapitlet giver en karakteristik af målgruppen, som den ser ud i forbindelse med opstart i indsatsen. Kapitlet er struktureret i to delafsnit. Indledningsvis beskrives borgernes boligsituation, øvrige indsatser, udredninger, psykiatriske diagnoser samt erkendt forbrug af rusmidler. Herefter belyses borgernes karakteristika fra de fagprofessionelles perspektiv.

Karakteristikken af indsatsens målgruppen tegnes ved hjælp af viden, der er indkommet via et opstartsskema, som fagprofessionelle og borgere på botilbuddet har udfyldt i forbindelse med opstart af borgere i indsatsen. Derudover anvendes borgernes besvarelser af de validerede måleredskaber DUDIT-E og ALCOHOL-E til at (1) afdække borgernes forbrug af rusmidler, (2) de positive og negative konsekvenser af forbruget for borgeren, samt (3) borgernes motivationsgrad for forandring og eventuel behandling. Den kvantitative viden suppleres og nuanceres af data fra de kvalitative interviews med fagprofessionelle og borgere på botilbuddene.

I relation til ovenstående er det imidlertid vigtigt at nævne, at målgruppen kun består af 62 borgere. Konklusionerne i nærværende kapitel baserer sig derfor på et spinkelt datagrundlag, hvorfor data skal tolkes med forsigtighed.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

De tværgående analyser viser, at de 62 borgere, der har været en del af indsatsen, bor på et socialpsykiatrisk botilbud enten i form af et midlertidigt eller længerevarende ophold. Hovedparten af borgerne vurderes at have en psykiatrisk diagnose, hvor særligt skizofreni er hyppigt forekommende. Langt størstedelen af borgerne har derfor været tilknyttet psykiatrisk behandling forud for indsatsen.

Kapitlets analyser viser ydermere, at borgerne primært forbruger øl, spiritus og vin samt tobak og smertestillende/beroligende tabletter. Forbruget er rapporteret af borgerne selv og fremstår relativt begrænset, hvilket kan skyldes, at borgerne enten ikke har erkendt forbrugets omfang eller ikke svarer retvisende grundet social desirability bias. De kvalitative data fra interviews med fagprofessionelle indikerer, at samtlige borgere har et reelt rusmiddelsforbrug, om end der er stor variation i forbruget borgerne imellem.

De kvantitative analyser viser endvidere, at borgerne generelt ikke oplever særlige positive eller negative aspekter ved deres rusmiddelforbrug. De kvalitative data nuancerer dog dette fund, da flere borgere italesætter, at rusmidlerne gør dem afslappet og reducerer ubehagelige psykiske symptomer. Analyser på tværs af data viser også, at borgerne er bevidste om forbrugets negative følgeskader, men at de positive aspekter opvejer disse, hvorfor borgerne ikke umiddelbart er interesseret i at reducere eller stoppe forbruget. Borgernes motivationsgrad for forandring er relativt lav ved opstart i indsatsen.

Endelig viser analyser fra interviews med de fagprofessionelle, at borgerne er "stabile ustabile", idet deres funktionsevne er foranderlig og præget af deres rusmiddelforbrug, som ofte har en cyklisk karakter. Derudover fremgår det, at borgerne har et begrænset socialt netværk, ligesom de ofte har haft en hård opvækst.

5.2 Hvad kendetegner de borgere, der har været en del af indsatsen?

På tværs af de fire kommunale botilbud var i alt 62 borgere registeret som en del af indsatsen i september 2022. I det følgende afsnit beskrives viden om borgerne, herunder borgernes boligsituation, psykiatriske diagnoser, forbrug af rusmidler samt udredninger og indsatser. Derudover formidles borgernes vurdering af egen forandringsparathed i forhold til rusmidler og deres oplevelse af de positive og negative aspekter ved deres rusmiddelforbrug.

5.2.1 Borgernes boligsituation

Som angivet ovenfor, er indsatsens målgruppe borgere over 18 år, der bor på et socialpsykiatrisk botilbud efter servicelovens §§ 107¹⁹ og 108²⁰, der hhv. betegner et midlertidigt og længerevarende ophold på et botilbud. Af de kvantitative data fra opstartsskemaerne fremgår det, at borgerne i indsatsen fordeler sig på to paragraffer. Konkret bor 51 pct. af borgerne på et § 107-botilbud, mens 49 pct. bor på et § 108-botilbud.

5.2.2 Borgernes psykiatriske diagnoser

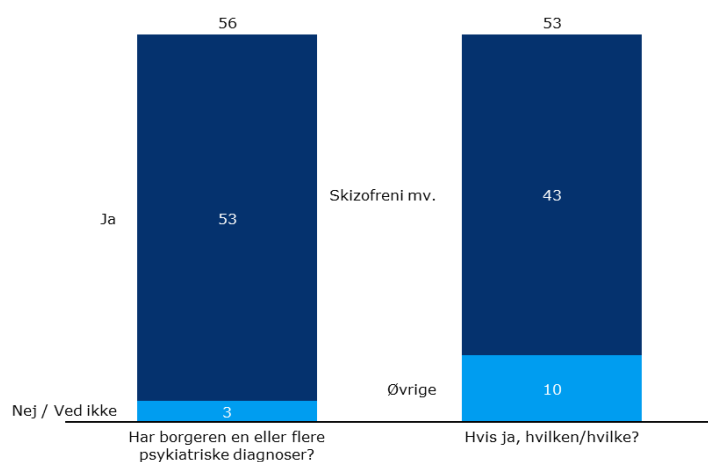
Et andet centralt kendetegn for målgruppen i indsatsen er borgernes psykiatriske tilstand. Som det fremgår af figur 5, vurderer de fagprofessionelle, at langt størstedelen af borgerne i indsatsen har en psykiatrisk diagnose. Figuren illustrerer samtidig, at den mest udbredte diagnose blandt borgere i indsatsen er skizofreni. Skizofreni indgår i 43 ud af 53 tilfælde, hvor fagprofessionelle på botilbuddet angiver, at borgeren har en psykiatrisk diagnose. Skizofreni forekommer dog ofte i

¹⁹ Serviceloven § 107 (danske.love.dk)

²⁰ Serviceloven § 108 (danske.love.dk)

kombination med øvrige diagnoser relateret til borgerens misbrug samt øvrige psykiske vanskeligheder. Heriblandt nævnes diagnoser som psykoser, mental retardering, ADHD og forskellige former for personlighedsforstyrrelser. Ovennævnte betyder, at vanskelighederne dels kan være vidt forskellige, dels kan optræde i varierende grader.

Figur 5: Borgernes psykiatriske diagnoser



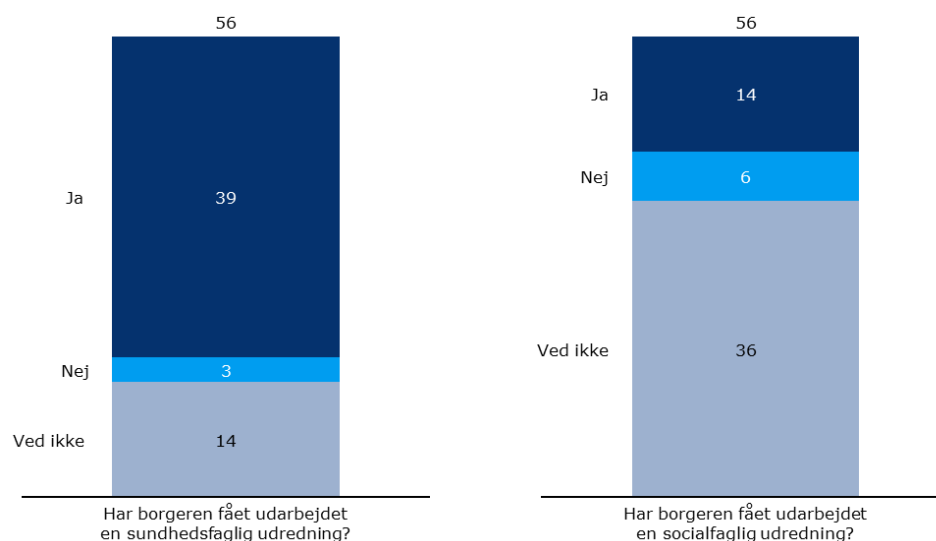
Note: Figuren er baseret på de fagprofessionelles besvarelser af en medarbejdertrivsels- og mindshiftsurvey, som er beskrevet i bilag 1. Målingen blev gennemført i perioden 15/04/2021-04/07/2022 med løbende indregistrering. Svarprocenten for målingen er 93,33 pct.

5.2.3 Social- og sundhedsfaglige udredninger

For en stor del af borgerne gælder det, at de allerede forud for indsatsen har fået foretaget social- og sundhedsfaglige udredninger. Mere konkret angiver de fagprofessionelle, at 39 ud af 56 borgere forud for indsatsen har fået foretaget en sundhedsfaglig udredning (se figur 6). En udredning i sundhedsfagligt regi har til formål at afklare borgerens helbredsrelaterede funktionsevne og behov for sundhedsfaglige indsatser med henblik på diagnosticering og/eller planlægning af en sundhedsfaglig indsats. I dette tilfælde dækker en sundhedsfaglig udredning primært over udredninger foretaget hos psykiatere, egen læge samt metabolisk kontrol.

Samtidig vurderer de fagprofessionelle, at 14 ud af 56 borgere har fået foretaget en socialfaglig udredning, mens de ikke ved, om det er tilfældet for 36 af borgerne (se figur 6). En udredning i socialfagligt regi har til formål at give viden om borgerens ressourcer, udfordringer og ønsker, hvorved der skabes grundlag for at visitere til de rette indsatser og/eller tilbud. Resultatet kan imidlertid syne kontraintuitivt, da borgerne ikke kan bo på et socialpsykiatrisk botilbud uden at have fået foretaget en udredning. En potentiel forklaring på databilledet kan dog være, at de tidligere udredninger ikke har haft fokus på borgernes rusmiddelforbrug.

Figur 6: Borgere med en social- og sundhedsfaglig udredning



Note: Figuren er baseret på de fagprofessionelles besvarelser af en medarbejdertrivsels- og mindshiftsurvey, som er beskrevet i bilag 1. Målingen blev gennemført i perioden 15/04/2021-04/07/2022 med løbende indregistrering. Svarprocenten for målingen er 93,33 pct.

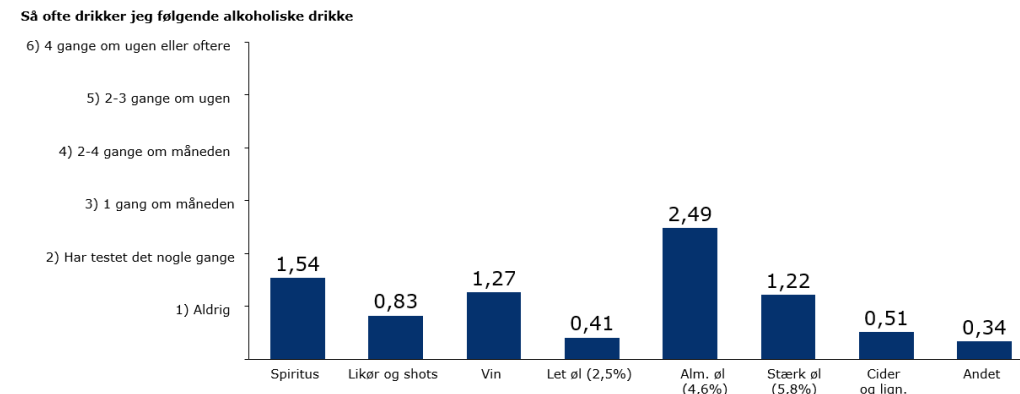
5.2.4 Indsatser, som borgerne er/har været tilknyttet

Forud for indsatsen har de involverede borgere været tilknyttet en række forskellige indsatser. Langt størstedelen af borgerne (46 ud af 62) har forud for indsatsen modtaget psykiatrisk behandling. En mindre del af borgerne (4 til 10 ud af 62) har været tilknyttet forskellige former for behandling rettet mod et skadeligt forbrug af rusmidler. Disse behandlinger dækker over antabusbehandling, alkoholbehandling, substitutionsbehandling og social stofmisbrugsbehandling. Herudover har en del af borgerne (5 til 19 ud af 62) været tilknyttet forskellige indsatser relateret til følgeskader, hvilket blandt andet dækker over tilsyn fra kriminalforsorgen, somatisk behandling og socialpædagogisk støtte.

5.2.5 Borgerens forbrug af rusmidler

Borgerne i indsatsen er ligeledes kendetegnet ved at have et skadeligt forbrug af rusmidler, herunder både rusmidler i form af alkohol og stoffer. Figur 7 viser, hvilke typer af alkohol borgerne angiver at forbruge, samt hvordan forbruget fordeler sig på de forskellige typer af alkohol. Af figuren fremgår det, at borgerne primært forbruger øl (almindelig og stærk), spiritus og vin. Samtidig viser figuren, at borgerne i færre tilfælde forbruger likør og shots, letøl, cider og lignende. Borgerne rapporterer dog, at de i gennemsnit forbruger de forskellige typer af alkohol mindre end én gang om måneden.

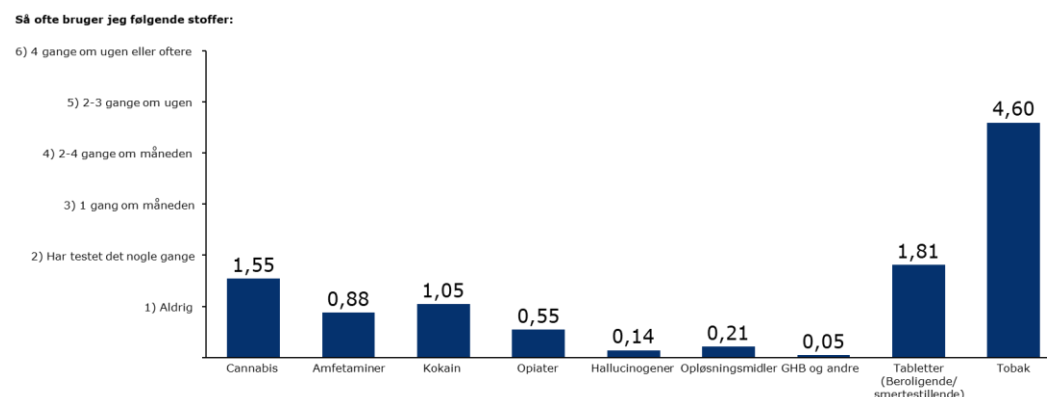
Figur 7: Borgernes forbrug af alkohol



Note: Figuren er baseret på borgernes besvarelse af Alcohol-E. Resultaterne er angivet som et gennemsnit af følgende talværdier: 1) Aldrig, 2) har testet det nogle gange, 3) 1 gang om måneden eller sjældnere, 4) 2-4 gange om måneden, 5) 2-3 gange om ugen, 6) 4 gange om ugen eller derover. Målinger viser derfor, hvad borgerne selv angiver at forbruge i gennemsnit.

Tilsvarende har borgerne angivet deres forbrug af stoffer, hvilket nedenstående figur illustrerer. Af figuren fremgår det, at borgerne primært forbruger tobak og cannabis, mens de i lavere grad anvender amfetamin, kokain og diverse tabletter. I få tilfælde angiver borgerne at anvende opiat, hallucinogener, opløsningsmidler GHB (bedøvelsesmiddel) mv. Når der ses på omfanget af borgernes stofforbrug, antyder data imidlertid, at borgerne kun benytter tobak regelmæssigt. For de øvrige stofftyper har borgerne højst testet dette nogle gange.

Figur 8: Borgernes forbrug af stoffer



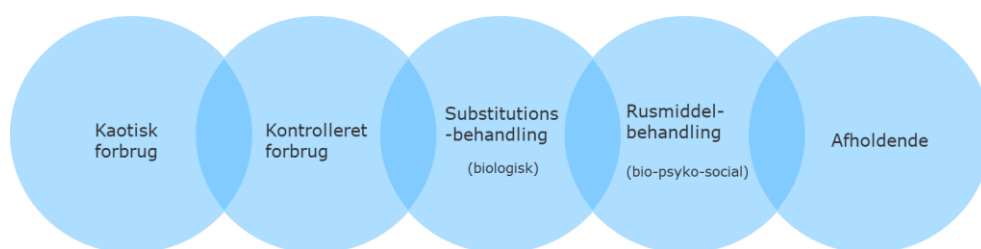
Note: Figuren er baseret på borgernes besvarelse af DUDIT-E. Resultaterne er angivet som et gennemsnit af følgende talværdier: 1) Aldrig, 2) har testet det nogle gange, 3) 1 gang om måneden eller sjældnere, 4) 2-4 gange om måneden, 5) 2-3 gange om ugen, 6) 4 gange om ugen eller derover. Målinger viser derfor, hvad borgerne selv angiver at forbruge i gennemsnit.

I relation til omfanget af både alkohol og stoffer er det centralt at fremhæve, at resultaterne er rapporteret af borgerne selv, hvorfor de skal tolkes med blik for potentielle selvrapporteringsbias. Det vil sige, at borgernes besvarelser ikke nødvendigvis afspejler deres reelle rusmiddelforbrug. Fx indikerer de kvalitative interviews med fagprofessionelle, at borgerne opnår en større erkendelse af forbrugets karakter og omfang undervejs i indsatsen, hvorfor deres egentlige forbrug ikke reflekterer deres besvarelser i opstartsskemaet. Tilsvarende peger forskning på, at der kan være en tendens til, at respondenter besvarer spørgsmål ud fra, hvad de finder socialt acceptabelt – også kaldet social desirability bias²¹. Borgerne kan derfor også have underrapporteret deres rusmiddelforbrug, fordi de finder deres forbrug skamfuldt og stigmatiserende, og fordi stoffer er ulovlige.

²¹ Börger, T (2012): Social Desirability and Environmental Valuation

De fagprofessionelle i projektkommunerne vurderer, at samtlige borgere i indsatsen har et rusmiddelforbrug. Der ses imidlertid en stor variation i borgernes forbrug af rusmidler. Fx kan borgere i målgruppen have et kaotisk forbrug af rusmidler, der er kendetegnet ved manglende kontrol og systematik. De kan dog også have et kontrolleret forbrug, der er kontinuerligt og uden store udsving. Dertil kan borgere i målgruppen være i substitutionsbehandling såvel som rusmiddelbehandling. Endelig kan borgere i målgruppen være afholdende i længerevarende perioder. Figuren nedenfor illustrerer spændvidden i borgernes rusmiddelforbrug.

Figur 9: Målgruppens bredde i relation til forbrug af rusmidler



Borgerne i indsatsen har yderligere angivet, hvad de vurderer, er hhv. positivt og negativt ved at forbruge rusmidler (se figur B i bilag 4). Borgerne oplever generelt ikke, at der er særlige positive eller negative aspekter forbundet ved deres rusmiddelforbrug. Resultatet kan hænge sammen med, at borgerne ikke oplever at have et rusmiddelforbrug, når de opstarter i indsatsen. Dog tilkendegiver borgerne i gennemsnit, at de føler sig "lidt" afspændt og afslappet (gennemsnitsscore på 2,29²² på en skala fra 1 til 5) samt glade (gennemsnitsscore på 2,10²³ på en skala fra 1 til 5), når de forbruger rusmidler. Derudover oplever borgerne, at rusmiddelforbruget i et mindre omfang ødelægger deres økonomi (gennemsnitsscore på 2,10²⁴ på en skala fra 1 til 5).

De kvalitative interviews med borgere i målgruppen nuancerer imidlertid ovennævnte fund. Flere af borgerne italesætter fx, at rusmidlerne giver "ro i hovedet", ligesom rusmidlerne kan fungere som en flugt fra problemer og vanskeligheder (fx økonomiske problemer eller savn til børn og familie). Flere af borgerne anvender yderligere rusmidler til at reducere ubehagelige symptomer som angst, tristhed/depression og søvnløshed. For borgerne bliver rusmidlerne derfor et middel til at dæmpe negative følelser og dulme de psykiske vanskeligheder. Borgerne er dog også bevidste om, at rusmiddelforbruget indebærer en række negative følgeskader. Fx betyder rusmiddelforbruget ofte, at borgerne ikke har kontakt med venner og familier, samt at borgerne oparbejder en stor gæld til pushere.

CITAT: "Generelt har jeg svært ved at finde ro, når jeg skal sove. Og nætterne er bare rigtig svære. Jeg tænker mange dårlige tanker. Det hele kører lige som bare rundt i mit hoved. Så jeg ryger tit en joint, når jeg skal til at sove. Det hjælper mig til at slappe af." – Borger

CITAT: "Jeg er godt klar over, at der er følgeskader, men trangen og lysten overvinder det." – Borger

²² Der er anvendt en 1-5-skala, hvor 1 indikerer "slet ikke" og 5 markerer "absolut".

²³ Der er anvendt en 1-5-skala, hvor 1 indikerer "slet ikke" og 5 markerer "absolut".

²⁴ Der er anvendt en 1-5-skala, hvor 1 indikerer "slet ikke" og 5 markerer "absolut".

Selvom borgerne tilskriver rusmiddelforbruget en række negative konsekvenser, vurderer borgerne i gennemsnit ikke, at det bliver vanskeligt at ændre deres forbrug (gennemsnitsscore på 0,73²⁵ på en 0 til 2 skala- se figur C i bilag 4), ligesom borgerne ikke vurderer at have behov for professionel hjælp til at ændre forbruget (gennemsnitsscore på 0,77²⁶ på en 0 til 2 skala – se figur C i bilag 4). Borgerne tilkendegiver dog i gennemsnit, at de delvist er klar til at ændre deres rusmiddelforbrug (gennemsnitsscore på 1,05²⁷ v - se figur C i bilag 4).

Ovennævnte indikerer, at borgernes motivationsgrad for forandring og eventuel behandling er relativt lav, når de opstarter indsatsen. Resultatet harmonerer i høj grad med viden indhentet via de kvalitative interviews med borgerne. Her tilkendegiver flere borgere, at de positive aspekter ved forbruget opvejer de negative, hvorfor de ikke er interesseret i at reducere eller stoppe forbruget på nuværende tidspunkt. Derudover vurderer nogle af borgerne, at det bliver "let" at kontrollere eller ophøre med rusmiddelforbruget, såfremt de en dag skulle ønske dette. De tror derfor ikke, at det bliver nødvendigt at modtage egentlig rådgivning eller professionel støtte.

CITAT: "Jeg har ikke lyst til at ændre noget [i forhold til borgerens rusmiddelforbrug]. Jeg har styr på det. Og hvis jeg en dag gerne vil ændre noget, så gør jeg det bare. Det er jo ikke så svært." – Borger

5.3 Karakteristika fra de fagprofessionelles perspektiv

I tillæg til de deskriptive beskrivelser af borgerne findes der yderligere en række centrale karakteristika ved borgerne i indsatsen, som blandt andet er blevet fremhævet af de fagprofessionelle på botilbuddene. Disse karakteristika kan have stor betydning for arbejdet med målgruppen i indsatsen, hvorfor de beskrives og eksemplificeres i det følgende.

Først og fremmest beskrives borgerne i indsatsen at være "**stabil ustabile**", hvilket bl.a. indebærer, at borgernes (u)stabilitet og funktionsevne er konstant foranderlig. Tilsvarende påpeger de fagprofessionelle, at borgernes motivation også er varierende, hvilket har betydning for, hvordan de fagprofessionelle kan arbejde understøttende med borgernes motivation. Ifølge de fagprofessionelle lever borgerne i kaos og tager ofte én dag ad gangen, hvilket er udfordrende i forhold til at skabe struktur og indgå aftaler med borgerne. Ydermere er borgernes kognitive funktionsniveau ofte præget af mange års forbrug af rusmidler, hvilket betyder, at de har svært ved at fastholde deres koncentration og fokus.

Herudover er borgernes liv præget af en form for **månedstrytme**, der cyklisk gentages året rundt. Månedstrytmen indebærer konkret, at borgerne omkring den første hverdag i måneden, ved udbetaling af overførselsindkomst, er fuldt optaget af at forbruge rusmidler samt at afvikle deres eventuelle gæld fra forrige måned. Midt på måneden aftager forbruget, og der er ofte mere ro på, mens den sidste del af måneden kan være præget af abstinenser og potentiel kriminalitet, da borgerne ikke har råd til at opretholde deres forbrug.

Et andet centralt kendetegn ved borgerne i indsatsen er **ensomhed og mangel på socialt netværk**. En stor del af borgerne har mistet kontakten med deres familie og venner, mens en mindre del stadig har en svag relation til deres gamle netværk. For mange af borgerne gælder det, at deres nuværende netværk primært består af mennesker i samme situation som dem selv, fx medbeboere og andre forbrugere af rusmidler.

²⁵ Der er anvendt en 0-2-skala, hvor 0 udgør "slet ikke", 1 udgør "delvis" og 2 udgør "ja, absolut".

²⁶ Der er anvendt en 0-2-skala, hvor 0 udgør "slet ikke", 1 udgør "delvis" og 2 udgør "ja, absolut".

²⁷ Der er anvendt en 0-2-skala, hvor 0 udgør "slet ikke", 1 udgør "delvis" og 2 udgør "ja, absolut".

Endelig er borgernes liv præget af en **hård og barsk fortid**, der i mange tilfælde har sat sine spor fysisk såvel som psykisk. Fysisk lever flere af borgerne med en række somatiske sygdomme, fx skader på centralnervesystemet og leversygdomme, som følge af længerevarende misbrug eller brug af psykofarmaka. Psykisk er borgernes selvværd og personlighed ofte mærket af omgivelserne og samfundets syn på deres livssituation, hvor flere af borgerne blot ser sig selv som en "dum narkoman". Denne reduktion af deres person har også betydning for deres håb og drømme. Ifølge de fagprofessionelle har mange af borgerne opgivet sig selv og **mistet deres håb og drømme** for fremtiden.

5.4 Delkonklusion

Indsatsens faktiske målgruppe harmonerer i høj grad med projektets teoretiske målgruppe, hvis det imidlertid antages, at borgernes rusmiddelforbrug er højere, end deres selvrapporteringer angiver. Projektkommunerne har derfor i praksis fået rekrutteret den målgruppe, som de (og projektet) sigtede efter²⁸. Den manglende teoretiske afgrænsning af målgruppen (set i relation til både rusmiddelforbrug og psykiske vanskeligheder) betyder dog, at indsatsens målgruppe spænder bredt i praksis. Det vil sige, at der er stor variation i "tyngden" og karakteren af borgernes rusmiddelforbrug og psykiske vanskeligheder. Nogle borgere har således et stort og kaotisk forbrug af rusmidler, mens andre er afholdende i perioder. Fælles for borgerne er imidlertid, at de har flere samtidige komplekse problemstillinger (fx psykiske lidelser, misbrug, økonomiske problemer og ustabil netværk), som hæmmer deres hverdag.

²⁸ Dette er dog ikke tilfældet for en enkelt af kommunerne, som ikke er lykkedes med at rekruttere borgere i målgruppen, hvorfor den pågældende kommune ikke indgår i analyserne.

6. INDSATSENS RESULTATER

Dette kapitel belyser det tredje og fjerde evalueringsspørgsmål:

- Hvilke resultater ses der for de borgere, der har været en del af indsatsen? Hvilken udvikling er der sket i deres livssituation?
- Hvilke resultater ses der for fagprofessionelle og botilbud?

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

6.1 Resultater for borgerne

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

1. Borgerne på botilbuddene oplever større grad af trivsel, inddragelse og mestring i hverdagen.
2. De negative konsekvenser ved misbruget mindskes, og i det omfang borgerne ønsker det, stabiliseres eller reduceres misbruget hos den enkelte borger.

Afsnittet er baseret på data fra både kvalitative og kvantitative datakilder. De kvantitative datakilder indbefatter før- og eftermålinger med en række udvalgte måleredskaber (herunder WHO-5, Brief INSPIRE-O, GSE, DUDT-E samt ALCOHOL-E). De kvantitative resultater trianguleres med fund fra de kvalitative interviews med hhv. borgere og fagprofessionelle fra de fire projektkommuner.

Afsnittet er i alt inddelt i tre underafsnit. Det første belyser udviklingen i borgernes livssituation, mens det andet afdækker de fagprofessionelles faglige vurdering af borgernes udvikling. Det sidste formidler kerneelementernes betydning for borgernes oplevede udbytte.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Samlet set viser evalueringen ikke indikationer på lovende resultater for de borgere, der har været en del af indsatsen. Den tværgående analyse viser, at projektkommunerne i mindre grad har realiseret de borgernære mål, der er opstillet for indsatsen. Det betyder, at borgerne umiddelbart ikke oplever en fremgang i deres trivsel, mestring og personlige recovery, ligesom de negative konsekvenser ved borgernes rusmiddelforbrug ej heller er blevet reduceret i løbet af projektperioden. Disse resultater skal tolkes i lyset af projektets relativt korte tidsperiode samt den lave implementeringsgrad i de fire kommuner.

De kvalitative analyser indikerer, at borgerne oplever, at de fagprofessionelle udviser en mere nysgerrig og undersøgende tilgang til, hvad borgerne interesserer sig for, drømmer om og er motiveret for – men at det er sjældent, at det omdannes til konkrete initiativer. Analyserne viser tilmed, at hovedparten af borgerne savner meningsfulde aktiviteter og samvær, ligesom de oplever at mangle selvbestemmelse og kontrol i hverdagen. Af det kvalitative materiale fremgår det, at nogle borgere oplever en øget autonomi og at være ekspert i eget liv, hvilket er indikationer på, at en recovery-orienteret indsats kan fremme målgruppens trivsel, mestring og personlige recoveryproces.

Endvidere indikerer de kvalitative data, at de fagprofessionelle kun i begrænset omfang har haft fokus på at forebygge og begrænse de skader, som borgerne oplever som følge af deres rusmiddelforbrug. De fagprofessionelle vurderer i relation hertil, at indsatsen ikke har skabt substantielle forandringer i borgernes liv.

På trods af ovenstående indikerer evalueringen resultater, at følgende tre kerneelementer har potentiale til at skabe positive resultater for borgernes individuelle recoveryproces:

- Understøt borgernes motivation
- Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær
- Inddrag peer-kompetencer.

Evaluator antager derfor, at indsatsen kan skabe lovende resultater, hvis indsatsens værdigrundlag og kerneelementer implementeres metodeloyalt og med høj kvalitet. Det er i forbindelse hertil evaluators vurdering, at den manglende realisering af projektets formål afspejler, at projektkommunerne i mindre grad har implementeret indsatsens værdigrundlag og kerneelementer.

6.1.1 Udvikling i borgernes livssituation

Dette afsnit beskriver, hvordan og i hvilken grad borgerne oplever en bedring i deres samlede livssituation og -mestring i løbet af projektperioden. Afsnittet er baseret på førmålinger udfyldt af borgerne²⁹ og kvalitative data fra interviews med fagprofessionelle og peer-medarbejdere samt forløbsinterviews med borgere i målgruppen.

Afsnittets analyser viser, at projektkommunerne i mindre grad har indfriet de borgernære mål³⁰ gennem deres arbejde med indsatsen. De kvantitative data viser fx, at borgerne ikke oplever en signifikant fremgang i deres trivsel, mestring og personlige recovery. Tilsvarende indikerer de kvalitative data, at der kun i begrænset omfang har været fokus på at forebygge og begrænse de skader, som borgerne oplever som følge af deres rusmiddelforbrug. Ovennævnte resultater kan ses i lyset af, at projektkommunerne i mindre grad har implementeret indsatsens værdigrundlag

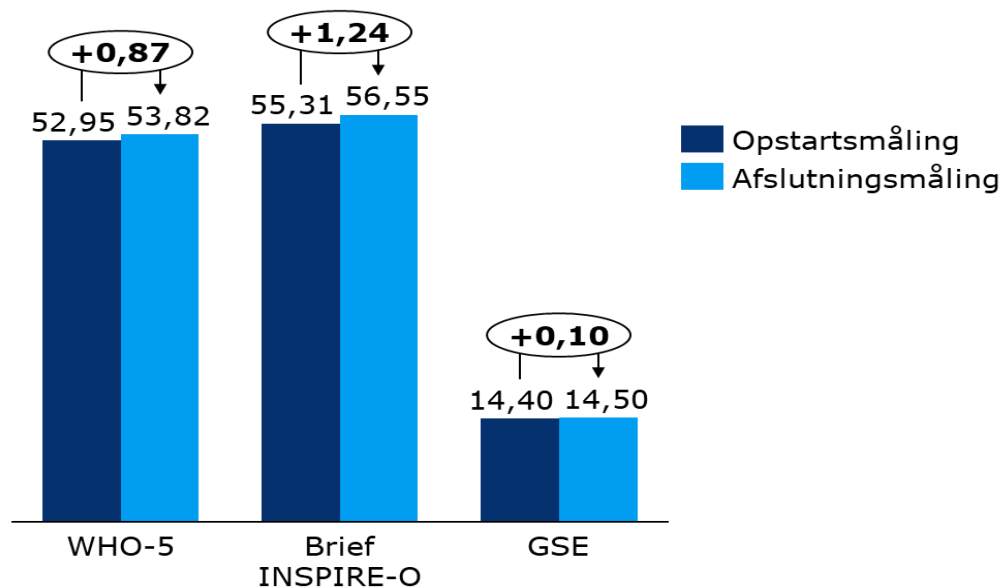
²⁹ Data stammer fra borgernes før- og eftermålinger samt løbende progressionsmålinger.

³⁰ Borgerne på botilbuddene oplever større grad af trivsel, inddragelse og mestring i hverdagen, og de negative konsekvenser ved misbruget mindskes, og i det omfang det er muligt, stabiliseres eller reduceres misbruget hos den enkelte borger.

og kerneelementer. Evalueringen peger derfor på, at den relativt lave implementeringsgrad i projektkommunerne har betydet, at indsatsen kun i mindre grad har tilvejebragt positive resultater for borgerne i målgruppen.

Figuren nedenfor illustrerer udviklingen i borgernes oplevelse af **personlig recovery** (målt via måleredskabet Brief INSPIRE-O), **mestringsevne** (belyst gennem måleværktøjet GSE) og **trivsel** (vurderet ved hjælp af WHO-5).

Figur 10: Borgernes gennemsnitlige score på GSE og Brief INSPIRE-O



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

Af figuren kan det ses, at borgerne ikke oplever en signifikant positiv udvikling i deres gennemsnitlige score på tværs af måleredskaberne. Det vil sige, at borgerne oplever en moderat grad af personlig recovery i både før- og eftermålingen (gennemsnitlig score på hhv. 55,3 og 56,6 på en 0-100 skala)³¹. Tilsvarende vurderer borgerne deres mestringsevne som middel (gennemsnitlig score på 14,4 og 14,5 på en skala, der rangerer mellem 6 og 24³²) ved både indsatsens opstart og afslutning. Sluttelig antyder borgernes trivselsscore, at de ikke er i risiko for depression og stressbelastning³³ ved indsatsens opstart og afslutning. Borgernes gennemsnitlige trivselsscore afviger dog fra normen for trivselsmålet³⁴, hvorfor det må antages, at borgerne generelt oplever en lavere grad af trivsel sammenlignet med den danske befolkning.

I tolkningen af de kvantitative resultater er det imidlertid vigtigt at have for øje, at indsatsen er målrettet borgere med komplekse problemstillinger. Indsatsens varighed forventes derfor at være afgørende for, at borgerne opnår en mærkbar og varig bedring i deres samlede livssituation. Af samme grund kan den korte projektperiode³⁵ betyde, at der ikke kan ses store forandringer i borgernes trivsel, personlige recoveryproces og mestringsevne. Tilsvarende nuancerer de kvalitative interviews med de fagprofessionelle, at en stagnering i borgernes oplevede udvikling kan skyldes,

³¹ Der er ikke udarbejdet norm-scores for redskabet. Derfor kan niveauet ikke vurderes. En score på 50 svarer imidlertid til, at borgeren har svaret "i nogen grad" på alle fem spørgsmål. Borgernes gennemsnitlige score er derfor middel på skalaen.

³² Der er ikke udarbejdet normtal for skalaen. Derfor kan niveauet ikke vurderes.

³³ En trivselsscore på 50 eller under svarer til, at man er i risikogruppen for depression eller stressbelastning, mens en score på over 50 betyder, at man ikke umiddelbart er i risiko for depression eller stressbelastning.

³⁴ Den gennemsnitlige score for befolkningen er 68. Kilde: Guide til trivselsindekset: WHO-5, Sundhedsstyrelsen.

³⁵ Den første borger blev registreret i indsatsen d. 22. maj 2021.

at borgerne har overvurderet egen trivsel og mestringsevne til at starte med grundet en manglende erkendelse af problemernes karakter.

De kvalitative interviews med borgerne underbygger imidlertid ovennævnte kvantitative resultater. Med afsæt i viden fra både implementeringsevalueringen (se kapitel fire) samt de kvalitative og kvantitative resultater på borgerniveau er evaluators vurdering derfor, at de manglende positive resultater må ses som en konsekvens af indsatsens lave implementeringsgrad i de fire projektkommuner.

På tværs af de kvalitative nedslag udtrykker borgerne, at deres trivsel hverken er god eller dårlig ved projektperiodens afslutning. Selvom borgerne oplever, at aktivitetsudbudet er vokset på botilbuddet, finder flere deres hverdag "kedelig" og "indholdsløs". Flere borgere italesætter fx, at de mangler noget "at stå op til", ligesom andre savner flere regelmæssige og skemalagte aktiviteter, der ikke afgrænser sig til en særlig tradition eller begivenhed. Ifølge borgerne vil flere aktiviteter både kunne understøtte det sociale samvær på botilbuddene samt deres trivsel i hverdagen.

CITAT: "Jeg savner flere aktiviteter i hverdagen. Der er ikke rigtig noget fællesskab her, og det er ærgerligt. Jeg snakker ikke rigtig med de andre. Vi er mest bare i vores egne lejligheder. Det hele er sådan lidt kedeligt. Og det gør bare, at jeg ryger mere hash – hvad skulle jeg ellers lave?" - Borger

CITAT: "Der er kommet nogle flere aktiviteter, men jeg keder mig stadig. Nogle gange ved jeg ikke, hvad jeg skal stå op til. Jeg savner, at det sker lidt mere. Og jeg savner, at vi laver noget, som jeg kan lide. Jeg kan fx godt lide kampsport. Jeg er ikke så meget til at sidde og tegne, som vi typisk gør." – Borger

Borgerne oplever dog generelt, at de fagprofessionelle udviser en mere undersøgende og nysgerrig tilgang til, hvad der er vigtigt for borgerne, herunder hvad borgerne interesserer sig for, drømmer om og er motiveret for. Kun få borgere tilkendegiver imidlertid, at deres input og drømme omdannes til konkrete initiativer (fx fællesaktiviteter eller individuelle tiltag i hverdagen). For hovedparten af borgerne betyder den manglende selvbestemmelse i hverdagen, at de savner kontrol i eget liv. Tilsvarende fremhæver borgerne, at det kan være demotiverende eller "ligegyldigt" at tale om ønsker, drømme og håb, hvis de fagprofessionelle ikke støtter dem i at realisere målene.

Blandt de borgere, som oplever en **øget autonomi**, betones hverdagen på botilbuddet som meningsfuld og fremmende for deres individuelle recoveryproces. Borgerne nævner blandt andet, at det styrker deres engagement, initiativ og lyst til at deltage, når de fagprofessionelle har blik for deres ressourcer og handler på deres vurderinger og input. Derudover oplever borgerne i højere grad at blive **positioneret som eksperter i eget liv**, når hverdagen på botilbuddet tilrettelægges ud fra deres ønsker og behov. Af det kvalitative materiale kan det ses, at positionen som ekspert i eget liv styrker borgernes tro på sig selv, ligesom flere for første gang føler sig respekteret for deres præferencer, meninger og holdninger. Evalueringen giver derfor indikationer på, at en recovery-orienteret indsats kan fremme målgruppens trivsel, mestring og personlig recoveryproces.

Ses der nærmere på borgernes rusmiddelforbrug, viser data fra før- og eftermålingen, at borgerne ikke oplever en signifikant stigning eller reduktion i deres forbrug af hhv. alkohol og stoffer i løbet af projektperioden (se figur D og E i bilag 4)³⁶. Borgernes motivationsgrad for forandring og eventuelt behandling udvikler sig ej heller signifikant, ligesom deres perspektiver på rusmidlernes negative og positive konsekvenser ej heller ændrer sig i løbet af projektperioden (se figur F og G i bilag 4). Ovennævnte fund bør dog ses i lyset af indsatsens skadesreducerende sigte, hvor

³⁶ Der ses kun en signifikant udvikling i borgernes forbrug af likør og shots. Konkret tilkendegiver flere borgere at forbruge denne type af alkohol ved afslutningsmålingen (se figur C i bilag 1).

der ikke stilles krav om ophør eller reduktion af rusmiddelindtaget. Som tidligere nævnt er intentionen i stedet, at de fagprofessionelle minimerer de sundhedsmæssige, psykiske, sociale og økonomiske følgeskader, som et skadeligt forbrug af rusmidler kan medføre (jf. kapitel fire).

Indsigter fra de kvalitative interviews med borgerne peger imidlertid på, at de fagprofessionelle kun i begrænset omfang har fokus på at forebygge de skader, som borgerne oplever som følge af rusmiddelforbruget. Ifølge hovedparten af borgerne ved de fagprofessionelle enten ikke, hvilke relevante tilbud der kan udgøre et reelt alternativ til at forbruge rusmidler, ellers har de ikke tid til at opstille og arbejde med alternative mestringsstrategier. En borger fremhæver fx, at det ville være en fordel, hvis de fagprofessionelle kunne tilbyde en gåtur, når stoftrangen er fremherskende, men at de fagprofessionelle sjældent har tid til at imødekomme borgernes ønske. Ovennævnte indikerer derfor, at realiseringen af det andet borgernære formål³⁷ kræver, at de fagprofessionelle har **kompetencer** og **tid** til at facilitere tiltag, der reducerer de følgeskader, som borgerne oplever som følge af deres rusmiddelforbrug. Evalueringen peger således på, at der er et uudnyttet potentiale i forhold til at opstille meningsfulde aktiviteter, der kan udgøre et alternativ til rusmidlernes funktion.

CITAT: "Jeg har sagt til de fagprofessionelle, at det er godt for mig at handle eller at gå en tur, når jeg har lyst til hash. Det hjælper mig at bruge min krop og lave noget aktivt. Så glemmer jeg lidt, hvor meget jeg har lyst til at ryge. Men jeg føler ikke, at de fagprofessionelle lytter. Eller det gør de måske, men de har ikke tid til at sætte en masse i gang for mig."
- Borger

Borgerne oplever dog, at samtalen om rusmidler på botilbuddet er blevet mere åben og naturlig efter implementeringen af indsatsen. Flere borgere tilkendegiver fx, at de fagprofessionelle er blevet mindre "berøringsangste" overfor emnet, ligesom de fagprofessionelle i højere grad udviser en undersøgende tilgang til de positive aspekter ved forbruget. Sidstnævnte er ifølge borgerne særlig vigtigt, da afdækningen bidrager til, at borgerne føler sig anerkendt og respekteret for den viden, de besidder om sig selv. Derudover understøtter en belysning af de positive aspekter ved forbruget, at emnet føles mindre stigmatiserende.

Selvom nogle fagprofessionelle udviser en mere nysgerrig og undersøgende tilgang til borgernes forbrug af rusmidler, formår de fagprofessionelle dog kun i begrænset omfang at omsætte denne viden til konkrete initiativer. Flere borgere pointerer i forbindelse hertil, at **peer-medarbejdere** med fordel kan bringes mere spil i arbejdet med at reducere rusmidlernes følgeskader. Borgerne fremhæver blandt andet, at peer-medarbejderne, qua deres erfaringskompetence, har en naturlig forståelse for borgernes situation, herunder hvad der kan afhjælpe borgernes udfordringer. Evalueringen peger således på, at der er et uudnyttet potentiale i forhold til at anvende peer-medarbejderne i det skadesreducerende arbejde.

CITAT: "Jeg tror, at det ville have en betydning, hvis det var peer-medarbejderen der havde fokus på følgeskader. Peer-medarbejderen har jo selv prøvet at være at være i mit sted, så hun må kunne hjælpe mig med nogle problemer de problemer, som jeg har." - Borger

6.1.2 De fagprofessionelles vurdering af borgerne

Dette afsnit belyser de fagprofessionelles faglige vurdering af borgernes udvikling i indsatsen. Afsnittet er baseret på viden fra de kvalitative interviews med de fagprofessionelle.

I tråd med resultaterne i ovenstående afsnit vurderer de fagprofessionelle ikke, at de borgernære mål for indsatsen er blevet realiseret. Ifølge de fagprofessionelle er borgernes trivsel, inddragelse og mestring ikke blevet styrket i løbet af projektperioden, ligesom de negative konsekvenser ved

³⁷ De negative konsekvenser ved misbruget mindskes, og i det omfang det er muligt, stabiliseres eller reduceres misbruget hos den enkelte borger.

rusmiddelforbruget heller ikke er blevet mindsket. Ovennævnte antyder derfor igen, at der er en sammenhæng mellem indsatsens implementeringsgrad i de fire projektkommuner og indsatsens resultater.

På trods af ovenstående fremhæver de fagprofessionelle to positive ændringer, som arbejdet med indsatsen har affødt. Indledningsvis oplever de fagprofessionelle, at fællesskabet på botilbuddet er blevet styrket, hvorfor borgerne har fået en mere meningsfuld hverdag. Derudover vurderer de fagprofessionelle, at borgerne udviser mere tillid til de fagprofessionelle.

Ses der nærmere på det første resultat, er oplevelsen blandt de fagprofessionelle, at **fællesskabet** på botilbuddet er blevet forbedret som følge af indsatsen. Vurderingen underbygges blandt andet af, at borgerne er mere opsøgende over for hinanden (de besøger fx hinanden eller tager initiativ til fællesaktiviteter i fælleslokalerne), ligesom de i højere grad kommer ud af deres lejligheder. Ifølge de fagprofessionelle skyldes udviklingen implementeringen af nye aktiviteter på botilbuddet. Mere konkret har aktiviteterne bidraget til, at borgerne har lært hinanden at kende i nye sammenhænge, hvilket har affødt nye bekendtskaber og relationer. De fagprofessionelle anerkender dog, at borgerne sjældent har blik for disse små forbedringer i hverdagen, da de typisk ønsker mere substantielle forandringer i deres liv (fx nye venskaber, mere indhold i hverdagen m.m.). Derfor er det også forventeligt, at borgerne ikke fremhæver ovenstående som et selvstændigt resultat af indsatsen.

Det er endvidere de fagprofessionelles indtryk, at borgerne og de fagprofessionelle har opnået en mere **tillidsfuld relation** til hinanden som følge af indsatsen. Ifølge flere fagprofessionelle bidrager den undersøgende og nysgerrige tilgang til at skabe en mere tryk og tillidsfuld relation, hvor borgerne føler sig set, hørt og anerkendt. Fx betyder tilgangen, at borgerne bliver mødt med en åben og oprigtig interesse, hvor de fagprofessionelle har en aktivt lyttende rolle i forhold til de emner, som borgerne bringer op. Ifølge de fagprofessionelle bidrager dette til at skabe en mere ligeværdig og tillidsfuld relation, hvor borgerne oplever at blive mødt uden fordomme og barrierer.

6.1.3 Kerneelementernes betydning for borgernes oplevede udbytte

Dette afsnit undersøger, hvorvidt og i hvilken grad kerneelementerne har haft en positiv betydning for borgernes oplevede udbytte. Afsnittet er baseret på viden fra kvalitative indsigter fra interviews med hhv. borgere og fagprofessionelle.

Af kapitel fire fremgår det, at projektkommunerne i mindre grad har implementeret indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. Det vil sige, at borgerne i relativt begrænset omfang har modtaget en indsats med brug af de enkelte kerneelementer. Undersøgelsen af kerneelementernes påvirkning af borgernes udbytte hviler derfor på et usikkert vidensgrundlag. Fx betyder indsatsens lave implementeringsgrad i projektkommunerne, at det ikke er muligt at konkludere, hvorvidt kerneelementerne i sig selv er nødvendige og skaber positive resultater for borgernes recoveryproces.

På trods af ovenstående indikerer den kvalitative analyse, at følgende tre kerneelementer har potentiale til at skabe positive resultater for borgernes individuelle recoveryproces: 1) Understøt borgernes motivation, 2) Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær og 3) Inddrag peer-kompetencer.

Analysen peger konkret på, at det er særligt virksomt, når indsatsen tilrettelægges og justeres med afsæt i **borgernes motivation**. Borgerne uddyber blandt andet, at hverdagen på botilbuddet føles mere meningsfuld og relevant, når borgernes egne drømme, ønsker og håb bliver guidende for indsatsen. Samtidig er det understøttende for borgernes frie vilje og selvbestemmelse, når hverdagens indhold er funderet i borgernes motivation. Blandt de projektkommuner, som har de bedst erfaringer med at udmønte kerneelementet i praksis, oplever borgerne således, at kerneelementet har afgørende betydning for deres trivsel og inddragelse i hverdagen. Omvendt tilkendegiver de borgere, som kun i begrænset omfang er blevet eksponeret for kerneelementet, at de savner medindflydelse og kontrol i hverdagen.

CITAT: "Det bedste er, når jeg kan mærke, at de fagprofessionelle virkelig lytter til mig og spørger, hvad jeg vil. Fx har jeg en drøm om at få nogle flere muskler, så nu træner jeg fast med peer-medarbejderen. Og det giver meget. Det gør, at jeg får lyst til at komme i gang med dagen, og det giver godt humør." – Borger

CITAT: "Der er mange ting her, som godt kunne være bedre. Men mest af alt så savner jeg at blive inddraget. Jeg savner, at de laver noget, som er til gavn for mig. Jeg gider fx ikke bare at sidde og tegne dagen lang. Men de spørger aldrig, hvad jeg vil." – Borger

I relation til ovenstående fremhæves borgernes deltagelse i **meningsfulde aktiviteter** og **socialt samvær** ligeledes som et virksomt element i indsatsen af både borgere og fagprofessionelle. Ifølge borgerne bidrager aktiviteterne til, at de føler sig mere forbundet til de øvrige beboere på botilbuddet. Mere konkret oplever borgerne, at aktiviteterne kan danne ramme for gode samtaler og relationsdannelse, ligesom aktiviteterne bidrager til, at borgerne føler sig mødt og anerkendt i fællesskabet. Tilsvarende kan manglende aktiviteter på botilbuddet medføre en følelse af ensomhed og isolation samt et indtryk af, at man ikke kan bidrage positivt til fællesskabet. På baggrund af evalueringens kvalitative materiale kan det derfor udledes, at meningsfulde aktiviteter og socialt samvær kan understøtte borgernes trivsel og dannelsen af nye meningsfulde relationer. Derudover har meningsfulde aktiviteter potentiale til at kunne styrke borgernes identitetsudvikling, da deltagelsen i aktiviteter fremmer en tro på, at borgerne kan bidrage til fællesskabet og botilbuddet generelt.

CITAT: "Jeg bliver rigtig glad, når vi laver noget sammen her på botilbuddet. Fx når vi spiller kongespil eller laver mad sammen. Sidst vi lavede mad sammen, viste jeg de andre en opskrift, som jeg har lavet meget med min mor. Og de synes, at den lød rigtig god. Så den skal vi lave sammen næste gang. Det glæder jeg mig til." – Borger

Sluttelig peger analysen på, at **peer-medarbejdere** har en afgørende betydning for borgernes personlige recoveryproces. Fælles for projektkommunerne er, at de alle har inddraget en eller flere peer-medarbejdere i arbejdet med indsatsen (jf. kapitel fire). Samtlige borgere har således haft mulighed for at modtage peer-støtte i løbet af projektperioden.

CITAT: "Peer-medarbejderen er guld værd. Hun er hurtig i replikken. Og så forstår hun mig bedre. Jeg skal ikke forklare, hvorfor jeg har det dårligt, og hun stiller ikke nogen dumme spørgsmål. Når jeg får det bedre, vil jeg gerne være som hende. Så vil jeg også hjælpe udsatte." – Borger

Ifølge både borgere og fagprofessionelle udgør peer-medarbejderen et virksomt element i indsatsen. Det skyldes, at peer-medarbejderen i højere grad kan understøtte borgernes håb og optimisme sammenlignet med de fagprofessionelle på botilbuddet. Fx tilkendegiver flere borgere, at peer-medarbejderen bedre kan forstå deres situation og udfordringer, idet peer-medarbejderen selv har levede erfaringer med psykiske lidelser og rusmiddelforbrug. Flere borgere italesætter fx, at peer-medarbejderen møder dem i øjenhøjde og udviser en respektfuld interesse for deres livssituation. Borgerne vurderer på baggrund heraf, at de bedre kan betro sig til peer-medarbejderen

om deres forbrug af rusmidler. Derudover tilkendegiver størstedelen af borgerne, at de anser peer-medarbejderen som en kompetent sparringspartner, de kan søge råd og vejledning ved, når de fx har abstinenser eller føler rusmiddeltrang. I tillæg hertil oplever hovedparten af borgerne, at de kan spejle sig i peer-medarbejderen, og at peer-medarbejderen fungerer som rollemodel, hvilket styrker borgernes tro på egen recovery.

6.2 Resultater på botilbudsniveau

Foruden at tilvejebringe resultater på borgerniveau er det forventningen, at indsatsen medfører resultater på botilbudsniveau. Mere konkret er antagelsen, at indsatsen fører til, at de fagprofessionelle på botilbuddet opnår øget trivsel, og at belastningsgraden i de fagprofessionelles arbejde og antallet af konflikter og voldsomme episoder på botilbuddet falder.

I den sidste del af kapitlet analyseres indsatsens organisatoriske resultater ud fra ovennævnte formål. Analyserne er baseret på de fagprofessionelles besvarelse af medarbejdertrivsels- og mindshiftsurveyen og kvalitative interviews med fagprofessionelle og ledere.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Afsnittet viser samlet set, at projektkommunerne ikke har realiseret de forventede organisatoriske resultater. Både de kvantitative og kvalitative data viser, at de fagprofessionelles trivsel er faldet i løbet af projektperioden, ligesom de fagprofessionelle oplever, at belastningsgraden i deres arbejde og antallet af konflikter og voldsomme episoder på botilbuddene er steget. Den manglende realisering af projektets organisatoriske formål bør (ligesom resultaterne på borgerniveau) ses i lyset af, at projektkommunerne i mindre grad har implementeret indsatsens værdigrundlag og kerneelementer.

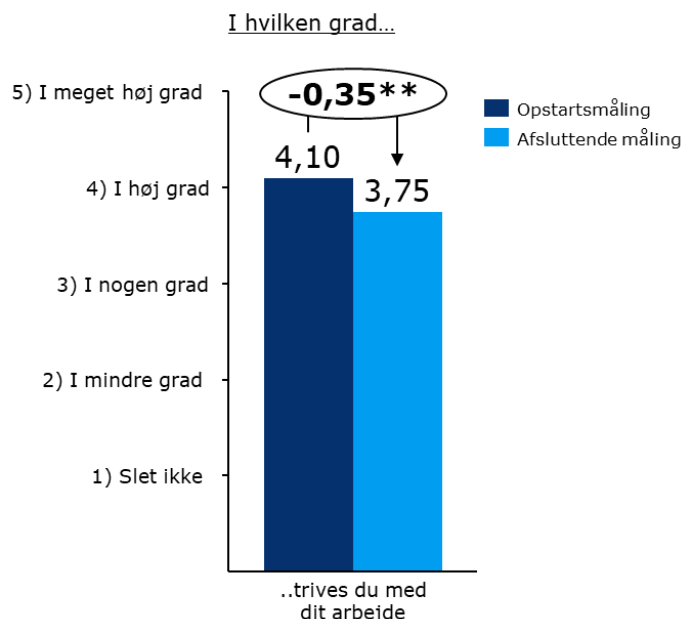
6.2.1 De fagprofessionelles trivsel og belastningsniveauet på botilbuddet

Afsnittets analyser viser, at projektkommunerne i mindre grad har indfriet de organisatoriske mål gennem deres arbejde med indsatsen. Både de kvantitative og kvalitative data viser, at de fagprofessionelles trivsel er faldet i løbet af projektperioden, ligesom de fagprofessionelle oplever, at belastningsgraden i deres arbejde og antallet af konflikter og voldsomme episoder på botilbuddene er steget. Analyserne tyder således på, at indsatsens lave implementeringsgrad i de fire projektkommuner ligeledes har betydning for indsatsens resultater for de fagprofessionelle.

Figur 11 illustrerer udviklingen i de fagprofessionelles vurdering af, hvorvidt de trives på deres arbejde (målt via medarbejdertrivsels- og mindshiftsurveyen). Af figuren fremgår det, at de fagprofessionelle ved opstart af indsatsen i høj grad oplever at trives i deres arbejde på botilbuddene (gennemsnitsscore på 4,1 på en skala fra 1 til 5). Ses der på udviklingen over tid, kan det imidlertid ses, at de fagprofessionelle i signifikant lavere grad oplever at trives på deres arbejde ved den afsluttende måling (gennemsnitsscore på 3,75 på en skala fra 1 til 5). Tolkes der alene på denne kvantitative måling af trivsel, har de fagprofessionelle således oplevet en nedgang i deres trivsel undervejs i projektet³⁸.

³⁸ I relation hertil er det imidlertid vigtigt at nævne, at indsatsen har været afprøvet i en tid, hvor de fagprofessionelles vilkår har været ændret grundet COVID-19-pandemien og deraf følgende nedlukninger og restriktioner. Konteksten for implementeringen af indsatsen har derfor været udfordret, hvilket kan have haft en betydning for realiseringen af indsatsens resultater.

Figur 11: De fagprofessionelles gennemsnitlige vurdering af, hvorvidt de trives i deres arbejde



Note: Figuren er baseret på de fagprofessionelles besvarelse af en medarbejdertrivsels- og minshfts survey, som er beskrevet i bilag 1. Den første måling blev gennemført i marts 2021, mens den sidste måling blev gennemført i perioden september til oktober 2022. Svarprocenten var 92 pct. for den første måling og 50 pct. for den sidste måling.

** : Signifikant ændring ved et 5 pct. signifikansniveau

På baggrund af den kvalitative empiri kan der umiddelbart identificeres tre årsager til, at de fagprofessionelle i gennemsnit oplever en nedgang i deres trivsel.

For det første peger de fagprofessionelle på, at de i takt med deres større viden om arbejdet med målgruppen er blevet mere bevidste om, hvor **begrænsede de er i deres handlerum** grundet mangel på ressourcer (jf. afsnit 4.1.4). For det andet oplever nogle af de fagprofessionelle, at **forbruget af rusmidler er eskaleret** på botilbuddet som følge af indsatsen. De fagprofessionelle peger dog samtidig på, at dette ligeledes blot kan afspejle en større grad af synlighed og opmærksomhed på forbruget sammenlignet med tidligere. Endelig oplever nogle af de fagprofessionelle, at opdelingen af fagprofessionelle, i form af specialteamet, har ledt til en **oplevelse af et A- og B-hold** på botilbuddene, hvilket i nogle tilfælde har påvirket samarbejdet i den samlede en fagprofessionelgruppe (jf. afsnit 4.2). Blandt de fagprofessionelle har dette skabt frustration og en følelse af, at ledelsen har "favoritter" i personalegruppen. Et opmærksomhedspunkt er derfor at skabe tydelighed om, på hvilket grundlag de fagprofessionelle udvælges til at indgå i det specialiserede team.

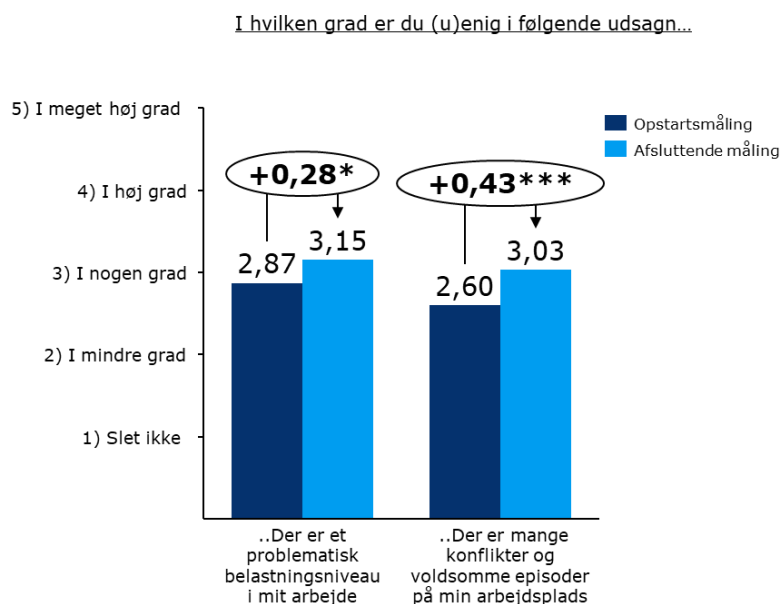
CITAT: "Jeg synes, at projektet har belyst vores muligheder – på både godt og ondt. Vi har fået en meget større viden om, hvordan vi kan arbejde med målgruppen, men vi er samtidig også blevet bevidste om, hvor lille vores handlerum er." – En fagprofessionel i specialteamet

CITAT: "Det kan opleves som om, at forbruget af rusmidler er eskaleret endnu mere efter dette projekt." – En fagprofessionel i specialteamet

Ses der nærmere på de fagprofessionelles opfattelse af belastningsniveauet på botilbuddet, viser figur 12 nedenfor, at de fagprofessionelle oplever en signifikant **negativ udvikling i belastningsniveauet** i deres arbejde, hvor de fagprofessionelle ved opstart af projektet i lavere grad (gennemsnit 2,87 på en skala fra 1 til 5) vurderede, at der var et problematisk belastningsniveau sammenlignet med ved afslutning af projektet (gennemsnit 3,15 på en skala fra 1 til 5). Ligeledes

fremgår det af figuren, at de fagprofessionelle oplever en signifikant **negativ udvikling i konflikter og voldsomme episoder** på arbejdspladsen. Konkret vurderer de fagprofessionelle, at der i lavere grad var mange voldsomme konflikter og episoder ved opstart af projektet (gennemsnit 2,60 på en skala fra 1 til 5) sammenlignet med ved afslutning af projektet (gennemsnit 3,03 på en skala fra 1 til 5).

Figur 12: De fagprofessionelles vurdering af, belastningsniveau, konflikter og voldsomme episoder på arbejdspladsen



Note: Figuren er baseret på de fagprofessionelles besvarelse af en medarbejdertrivsels- og mindshifsurvey, som er beskrevet i bilag 1. Den første måling blev gennemført i marts 2021, mens den sidste måling blev gennemført i perioden september til oktober 2022. Svarprocenten var 92 pct. for den første måling og 50 pct. for den sidste måling. *: Signifikant ændring ved et 10 % signifikansniveau. **: Signifikant ændring ved et 5 pct. signifikansniveau

På baggrund af den kvalitative empiri kan der umiddelbart identificeres to årsager til, at de fagprofessionelle i gennemsnit oplever et højere belastningsniveau og flere konflikter og voldsomme episoder på deres arbejdsplads. De fagprofessionelle peger blandt andet på, at de i arbejdet med kerneelement 2 og 3 er mere **opsøgende og afdækkende** i forhold til rusmidler, hvilket i nogle tilfælde kan virke optrappende i relation til konflikter. Dernæst peger nogle af de fagprofessionelle på, at udviklingen i belastningsniveauet i højere grad skyldes en **udskiftning i borgere** på botilbuddet, hvilket i nogle tilfælde har påvirket dynamikken og magtbalancen mellem borgerne samt opildnet kriminaliteten.

CITAT: "Konfliktniveauet hænger sammen med de typer af borgere, vi har. Der er generelt sket en ændring i vores borgergruppe de sidste år."
– En fagprofessionel i specialteamet

6.3 Delkonklusion

Kapitlets første del indikerer, at projektkommunerne i mindre grad har indfriet de borgernære mål gennem deres arbejde med indsatsen. Det vil sige, at borgerne ikke oplever en fremgang i deres trivsel, mestring og personlige recovery, ligesom de negative konsekvenser ved borgernes rus-middelforbrug ej heller er blevet reduceret. Tilsvarende viser anden del af kapitlets analyser, at de fagprofessionelle oplever et fald i deres trivsel, ligesom de vurderer, at belastningsgraden og antallet af konflikter og voldsomme episoder er steget.

Den manglende realisering af projektets formål afspejler, at projektkommunerne i mindre grad har implementeret indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. Evalueringen peger derfor på, at den relativt lave implementeringsgrad i projektkommunerne har betydet, at indsatsen kun i mindre grad har tilvejebragt positive resultater for borgerne i målgruppen og de fagprofessionelle på botilbuddet. Det er derfor fortsat antagelsen, at indsatsen *kan* skabe lovende resultater for både borgere og fagprofessionelle, hvis indsatsens værdigrundlag og kerneelementer implementeres metodeloyalt og med høj kvalitet. Fx fremhæver evalueringen, at følgende tre kerneelementer har potentiale til at skabe positive resultater for borgernes individuelle recoveryproces: 1) Understøt borgernes motivation, 2) Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær samt 3) Inddrag peer-kompetencer.

7. ØKONOMISK ANALYSE

I det følgende kapitel præsenteres den økonomiske analyse af indsatsen. Formålet med kapitlet er at skabe et overblik over balancen mellem de omkostninger, der er forbundet med at etablere og drive indsatsen og de gevinster, der potentielt kan realiseres som følge af indsatsen. Kapitlet belyser således SUSI-kriteriet, at 'indsatsen ikke er urealistisk dyr'³⁹.

Resultaterne fra omkostningsvurderingen af indsatsen beror på erfaringer fra de fem deltagende kommuner. Efterfølgende nuanceres omkostningsbilledet i to følsomhedsanalyser, hvor vi viser, hvordan de samlede omkostninger pr. beboer påvirkes, hvis 1) antallet af løntimer til en tovholder ifm. etablering af indsatsen varierer, og 2) antallet af beboere varierer.

Vurderingen er lavet som en niveau 2 omkostningsvurdering, jf. Socialstyrelsens retningslinjer for økonomisk analyse af sociale indsatser⁴⁰. Dette betyder, at vurderingen indeholder et foreløbigt kvantificeret estimat for de samlede omkostninger og for omkostninger pr. beboer. Grundet usikkerheden i kvantificeringen af omkostninger ved et modningsprojekt er der foretaget en række følsomhedsanalyser, som beskrevet ovenfor. Følsomhedsanalyserne har til formål at synliggøre, hvordan eventuelle variationer i analysens antagelser påvirker de beregnede omkostninger.

I denne analyse beregnes først bruttoomkostningerne forbundet med indsatsen. En del af driftsomkostningerne vil blive sparet, da de fagprofessionelle, før indsatsen blev sat i drift, varetog andre opgaver, de ikke længere varetager. Nettoomkostningerne forbundet med indsatsen beregnes derfor efterfølgende.

Datagrundlaget for dette afsnit er baseret på interviews med projektledere, botilbudsledere og medarbejdere, der er med i det specialiserede team, omkring etablerings- og driftsomkostninger. Herudover består datagrundlaget af en række materialer udarbejdet af de fem projektkommuner.

AFSNITTETS HOVEDKONKLUSIONER

Den økonomiske analyse viser, at etablering af indsatsen gennemsnitligt koster 231.700, hvis der ikke ansættes en tovholder og øvrige udgifter ikke medregnes. Ansættes en tovholder koster indsatsen gennemsnitligt 1.169.800 at etablere, mens indsatsen gennemsnitligt koster 1.372.200, hvis der ansættes en tovholder og øvrige udgifter medregnes.

Analysen viser videre, at det årligt koster et botilbud 292.700 kr. at drive indsatsen svarende til 36.600 pr. beboer i målgruppen pr. år. Driftsomkostningerne består af udgifter til ansættelse af en peer-medarbejder samt udgifter til at afholde aktiviteter med beboerne.

Der er store variationer i, hvor meget de fem kommuner vurderer, at indsatsen koster at etablere og drive. De præsenterede gennemsnitlige etablerings- og driftsomkostninger skal derfor tolkes med forsigtighed.

³⁹ Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at udarbejde en valid SØM-beregning, da effekten og de afledte konsekvenser af indsatsen endnu ikke har været muligt at afdække. Det er derfor ikke muligt at holde omkostningerne op mod de gevinster, der potentielt kan realiseres som følge af indsatsen. Der kan derfor ikke endeligt konkluderes på, om SUSI-kriteriet er opfyldt eller ej.

⁴⁰ https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/Retningslinjer_okonomiske_analyser

7.1 Omkostningsvurderingens resultater

Dette afsnit beskriver resultaterne af omkostningsvurderingen. Afsnittet præsenterer indledningsvist, hvilke antagelser omkostningsvurderingen er gennemført ud fra, hvorefter resultaterne af omkostningsvurderingen belyses. Endelig indeholder afsnittet en følsomhedsanalyse.

7.1.1 Antagelser bag omkostningsvurderingen

Omkostningsvurderingens resultater afhænger af de antagelser, der ligger bag beregningen.

Dette drejer sig om antagelser vedrørende 1) antal beboere i målgruppen og antal fagprofessionelle, 2) de fagprofessionelles timeforbrug ifm. etablering og drift af indsatsen, 3) øvrige udgifter forbundet med indsatsen samt 4) de fagprofessionelles lønninger.

Konkret baserer antagelserne sig på materialer⁴¹ fra de fem projektkommuner samt uddybende strukturerede interviews med fagprofessionelle i kommunerne. Formålet med at foretage dataindsamlingen gennem interviews har været at sikre, at omkostningsdata er blevet hhv. valideret og nuanceret med viden om de faktiske lokale forhold. Ligeledes har formålet med denne omkostningsvurdering været at vurdere, hvad indsatsen fremadrettet vil koste. De udleverede materialer viser et billede af omkostningsniveauet i modningsfasen, og interviews har sikret, at omkostningsniveauet, der er rapporteret her, baserer sig på projektkommunernes vurdering af, hvad indsatsen fremadrettet vil koste.

Figur 13: Centrale antagelser for omkostningsvurderingen

	INDSATSENS DRIFTSPERIODE	2 ÅR
	ANTAL KOMMUNER	5 KOMMUNER
	ANTAL BEBOERE	8 BEBOERE PR. BOTILBUD
	ANTAL MEDAR- BEJDERE	26 MEDARBEJDERE PR. BOTILBUD
	LØNUDGIFTER	GNS. LØNNINGER TRUK- KET FRA KRL.DK

Note: Antal beboere og medarbejdere er afrundet. Antal beboere pr. botilbud dækker over et spænd på 4-14 beboere, mens antal medarbejdere pr. botilbud dækker over et spænd på 15-42 medarbejdere.

Vi baserer lønudgifterne på gennemsnitlige lønudgifter fra KRL.dk for at opnå det mest retvisende billede af lønudgifterne⁴².

Projektkommunerne har ikke oplyst præcis hvilke medarbejdertyper, deres konkrete medarbejdergruppe består af. Det antages derfor, at alle medarbejdere er overenskomstansatte, og lønudgifterne baserer sig derfor på gennemsnitslønnen for socialpædagoger på døgninstitutioner, jf. KRL.dk. Projektkommunerne har oplyst, at peer-medarbejdere og vikarer aflønnes på samme vilkår som det resterende faste personale.

Resultaterne, der præsenteres i det følgende afsnit, er således baseret på disse antagelser.

Der er store variationer projektkommunerne imellem, både hvad angår antallet af beboere i målgruppen og fagprofessionelle på botilbuddene (antallet af beboere varierer mellem 4 og 14, mens antallet af fagprofessionelle varierer mellem 15 og 42), men også vedrørende ressourceforbruget

⁴¹ Materialer udgøres af budgetter og ressourcevurderinger.

⁴² Flere kommuner har oplyst medarbejdernes gennemsnitlige lønninger på det konkrete botilbud. Det gælder for alle disse kommuner, at lønniveauet har været lavere end det gennemsnitlige lønniveau trukket fra KRL.dk.

ifm. hhv. etablering og drift af indsatsen. Derfor vises der her både et omkostningsspænd og en gennemsnitsberegning over de fem projektkommuner.

Projektkommunerne har oplyst, at deres medarbejdergruppe godt kan håndtere, at der er flere beboere i målgruppen på botilbuddet, end der er i dag, men det er vanskeligt for dem at vurdere præcis hvor mange. Projektkommunerne oplyser i interviews, at målgruppen for indsatsen er meget begrænset, og derfor vil et botilbud i en mindre kommune naturligt have få beboere i målgruppen.

Ofte vil der i en omkostningsvurdering af en social indsats også indgå en antagelse om den gennemsnitlige forløbsvarighed for at kunne beregne, hvad et forløb gennemsnitligt koster pr. borger. Den gennemsnitlige forløbsvarighed har dog ikke været mulig for projektkommunerne at angive. Dette skyldes, at beboerne modtager denne indsats i al den tid, de bor på et botilbud. I nogle kommuner bor beboerne typisk på botilbuddet i mange år, mens botilbud i andre kommuner er midlertidige. På baggrund af denne usikkerhed vil de følgende beregninger afspejle de *årlige* omkostninger for indsatsen pr. beboer og ikke omkostningen forbundet med et afsluttet forløb.

7.1.2 Omkostninger

Dette afsnit præsenterer resultaterne af omkostningsvurderingen fordelt på etablerings- og driftsomkostninger. Projektkommunerne har forholdt sig til, hvilke ressourcer de har brugt på aktiviteter i relation til modningsprojektet, og hvilke ressourcer der er nødvendige for at etablere og drive indsatsen fremadrettet. Derfor er eksempelvis aktiviteter med Socialstyrelsen i relation til modningsprojektet udeladt. Det samme er timer brugt til at svare på spørgeskemaer mv. ifm. dataindsamling til denne analyse. Kvantificeringen af etablerings- og driftsomkostningerne giver dermed det mest retvisende billede ift. en potentiel fremtidig etablering af indsatsen.

Etableringsomkostninger

Den økonomiske analyse er foretaget, mens indsatsbeskrivelsen har været under udarbejdelse, og derfor præsenteres etableringsomkostningerne i tre scenarier.

Etablering af indsatsen forudsætter ifølge alle fem projektkommuner, at der ansættes en tovholder til at koordinere aktiviteter, motivere medarbejdere mv. Det er ikke et krav i indsatsbeskrivelsen af ansætte en tovholder, men det fremgår af indsatsbeskrivelsen, at dele af ledelsens ansvar evt. kan uddelegeres til en tovholder, som kan sætte retning og understøtte arbejdet med indsatsen i praksis.

Det er de fleste projektkommuners opfattelse, at tovholderen skal stå for den daglige planlægning og koordinering ifm. kompetenceudvikling, interne udviklingsarrangementer mv, mens én af projektkommunerne vurderer, at der potentielt kan indgå mange ledelsestimer i denne koordinering. Disse ledelsestimer er ikke medregnet i etableringen.

Herudover vurderer projektkommunerne, at der er en række øvrige udgifter forbundet med etablering af indsatsen, som ikke er beskrevet i indsatsbeskrivelsen. Øvrige udgifter dækker over vikardækning ifm. interne udviklingsarrangementer i form af oplæg, team-dage mv., hvor de fagprofessionelle har mulighed for at dele erfaringer, indkøb af IT-udstyr⁴³, udarbejdelse af grafisk materiale samt peer uddannelse⁴⁴.

⁴³ Kommunerne oplyser, at indsatsen kræver, at medarbejderne har adgang til mobiltelefoner og bærbare PC'er. Mange botilbud har i dag kun stationære computere og fastnettelefoner, og derfor er der en omkostning til indkøb af IT-udstyr. Hvis et botilbud i forvejen har mobiltelefoner og bærbare PC'er, så er denne udgift ikke nødvendig.

⁴⁴ Kun én kommune har haft udgifter til en peer uddannelse. Denne uddannelse koster 12.000 kr.

Etablering af indsatsen forudsætter i alle scenarier, at alle medarbejdere på et botilbud modtager kompetenceudvikling. Alle fagprofessionelle, peer-medarbejdere og ledere modtager 6 dages kompetenceudvikling. I de tidsrum, hvor medarbejderne deltager heri, skal botilbuddet bruge ressourcer på vikardækning. Projektkommunerne vurderer dog ressourceforbruget forbundet med kompetenceudvikling forskelligt. Det skyldes, at nogle projektkommuner har afsat timer til, at deres medarbejdere har haft mulighed for forberedelse og opsamling ifm. undervisningsdage, mens medarbejdere i andre projektkommuner ikke vurderer, at forberedelse og opsamling er nødvendig. Herudover medregnes udgifter til transport og forplejning ifm. kompetenceudvikling.

Scenarie 1: Etableringsomkostninger uden tovholder og uden øvrige udgifter

I det første scenarie præsenteres de omkostninger, der specifikt nævnes i indsatsbeskrivelsen. Der medregnes her omkostninger til vikardækning ifm. kompetenceudvikling samt udgifter til transport og forplejning ifm. kompetenceudvikling.

De samlede etableringsomkostninger udgør på tværs af de fem projektkommuner i gennemsnit 231.700 kr. i dette scenarie. Omkostninger til de enkelte elementer forbundet med etablering fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 1: Etableringsomkostninger i scenarie 1 (2022-priser, afrundet til hele hundrede kr.)

Omkostningselement	Omkostningsspænd	Omkostnings- estimat (gns.)
Vikardækning ifm. kompetenceudvikling	70.200 – 358.400 kr.	198.600 kr.
Transport ifm. kompetenceudvikling mv.	1.500 – 25.000 kr.	9.400 kr.
Forplejning ifm. kompetenceudvikling mv.	0 – 55.000 kr.	23.700 kr.
Samlede etableringsomkostninger	71.700 – 389.500 kr.	231.700 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Note: De opgjorte etableringsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer etableringsomkostninger lavest til den kommune, der vurderer etableringsomkostningerne højest. Spændet i de samlede etableringsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer etableringsomkostningerne lavest til højest, og spændet er derfor ikke nødvendigvis lig med summen af spændene indenfor de enkelte omkostningselementer. Som følge af afrunding kan de samlede etableringsomkostninger variere fra summen af de enkelte omkostningselementer.

De varierende udgifter til vikardækning ifm. kompetenceudvikling skyldes, at alle fagprofessionelle på et botilbud modtager kompetenceudvikling. I de fem projektkommuner varierer antallet af fagprofessionelle fra 15 til 42, og derfor er der et stort omkostningsspænd på dette omkostningselement.

Scenarie 2: Etableringsomkostninger med tovholder og uden øvrige udgifter

Som beskrevet ovenfor, lægger alle fem projektkommuner vægt på, at en tovholder spiller en stor rolle ifm. etablering af indsatsen. I dette scenarie medregnes derfor lønudgifter til en tovholder.

De samlede etableringsomkostninger udgør på tværs af de fem projektkommuner i gennemsnit 1.169.800 kr. i dette scenarie. Omkostninger til de enkelte elementer forbundet med etablering fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 2: Etableringsomkostninger i scenarie 2 (2022-priser, afrundet til hele hundrede kr.)

Omkostningselement	Omkostningsspænd	Omkostnings- estimat (gns.)
Vikardækning ifm. kompetenceudvikling	70.200 – 358.400 kr.	198.600 kr.
Transport ifm. kompetenceudvikling mv.	1.500 – 25.000 kr.	9.400 kr.
Forplejning ifm. kompetenceudvikling mv.	0 – 55.000 kr.	23.700 kr.
Løn til tovholder	613.100 - 1.134.300 kr.	938.100 kr.
Samlede etableringsomkostninger	752.200 – 1.492.700 kr.	1.169.800 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Note: De opgjorte etableringsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer etableringsomkostninger lavest til den kommune, der vurderer etableringsomkostningerne højest. Spændet i de samlede etableringsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer etableringsomkostningerne lavet til højest, og spændet er derfor ikke nødvendigvis lig med summen af spændene indenfor de enkelte omkostningselementer. Som følge af afrunding kan de samlede etableringsomkostninger variere fra summen af de enkelte omkostningselementer.

De varierende lønudgifter til tovholder skyldes, at tre projektkommuner vurderer, at det er nødvendigt at ansætte en tovholder på fuld tid i minimum to år, mens de resterende to projektkommuner vurderer, at det er nok med hhv. en ansættelse på 20 og 22 timer i to år⁴⁵. Alle fem projektkommuner vurderer, at det er vanskeligt at etablere indsatsen uden en tovholder i en periode, da ledelsen ofte ikke vil have tid til at varetage de opgaver, en etablering kræver.

Scenarie 3: Etableringsomkostninger med tovholder og med øvrige udgifter

Som beskrevet ovenfor vurderer projektkommunerne, at der, udover ansættelse af en tovholder, er en række øvrige udgifter forbundet med etablering af indsatsen. I dette scenarie medregnes de af kommunerne påpegede øvrige udgifter.

De samlede etableringsomkostninger udgør på tværs af de fem projektkommuner i gennemsnit⁴⁶ 1.372.200 kr. Omkostninger til de enkelte elementer forbundet med etablering fremgår af tabellen nedenfor.

⁴⁵ Flere kommuner giver udtryk for, at to år er et konservativt skøn, da det sandsynligvis vil kræve en længere ansættelse, hvis indsatsen skal forankres i botilbuddet.

⁴⁶ To kommuner indgår ikke i det beregnede gennemsnit af øvrige udgifter (udover løn), da de ikke har haft mulighed for at kvantificere disse udgifter.

Tabel 3: Etableringsomkostninger i scenarie 3 (2022-priser, afrundet til hele hundrede kr.)

Omkostningselement	Omkostningsspænd	Omkostnings- estimat (gns.)
Vikardækning ifm. kompetenceudvikling	70.200 – 358.400 kr.	198.600 kr.
Transport ifm. kompetenceudvikling mv.	1.500 – 25.000 kr.	9.400 kr.
Forplejning ifm. kompetenceudvikling mv.	0 – 55.000 kr.	23.700 kr.
Løn til tovholder	613.100 – 1.134.300 kr.	938.100 kr.
Vikardækning ifm. interne udviklingsarrangementer	60.100 – 184.800 kr.	143.100 kr.
Grafisk materiale	0 – 27.000 kr.	9.000 kr.
Peer uddannelse	0 – 12.000 kr.	4.000 kr.
Indkøb af IT-udstyr	9.000 – 120.000 kr.	46.300 kr.
Samlede etableringsomkostninger	937.000 – 1.660.700 kr.	1.372.200 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Note: De opgjorte etableringsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer etableringsomkostninger lavest til den kommune, der vurderer etableringsomkostningerne højest. Spændet i de samlede etableringsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer etableringsomkostningerne lavet til højest, og spændet er derfor ikke nødvendigvis lig med summen af spændene indenfor de enkelte omkostningselementer. Som følge af afrunding kan de samlede etableringsomkostninger variere fra summen af de enkelte omkostningselementer.

Projektkommunerne oplyser, at indsatsen kræver, at de fagprofessionelle har adgang til mobiltelefoner og bærbare PC'er. Mange botilbud har i dag kun stationære computere og fastnettelefoner, og derfor kan der være en udgift forbundet med indkøb af dette IT-udstyr. Hvis de fagprofessionelle i forvejen har adgang til dette udstyr, så er udgiften ikke nødvendig. I dette tilfælde vil etableringsomkostningerne i gennemsnit være 1.325.900 kr.

Driftsomkostninger

Driftsomkostninger er opgjort på årsbasis, hvorefter de årlige driftsomkostninger pr. beboer i målgruppen beregnes⁴⁷. Bruttodriftsomkostningerne dækker over løn til fagprofessionelle, ledelse og en peer-medarbejder.

Alle fem projektkommuner har ansat en peer-medarbejder, men ansættelsesforholdet omkring denne medarbejder varierer på tværs af projektkommunerne. I indsatsbeskrivelsen fremgår det, at peer-medarbejderen enten kan indgå på botilbuddet på linje med alle andre medarbejdere, eller at peer-medarbejderen kan have én eller flere specifikke opgaver, som vedkommende løser på botilbuddet. I det sidste tilfælde er peer-medarbejderen ansat til specifikt at arbejde med indsatsrelateret arbejdsopgaver. Dette drejer sig fx om at varetage de meningsfulde aktiviteter for beboerne i målgruppen. Ansættelsesforholdet omkring peer-medarbejderen er i fire af projektkommunerne på hhv. 12, 18, 20 og 37 timer om ugen til indsatsspecifikke opgaver. Den sidste projektkommune har også en peer-medarbejder ansat på 37 timer om ugen, men denne medarbejder indgår i på linje med alle andre medarbejdere på botilbuddet. Således er der ikke afsat særskilte timer til en peer-medarbejder i denne projektkommune.

Udover løntimer udgør de eneste kvantificerbare driftsomkostninger udgifter til at afholde aktiviteter med beboerne. Projektkommunerne beskriver, at der også kan være mindre omkostningerne forbundet med fx cigaretter (ifm. 'contingency management'), det sociale frikort samt udgifter til indretning (fx etablering af motionsrum). Det har ikke været muligt at kvantificere disse omkostninger.

⁴⁷ På nogle botilbud er en stor del af beboerne i målgruppen for denne indsats, mens det kun er en lille andel af beboerne på andre botilbud, der er i målgruppen. Da indsatsen ifølge kommunerne kræver, at alle medarbejdere på botilbuddet modtager kompetenceudvikling og indgår i de ugentlige aktiviteter omkring målgruppen varierer omkostninger pr. beboer meget mellem kommunerne.

Bruttodriftsomkostningerne er i gennemsnit 1.013.800 kr. om året⁴⁸. De fem projektkommuner har hen over et år gennemsnitligt 8 beboere i målgruppen, og dermed bliver omkostningerne pr. beboer i gennemsnit 126.700 kr. om året. I tabel 2 nedenfor fremgår de enkelte omkostningselementer forbundet med drift af indsatsen.

Tabel 4: Bruttodriftsomkostninger pr. år (2022-priser, afrundet til hele hundrede kr.)

Omkostningselement	Omkostningsspænd	Omkostnings- estimat (gns.)
Løn til fagprofessionelle	168.600 – 1.341.200 kr.	642.200 kr.
Løn til ledelse	0 – 157.800 kr.	78.900 kr.
Løn til peer-medarbejder	0 – 567.100 kr.	266.700 kr.
Udgifter til aktiviteter	4.000 – 70.000 kr.	26.000 kr.
Samlede bruttodriftsomkostninger pr. år	409.300 – 2.017.800 kr.	1.013.800 kr.
Bruttodriftsomkostninger pr. år pr. beboer	48.500 – 403.600 kr.	126.700 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Note: De opgjorte driftsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer driftsomkostninger lavest til den kommune, der vurderer driftsomkostningerne højest. Spændet i de samlede bruttodriftsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer bruttodriftsomkostningerne lavet til højest, og spændet er derfor ikke nødvendigvis lig med summen af spændene indenfor de enkelte omkostningselementer. Som følge af afrunding kan de samlede driftsomkostninger variere fra summen af de enkelte omkostningselementer.

Omkostningerne, forbundet med driften af indsatsen, varierer meget mellem de fem projektkommuner. De årlige bruttodriftsomkostninger spænder fra 409.300 kr. i én projektkommune til 2.017.800 kr. i en anden projektkommune. Dette skyldes især, at antallet af fagprofessionelle på botilbuddet varierer imellem projektkommunerne. Da hele medarbejdergruppen lægger timer i drift af indsatsen, vil bruttodriftsomkostningerne være større på et botilbud, hvor der er flere fagprofessionelle. Alle projektkommuner beskriver, at det er vigtigt, at alle fagprofessionelle på botilbuddet er involveret i indsatsen, og derfor er driftsomkostningerne forbundet med indsatsen høje, hvis der er mange fagprofessionelle ansat på botilbuddet.

Løn til fagprofessionelle dækker over de timer, som de fagprofessionelle bruger på indsatsspecifikke aktiviteter. Projektkommunerne vurderer, at der gennemsnitligt skal afsættes 1,6 timer pr. fagprofessionel pr. uge til specifikt at arbejde med indsatsen (dækkende over et spænd fra 1-2,5 timer). Disse timer går til ekstra sparringsmøder⁴⁹, flere samarbejds-møder med rusmiddelcenteret, netværksmøder med beboerne i målgruppen og relevante samarbejdspartnere, rusmid-delcafé⁵⁰ samt flere sundheds-/rusmiddelsamtaler med beboerne. Herudover er det projektkommunernes erfaring, at der løbende skal afsættes timer til møder i det specialiserede team.

Det er projektkommunernes vurdering, at der skal afsættes 2,2 timer pr. leder pr. uge til specifikt at arbejde med indsatsen (dækkende over et spænd fra 0-4 timer). Disse timer går primært til deltagelse i møder i det specialiserede team og koordinering af indsatsen.

⁴⁸ Én kommune indgår ikke i det beregnede gennemsnit af udgifter til aktiviteter, da de ikke har haft mulighed for at kvantificere denne udgift.

⁴⁹ Én kommune har indført daglige 20-minutters feedbackmøder i både dag- og aftenvagte, hvor medarbejderne udveksler indsatsspecifikke erfaringer med hinanden.

⁵⁰ To kommuner har gode erfaringer med at etablere et åbent arrangement, hvor beboerne kan komme og tale om rusmidler med hinanden.

Sparede omkostninger

De fagprofessionelle, der har varetaget indsatsen på botilbuddene, har været de samme fagprofessionelle, som var ansat på botilbuddene, før indsatsen blev sat i drift, dvs. at der ikke har været ansættelser forbundet med drift af indsatsen. Før indsatsen blev sat i drift varetog de fagprofessionelle andre opgaver i relation til målgruppen, som de ikke længere varetager.

Derfor beregnes nettodriftsomkostningerne, dvs. bruttodriftsomkostningerne præsenteret ovenfor, fratrullet de sparede omkostninger. Bortfaldne omkostninger dækker her over løn til de fagprofessionelle og ledelsens timeforbrug ifm. indsatsen.

Nettodriftsomkostningerne er i gennemsnit 292.700 kr. om året⁵¹. De fem projektkommuner har gennemsnitligt 8 beboere i målgruppen, og dermed bliver omkostningerne pr. beboer i gennemsnit 36.600 kr. om året. I tabel 3 nedenfor fremgår de enkelte omkostningselementer forbundet med drift af indsatsen, når der tages højde for sparede omkostninger.

Tabel 5: Nettodriftsomkostninger pr. år (2022-priser, afrundet til hele hundrede kr.)

Omkostningselement	Omkostningsspænd	Omkostnings- estimat (gns.)
Løn til peer-medarbejder	0 – 567.100 kr.	266.700 kr.
Udgifter til aktiviteter	4.000 – 70.000 kr.	26.000 kr.
Samlede nettodriftsomkostninger pr. år	15.000 – 637.100 kr.	292.700 kr.
Nettodriftsomkostninger pr. år pr. be- boer	2.100 – 127.400 kr.	36.600 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Note: De opgjorte driftsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer driftsomkostninger lavest til den kommune, der vurderer driftsomkostningerne højest. Spændet i de samlede nettodriftsomkostninger er et spænd fra den kommune, der vurderer nettodriftsomkostningerne lavest til den kommune, der vurderer nettodriftsomkostningerne højest, og spændet er derfor ikke nødvendigvis lig med summen af spændene indenfor de enkelte omkostningselementer. Som følge af afrunding kan de samlede driftsomkostninger variere fra summen af de enkelte omkostningselementer.

Som beskrevet ovenfor er der store variationer i etablerings- og driftsomkostningerne, og vi har derfor beregnet en række følsomhedsanalyser, som præsenteres i det følgende.

Følsomhedsanalyse

I den første følsomhedsanalyse opgøres etableringsomkostningerne, hvis udgifterne til en tovholder er hhv. lavere eller højere end gennemsnittet ovenfor, og i den anden opgøres brutto- og nettodriftsomkostningerne, hvis der er hhv. færre eller flere beboere i målgruppen end gennemsnittet ovenfor.

Som ovenfor beskrevet dækker de store variationer mellem projektkommunerne blandt andet over projektkommunernes vurdering af behovet for en tovholder ifm. etablering af indsatsen. Løn til en tovholder står for to tredjedele af omkostningerne til etablering af indsatsen, og dermed vil færre eller flere løntimer til en tovholder have stor betydning for de samlede etableringsomkostninger. I figuren herunder er etableringsomkostningerne opgjort i hvert af de tre etableringsscenarier: 1) hvis ingen tovholder er ansat, 2) hvis en tovholder er ansat 20 timer om ugen i 2 år, og 3) hvis en tovholder er ansat 37 timer om ugen i to år.

⁵¹ Én kommune indgår ikke i det beregnede gennemsnit af udgifter til aktiviteter, da de ikke har haft mulighed for at kvantificere udgifterne forbundet med afholdelse af aktiviteter.

Figur 14: Følsomhedsanalyse af ændring i løntimer til tovholder ifm. etablering (2022-priser, afrundet til hele hundrede kr.)

ETABLERINGSOMKOSTNINGER INGEN ANSAT TOVHOLDER	ETABLERINGSOMKOSTNINGER TOVHOLDER ANSAT 20 TIMER OM UGEN I 2 ÅR	ETABLERINGSOMKOSTNINGER TOVHOLDER ANSAT 37 TIMER OM UGEN I 2 ÅR
Samlede omk., scenarie 1 231.700 kr.	Samlede omk., scenarie 1 231.700 kr.	Samlede omk., scenarie 1 231.700 kr.
Samlede omk., scenarie 2 231.700 kr.	Samlede omk., scenarie 2 844.800 kr.	Samlede omk., scenarie 2 1.366.000 kr.
Samlede omk., scenarie 3 434.100 kr.	Samlede omk., scenarie 3 1.047.200 kr.	Samlede omk., scenarie 3 1.568.400 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Af figuren kan det ses, at etableringsomkostningerne varierer fra 231.700 kr. i scenarie 1 til 1.568.400 kr. i scenarie 3 med en tovholder ansat 37 timer om ugen i 2 år. Dermed har det stor indflydelse på omkostningerne, hvor mange timer en tovholder er ansat i etableringsfasen.

Den næste følsomhedsanalyse undersøger, hvor meget de årlige driftsomkostninger pr. beboer bliver påvirket, hvis der er hhv. færre eller flere beboere i målgruppen. En stor kommune vil forventeligt have flere beboere, der har psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler, mens en mindre kommune forventeligt vil have færre beboere i målgruppen. Da hele medarbejdergruppen lægger timer i drift af indsatsen, kan omkostningerne pr. beboer potentielt variere meget på tværs af kommuner, der har færre eller flere beboere i målgruppen. I figuren herunder er driftsomkostningerne opgjort pr. beboer i målgruppen, hvis der er hhv. 5 og 15 beboere i målgruppen.

Figur 15: Følsomhedsanalyse af ændring i antal beboere i målgruppen (2022-priser, afrundet til hele hundrede kr.)

OMKOSTNINGER PR. BEBOER VED 5 BEBOERE I MÅLGRUPPEN	OMKOSTNINGER PR. BEBOER VED 8 BEBOERE I MÅLGRUPPEN	OMKOSTNINGER PR. BEBOER VED 15 BEBOERE I MÅLGRUP- PEN
Årlige brutto- omkostninger 1.013.800 kr.	Årlige brutto- omkostninger 1.013.800 kr.	Årlige brutto- omkostninger 1.013.800 kr.
Omk. pr. beboer 202.800 kr.	Omk. pr. beboer 126.700 kr.	Omk. pr. beboer 67.600 kr.
Årlige netto- omkostninger 292.700 kr.	Årlige netto- omkostninger 292.700 kr.	Årlige netto- omkostninger 292.700 kr.
Omk. pr. beboer 58.500 kr.	Omk. pr. beboer 36.600 kr.	Omk. pr. beboer 19.500 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af indsamlede omkostningsdata.

Af figuren kan det ses, at bruttodriftsomkostninger pr. beboer pr. år varierer fra 67.600 kr. pr. beboer pr. år ved 15 beboere i målgruppen til 202.800 kr. pr. beboer pr. år ved 5 beboere i målgruppen. Nettodriftsomkostningerne pr. beboer pr. år varierer fra 19.500 kr. pr. beboer pr. år ved

15 beboere i målgruppen til 58.500 kr. pr. beboer pr. år ved 5 beboere i målgruppen. Dermed afhænger omkostningerne pr. beboer meget af, hvor mange beboere en kommune har i målgruppen for indsatsen.

8. BILAG

8.1 Bilag 1: Metodebeskrivelse

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

Implementeringsevalueringen har både haft et formativt og et summativt sigte. Den formative del af evalueringen har tilvejebragt viden om kvaliteten i udmøntningen af indsatsen, samt hvordan kerneelementerne kan omsættes i praksis. Viden fra den formative del er særligt blevet anvendt til at understøtte læring og tilpasning af indsatsen lokalt i projektkommunerne og dermed til modning af indsatsen på nationalt plan. Den summative del af implementeringsevalueringen har omvendt haft fokus på at evaluere kvaliteten i implementeringen af indsatsen samt på drivkræfter og barrierer i implementeringsarbejdet.

Evalueringen af indsatsens resultater fokuserer på, hvilken progression der kan måles hos de i alt **62 borgere**, der har deltaget i indsatsen, samt hvilke organisatoriske resultater indsatsen har af født. Evalueringen af indsatsens resultater er fokuseret om de forventede organisatoriske og borgernære resultater, der er opstillet for projektet. De forventede resultater er:

1. Borgerne på botilbuddene oplever større grad af trivsel, inddragelse og mestring i hverdagen.
2. De negative konsekvenser ved misbruget mindskes, og i det omfang det er muligt, stabiliseres eller reduceres misbruget hos den enkelte borger.
3. De fagprofessionelle på botilbuddene opnår øget trivsel.
4. Belastningsgraden i de fagprofessionelles arbejde og antallet af konflikter og voldsomme episoder på botilbuddet falder.

Den **økonomiske evaluering** består af en afdækning af indsatsens etableringsomkostninger og indsatsens driftsomkostninger med fokus på meromkostninger. Der foretages således en samlet økonomisk evaluering bestående af en omkostningsvurdering af den modnede indsats suppleret med scenarieanalyser. Omkostningerne er blevet beregnet i Socialstyrelsens omkostningsmodel, mens scenarieanalyserne er blevet udført i SØM.

Dataindsamlingsredskaber i evalueringen

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

Datakilde	Beskrivelse af datakilde
Kvalitet i kerneelementer	I løbet af projektperioden er der blevet indsamlet data om indsatsens implementeringsgrad. Målingen beror på et skema, der belyser kvaliteten i kerneelementerne, samt hvorvidt og i hvilken grad botilbuddet har udmøntet kerneelementerne i praksis. Besvarelsenerne af skemaet er derfor et udtryk for kommunernes selvvaluerede efterlevelse af indsatsen i praksis. Inden for projektets rammer har det ikke været muligt at gennemføre en mere objektiv måling af fidelitet. Skemaet for kvalitet i kerneelementer har været udfyldt hver tredje måned af projektkommunernes specialiserede team. Data fra kvalitet i kerneelementer indgår som datakilde i kapitel 4, der belyser, i hvilket omfang projektkommunerne har implementeret indsatsen.
Opstarts- og afslutningsskema besvaret af en fagprofessionel	Når borgere registreres i indsatsen, indsamles en række baggrundsoplysninger. Baggrundsoplysningerne er anvendt til at foretage en beskrivelse af målgruppen for indsatsen. Opstartsskemaet er blevet udfyldt af fagprofessionelle fra botilbuddet og afdækker borgerens boligsituation, eventuelle tidligere og igangværende indsatser, eventuel psykiatrisk diagnose, rusmiddelforbrug, og hvorvidt der er foretaget en social- eller sundhedsfaglig udredning forud for indsatsen. I afslutningsskemaet indsamles der oplysninger om afslutningsårsag, boligsituation, igangværende indsatser, rusmiddelforbrug, hvorvidt der er foretaget social- eller sundhedsfaglig udredning i løbet af projektperioden, samt hvilken støtte borgeren overgår til. Afslutningsskemaet udfyldes af fagprofessionelle ved borgernes afslutning i indsatsen (fx ved fraflytning) og/eller ved afslutning af projektperioden. Data fra opstartsskemaet indgår som datakilde i kapitel 5, der belyser, hvad der kendetegner de borgere, som opstarter i indsatsen.
Før- og eftermåling af borgernes trivsel, mestring og forbrug af rusmidler	Før- og eftermålingen af borgernes trivsel, mestringsevne og forbrug af rusmidler er målt med de validerede måleredskaber WHO-5, General Self-efficacy Scale (GSE) samt DUDIT-E og ALCOHOL-E. Data fra ovennævnte måleredskaber indgår som datakilde i kapitel 6, der blandt andet belyser borgernes forbrug af rusmidler ved projektets opstart. Derudover indgår måleredskaberne i kapitel 6, der blandt andet skitserer indsatsens resultater på borgerniveau. <i>WHO-5</i> WHO-5 benyttes til at måle borgernes udvikling i trivsel. WHO-5 er et valideret måleredskab og anvendes som et mål for en persons generelle trivsel eller velbefindende. Måleredskabet består af fem spørgsmål om, hvordan personen har følt sig tilpas i de seneste to uger. Måleredskabet giver en trivselscore mellem 0 og 100, hvor 100 er den højeste grad af trivsel: • Pointtal mellem 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning • Pointtal mellem 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning • Pointtal over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning • Den gennemsnitlige score for befolkningen ligger på 68. <i>GSE</i> GSE anvendes til at måle borgernes udviklingen i mestringsevne. Det vil sige, om der er sket en udvikling i borgernes tro på at kunne håndtere de udfordringer, de møder i deres liv. GSE indeholder i sin oprindelige form 10 items, men i nærværende projekter er der anvendt den korte version for at minimere mængden af dokumentation for borgerne. GSE er psykometrisk evalueret blandt deltagere fra 25 forskellige lande, og undersøgelser peger på, at redskabet er anvendeligt i forskellige kulturelle sammenhænge. <i>DUDIT-E og ALCOHOL-E</i> DUDIT-E og ALCOHOL-E anvendes til at kortlægge det specifikke forbrug af hhv. stoffer og alkohol samt de positive og negative aspekter af forbruget med tilhørende ambivalens samt motivationsgraden for forandring og eventuel behandling. DUDIT-E består af 54 spørgsmål, og redskabet er valideret og oversat til dansk. Spørgsmålene i ALCOHOL-E udgør en kopi af spørgsmålene i DUDIT-E. Redskabet er dog ikke oversat til dansk (det findes kun på norsk), men er ligeledes valideret.

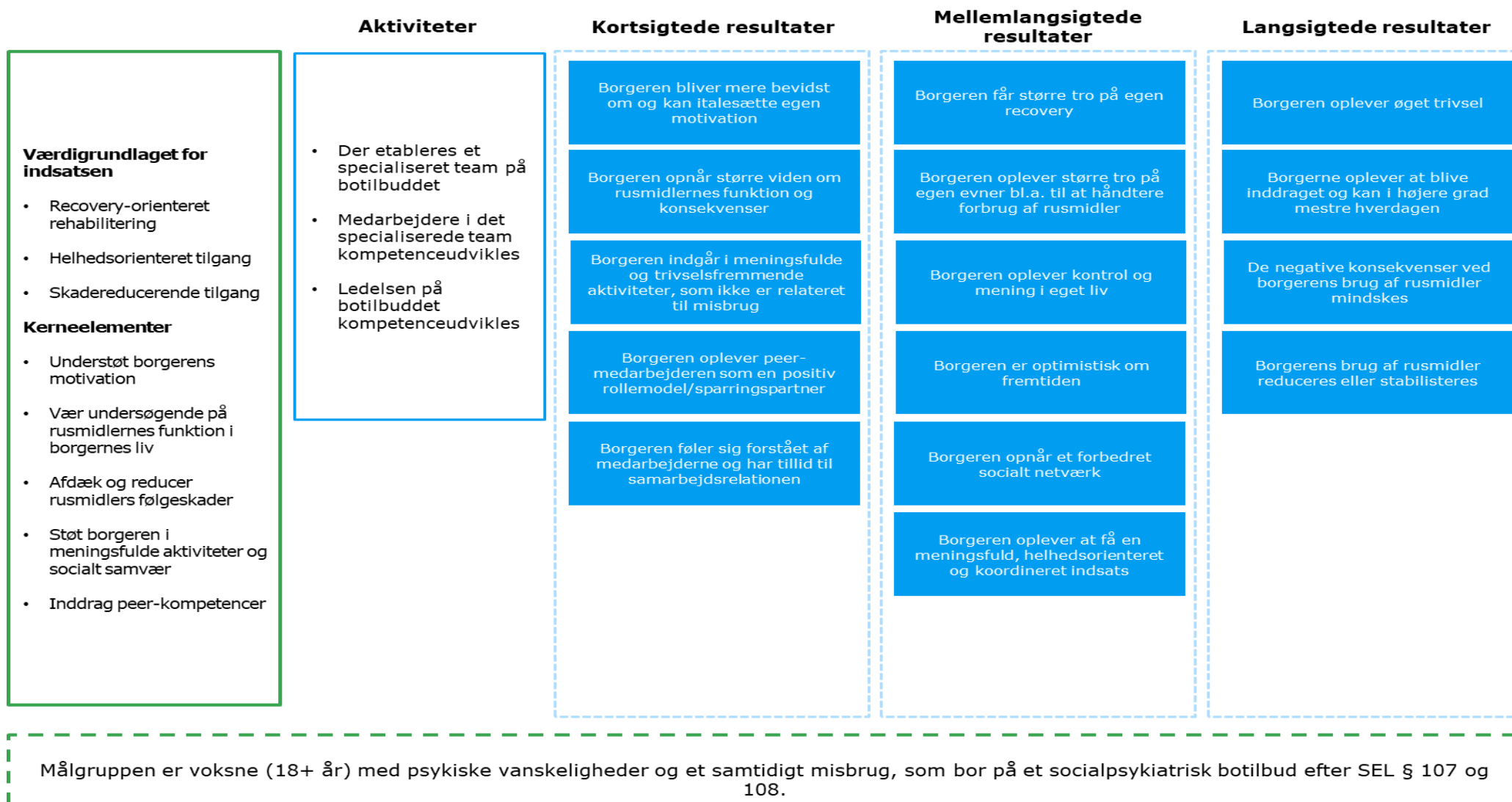
Datakilde	Beskrivelse af datakilde
Løbende målinger af borgernes recoveryproces og oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret	Til at måle borgernes recoveryproces og oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret, anvendes måleredskaberne Brief INSPIRE-O samt Brief INSPIRE. Data fra Brief INSPIRE-O fremgår af kapitel 7, som skitserer udviklingen i borgernes individuelle recoveryproces. Data fra Brief INSPIRE indgår i kapitel 4, som blandt andet afdækker, hvorvidt de fagprofessionelle formår at praktisere en recovery-orienteret tilgang i deres samarbejde med borgerne. <i>Brief INSPIRE-O</i> Måleredskabet måler udviklingen i borgernes recoveryproces. Skemaet udgør en videreudvikling af Brief INSPIRE, her er blot et outcome-mål på fem items, hvor der måles på borgernes grad af recovery. Skemaets fem items dækker de fem dimensioner for personlige recoveryprocesser (CHIME). Skemaet er ikke valideret i en dansk kontekst, men det er oversat til dansk. Brief INSPIRE-O anvendes til at måle borgerens udvikling i de fem recovery-faktorer. Borgeren besvarer de fem spørgsmål på en skala fra 0-4 (0: slet ikke, 1: lidt, 2: i nogen grad, 3: en hel del, 4: rigtig meget). Scoren for de fem spørgsmål lægges sammen og ganges med fem, således at skalaen går fra 0-100. 100 indikerer, at borgeren oplever en meget høj grad af recovery. En score på 50 svarer dermed til, at borgeren har svaret "i nogen grad" til alle fem spørgsmål, mens en score på 75 svarer til, at borgeren har svaret "en hel del" til alle fem spørgsmål. <i>Brief INSPIRE</i> Borgernes oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret, er målt med redskabet Brief INSPIRE. Redskabet er valideret i England og oversat til dansk. Brief INSPIRE er udviklet til at indfange borgerens oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret. Måleredskabet kan derfor understøtte arbejdet med kvalitetsudvikling i recovery-orienterede indsatser. Måleredskabet er udviklet med afsæt i de fem dimensioner for personlige recovery-processer: Connection, Hope, Identity, Meaning og Empowerment, der har fået betegnelsen CHIME. Skemaet består af fem items (et for hver CHIME-dimension), som besvares af borgeren. Skemaet har været udfyldt cirka hver tredje måned af borgerne. Borgeren besvarer de fem spørgsmål på en skala fra 0-4 (0: slet ikke, 1: lidt, 2: i nogen grad, 3: en hel del, 4: rigtig meget). Scoren for de fem spørgsmål lægges sammen og ganges med fem, således at skalaen går fra 0-100. En score på 50 svarer dermed til, at borgeren har svaret "i nogen grad" til alle fem spørgsmål, mens en score på 75 svarer til, at borgeren har svaret "en hel del" til alle fem spørgsmål.
En fagprofessionel-trivsels- og mindshiftsurvey	Målingen af de fagprofessionelles trivsel og mindshift er blevet gennemført via en selvudviklet survey. De første spørgsmål i surveyen relaterer sig til de fagprofessionelles trivsel på botilbuddet. Trivsel er i denne sammenhæng operationaliseret til følgende tematikker: Generel arbejdsglæde samt belastningsniveauet og håndteringen af voldsomme episoder på botilbuddet. De efterfølgende spørgsmål knytter sig til de fagprofessionelles mindset. Her spørges ind til tre aspekter, der væsentlige i forhold til at dokumentere en omstilling i tilgange og forståelse af indsatsen: (1) De fagprofessionelles oplevelse af, om de har de rette kompetencer til at arbejde ud fra indsatsens værdigrundlag, (2) de fagprofessionelles oplevelse af, om de har de rette kompetencer til at udmønte kerneelementerne samt (3) de fagprofessionelles tro på og forventninger til indsatsen. En medarbejdertrivsels- og mindshiftsurveyen er blevet udfyldt tre gange i løbet af projektperioden; ved projektets opstart, midtvejs i projektperioden samt ved projektets afslutning. Data vedr. de fagprofessionelles mindshift indgår som datakilde i kapitel 5, der belyser, hvorvidt de fagprofessionelle har de nødvendige forudsætninger for at kunne implementere indsatsen. Data vedr. de fagprofessionelles trivsel indgår som datakilde i kapitel 6 vedr. de fagprofessionelles udbytte af indsatsen.

Datakilde	Beskrivelse af datakilde
Lokale projektbesøg	Rambøll har gennemført casebesøg i alle projektkommunerne. Formålet med casebesøgene har været at få indblik i projektkommunernes erfaringer med at implementere indsatsen samt indsatsens lokale resultater på både borger- og organisatorisk niveau. Derudover har der været rettet et særligt fokus på at få belyst projektkommunernes omsætning af kerneelementerne i praksis. Endelig har casebesøgene bidraget til at belyse oplevelsen af indsatsens relevans og sammensætning. Som led i casebesøgene er ledere, fagprofessionelle fra det specialiserede team og projektledere blevet interviewet i individuelle interviews eller gruppeinterviews. Alle interviews er afholdt med udgangspunkt i semistrukturerede og målgruppespecifikke interviewguides, som har dannet afsæt for at indsamle erfaringer om følgende temaer: • Kerneelementerne omsat til praksis • Rammerne for indsatserne • Oplevet udbytte (borgernært såvel som organisatorisk) • Tilbuddets relevans. I forbindelse med interviewene er der blevet taget referat, som udgør en del af evalueringsrapportens kvalitative datagrundlag. Analysen af det kvalitative datamateriale har taget afsæt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål, hvor der er udledt centrale tendenser og analytiske fund på tværs af det samlede antal casebesøg. Kvalitative data fra casebesøgene er bærende i kapitel 4, som fremhæver projektkommunernes erfaringer med implementering af indsatsen. Derudover benyttes de kvalitative data i kapitel 6, der belyser de fagprofessionelles vurdering af indsatsens resultater på både borgerniveau og organisatorisk niveau.
Narrative forløbsstudier	Rambøll har gennemført narrative forløbsstudier blandt udvalgte borgere i hver projektkommune. Formålet med de narrative forløbsstudier har været tredelt. For det første har de narrative forløbsstudier skullet tilvejebringe dybdegående viden om, hvordan indsatsen opleves fra borgernes perspektiv. For det andet har de narrative forløbsstudier skullet kaste lys over detaljer og mekanismer i indsatsen, der får indsatsen til at fungere (eller ikke fungere) for borgerne. Slutteligt har de narrative forløbsstudier skullet bidrage med viden om, hvordan kerneelementerne praktiseres i samarbejde med borgerne. Borgerne blev udvalgt på baggrund af, om de havde lyst til og kunne indgå i tre interviews i løbet af projektperioden. Den anlagte udvælgelsesstrategi skyldes et ønske om at sample en gruppe af borgere, der passede på den målgruppe, som projektet teoretisk var interesseret i, og som samtidig havde de nødvendige forudsætninger for at kunne deltage i et forløbsstudie. Forventningen var, at de udvalgte borgere skulle interviewes tre gange i løbet af projektperioden. I praksis lykkedes det imidlertid ikke blandt hovedparten af borgerne grundet forskellige omstændigheder i borgernes liv. I stedet deltog: - Tre borgere i alle tre kvalitative nedslag. - Syv borgere i to kvalitative nedslag. - Fem borgere i et kvalitativt nedslag. Rambøll vurderer ikke, at de manglende kvalitative nedslag har haft en betydning for analysens validitet, da fokus fortsat har været på borgernes perspektiver på indsatsen og herunder kerneelementernes relevans, anvendelighed og udmøntning. Forløbsinterviewene har været centreret om tre tematikker: 1. Borgernes deltagelse i aktiviteter 2. Relation til fagprofessionelle og netværk 3. Arbejdet med borgernes motivation og drømme 4. Arbejdet med rusmidler på botilbuddet. De fire tematikker har dannet grundlaget for alle tre narrative forløbsstudier, men de er operationaliseret forskelligt, afhængig af om det har været det første, andet eller tredje nedslag. Spørgsmålene i interviewguiden har konkret taget form som åbne invitationer til at fortælle om et tema, samtidig med at spørgsmålene blev fulgt op af uddybende spørgsmål,

Datakilde	Beskrivelse af datakilde
	der sikrede, at interviewene kom hele vejen rundt. Yderligere blev der anvendt understøttende redskaber, herunder en illustration over borgerens rejse samt en "humørskala" til at understøtte borgerens fortælling og skabe et godt grundlag for videre dialog. Data fra de narrative forløbsstudier fremgår af kapitel 6, der blandt andet skitserer resultaterne på borgerniveau.
Omkostningsvurdering af indsatsen	Som led i evalueringen har Rambøll vurderet indsatsens etablerings- og driftsomkostninger. Vurderingen har til formål at give viden om, hvor meget det koster at implementere og drifte indsatsen. Omkostningsvurderingen er beskrevet i rapportens kapitel 7.

8.2 Bilag 2: Indsatsens forandringsteori

I forbindelse med udarbejdelsen af indsatsbeskrivelsen er der udviklet en forandringsteori. Forandringsteorien er gengivet i figuren herunder.



Forandringsteorien viser, hvilke kerneelementer indsatsen består af, og hvilke resultater indsatsen forventes at føre til på kort, mellemlangt og langt sigt på borgerniveau. Sammenhængene i forandringsteori er ikke blevet undersøgt stringent i evalueringen. I stedet har forandringsteorien bidraget til at skabe overblik over indsatsens kerneelementer og de forventede resultater på kort og langt sigt, ligesom den har dannet grundlag for den samlede dokumentationsmodel, som er skitseret i bilag 1.

Af forandringsteorien kan det ses, at det er forventningen, at kerneelementerne i indsatsen medfører en række resultater på kort, mellemlangt og langt sigt hos de enkelte borgere. Forandringsteorien er her relateret til en forståelse af recovery, som er knyttet til CHIME-faktorerne, nemlig forbundethed, håb, identitet, mening og empowerment, som omsættes og udfoldes i relation til kerneelementerne.

Arbejdet med at dyrke borgerens motivation skal således føre til, at borgeren i højere grad bliver bevidst om egne mål, håb og drømme og oplever at kunne handle i tråd med disse. Arbejdet med at undersøge rusmidlers betydning i borgerens liv skal medføre, at borgeren føler sig forstået og får tillid til samarbejdsrelationen. At både fagprofessionelle og borgere opnår en dybere forståelse af rusmidlers betydning i borgerens liv kan også være et afsæt for at finde veje til at reducere eller mestre forbruget eller for at reducere de negative konsekvenser af forbruget. Selve det skadesreducerende arbejde skal i denne sammenhæng føre til, at borgeren får fastholdt eller genskabt funktionsevner, får større overskud og øget trivsel. Arbejdet med at støtte borgeren i at have eller deltage i meningsfulde aktiviteter skal føre til, at borgeren i højere grad oplever mening i hverdagen, og at borgeren oplever at være en del af et fællesskab. Endelig skal inddragelsen af peer-medarbejder medføre, at borgeren kan spejle sig i en positiv rollemodel, hvilket kan understøtte optimisme og håb.

Disse borgernære resultater skal samlet set føre til, at borgerne på mellemlangt sigt opnår øget tro på egen recovery og på at kunne håndtere forbruget af rusmidler, oplevelse af kontrol og mening i eget liv, optimisme i forhold til fremtiden samt et forbedret socialt netværk. På langt sigt skal dette føre til øget trivsel, at forbruget af rusmidler stabiliseres eller reduceres, og at de negative følgeskader af forbruget af rusmidler mindskes. Endelig skal det føre til, at borgeren i højere grad oplever at kunne mestre hverdagen.

8.3 Bilag 3: Udvikling af indsats

Indsatsbeskrivelsen har dannet udgangspunkt for de involverede kommuners implementering og videreudvikling af indsatsen til mennesker med psykiske vanskeligheder og et samtidigt skadeligt forbrug af rusmidler på socialpsykiatriske botilbud. Indsatsbeskrivelsen er samtidig løbende blevet revideret i takt med, at indsatsen er blevet videreudviklet og kvalificeret i praksis.

Nedenfor angives processen for udvikling og kvalificering af indsatsbeskrivelsen. Indsatsbeskrivelsen er blevet revideret på baggrund af kommunerne, Socialstyrelsen, Professionshøjskolen Absalon og Rambølls erfaringer med indsatsen i praksis. Revideringen er konkret blevet foretaget på baggrund af en syntese af følgende datakilder: lokal processtøtte i kommunerne, lokale og tværgående statusnotater, statusmøder, erfa-dage og workshops samt den indledende bæredygtighedsvurdering⁵².

Den første version af indsatsbeskrivelsen

Projektets indledende indsatsbeskrivelse blev udviklet på baggrund af en screeningsrapport udarbejdet af Socialt Udviklingscenter, SUS⁵³. Screeningsrapporten identificerede en række tværgående kerneelementer ud fra tre casestudier, som Socialstyrelsen efterfølgende bearbejdede til nedenstående syv kerneelementer samt værdigrundlag.

Boks A: Indhold i den indledende indsatsbeskrivelse

Værdigrundlag

Værdigrundlaget i indsatsen er baseret på recovery-orienteret rehabilitering og helhed orientering.

Kerneelementer

1. Følg borgerens motivation.
2. Støt borgeren i at have meningsfulde aktiviteter og socialt samvær.
3. Reducer misbrugets følgeskader.
4. Øg trivsel og tryghed for alle på botilbuddet.
5. Arbejd for et velfungerende samarbejde internt på botilbuddet og med eksterne samarbejdspartnere.
6. Arbejd ud fra en fælles faglighed og styrk den med specialiseret viden og kompetent faglig ledelse.
7. Inddrag peer kompetencer.

Socialstyrelsen, Rambøll og Professionshøjskolen Absalon kvalificerede kerneelementerne og værdigrundlaget i samarbejde med en ekspertgruppe og projektkommunerne. Ekspertgruppen bestod af repræsentanter fra vidensinstitutioner, ledere og fagprofessionelle på botilbud, peer-medarbejdere samt medarbejdere i Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen.

Ekspertterne fremhævede, at indsatsen kræver, at botilbuddene opnår kompetencer, metoder og tilgange til at arbejde helhedsorienteret og skadesreducerende med det, der fylder i borgerens liv. På baggrund af eksperternes tilbagemeldinger blev skadesreduktion indarbejdet i indsatsbeskrivelsens værdigrundlag, ligesom der blev tilføjet et nyt kerneelement "Værd undersøgende på rusmidlers funktion i borgerens liv". Disse to justeringer blev indarbejdet for at signalere:

⁵² Bæredygtighedsvurderingen blev gennemført blandt fem uvildige botilbud.

⁵³ SUS 2019: "Indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder og misbrug – screening af indsatser på botilbud og på boformer for hjemløse".

1. at medarbejdere, der arbejder med indsatsens målgruppe, bør have viden om og kompetencer til at kunne rumme og arbejde med borgerens brug af rusmidler, da denne viden ikke er en del af de fagprofessionelles grunduddannelse
2. at medarbejdere, der arbejder målgruppen, skal udvise en respektfuld interesse for borgernes brug af rusmidler (både i henhold til rusens funktion og følgeskader), uden at stille krav om reduktion i brug af rusmidler, da dette er fremmede for samarbejdsrelationen mellem de fagprofessionelle og borgeren.

Indsatsbeskrivelsens indledende afsnit blev yderligere udfoldet og nuanceret. Mere konkret blev målgruppen præciseret for at tydeliggøre, hvilke borgere der er omfattet af indsatsen. Derudover blev der indarbejdet et afsnit om indsatsens organisering for at specificere de enkeltes roller og funktioner i indsatsen, ligesom der blev udarbejdet en læsevejledning for at styrke indsatsbeskrivelsens anvendelighed.

Foruden at udfolde indsatsbeskrivelsens indledende afsnit, bestod revideringen også i at koble indsatsens værdigrundlag tættere til kerneelementerne. Ovennævnte ændring blev foretaget, da flere kommuner fandt det svært at forstå sammenhængen mellem indsatsens værdigrundlag og kerneelementer. På baggrund af kommunernes input blev der udarbejdet en ny illustration, der skitserede sammenhængen mellem de forskellige dele i indsatsen. Derudover blev den faglige begrundelse i kerneelementerne udfoldet med yderligere faglige argumenter og teoretiske pointer. Dette for dels at styrke begrundelsen, for den praksis kerneelementerne giver anvisninger på, dels for at understrege, at værdigrundlaget udgør det fælles mindset, som arbejdet med kerneelementerne baserer sig på.

Sluttelig blev kerneelementerne udfoldet med yderligere praksisbeskrivelser baseret på kommunernes udmøntning. Som led hertil blev beskrivelsen af hjælperedskaberne uddybet for at understøtte kerneelementernes anvendelighed. Der blev fx indskrevet bobler/eksempler på hjælperedskaber, som kommunerne med fordel kunne afprøve i det videre udviklingsarbejde. Kerneelementernes principper blev endvidere præciseret for at understøtte, at de i praksis var retningsgivende for de fagprofessionelles arbejde.

Boks B: Indsatsbeskrivelsens indhold efter kommunernes indledende kvalificering

Værdigrundlag

Værdigrundlaget i indsatsen er baseret på recovery-orienteret rehabilitering, skadesreduktion og helhedsorientering.

Kerneelementer

1. Understøt borgerens motivation
2. Vær undersøgende på rusmidlers funktion i borgerens liv
3. Afdæk og reducer rusmidlernes følgeskader
4. Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær
5. Inddrag peer-kompetencer
6. Arbejd sammen for et trygt miljø på botilbuddet
7. Arbejd for et velfungerende internt eksternt samarbejde
8. Arbejd ud fra et fælles fagligt fundament i forhold til rusmidler på botilbuddet

Den anden version af indsatsbeskrivelsen⁵⁴

I den anden version af indsatsbeskrivelsen blev indsatsens *faglige kerneelementer* (kerneelement et til fem) adskilt fra indsatsens *organisatoriske kerneelementer* (kerneelement seks til otte). Årsagen til denne justering var, at ledere og medarbejdere fandt de organisatoriske kerneelementer overordnede og svære at handle på i praksis. Socialstyrelsen, Professionshøjskolen Absalon og Rambøll besluttede derfor at målrette indsatsbeskrivelsen de faglige kerneelementer. Revideringen betød, at kerneelementerne i indsatsbeskrivelsen i højere grad målrettede sig de fagprofessionelles praksis, mens de organisatoriske kerneelementer blev formuleret som forudsætninger for, at de fagprofessionelle kunne arbejde efter den faglige praksis, der ligger i kerneelementerne.

Udover ovennævnte ændring blev layoutet og opsætningen i indsatsbeskrivelsen justeret, så formidlingen fremstod mindre tung og indeholdte flere repræsentationsformer (fx ikoner, figurer m.m.). Ovennævnte justeringer blev foretaget, da flere kommuner fandt indsatsbeskrivelsen lang og dermed svær at benytte i praksis. Yderligere blev praksisimplikationer til kerneelement tre "Afdæk og reducer rusmidlernes følgeskader" samt kerneelement fem "inddrag peer-kompetencer" udfoldet.

Boks C: Indsatsbeskrivelsens indhold efter kommunernes midtvejskvalificering

Værdigrundlag

Værdigrundlaget i indsatsen er baseret på recovery-orienteret rehabilitering, skadesreduktion og helhedsorientering.

Kerneelementer

1. Understøt borgerens motivation
2. Vær undersøgende på rusmidlers funktion i borgerens liv
3. Afdæk og reducer rusmidlernes følgeskader
4. Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær
5. Inddrag peer-kompetencer

Den endelige version af indsatsbeskrivelsen

Som led i revideringen af indsatsmodellen, blev antallet af kerneelementer yderligere reduceret (fra fem til fire). Ovennævnte datakilder viste, at kerneelementet om at inddrage peer-kompetencer i højere grad udgjorde en central funktion/rolle i implementeringen og udførelsen af indsatsen end et egentligt kerneelement. På den baggrund, besluttede Socialstyrelsen og Rambøll, at *Inddragelse af peer-kompetencer* er mere hensigtsmæssigt placeret under roller og funktioner, således at peer-kompetencer kan understøtte udmøntningen af de øvrige kerneelementer. Derudover blev kerneelement 3 udvidet, således at følgeskader både omfatter følgeskader for den enkelte borger og for omgivelserne. Baggrunden for denne udvidelse var, at praksiserfaringer pegede på, at enkelte borgeres rusmiddelforbrug også kan skabe utryghed for botilbuddets øvrige beboere.

Dette betyder, at indsatsmodellen endeligt består af fire kerneelementer, der fremgår af boksen nedenfor.

⁵⁴ Nærværende evaluering er baseret på den anden version af indsatsbeskrivelsen. Den endelige version af indsatsbeskrivelsen blev udarbejdet med afsæt i indsigterne fra evalueringen.

Herudover blev beskrivelsen af målgruppen udfoldet og nuanceret for at inkludere erfarerede udfordringer i relation til at opspore borgere i målgruppen. Afsnittet om roller og funktioner blev revideret for at gøre det kort og præcist. Derudover blev den faglige begrundelse i kerneelementerne revideret med henblik på at gøre det mere målgruppespecifikt. Yderligere blev praksisimplikationer udfoldet og eksemplificeret for at gøre det mere inspirerende, relaterbart og retningsgivende for læserne - de fagprofessionelle og ledere på botilbud.

Endeligt blev der udarbejdet en ny illustration af indsatsen med henblik på at gøre den mere intuitiv for læseren.

Boks D: Indsatsbeskrivelsens endelige indhold

Værdigrundlag

Værdigrundlaget i indsatsen er baseret på recovery-orienteret rehabilitering, skadesreduktion og helhedsorientering.

Kerneelementer

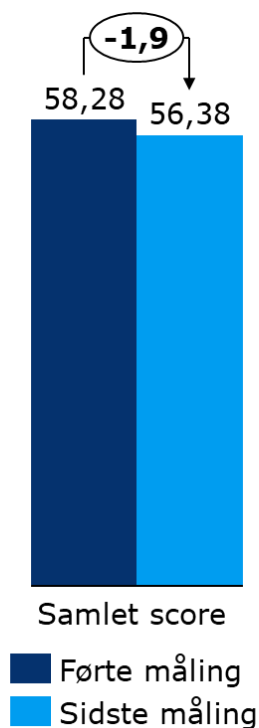
1. Understøt borgerens motivation
2. Vær undersøgende på rusmidlers funktion i borgerens liv
3. Afdæk og reducer rusmidlernes følgeskader for den enkelte borger og omgivelserne
4. Støt borgeren i meningsfulde aktiviteter og socialt samvær

8.4 Bilag 4: Figuroversigt

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

Figur A viser, at de fagprofessionelle kun i et vist omfang formår at praktisere en recovery-orienteret tilgang i deres samarbejde med borgerne. Konkret scorer borgerne i gennemsnit 56 på en skala fra 0-100, hvilket indikerer, at borgerne i nogen grad finder indsatsen understøttende for deres individuelle recoveryproces.

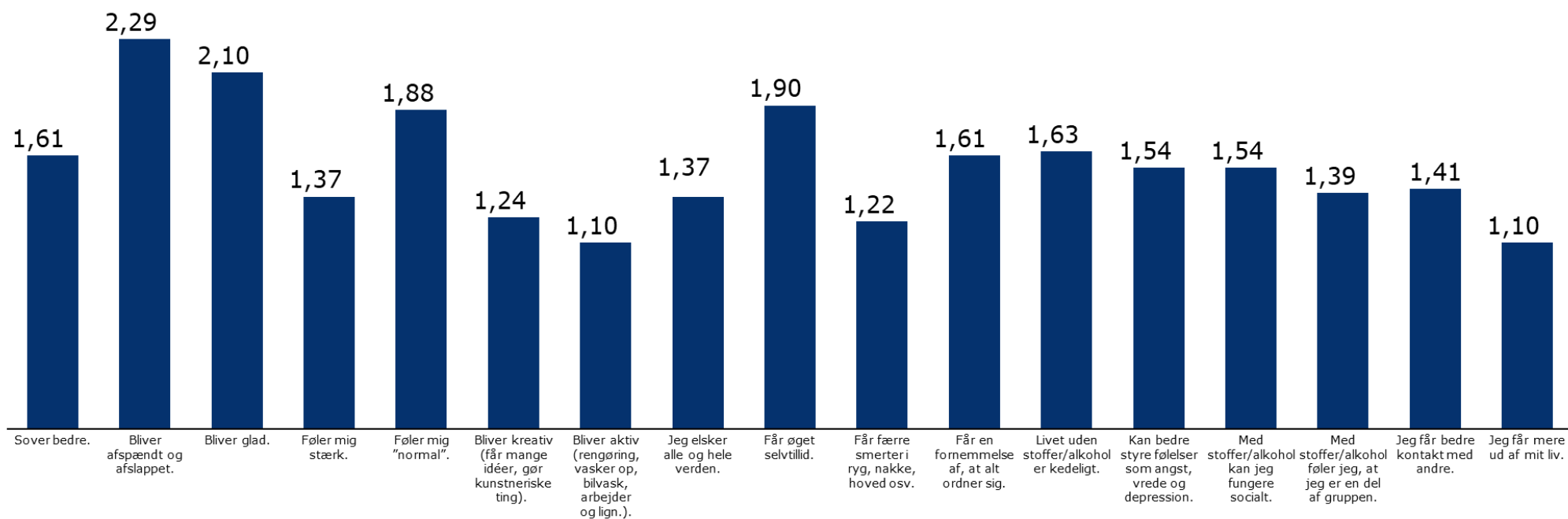
Figur A: Gennemsnitsscore på Brief INSPIRE



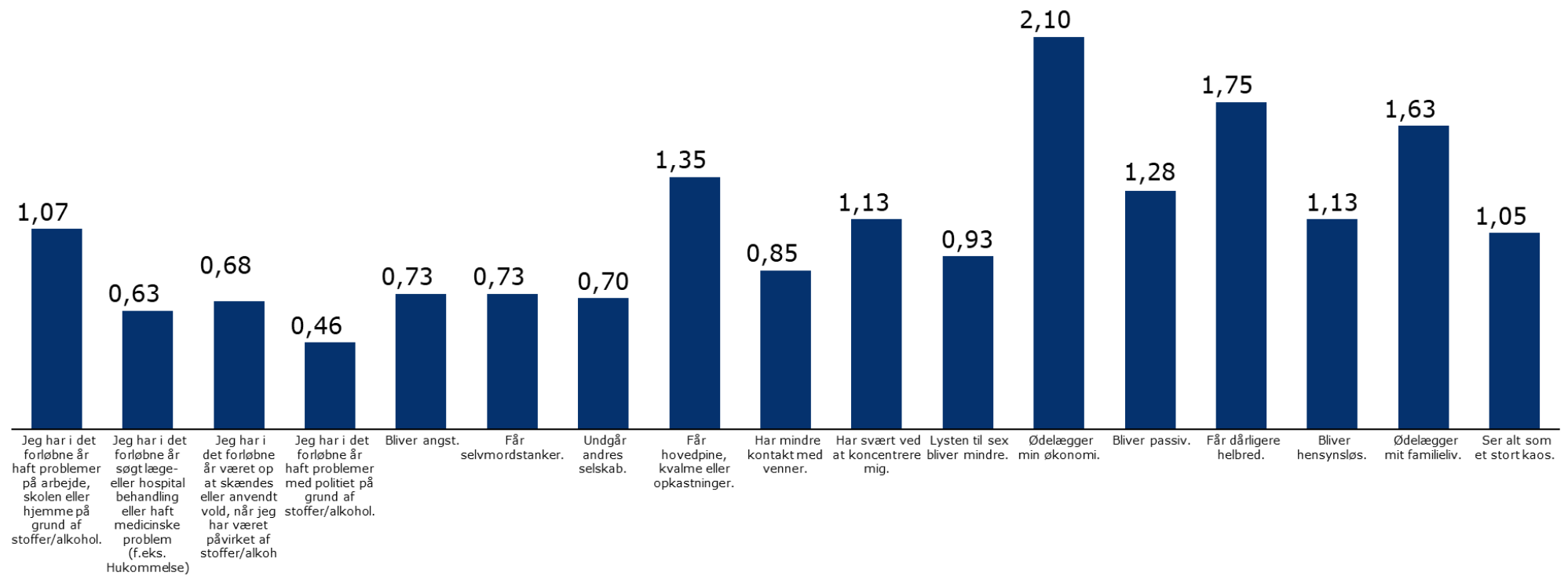
Note: Figuren er baseret på måleredskabet Brief INSPIRE, som indgår i spørgeskemaet omhandlerende borgernes oplevelse af, om indsatsen er recovery-orienteret.

Figur B viser, at borgerne generelt ikke oplever, at der er særlige positive eller negative aspekter forbundet ved deres rusmiddelforbrug (skalaen går fra 1 til 5). Dog tilkendegiver borgerne i gennemsnit, at de føler sig "lidt" afspændt og afslappet (gennemsnitsscore på 2,29) samt glade (gennemsnitsscore på 2,10), når de forbruger rusmidler. Derudover oplever borgerne, at rusmiddelforbruget i et mindre omfang ødelægger deres økonomi (gennemsnitsscore på 2,10).

Figur B: Positive og negative aspekter ved rusmiddelforbruget (opstartsmåling)

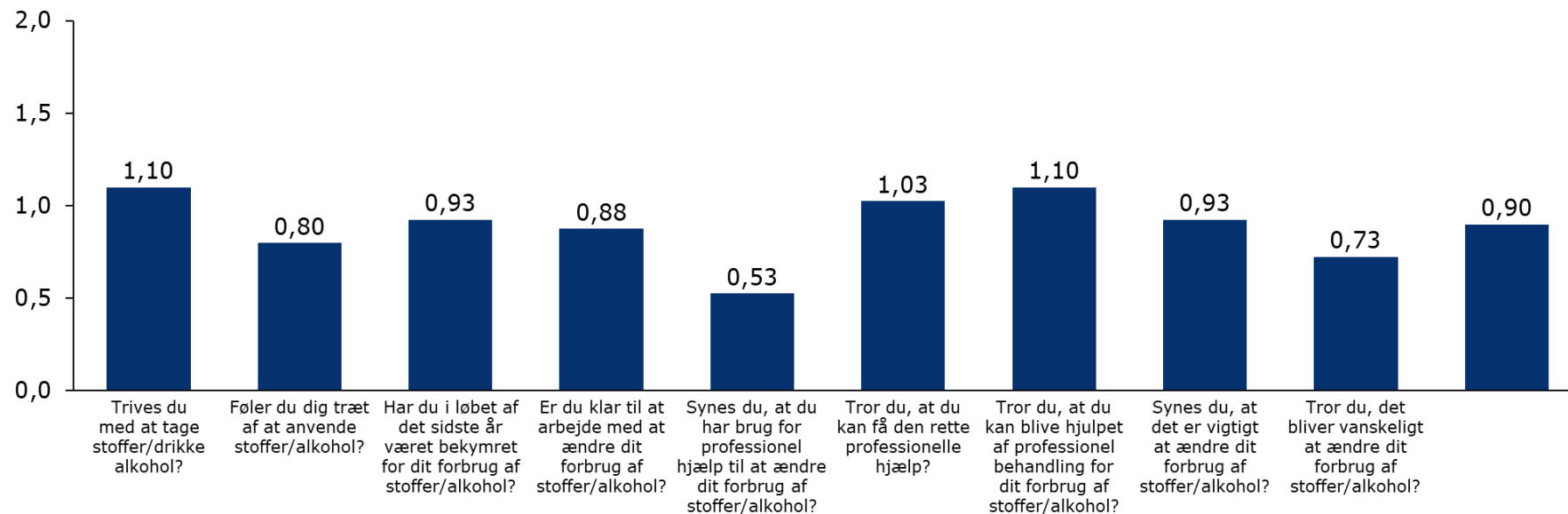


*: Signifikant ændring ved et 10 % signifikansniveau



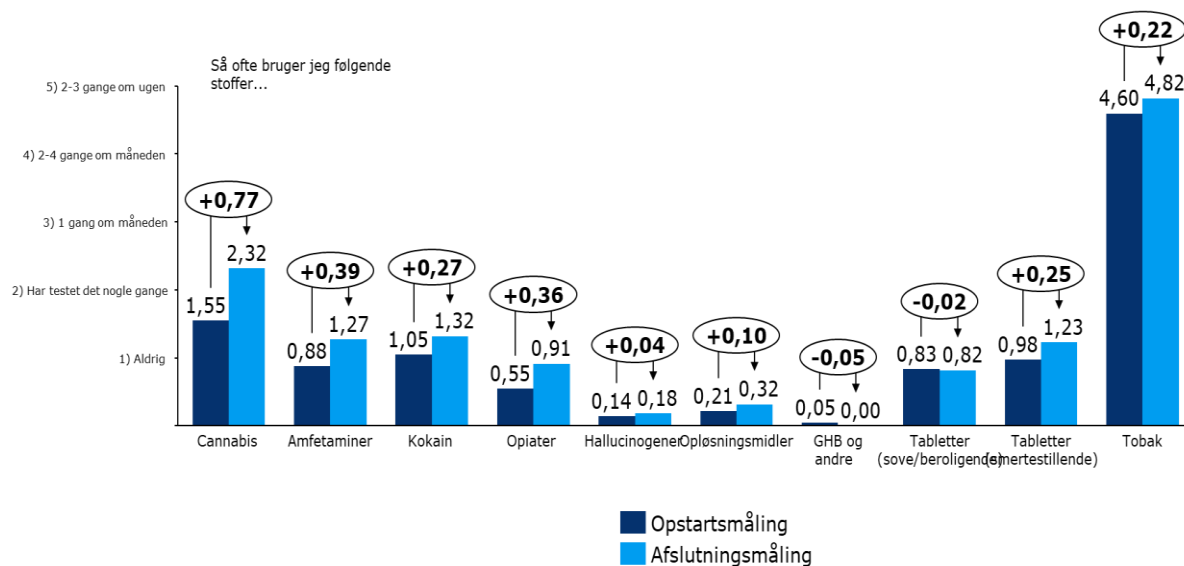
Figur C viser, at borgerne i gennemsnit ikke vurderer, at det bliver vanskeligt at ændre deres forbrug (gennemsnitsscore på 0,73), ligesom borgerne ikke vurderer at have behov for professionel hjælp til at ændre deres forbrug (gennemsnitsscore på 0,77). Borgerne tilkendegiver dog i gennemsnit, at de delvist er klar til at ændre deres rusmiddelforbrug (gennemsnitsscore på 1,05). Ovennævnte indikerer, at borgernes motivationsgrad for forandring og eventuel behandling er relativt lav, når de opstarter indsatsen.

Figur C: Borgerens forandringsparathed og motivationsgrad (opstartsmåling)



Figur D viser, at borgerne ikke oplever en signifikant stigning eller reduktion i deres forbrug af stoffer i løbet af projektperioden.

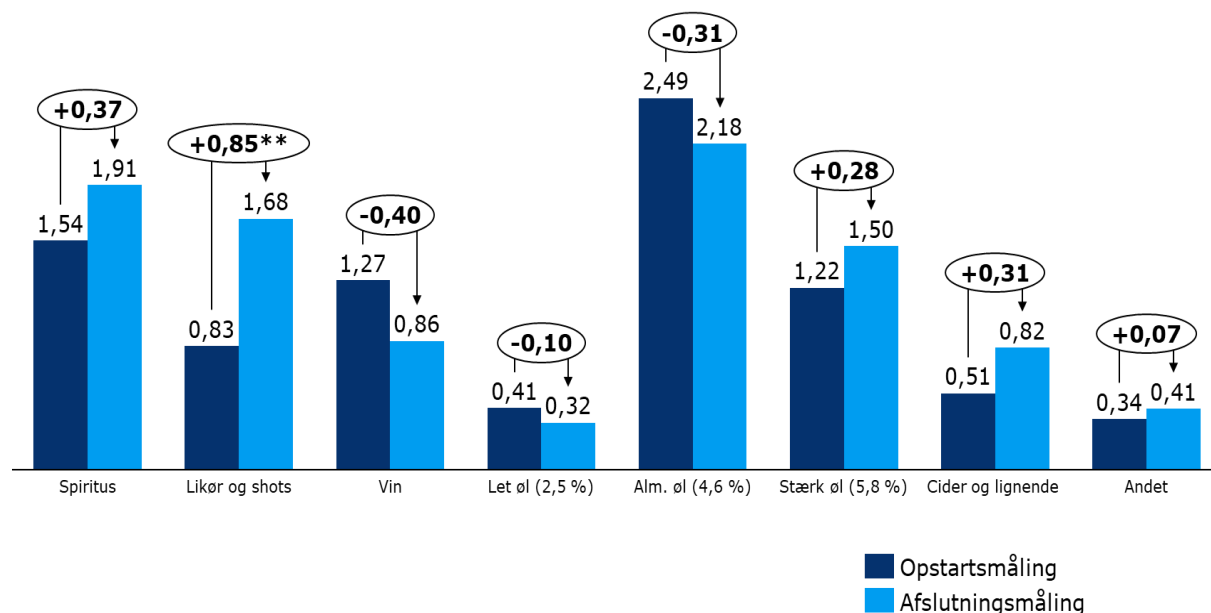
Figur D: Borgernes forbrug af stoffer



Note: Figuren er baseret på måleredskabet DUDIT-E, som indgår i spørgeskemaet omhandlende borgernes forbrug af rusmidler.

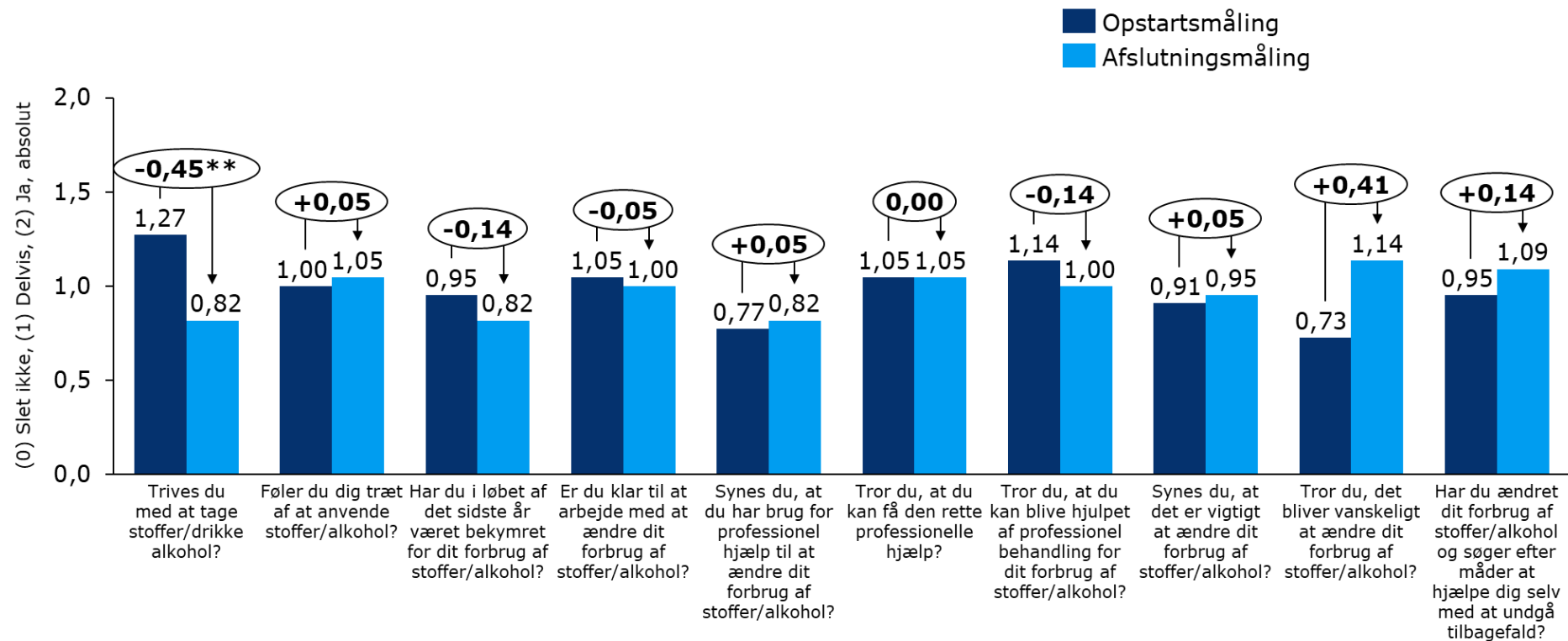
Figur E viser, at borgerne ikke oplever en signifikant stigning eller reduktion i deres forbrug af alkohol i løbet af projektperioden. Der ses kun en signifikant udvikling i borgernes forbrug af likør og shots. Konkret tilkendegiver flere borgere at forbruge denne type af alkohol ved afslutningsmålingen.

Figur E: Borgernes forbrug af alkohol



Figur F viser, at borgernes motivationsgrad for forandring og eventuelt behandling ikke udvikler sig signifikant gennem indsatsperioden. Borgernes motivationsgrad for forandring og eventuel behandling er derfor relativt lav ved projektperiodens ophør.

Figur F: Borgernes forandringsparathed og motivationsgrad (opstart- og afslutningsmåling)



*: Signifikant ændring ved et 10 % signifikansniveau

Figur G viser, at borgernes perspektiver på rusmidlernes negative og positive konsekvenser ej heller ændrer sig i løbet af projektperioden.

Figur G: Positive og negative aspekter ved rusmiddelforbruget (opstart- og afslutningsmåling)

