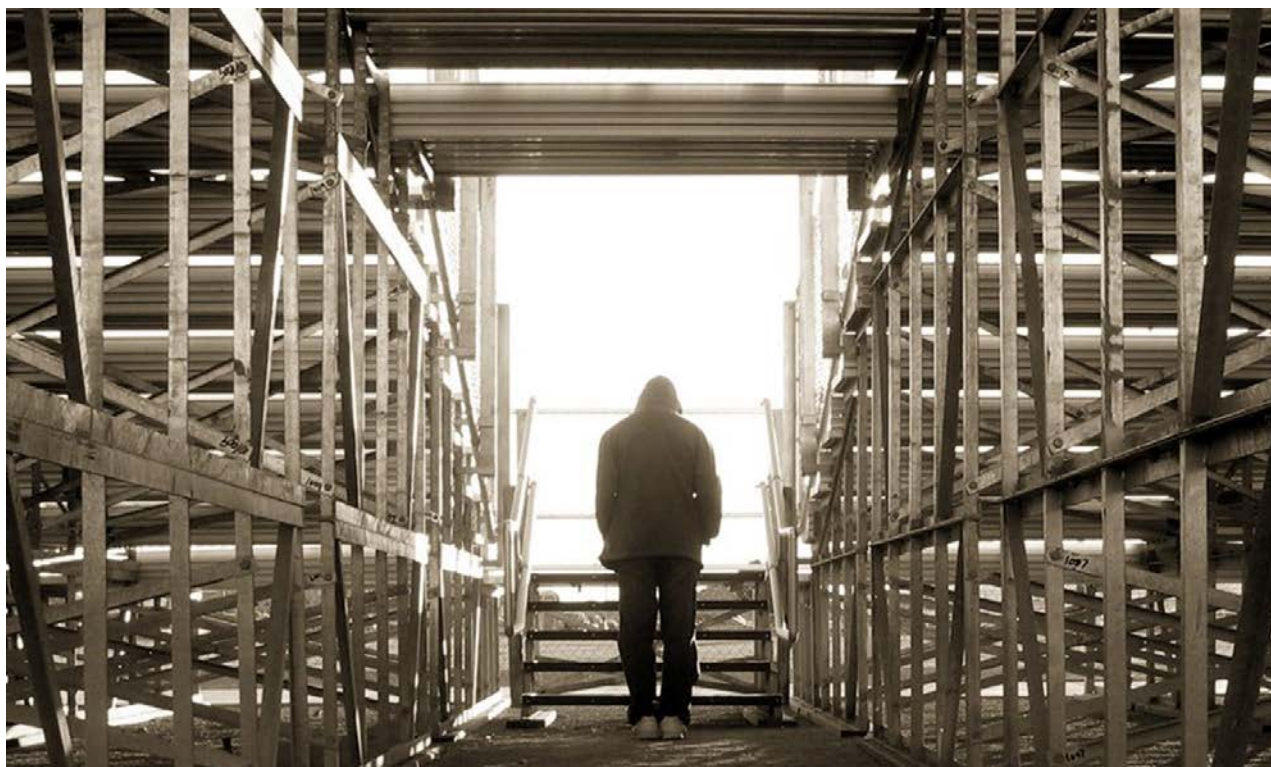


Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Slutrapport

Dato
Maj 2017

EVALUERING AF UDGÅENDE OG RUMMELIG STOFMISBRUGSBEHAND- LING TIL DE MEST UDSATTE BORGE- RE MED STOFMISBRUG **SLUTRAPPORT**



EVALUERING AF UDGÅENDE OG RUMMELIG STOFMISBRUGSBEHANDLING TIL DE MEST UDSATTE BORGERE MED STOFMISBRUG SLUTRAPPORT

INDHOLD

1.	INDLEDNING	4
1.1	En model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling	4
1.2	Læsevejledning	6
2.	SAMMENFATNING	7
2.1	Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling	7
2.2	De væsentligste fund	7
2.3	Uddybende konklusioner	8
2.4	Anbefalinger til arbejdet fremadrettet	14
2.5	Evalueringsens datagrundlag	15
3.	KORT OM PROJEKTET, PILOTKOMMUNERNE OG EVALUERINGEN	17
3.1	Baggrund for projektet og kort om modellen og målgruppen	17
3.2	De to pilotkommuner	17
3.3	Evaluering af modellen	18
3.4	Metoder og datakilder	19
4.	MÅLGRUPPEN	21
4.1	Antal borgere, der har modtaget en indsats	21
4.2	Borgernes alder, køn og nationalitet	22
4.3	Borgernes stofmisbrug	25
4.4	Borgernes tilknytning til eksisterende tilbud	27
4.5	Borgernes fysiske og psykiske vanskeligheder	29
4.6	Borgernes forsørgelsesgrundlag	31
5.	MODELLEN OG FIDELITET I IMPLEMENTERINGEN	32
5.1	Modellens kerneelementer, metoder og arbejdsgang	33
5.2	Planlægning til understøttelse af det borgerrettede arbejde	35
5.3	Udgående og kontaktskabende indsats	39
5.4	Motivationsarbejde	42
5.5	Brobygning og fortsat behandling i eksisterede sociale og sundhedsfaglige tilbud	44
6.	ORGANSATORISKE RESULTATER	47
6.1	Øget rummelighed i praksis i stofmisbrugsbehandlingen	47
6.2	Sammenhængende og tværfaglig indsats	48
6.3	Tæt samarbejde mellem stofmisbrugsbehandling og psykiatribehandling	49
6.4	Svært at få etableret samarbejde med almen praksis	50
7.	BORGERRESULTATER	51

7.1	Den udgående og kontaktskabende indsats har haft positive sidegevinster	52
7.2	Borgerne oplever større motivation og håb for fremtiden	53
7.3	Borgerne tager små skridt i retning mod recovery	56
7.4	Relativt mange borgere fastholdes i stofmisbrugsbehandling	59
8.	DRIVKRÆFTER OG BARRIERER I IMPLEMENTERINGEN	63
8.1	Ledelse som drivkraft	63
8.2	Organisering som drivkraft	64
8.3	Mennesker som drivkraft	66
8.4	Kontekst som drivkraft	66
9.	DE ØKONOMISKE KONSEKVENSER	68
9.1	Implementerings- og driftsomkostninger	68
9.2	Potentielle økonomiske konsekvenser	71

BILAG

Bilag 1

Detajleret beskrivelse af metoder og datakilder

Bilag 2

Metode i den økonomiske evaluering

1. INDLEDNING

I Danmark skønnes der at være ca. 33.000 borgere med et stofmisbrug¹. Socialstyrelsens skøn er, at knap 2.000 til 5.000 af dem har et svært belastende stofmisbrug, som er kombineret med store sociale og sundhedsmæssige problemer².

De mest udsatte borgere med stofmisbrug er ofte i en livssituation, der er kaotisk og turbulent. Udover deres misbrug har disse borgere ofte psykiske vanskeligheder, fysiske sygdomme, boligproblemer og problemer med økonomi og kriminalitet. Denne livssituation kan have negative konsekvenser for borgernes mulighed for at indgå i stofmisbrugsbehandling. Mange borgere har ingen eller kun ringe grad af tilknytning til de eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud i kommune og region. Det kommer til udtryk ved bl.a. ustabil fremmøde, som ofte fører til uhensigtsmæssige afbrydelser af behandlingen, slip eller tilbagefald.

Undersøgelser viser, at de mest udsatte borgere med stofmisbrug har behov for opsøgende og udgående behandlingstilbud og støtte, som understøttes af tilgængelighed, fleksible arbejdsgange og brobygning til eksisterende behandlingstilbud³.

Undersøgelser viser også at der er behov for, at behandlingen er målrettet borgernes samlede problembillede, og at fx sund-

hedstilbud, psykiatritilbud, tilbud vedrørende boligafklaring, kontanthjælpstilbud og netværk inddrages i såvel stofmisbrugsbehandlingen som i opfølgningen på behandlingen. Borgerne har ofte behov for en mere intensiv indsats end borgere med moderate problemer, ligesom borgernes recovery-proces er en langvarig proces, der strækker sig ud over varigheden af et typisk behandlingsforløb⁴.

Endelig viser undersøgelser, at borgerne selv efterlyser, at relationen til behandlerne i stofmisbrugsbehandlingen har en mere personlig karakter i stedet for den mere neutrale og professionelle kontakt⁵. Det betyder, at relationsopbygning, tillid og behandlingsalliance er helt centrale elementer i arbejdet med målgruppen. Samme undersøgelser viser også, at borgerne efterspørger, at indsatsen omfatter støtte og omsorg i deres proces mod øget motivation og recovery og med udgangspunkt i egne grundvilkår og egne oplevelser af behov for støtte og hjælp.

1.1 En model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling

På denne baggrund har Socialstyrelsen igangsat et arbejde med udvikling og afprøvning af en model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Aktuelt bedste viden peger på en behandlingsstrategi i forhold til de mest udsatte borgere med stofmisbrug, der rummer:

- En opsøgende indsats over for målgruppen med højere grad af intensitet i behandlingskontakten.
- En indsats, der kombinerer omsorgsperspektivet og recovery-perspektivet.
- En højere grad af rummelighed og tilgængelighed i forhold til behandlingstilbud.

¹ Sundhedsstyrelsen (2015). *Narkotikasituationen i Danmark 2015*.

² Der findes pt. ikke et samlet estimat af målgruppens størrelse. Socialstyrelsens skøn er baseret på forskellige tællinger, herunder *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug* (2013). Rambøll for Socialstyrelsen. Lars Benjaminsen m.fl. (2013): *Hjemløshed i Danmark. National kortlægning*, SFI. Herudover også tællinger af antal narkotikarelaterede dødsfald, antal borgere med injektionsmisbrug og antal borgere i metadonbehandling.

³ Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012): *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Birgitte Tylstrup (2012): *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

⁴ Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012): *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Birgitte Tylstrup (2012): *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

⁵ Järvinen, Margaretha m.fl. (2008): *Skadesreduktion i praksis. Behandlingstilbud til opiatmisbrugere i København*, SFI. Benjaminsen, Lars m.fl. (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*, SFI. *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug* (2013), Rambøll for Socialstyrelsen.

Modeludviklingen og – afprøvningen er sket i et tæt samarbejde med eksperter fra forskningsverdenen og praksis samt to udvalgte pilotkommuner, Aarhus og Odense Kommune. Udviklingen og afprøvningen af modellen er gennemført i perioden 2014 til 2016. I denne evalueringsrapport samler Rambøll op på de centrale vidensfund i forhold til modellens implementering, resultater og økonomi. Designet for evalueringen er præsenteret i kapitel 3.

Evalueringsrapporten er suppleret af en samlet modelbeskrivelse: *Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere*. Modelbeskrivelsen indeholder tre dele (i) Introduktion til modellen, (ii) Manual til modellen og (iii) Implementeringsguide til modellen. Dette er uddybet i boksen nedenfor.

Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere

- *Introduktion til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling* er målrettet ledere og udgående behandlere i den kommunale stofmisbrugsbehandling samt relevante samarbejdspartnere. I introduktionen gives et overblik over, hvad der er helt centralt for at arbejde loyalt og med den nødvendige kvalitet, når modellen skal anvendes i praksis. Introduktionen bør derfor læses inden selve arbejdet med modellen påbegyndes i den daglige praksis. I introduktionen præsenteres modellens målgruppe, vidensgrundlag og grundprincipper og kernelementer samt centrale tilgange og metoder.
- *Manual til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling* er den egentlige handlingsanvisende manual, som de udgående behandlere i den kommunale stofmisbrugsbehandling vil kunne anvende i praksis og bruge som opslagsværk i omsætningen af arbejdet med modellen. I manualen beskrives konkrete grundprincipper, kernelementer, metoder, faser og trin i arbejdet med modellen.
- *Implementeringsguide til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling* samler op på gode råd og erfaringer fra implementeringsforskningen og praksis, som kan guide ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling i implementeringen af modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.

1.2 Læsevejledning

Ud over dette kapitel indeholder rapporten yderligere 8 kapitler. Kapitlerne er sammensat på en måde, som følger de fem vidensdimensioner i Socialstyrelsens vidensdeklaration. Udover de indledende kapitler med konklusioner og evalueringsdesign, er kapitlerne struktureret på en måde, så der kan findes viden om; *målgruppen, modellen, implementering, resultater og økonomi*. Kapitel 3, 4 og 5 har i overvejende grad en deskriptiv karakter, mens kapitel 6, 7, 8 og 9 er mere analyserende.

Tabel 1-1: Kapitler i rapporten

Kapitel	Indhold
Kapitel 4: Sammenfatning	Kapitlet giver et kort indblik i modellen samt uddyber de centrale konklusioner og peger på de anbefalinger, konklusionerne giver anledning til.
Kapitel 3: Kort om projektet, pilotkommunerne og evalueringen	Kapitlet giver en kort introduktion til baggrunden for projektet og modellen. Herudover gives en kort præsentation af de to pilotkommuner, hvor modellen er afprøvet. Endvidere præsenteres designet for evalueringen og de centrale evalueringsspørgsmål.
Kapitel 4: Målgruppen	Kapitlet peger på karakteristika ved de mest udsatte borgere med stofmisbrug, som har indgået i arbejdet med modellen. Det drejer sig om borgernes centrale baggrundskarakteristika, deres stofmisbrugssituation og fysiske og psykiske vanskeligheder.
Kapitel 5: Modellen og fidelitet i implementeringen	Kapitlet præsenterer kort modellen samt tegner et billede af, hvordan kommunerne har arbejdet med modellen og implementeret modellens centrale kerneelementer. Kapitlet samler også op på de modelinterne faktorer, der har indvirket på arbejdet med indsatsen.
Kapitel 6: Organisatoriske resultater	Kapitlet tegner et billede af de organisatoriske resultater, arbejdet med modellen har tilvejebragt. Det drejer sig om organisatoriske resultater i forhold til udviklingen af dels en mere sammenhængende og helhedsorienteret stofmisbrugsbehandling og social og sundhedsfaglig støtte, dels et mere tilgængeligt og fleksibelt tilbud om stofmisbrugsbehandling, hvor indsats og rammer tilpasses borgernes situation og behov.
Kapitel 7: Borgerresultater	Kapitlet belyser, hvilke resultater arbejdet med modellen har haft af betydning for borgernes motivation for forandring, deres recovery-proces og tilknytning til stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.
Kapitel 8: Drivkræfter og barrierer i implementeringen af modellen	Kapitlet samler op på væsentlige drivkræfter og barrierer i implementeringen af modellen, herunder med fokus på at belyse betydningen af modeleksterne faktorer i form af ledelse, organisering, mennesker og kontekst.
Kapitel 9: Modellens økonomiske konsekvenser	Kapitlet giver et overordnet overblik over omkostninger ved implementering og drift af modellen samt de potentielle økonomiske gevinster.

2. SAMMENFATNING

I dette kapitel samler Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) op på evalueringen af afprøvningen af en model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling (modellen) målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Først gives et kort indblik i modellen. Herefter fremgår en kort opsamling på de væsentligste fund i evalueringen af afprøvningen af modellen. Dette efterfølges af en uddybende beskrivelse af evalueringens konklusioner. Samtidig peges på en række anbefalinger til det fremadrettede arbejde med modellen. Endeligt gives en kort præsentation af evalueringens datagrundlag (jf. også bilagsmaterialet)

2.1 Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling

Som led i satspuljen fra 2012 til 2015 har Aarhus samt Odense Kommune i perioden 2014-2016 medvirket i udvikling samt afprøvning af en model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling (herefter modellen). Formålet med modellen har været at bidrage til, at borgerne genvinder, udvikler eller vedligeholder deres funktionsevne, så de i højere grad oplever at have kontrol over og indflydelse på eget liv samt hverdag.



Læs mere i
kapitel 3 og 5



Modellen består af en række kerneelementer, tilgange, faser og konkrete trin, herunder en *udgående og kontaktskabende indsats, motivationsarbejde og brobygning samt fortsat behandling i tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud*. Omdrejningspunktet for modellen er, at indsatsen er individuelt tilpasset den enkelte borgers behov og ønsker samt består af rehabiliterende indsatser med fokus på borgerens samlede situation og ressourcer, således at dennes recovery-proces understøttes. Modellen er målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Disse er borgere, som ofte har et kaotisk stofmisbrug kombineret med komplekse sociale-og sundhedsmæssige problemstillinger. I kapitel 5 gives et mere detaljeret overblik over modellen, ligesom den er beskrevet tilbundsgående i Socialstyrelsens udgivelse om modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.

2.2 De væsentligste fund i evalueringen

I tabellen nedenfor ses evalueringens overordnede centrale konklusioner. Disse er uddybet i afsnit 2.3.

Tabel 2-1: Opsamling på centrale konklusioner

<p>MÅLGRUPPEN</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Borgere, der har modtaget en indsats, er overvejende mænd over 30 år med dansk baggrund. De har typisk et stofmisbrug af opiater og CNS-stimulerende rusmidler. • Dog ses en gruppe af unge under 30 år, særligt i Aarhus Kommune. De har et stort hashmisbrug, ofte suppleret af et omfattende misbrug af alkohol og CNS-stimulerende rusmidler. De unge er ofte svære at motivere og fastholde en stabil kontakt med. • 84 pct. af borgerne føler sig meget besværet af deres stofmisbrug. Borgerne oplever i høj grad også fysiske og psykiske vanskeligheder. • Hovedparten af borgerne vurderer, at det er vigtigt for dem at få hjælp til behandling af deres stofmisbrug.
<p>BORGERRESULTATER</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Med modellen er der skabt kontakt til en andel af borgere, der tidligere var ukendte såvel i stofmisbrugsbehandlingssystemet som i øvrige hjælpesystemer. • Indsatsen har haft en positiv betydning for borgernes motivation for forandring og håb for fremtiden. • Modellen har indvirket positivt på borgernes første skridt mod recovery. • Næsten halvdelen af borgerne er fortsat i social stofmisbrugsbehandling tre måneder efter opstart af behandling. Lidt over halvdelen af borgerne er frafaldet behandlingen men har fået en første kontakt til stofmisbrugsbehandlingen.

<p>ORGANISATORISKE RESULTATER</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • I kraft af et styrket samarbejde mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud er der skabt en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats til borgerne. • Implementeringen af modellen har medvirket til at skabe øget rummelighed og fleksibilitet i arbejdsgange i den kommunale stofmisbrugsbehandling. • Det har været en udfordring at få etableret et godt samarbejde med almen praksis i form af borgernes egen læge.
<p>ØKONOMISKE RESULTATER</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • De samlede omkostninger til implementering og drift af indsatsen i de to kommuner svarer til ca. 3.300.000 kr. • Det svarer til en omkostning på ca. 20.000 kr. per borger, som har modtaget indsatsen. • Tre forskellige typer af borgerscenarier, som afspejler forskellige afledte omkostninger og gevinster ved indsatsen, viser, at indsatsens økonomiske konsekvenser varierer fra en nettogevinst på ca. 126.000 kr. per borger til en nettoomkostning på ca. 435.000 kr. per borger. • Herudover er der en række samfundsøkonomiske gevinster forbundet med en generel forbedring af borgernes livskvalitet og trivsel, som ikke indgår i beregningerne.
<p>DRIVKRÆFTER OG BARRIERER I IMPLEMENTERINGEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klare, forpligtende og tydelige samarbejdsaftaler støtter implementeringen. • Vedholdende indsats og pleje af samarbejdspartnere på udførende niveau fremmer samarbejdet. • De udgående behandleres kompetencer til at visitere til stofmisbrugsbehandling kan sikre hurtigere indgange for borgerne til behandling samt understøtte, at borgerne falder tilbage til udgangssituationen. • De udgående behandlere skal have caseload, der sikrer fleksibilitet og mobilitet i mødet med borgerne. • Usikkerhed om målgruppen og manglende tydelighed i roller og ansvar har skabt udfordringer i implementeringen af modellen. • Forankring af modellen i kommunens misbrugscenter understøtter brobygning og sammenhæng i stofmisbrugsbehandlingen.

2.3 Uddybende konklusioner i evalueringen

Rambøll har i evalueringen belyst hovedresultater i forhold til viden om målgruppen, indsatsens resultater for borgerne, de organisatoriske resultater, de økonomiske resultater samt drivkræfter og barrierer i implementeringen af modellen.

2.3.1 Målgruppen



De mest udsatte borgere med stofmisbrug, der har modtaget en indsats i Aarhus eller Odense Kommune, er mænd over 30 år. De har typisk en dansk baggrund. Borgerne er karakteriseret ved at have et intenst blandingsmisbrug, særligt i form af opiatier og CNS-stimulerende rusmidler og ofte i kombination med hash.

Læs mere
i kapitel 4

De udgående behandlere tegner et billede af særligt to borgerprofiler. Den ene gruppe er den gruppe af borgere, som de udgående behandlere omtaler som de meget kaotiske og synlige borgere. De er ifølge de udgående behandlere kendetegnet ved at færdes på gadeplan og i kendte misbrugsmiljøer. Det er borgere, som ifølge de udgående behandlere ofte er i konflikt med andre borgere, skylder penge i miljøet og som har vanskeligt ved at overholde aftaler, både med de udgående behandlere og behandlere i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Den anden gruppe er de borgere, som de udgående behandlere omtaler som de isolerede og tilbagetrukne borgere. Ifølge samarbejdspartnere og de udgående behandlere har de også et kaotisk stofmisbrug, men er også kendetegnet ved, at de sjældent ses i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, på gadeplan eller i misbrugsmiljøer. De er ifølge de udgående behandlere ofte tilbageholdende og holder sig i eget hjem.

Evalueringen viser også, at de udgående behandlere har fået kontakt til en gruppe af unge borgere under 25 år (20 pct. af borgerne). Dette særligt i Aarhus Kommune. I modsætning til de lidt ældre borgere, som ofte har et stofmisbrug af opiatier, har de unge et stort misbrug af hash, som suppleres af alkohol, amfetamin og kokain. I interviews fortæller de udgående behandlere, at denne forskel i misbrug af rusmidler gør, at de unge i målgruppen giver særskilte udfordringer, som komplicerer indsatsen til dem. De unge beskrives som mere risikobetonede i deres stofmis-

brug. Det kommer til udtryk ved, at de ifølge de udgående behandlere er mere eksperimenterende og hektiske i deres brug af rusmidler. De udgående behandlere beskriver derfor, at det er vanskeligt at fastholde kontakten til dem. Samtidig er de unge borgere ifølge de udgående behandlere ofte ikke nået til en erkendelse af deres misbrugsproblematik, hvilket yderligere komplicerer stofmisbrugsbehandling, herunder opstart og fastholdelse.

Borgerne er meget besværet, men ønsker behandling målrettet deres stofmisbrug

84 pct. af borgerne er meget bekymrede over eller besværet af deres stofmisbrug. Næsten 60 pct. af borgerne er bekymrede over eller besværet af fysiske problemer i dagligdagen. Tilsvarende er 88 pct. af borgerne bekymrede over eller besværet af psykiske vanskeligheder. De kvantitative data viser også, at borgerne har et stærkt ønske om hjælp i forhold til deres problemer. Således er det 92 pct. af borgerne, der rapporterer, at det er meget vigtigt for dem at få behandling for deres stofmisbrug. Dette indikerer, at der er tale om borgere, som ønsker hjælp til behandling af deres misbrug, men som har vanskeligt ved at opnå denne kontakt inden for de eksisterende rammer.

2.3.2 Borgerresultater



For borgerne har målet med modellen været:

- At der på kort sigt opnås kontakt til borgere, som ikke eller kun i ringe grad benytter sig af eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.
- At borgerne på mellemlangt sigt opnår øget motivation og tillid til, at det er muligt at forandre deres livssituation.
- At borgerne på langt sigt påbegynder stofmisbrugsbehandling med henblik på at understøtte egen recovery-proces med det mål at genvinde, udvikle eller vedligeholde deres funktionsevne og oplevelse af at have indflydelse på og kontrol over eget liv og hverdag.

Læs mere
i kapitel 7

Der er skabt kontakt til ukendte borgere og borgere uden tilknytning til stofmisbrugsbehandling

30 pct. af de borgere, som de udgående behandlere er kommet i kontakt med, er hidtil ukendte i stofmisbrugsbehandlingssystemet. Ca. 60 pct. er tidligere kendte i stofmisbrugsbehandlingssystemet men har ingen tilknytning til dette. Det indikerer, at de mest udsatte borgere har en svag kontakt til tilbud om stofmisbrugsbehandling. De udgåede behandlere og et udsnit af borgerne, som er interviewet, giver indtryk af, at det i høj grad skyldes, at borgerne oplever udfordringer med at komme igennem blandt andet afklarings- og udredningsfasen. Borgerne fortæller, at det kan være en sej og vanskelig proces at være i, ligesom de giver udtryk for, at perioden fra den første kontakt til afgørelse om et behandlingstilbud ofte er lang. Det gør, at borgerne ofte er "videre", når tilbud om behandling tilbydes.

De kvantitative data bekræfter, at den udgående indsats har medvirket til, at der opspores borgere med et behov for behandling, som ikke tidligere har været kendte i systemet og ikke modtager behandling - trods deres besvær med stofmisbrug. De udgående behandlere peger på, at dette dels skyldes, at der ikke opnås kendskab til disse borgere i eksisterende tilbud, dels at disse borgere typisk ikke opspores via eksisterende opsøgende indsatser, hvor der ikke er fokus på borgernes stofmisbrug – ligesom misbrugsfaglighed ikke er fundamentet i indsatsen.

Samtidig peger de udgående behandlere i begge kommuner på, at de er kommet i kontakt med en større gruppe af unge. Disse unge vurderes af de udgående behandlere og ledelsen i misbrugscentrene at være dem, der senere vil komme i hyppige og ustabile forløb i stofmisbrugsbehandlingen, hvis ikke de får en målrettet udgående indsats mod stofmisbruget.

Borgerne oplever øget motivation for forandring og større håb for fremtiden

Evalueringsens kvantitative data viser, at de udgående behandleres indsats har en signifikant positiv betydning for borgernes oplevelse af håb for fremtiden. Samtidig har indsatsen bidraget positivt til borgernes egen opfattelse af, hvorvidt de kan gøre noget aktivt ved deres stofmisbrug.

Flere borgere vurderer, at de i højere grad selv er blevet i stand til at reducere eller stoppe deres misbrug.

De udgående behandlere giver udtryk for, at et succesfuldt arbejde med borgerne og deres motivation forudsætter opbygning af en bæredygtig behandlingsalliance. De peger på, at den stærkeste alliance opstår i situationer, hvor de udgående behandlere og borgerne er enige om målene for indsatsen og kvaliteten i relationen eller båndet imellem dem. Samtidig viser evalueringen, at alliancen fremmes, når de udgående behandlere er lyttende og nysgerrige på borgerne, ligesom det drejer sig om sammen med borgerne at fastsætte positive og realistiske mål, der afspejler borgernes præferencer og ønsker til forandring og recovery. Endelig vurderer de udgående behandlere, at det også handler om at udvise tålmodighed med henblik på at skabe en relation til borgerne, ligesom de udgående behandlere skal være til rådighed og være i stand til at påskønne selv små skridt i borgernes motivation for forandring.

Borgerne tager små skridt i retning af recovery

De kvantitative data, som evalueringen bygger på, viser, at der kan spores en mindre omend positiv udvikling i borgernes recovery-proces. Borgerne oplever således et signifikant fald i omfanget af deres stofmisbrug i form af færre dage, hvor de har problemer med deres misbrug. Samtidig ses, at borgerne tre måneder efter indsatsen er igangsat, er mindre bekymrede eller besværede af deres stofmisbrug sammenlignet med situationen før indsatsen. Resultaterne viser også, at borgerne oplever en vis positiv udvikling i deres psykiske helbred, hvilket kommer til udtryk ved, at borgerne er mindre besværet af deres psykiske vanskeligheder.

De resultater, der kan spores i de kvantitative data bekræftes også af de udgående behandlere og projektlederne i de to kommuner. I interviews fortæller de, at borgernes bedring blandt andet kommer til udtryk ved et forbedret fysisk helbred, fx vægtforøgelse og bedre egenomsorg. Samtidig oplever de, at borgerne i takt med en positiv udvikling i deres stofmisbrug, opnår øget overskud og livsmod. Det medvirker til, at de i højere grad formår at fastholde aftaler og følge behandling – ikke kun tilbud om stofmisbrugsbehandling, men også øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Endelig vurderer de udgående behandlere, at den positive udvikling har udmøntet sig i en forbedring af borgernes nære relationer. Det kan være, at de får genetableret kontakt til familie eller relevant netværk, ligesom flere af borgerne oplever færre vanskeligheder ved at deltage i samvær med andre. Blandt samarbejdspartnere og de udgående behandlere er oplevelsen, at det særligt er de unge borgere, der opnår en hurtig bedring i kølvandet på en positiv udvikling i deres stofmisbrug.

En relativ stor andel af borgerne fastholdes i stofmisbrugsbehandling

40 pct. af de borgere, der er begyndt i social stofmisbrugsbehandling, modtager fortsat stofmisbrugsbehandling tre måneder efter. Næsten 10 pct. er udskrevet som færdigbehandlede. Set i sammenhæng med, at 90 pct. af borgerne var ukendte eller uden kontakt til stofmisbrugsbehandlingssystemet ved indsatsens begyndelse, indikerer det, at indsatsen har virket positivt på borgernes tilknytning til og fastholdelse i stofmisbrugsbehandlingssystemet. De kvalitative data indikerer, at dette dels skal forklares ved, at borgerne mødes med en mere helhedsorienteret og sammenhængende indsats, dels en positiv udvikling i retning af mere fleksible og rummelige arbejdsgange i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, som borgerne møder (jf. afsnit 3.3.3.).

De kvantitative data viser også, at ca. 50 pct. er faldet ud af den sociale stofmisbrugsbehandling. Evalueringen indikerer således, at det fortsat er en udfordring at fastholde de mest udsatte borgere i stofmisbrugsbehandling, og at der ofte vil være behov for efterbehandling og opfølgende indsatser. Tallet skal dog sammenholdes med, at en stor andel af borgerne ingen behandling modtog før indsatsen.

Resultatet skal også læses i sammenhæng med, at der generelt er et relativt højt frafald i stofmisbrugsbehandling blandt alle borgere med stofmisbrug. Endvidere er målgruppen for modellen borgere med et komplekst problembillede. Derfor må det forventes, at der vil være et frafald i behandlingen undervejs i deres recovery-proces. Endeligt fortæller de udgående behandlere, at de borgere, der er frafaldet, nu har fået en kontakt til stofmisbrugsbehandlingssystemet – og viden om de muligheder, behandlingen tilbyder. Deres erfaring er, at det øger chancen for, at borgerne senere etablerer kontakt til behandlingstilbuddene.

2.3.3 Organisatoriske resultater



Ved igangsættelse af arbejdet med modellen har de organisatoriske mål for indsatsen været:

- At borgerne oplever en mere sammenhængende og helhedsorienteret stofmisbrugsbehandling og social og sundhedsfaglig støtte.
- At borgerne oplever et mere tilgængeligt og fleksibelt tilbud om stofmisbrugsbehandling, hvor indsats og rammer tilpasses borgernes situation og behov.

Læs mere
i kapitel 6

Sammenhængende og helhedsorienteret indsats til borgerne

I interviews med de udgående behandlere, projektledere og samarbejdspartnere i de to kommuner fremhæves det, at arbejdet med modellen har tilvejebragt et samarbejde mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og øvrige kommunale samt regionale sociale og sundhedsfaglige tilbud. De vurderer alle, at dette samarbejde understøtter, at borgerne modtager en sammenhængende og helhedsorienteret indsats målrettet deres komplekse problembillede.

På den ene side kommer det til udtryk ved, at samarbejdspartnere i de eksisterende sociale og sundhedsfaglige tilbud i højere grad benytter de udgående behandlere, når de står med borgere, der har behov for en udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. På den anden side vurderer samarbejdspartnere i kommunale og regionale tilbud, at samarbejdet med de udgående behandlere har givet dem øget indblik i borgernes forløb i stofmisbrugsbehandlingen. De fortæller, at det virker positivt, dels på hvordan de kan støtte op om borgernes stofmisbrugsbehandling, dels på hvordan de kan tilrettelægge egen støtte til borgerne, så der sikres sammenhæng i indsatser.

Fleksible og rummelige arbejdsgange i stofmisbrugsbehandlingen

I begge kommuner har det kommunale misbrugscenter i nogen eller høj grad været gearret til arbejdet med modellen og målgruppen, idet der ved projektets opstart allerede var etableret eksisterende lavtærskeltilbud til borgerne. Ifølge ledelsen i to misbrugscentre, de udgående behandlere, projektlederne og samarbejdspartnere har arbejdet med modellen også medvirket til en positiv udvikling i arbejdsgange i de to kommuners stofmisbrugsbehandling, og til at de mest udsatte borgere mødes med en fleksibel og rummelig indsats tilpasset deres situation og behov. Det kommer til udtryk på flere niveauer.

For det første har de udgående behandleres forankring i modtagelsen i misbrugscentret bidraget til at øge forståelsen for, at der er behov for at reagere mere fleksibelt og hurtigere, når de mest udsatte borgere kommer i kontakt med modtagelsen i stofmisbrugsbehandlingen. De udgående behandlere fortæller, at de med deres tilstedeværelse i modtagelsen har været med til at øge opmærksomheden på de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Ifølge medarbejdere i modtagelsen har det skabt øget villighed til at undersøge og håndtere systembarrrierer i egen praksis, fx med henblik på at sikre mere smidige og fleksible indgange til behandling.

For det andet er der også sket ændringer i forhold til de tilbud, som borgerne tilbydes. Blandt andet er der som led i arbejdet med modellen i en af kommunerne etableret et tværfagligt team i misbrugscentret med kompetencer til at håndtere borgerens kaotiske livssituation. Dette med henblik på, dels at understøtte brobrygning fra udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling, dels at fastholde borgerne i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, fx ved at arbejde med borgerne på en måde, så karantæne og bortvisning fra tilbuddet undgås. Endeligt peger

ledelsen i misbrugscentrene, de udgående behandlere og projektlederne på, at begge kommuner er lykkedes med at få skabt sammenhæng mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og den lægelige behandling. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at lægen i misbrugscentret i højere grad har medvirket til at understøtte en rummelig substitutionsbehandling og brobygning af borgerne til tilbud om stofmisbrugsbehandling. Dette via en højere grad af fleksibilitet i den medicinske behandling, fx i forbindelse med opstart og startdosis i den medicinske behandling samt hjemmebesøg i borgernes eget hjem, hvor lægen også er med.

2.3.4 Økonomiske resultater



Omkostninger til implementering og drift af modellen er beregnet på baggrund af kommunernes løbende dokumentation af henholdsvis direkte og indirekte borgerrettede omkostninger. Disse data viser, at de samlede omkostninger forbundet med indsatsen til borgerne er ca. 3.300.000 kr. Det svarer til en gennemsnitlig omkostning per borger på ca. 20.000 kr.

Læs mere i
kapitel 9

På baggrund af de udgående behandleres erfaringer kan der tegnes et billede af de sandsynlige afledte økonomiske omkostninger og gevinster af indsatsen til borgerne. Det handler på den ene side om afledte omkostninger, fx i form af, at borgerne efter indsatsen i højere grad følger ambulanset stofmisbrugsbehandling, måske får hjemmehjælp, socialpsykiatriske tilbud og forskellige sundhedsydelse. Altså omkostninger, der følger i kølvandet på udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling, fordi borgerne opnår en bedring i deres stofmisbrug og fysiske og psykiske helbred. På den anden side handler det om økonomiske gevinster i form af sparede omkostninger ved forebyggelse af situationer, der kan forventes at ville indtræffe på kort eller langt sigt i borgernes liv, såfremt de ikke havde modtaget udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. Det kan være forebyggelse af akutindlæggelser i behandlingspsykiatrien, boligudsættelse, hjemløshed og kriminalitet. På denne baggrund er der opstillet forskellige borgerscenarier til at belyse de budgetøkonomiske nettokonsekvenser. De tre borgerscenarier afspejler forskellige nettogevinster og nettoomkostninger, som varierer fra en nettogevinst på ca. 126.000 kr. per borger til en nettoomkostning på ca. 435.000 kr. per borger.

De opstillede borgerscenarier er baseret på de udgående behandleres erfaringer, men er også udtryk for hypotetiske scenarier. De skal derfor tolkes med varsomhed. Samtidig er der en lang række potentielle positive samfundsøkonomiske konsekvenser, der ikke er inddraget i scenarierne. Det drejer sig fx om de positive konsekvenser af øget livskvalitet og trivsel blandt borgerne.

2.3.5 Drivkræfter og barriere i implementeringen



De udgående behandlere i begge kommuner har i moderat til høj grad implementeret modellen med fidelitet. Det vil sige, at de har arbejdet loyalt efter de faser, trin og fremgangsmåder, der er beskrevet i manualen til modellen. Evalueringen peger dog også på en række drivkræfter og barrierer, der har indvirket på implementeringen af modellen.

Implementeringsdrivkræfter

Læs mere i
kapitel 5 og 8

Klare, forpligtende og tydelige samarbejdsaftaler støtter implementeringen

Evalueringen viser, at det fremmer implementeringen af modellen, herunder særligt samarbejdet om modellen, at misbrugscentret og relevante samarbejdspartnere udarbejder en skriftlig samarbejdsaftale. Erfaringen blandt projektlederne, de udgående behandlere og samarbejdspartnere er, at det medvirker til åbenhed og tydelighed om roller, ansvar og opgaver i arbejdet med modellen og de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Samtidig er samarbejdsaftaler med til at sikre et grundlag for løbende forventningsafstemning mellem partnerne.

Vedholdende indsats og pleje af samarbejdspartnere på udførende niveau fremmer samarbejdet

I evalueringen peges der også på, at et godt samarbejde på udførende niveau mellem de udgående behandlere og medarbejdere fra øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud er centralt for en vellykket implementering af modellen. Erfaringerne viser, at opbygning af gode samarbejdsrelati-

oner er en tidskrævende og vedvarende del af arbejdet med modellen, ligesom det kræver, at samarbejdspartnere løbende orienteres og kontinuerligt plejes af de udgående behandlere.

Kompetence til at visitere kan forebygge tilbagefald hos borgerne

Det understøtter arbejdet med modellen, at de udgående behandlere har direkte visitationskompetence ind i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Evalueringen tegner et billede af, at det skaber hurtigere indgange for borgerne til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Samtidig giver det de udgående behandlere mulighed for at reagere i det øjeblik, borgerne viser motivation for forandring og stofmisbrugsbehandling. De udgående behandlere vurderer, at det er med til at forebygge, at borgerne mister motivationen for forandring og måske falder tilbage til udgangssituationen inden motivationsarbejdet.

Evalueringen peger dog også på, at det forudsætter, at de udgående behandlere har det nødvendige råderum til at kunne gennemføre indsatsen med en høj grad af fleksibilitet og mobilitet. En særlig drivkraft har her været, at ledelsen i misbrugscentre har etableret rammer, der sikrer de udgående behandlere et realistisk og afgrænset caseload af borgere.

Forankring i misbrugscentret understøtter brobygning og sammenhæng i behandlingen

Projektlederne, de udgående behandlere og lægerne i misbrugscentret peger på, at modellens forankring i misbrugscentret er med til at understøtte brobygningsarbejdet, hvor borgerne indskrives og tilknyttes til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Denne forankring er også med til at understøtte en tættere sammenhæng mellem den sociale og den sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling, herunder den lægelige behandling af borgerne. Således fortæller projektlederne, at modellens forankring i misbrugscentret har medvirket til at sikre, at de rette kompetencer inddrages i stofmisbrugsbehandlingen ud fra et helhedssyn på borgernes situation. Særligt peges der på, at det har været fremmende for implementeringen af modellen, at der har været en læge i misbrugscentret tilknyttet arbejdet med modellen.

Implementeringsbarrierer

Usikkerhed om målgruppen og manglende tydelighed i roller og ansvar har været en udfordring

De udgående behandlere har oplevet, at de bliver kontaktet af både kolleger i misbrugscentre og samarbejdspartnere om borgere, der falder uden for målgruppen. Konsekvensen af dette har været, at de udgående behandlere i perioder har brugt tid på borgere uden for målgruppen. Det har ifølge de udgående behandlere taget ressourcer fra den tid, de kunne bruge på en udgående og kontaktskabende indsats målrettet de borgere, der ikke har eller kun har en sporadisk kontakt til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Ifølge projektlederne og de udgående behandlere er det derfor centralt, at de udgående behandleres funktion gøres tydelig for samarbejdspartnere. Det skal bl.a. bidrage til, at det er tydeligt for samarbejdspartnere, at de udgående behandlere bringer en misbrugsfaglig ekspertise ind i det opsøgende arbejde, som supplerer og ikke erstatter eksisterende indsatser.

Det svære opsøgende arbejde i borgernes nærmiljø

Evalueringen viser, at der ikke kan drages entydige konklusioner om den gode måde at gennemføre en udgående indsats i borgernes nærmiljø. De udgående behandlere peger på, at det kan være en udfordring at træde ind i borgernes miljø. Det kan skyldes, at borgerne bliver usikre på de udgående behandleres tilstedeværelse, ligesom der kan være risici forbundet med dette arbejde for de udgående behandlere. Erfaringen blandt de udgående behandlere og samarbejdspartnere er, at det er vigtigt, at de udgående behandlere tydeligt informerer om baggrunden for deres tilstedeværelse, så borgerne oplever tryghed og accepterer, at de udgående behandlere træder ind i deres miljø.

Udfordring at få kontakt til borgere, der ikke opholder sig i kendte stofmisbrugsmiljøet

De kvalitative data viser, at succes i den udgående indsats forudsætter systematisk og målrettede planer for indsatsen. Ifølge de udgående behandlere og samarbejdspartnere kan det være

systematik i, hvornår på dagen og ugen de udgående behandlere færdes i borgernes nærmiljø. Begge parter fortæller, at det bidrager til kontinuitet og skaber øget tydelighed for borgerne om, hvornår de kan træffe de udgående behandlere. De udgående behandlere har imidlertid erfaret, at det kan være vanskeligt at nå borgere, der ikke opholder sig i kendte miljøer på denne måde. De peger på, at det kan være unge, som måske ikke benytter væresteder og varmestuer, eller borgere, som opholder sig i eget hjem eller på anden måde tilbagetrukket. Evalueringens kvalitative data viser, at det til tider har udfordret de udgående behandlere, som i perioder har måttet tænke utraditionelt med henblik på at kunne møde disse borgere med en udgående indsats i deres nærmiljø.

Udfordringer med at få etableret samarbejde med borgernes alment praktiserende læge

De udgående behandlere peger på, at det er svært at få adgang til borgernes egen læge, ligesom de oplever, at lægen ikke altid udviser interesse for at gå i dialog om de mest udsatte borgere. Evalueringen viser, at det manglende samarbejde til tider har indvirket negativt på indsatsen til borgerne, fx hvis borgernes egen læge træffer beslutninger, der påvirker en eventuelt medicinsk behandling til borgerne, uden at koordinere dette med stofmisbrugsbehandlingen. Samarbejdet har således betydning for, om borgerne oplever at blive mødt med en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

2.4 anbefalinger til arbejdet fremadrettet

I dette afsnit peger Rambøll på de anbefalinger, evalueringens centrale konklusioner og vidensfund har givet anledning til.

Tænk utraditionelt i den geografiske afdækning og undgå, at borgere går under radaren

Evalueringen viser, at en fjerdedel af de borgere, de udgående behandlere er kommet i kontakt med, er hidtil ukendte i stofmisbrugsbehandlingssystemet. Således er der en gruppe af borgere med behov for hjælp, som der ikke opnås kendskab til via eksisterende tilbud og opsøgende indsatser. I planlægningen af arbejdet med modellen, herunder særligt den geografiske afdækning af mulige områder for den udgående indsats, er det vigtigt, at de udgående behandlere ikke indskrænkes af eksisterende viden og erfaringer om borgernes typiske færden. Der kan i høj grad være behov for at tænke utraditionelt med henblik på at udvide de områder, der opereres i geografisk, til fx kollegier, uddannelsesinstitutioner, særlige miljøer for unge m.v. På den måde indsnævres den udgående indsats ikke til at foregå alene i de miljøer, hvor de velkendte udsatte borgere med stofmisbrug opholder sig. Rambøll anbefaler således, at der i arbejdet med modellen er stor opmærksomhed på kontinuerligt at genbesøge den geografiske afdækning og på den baggrund løbende justere den rute, der fastlægger de udgående behandleres udgående indsats.

Tæt koordinering og samarbejde med alment praktiserende læger

Evalueringen viser, at de udgående behandlere har været udfordret i forhold til at få skabt et samarbejde med almen praksis i form af borgernes egen læge. De udgående behandlere fortæller, at det er svært at få adgang til borgernes egen læge, ligesom lægen ikke altid er interesseret i at indgå i dialog om de mest udsatte borgere. Det har til tider indvirket negativt på de udgående behandleres arbejde med de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Et samarbejde med borgernes egen læge er således væsentligt for en vellykket indsats. Dette med henblik på, at lægens indsats understøtter den indsats, de udgående behandlere udfører, og som pågår i misbrugscentret. I det fremadrettede arbejde med modellen anbefaler Rambøll, at ledelsen i misbrugscentret og de udgående behandlere har fokus på kontinuerligt at orientere de alment praktiserende læger i kommunen om arbejdet med modellen. Det skal sikre en højere grad af koordinering af borgernes indsats og samarbejde mellem partnerne i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Forpligtende samarbejde understøttes af tydelige og skriftlige samarbejdsaftaler

Implementeringen af modellen er stærkest, når samarbejdet om denne er nedfældet i forpligtende, tydelige og skriftlige samarbejdsaftaler. Erfaringerne peger dog på, at det er særligt vigtigt,

at der etableres et tæt samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri. Dels fordi mange af borgerne har psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug, dels fordi forskningen viser, at et integreret og tæt samarbejde er væsentligt for at opnå positive resultater i arbejdet med de udsatte borgere med komplekse problemer. Rambøll anbefaler, at kommuner, som overvejer at implementere modellen, sikrer, at der udfærdiges klare samarbejdsaftaler mellem kommunens misbrugscenter og den regionale behandlingspsykiatri. Det kan fx være i regi af sundhedsaftalerne, der indgås mellem regionsråd og kommunalbestyrelsen, og som har til formål at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af de indsatser, der går på tværs af regionens sygehuse, kommuner og almen praksis. Samtidig anbefaler Rambøll, at en eventuel implementering af modellen understøttes af et samarbejde baseret på retningslinjerne i de koordinerende indsatsplaner, som Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udarbejdet.

Indkredsning af målgruppen og funktionsbeskrivelse af de udgående behandleres rolle

Evalueringen viser, at de udgående behandlere også har brugt tid på borgere, der umiddelbart falder uden for målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Dette er sket på baggrund af henvendelser, dels fra kolleger i misbrugscenret, dels fra samarbejdspartnere og har taget tid fra den udgående og kontaktskabende indsats målrettet de mest udsatte borgere. Rambøll anbefaler, at en implementering af modellen understøttes af tydelighed, dels om målgruppen for modellen, så denne bliver kendt af alle relevante kolleger og samarbejdspartnere, dels i forhold til de udgående behandleres funktion og rolle. Dette skal sikre, at de udgående behandlere i mindre grad skal bruge kræfter på borgere, der falder uden for målgruppen. Klare funktionsbeskrivelser vil også betyde, at samarbejdspartnere har et tydeligt billede af snitfalder mellem deres indsats og de udgående behandleres arbejde. Denne tydelighed kan fx understøttes via skriftligt materiale om målgruppen og de udgående behandleres arbejdsopgaver, som kan uddeles til samarbejdspartnere. Det kan også være i form af møder med kolleger i misbrugscenret og samarbejdspartnere med henblik på at drøfte samarbejdet om modellen. I den forbindelse er det særligt relevant at have fokus på, at allerede eksisterende opsøgende indsatser i kommunen får viden om de udgående behandleres rolle. Endeligt vil tydelighed om målgruppen også understøtte de udgående behandleres løbende screening af, hvilke borgere der hører til i målgruppen for indsatsen samt hvilke borgere som falder uden for denne.

Caseload, der sikrer fleksibilitet og mobilitet i arbejdet med borgerne

Evalueringen viser, at de udgående behandlere skal kunne gennemføre den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling med en høj grad af fleksibilitet og mobilitet. Det vil sige, at de skal kunne reagere hurtigt på borgernes ønsker om støtte, ligesom de skal kunne hjælpe borgerne, fx i kontakten til egen læge, psykiatriske behandlere, bostøtte eller myndighedssagsbehandler. Endvidere skal de udgående behandlere kunne levere mere intensiv støtte i akut opståede krisesituationer, hvor borgerne kan have et stort behov for støtte og hjælp. På den baggrund anbefaler Rambøll, at det i kommuner, som ønsker at implementere modellen, sikres, at ledelsen i kommunens misbrugscenter skaber det nødvendige råderum for de udgående behandleres arbejde med modellen. Det kan fx være at fastsætte en øvre grænse for, hvor stor en caseload den enkelte udgående behandler kan have. Erfaringen viser, at de udgående behandlere ikke bør have en caseload på over 15 borgere i gennemsnit per udgående behandler i teamet. Det skal sikre, at de udgående behandlere kan honorere borgernes behov for fleksibilitet, rummelighed, mobilitet og længerevarende støtte. Samtidig skal det understøtte, at de udgående behandlere har tid til at opbygge relationer, tillid og behandlingsalliancer med borgerne.

2.5 Evalueringens datagrundlag

Evalueringen er gennemført med udgangspunkt i både kvalitative og kvantitative metoder og datakilder. I kapitel 3 og i bilagsmaterialet er metoder og datakilder udfoldet. Her gives alene et sammenfattende overblik dette. Evalueringen af de borgerrettede resultater overvejende baseret på løbende før- og eftermålinger blandt borgerne, mens implementeringsevalueringen bygger på kvantitative målinger af fidelitet i de udgående behandleres implementering af modellen. Dette er suppleret med kvalitative data fra projektbesøg. Den økonomiske evaluering hviler i stor ud-

strækning på projektledernes og de udgående behandleres løbende dokumentation af omkostninger på projektniveau og borgerniveau.

Sammenlagt har de udgående behandleres udgående indsats bidraget til at opspore 164 borgere. I alt har 91 borgere modtaget en egentlig indsats fra de udgående behandlere. Der er imidlertid stor variation blandt borgerne i forhold til, hvor langt, de er nået i modellens indsats. Det betyder, at der ikke er gennemført kvantitative eftermålinger blandt alle de borgere, hvor der er gennemført førmålinger, ligesom der er borgere, hvorpå der slet ikke er gennemført målinger. De kvantitative resultater i evalueringen er således baseret på de borgere, hvor det har været muligt at gennemføre før- og eftermålinger. Der skal tages højde for dette i tolkningen af evalueringens resultater.

3. KORT OM PROJEKTET, PILOTKOMMUNERNE OG EVALUERINGEN

I dette kapitel beskriver Rambøll kort baggrunden for projektet og modellen. Endvidere gives en kort præsentation af de to pilotkommuner, hvor modellen har været afprøvet, ligesom der gives et overblik over design for evalueringen og datakilder og metoder.

3.1 Baggrund for projektet og kort om modellen og målgruppen

I Danmark findes en gruppe af borgere med stofmisbrug og komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer. Disse borgere benytter ikke eller kun i ringe grad de eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Flere undersøgelser peger på, at denne gruppe af borgere har brug for opsøgende og udgående stofmisbrugsbehandling med fleksible arbejdsgange og bedre tilgængelighed for borgerne. Samtidig peger undersøgelser på et behov for, at indsatsen er målrettet borgernes samlede problembillede og således, at et bredt udsnit af det sociale og sundhedsfaglige støttesystem inddrages i såvel stofmisbrugsbehandling som opfølgning på denne.

På den baggrund og som led i satspuljen fra 2012 til 2015 har Aarhus og Odense Kommune i perioden 2014-2016 medvirket i udviklingen af og den efterfølgende afprøvning af en model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling (herefter modellen). Formålet med modellen har været at bidrage til, at borgerne genvinder, udvikler eller vedligeholder deres funktionsevne, så de i højere grad oplever at have kontrol over og indflydelse på eget liv og egen hverdag.

Modellen består af en række kerneelementer, tilgange, faser og konkrete trin, herunder en udgående og kontaktskabende indsats, motivationsarbejde og brobygning samt fortsat behandling i tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Modellen er målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Om en borger er i målgruppen for modellen vil altid være baseret på en faglig vurdering af den enkelte borgers behov, ønsker og samlede livssituation. Det har i afprøvningsperioden imidlertid været muligt, at indkredse målgruppen for modellen via en række inklusionskriterier. De fremgår i boksen nedenfor.

Borgere i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling er:

- Borgere, der tilhører målgruppen for social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101.
- Borgere, der har et stofmisbrug, som ofte er kendetegnet ved at være et intenst blandingsmisbrug.
- Borgere, der har komplekse problemer og en høj belastningsgrad på mindst tre af følgende områder: Fysisk helbred, psykisk helbred, økonomi, kriminalitet og familiemæssige og sociale relationer.
- Borgere, der ikke benytter eller kun i begrænset omfang benytter de eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud eller er i risiko for at falde ud af de eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud.
- Borgere, der har behov for støtte og hjælp fra flere systemer og dermed behov for koordinerede indsatser og behandling og opfølgning.
- Borgere, der oplever sig besværet af deres aktuelle situation, og som opholder sig på forsorgshjem, væresteder eller gaden. Der er også borgere i målgruppen, som oftere opholder sig i eget hjem eller færdes på steder, som ikke nødvendigvis forbindes med det "konventionelle" misbrugsmiljø.

3.2 De to pilotkommuner

Modellen har været afprøvet i to kommuner: Aarhus Kommune og Odense Kommune. I begge kommuner har arbejdet med modellen været forankret i det kommunale misbrugscenter, og indsatsen er udført af teams bestående af to udgående behandlere. Herudover har en projektleder været tilknyttet arbejdet med modellen.

Sammensætningen af det udgående behandlerteam har været forskellig i de to projektkommuner. I Odense Kommune har teamet bestået af en sundhedsfaglig medarbejder (sygeplejerske) og en socialfaglig medarbejder (pædagog), mens teamet i Aarhus Kommune har bestået af to

socialfaglige medarbejdere (socialrådgivere). Tabellen nedenfor giver et overblik over organiseringen af arbejdet med modellen i de to kommuner.

Tabel 3-1: De to kommuners organisering af arbejdet med modellen

Kommune	Forankring af modellen og de udgående behandlere	Udgående behandlere	Faglig baggrund blandt de udgående behandlere
Aarhus	Center for Misbrugsbehandling. De udgående behandlere har været organisatorisk forankret i centrets modtagelse.	To udgående behandlere har arbejdet med modellen.	To socialfaglige medarbejdere.
Odense	Odense Rusmiddelcenter. De udgående behandlere har været organisatorisk forankret i centrets modtagelse.	To udgående behandlere har arbejdet med modellen.	En socialfaglig medarbejder og en sundhedsfaglig medarbejder.

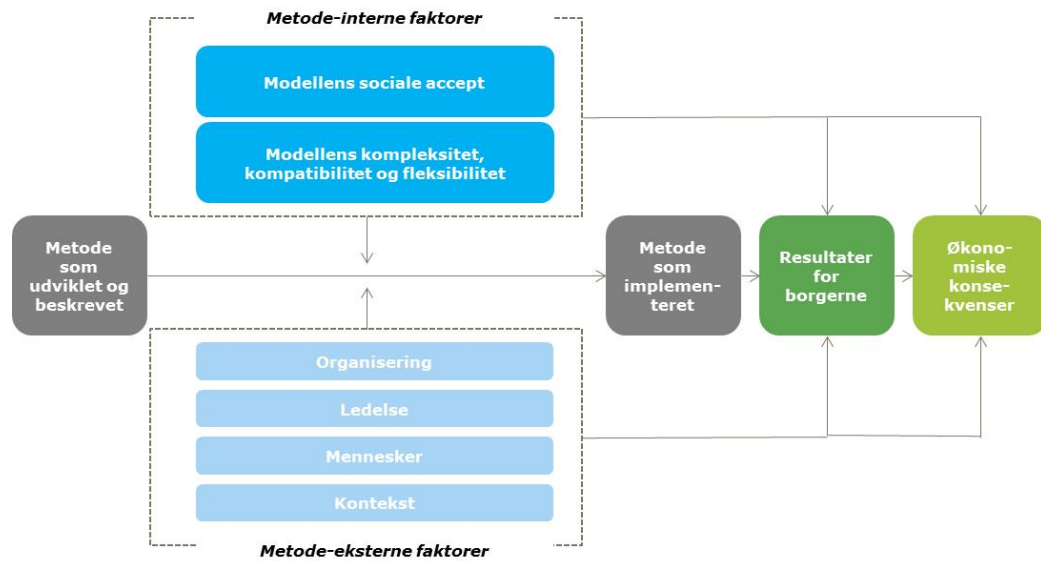
I begge kommuner er de udgående behandlere rekrutteret fra det kommunale misbrugscenter, hvor de havde ansættelse forinden. Ledelsen i begge kommuner giver udtryk for, at denne prioritering afspejler, at de udgående behandlere på den måde allerede kender formalia i forbindelse med indskrivning i misbrugscentret samt eksisterende arbejdsgange i misbrugscentret. Samtidig fortæller ledelsen i de to misbrugscentre, at rekrutteringen på den måde bidrager til, at modellen får en klar forankring i det kommunale misbrugscenter samt minimerer risikoen for, at de udgående behandlere frakobles organisatorisk. Endvidere har ledelsen i rekrutteringen af de udgående behandlere lagt vægt på, at det er medarbejdere, som kender målgruppen og har et netværk i kommunen, som kan understøtte den indsats, de udgående behandlere udfører.

I både Odense og Aarhus Kommune er arbejdet med modellen blevet fulgt af tværfagligt sammensatte styregrupper. I Aarhus Kommune har styregruppen været sammensat af centerchefen fra misbrugscentret, projektlederen og centrale samarbejdspartnere fra bl.a. kommunale væresteder, socialpsykiatriske tilbud i kommunen og den regionale behandlingspsykiatri. I Odense Kommune er arbejdet med modellen blevet fulgt af en styregruppe bestående af projektlederen for modellen, en afdelingsleder fra eksisterende tilbud i stofmisbrugsbehandlingen og repræsentanter fra bl.a. væresteder, varmestuer, forsorgshjem, Reden, Kirkens Korshær, boligsociale indsatser og politiet.

3.3 Evaluering af modellen

Som en del af det samlede projekt har der været iværksat en evaluering, som dels har skullet samle op på de første erfaringer fra en indledende pilotafprøvning, dels har skullet sikre en løbende dokumentation af modellens implementering, effekter og økonomi. Pilotevalueringen fokuserede på modeludviklingen og operationaliseringen af denne. Den samlede evaluering består af en resultatevaluering, en implementeringsevaluering og en økonomisk evaluering. I bilagsmateriale er de enkelte spor udfoldet yderligere. Figuren nedenfor illustrerer det overordnede design for evaluering af modellen målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Figur 3-1: Rambølls tilgang til evaluering



I tabellen nedenfor har Rambøll udfoldet de overordnede centrale evalueringsspørgsmål, som har været styrende for de tre spor i evalueringen; *resultatevalueringen*, *implementeringsevalueringen* og *den økonomiske evaluering*.

Tabel 3-2: Centrale evalueringsspørgsmål

Evalueringsområde	Overordnede centrale evalueringsspørgsmål
Resultatevaluering	Hvilke resultater har modellen skabt for borgernes motivation for forandring? Hvilke resultater har modellen skabt for borgernes recovery-proces, herunder misbrugssituation, sociale situation, psykiske og fysiske situation? Hvilke resultater har modellen skabt for borgernes opstart og fastholdelse i stofmisbrugsbehandling?
Implementeringsevaluering	I hvilken grad implementerer pilotkommunerne model og kerneelementer loyalt? Hvilke centrale drivkræfter og barrierer påvirker implementeringen af modellen, herunder indsatsen, ledelse, organisering, mennesker og kontekst?
Økonomisk evaluering	Hvad er de samlede økonomiske omkostninger ved implementering af modellen? Hvad er omkostningerne per borgerforløb? Hvad er de potentielle økonomiske konsekvenser?

3.4 Metoder og datakilder

Evalueringen er gennemført med udgangspunkt i både kvalitative og kvantitative metoder og datakilder.

Resultatevalueringen er overvejende baseret på løbende før- og eftermålinger ved hjælp af måleredskaber udviklet som led i opstarten af projektet. Som det også fremgår i kapitel 4 har de udgående behandlere i de to kommuner været i kontakt med en lang række borgere. Der er imidlertid stor variation blandt borgerne i forhold til, hvor langt, de er nået i modellens indsats. Det betyder, at der ikke er gennemført kvantitative eftermålinger blandt alle de borgere, hvor der er gennemført førmålinger, ligesom der er borgere, hvorpå der slet ikke er gennemført målinger. De kvantitative resultater i evalueringen er således baseret på de borgere, hvor det har været muligt at gennemføre før- og eftermålinger. Der skal tages højde for dette i tolkningen af evalueringens resultater, da det kan have den betydning, at resultater overestimeres, ligesom det kan være svært at generaliserer resultaterne til alle de borgere, der har modtaget en indsats (læs mere i kapitel 7 og i bilagsmaterialet).

Implementeringsevalueringen bygger i høj grad på kvantitative målinger af fidelitet i de udgående behandleres implementering af modellen. Dette er suppleret med kvalitative data fra

projektbesøg, hvor Rambøll har gennemført interviews med forskellige centrale aktører i arbejdet med modellen, herunder lederne i de to kommuners misbrugscentre, projektlederne, de udgående behandlere, samarbejdspartnere og et udsnit af borgere.

Den økonomiske evaluering hviler i stor udstrækning på løbende dokumentation af omkostninger på projektniveau. Med udgangspunkt i de udgående behandleres og projektledernes erfaringer og viden er der yderligere blevet etableret mulige scenarier for borgernes fremtidige livssituation. Med udgangspunkt i disse hypotetiske scenarier gives et bud på potentielle gevinster/omkostninger forbundet med indsatsen. Tabellen nedenfor viser en kort oversigt over anvendte metoder og datakilder. I bilagsmaterialet er alle de anvendte metoder samt datakilder beskrevet udførligt.

Tabel 3-3: Overblik over metoder og datakilder

Metode	Datakilde
Udviklingsworkshop	Udvikling af modellens kerneelementer, faser, trin, redskaber og tjeklister i samarbejde med pilotkommunerne og Socialstyrelsen.
"Laboratorietest"	Test af første version af modelbeskrivelsen gennemført af de udgående behandlere.
Indledende besøg i pilotkommunerne	Parathedsvurdering og eksplorative interviews med ledelsen i misbrugscentret, projektledere, de udgående behandlere og samarbejdspartnere.
Tematiserede interviewrunder i pilotkommunerne	Semistrukturerede interviews med ledere i misbrugscentret, projektledere, udgående behandlere, samarbejdspartnere og et udsnit af borgere.
Ekspertgruppemøder	Input til modelbeskrivelsen og evalueringsresultater fra udvalgte eksperter.
Løbende dokumentation af resultater	Borgernes udvikling rapporteret i et samarbejde mellem borgerne og de udgående behandlere. Dette via før- og eftermålinger af borgernes motivation samt førmålinger af borgernes situation i forhold til misbrug, fysiske og psykiske vanskeligheder og efterfølgende målinger tre måneder efter, indsatsen er igangsat.
Løbende dokumentation af fidelitet	Selvrapportering af fidelitet udført af de udgående behandlere og projektlederne i de to pilotkommuner.

4. MÅLGRUPPEN

På baggrund af opgørelser fra Sundhedsstyrelsen skønnes det, at der i Danmark er 33.000 borgere med et stofmisbrug⁶. De borgere, modellen er målrettet, udgør en lille del af denne gruppe, som er de mest udsatte borgere med stofmisbrug. I dette kapitel tegnes et billede af, hvad der kendetegner de borgere, som har modtaget en indsats, og som de udgående behandlere har haft kontakt med.

Kapitlet indledes med at give et overblik over antallet af borgere, de udgående behandlere har skabt kontakt til via den udgående indsats. Hernæst tegnes et billede af centrale baggrundskarakteristika hos borgerne, herunder køn, alder og nationalitet. Endvidere gives et overblik over borgernes stofmisbrugssituation og tilknytning til stofmisbrugsbehandlingssystemet samt øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Kapitlet afrundes med en beskrivelse af borgernes psykiske og fysiske vanskeligheder samt deres forsørgelsesgrundlag.



Kapitlet bygger på følgende metoder og datakilder:

- Kvantitative data i form af løbende førmålinger blandt borgerne.
- Kvalitative data i form af projektbesøg, hvor der er gennemført interviews med ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling, projektledere, de udgående behandlere, læger i misbrugscentret samt samarbejdspartnere.



De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår af boksen nedenfor.

De centrale konklusioner i kapitlet

- På tværs af de to kommuner har de udgående behandlere i alt skabt kontakt til 164 borgere. Af dem har 91 borgere modtaget en kortere eller længerevarende indsats i regi af modellen.
- Hovedparten af de borgere, de udgående behandlere har haft kontakt til, er mænd over 30 år. De har typisk en dansk baggrund (92 pct.).
- I Aarhus Kommune er 61 pct. af borgerne imidlertid under 30 år, mens det tilsvarende er 18 pct. af borgerne i Odense Kommune, der er under 30 år. I alt er 20 pct. af borgerne under 25 år (hhv. 26 pct. i Aarhus Kommune og 12 pct. i Odense Kommune).
- Borgerne har et intenst blandingsmisbrug, der i høj grad er kendetegnet ved brug af tunge rusmidler som opiatrer og CNS-stimulerende rusmidler. For de unge borgere er særligt cannabis gennemgående i deres stofmisbrug, hvilket ofte suppleres af alkohol men også af CNS-stimulerende rusmidler.
- Borgernes stofmisbrug skaber i høj grad problemer for deres tilværelse. 84 pct. af borgerne føler sig betydeligt eller meget bekymret eller besværet af deres stofmisbrug, mens hhv. 88 pct. og 57 pct. af borgerne oplever psykiske og fysiske problemer.
- Borgerne har en svag tilknytning til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. 92 pct. af borgerne har imidlertid et stærkt ønske om at modtage behandling for deres stofmisbrug.
- Borgerne har også en begrænset tilknytning til arbejdsmarkedet, og deres indkomstgrundlag er derfor overvejende baseret på offentlig understøttelse, særligt kontanthjælp og førtidspension.

4.1 Antal borgere, der har modtaget en indsats

Tabellen nedenfor viser dels antallet af borgere, de udgående behandlere har opnået kontakt til via den udgående indsats, dels antallet af borgere, der har modtaget en indsats via modellen.

⁶ Narkotikasituationen i Danmark 2015, Sundhedsstyrelsen 2015.

Tabel 4-1: Opsporede borgere og borgere, der har modtaget en indsats i de to kommuner

Kommune	Antal opsporede borgere	Borgere, der har modtaget en indsats i regi af modellen
Aarhus	71	39
Odense	93	52
Samlet	164	91

Tabellen viser, at de udgående behandlere i Aarhus Kommune i alt har været i kontakt med og opsporet 71 borgere som led i den udgående indsats. Heraf har 39 borgere modtaget en udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. I tabellen fremgår det også, at de udgående behandlere i Odense Kommune samlet har opsporet 93 borgere, mens i alt 52 borgere har modtaget en indsats via modellen. Sammenlagt betyder det, at de udgående behandleres udgående indsats har bidraget til at opspore 164 borgere. I alt har 91 borgere modtaget en egentlig indsats fra de udgående behandlere.

Antallet af borgere, som har modtaget en indsats, skal sammenholdes med, at den samlede gruppe af de mest udsatte borgere er relativt lille. Således er et estimat fra Socialstyrelsen, at der på landsplan er ca. 2.000 til 3.000 borgere i målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Set i dette lys, er det relativt lave antal borgere, der har modtaget en indsats i to kommuner, ikke overraskende. Samtidig kan antallet af borgere også være udtryk for, at der i projektperioden er fokuseret på relativt afgrænsede geografiske områder, hvilket har haft betydning for antallet af borgere, som medarbejderne har kunnet opspore. Ligeledes peger de udgående behandlere på, at det har været vanskeligt at få etableret samarbejdsrelationer med enkelte centrale samarbejdspartnere, som forventeligt ville kunne bidrage til, at de udgående behandlere ville få kontakt med flere borgere. I Odense Kommune har de udgående behandlere i en længere periode af projektet haft udfordringer med at få etableret et samarbejde med et af de centrale væresteder i byen, mens de udgående behandlere i Aarhus Kommune ikke har fået etableret et tæt samarbejde med to af kommunens forsorgshjem. Det kan have haft betydning for, hvor mange borgere de udgående behandlere samlet set er kommet i kontakt med.

Endvidere peger projektlederne og de udgående behandlere, særligt i Aarhus Kommune, på, at antallet af borgere, der har modtaget en indsats, også skal ses i lyset af, at der i Aarhus Kommune allerede er en relativt bred dækning af opsøgende indsatser samt et udvidet psykosocialt tilbud i form af Kontakthuset, som også er målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Ifølge projektlederen i Aarhus Kommune er det meget sandsynligt, at der via eksisterende opsøgende indsatser i kommunen og Kontakthuset allerede er etableret kontakt til en del af de mest udsatte borgere i målgruppen for modellen. Endeligt vurderer de udgående behandlere, at borgerne i målgruppen ofte har behov for en længerevarende indsats. Ifølge de udgående behandlere har det betydning for, hvor mange borgere de kan håndtere samtidigt. Således kan dette også være en forklaring på antallet af borgere, de udgående behandlere har fået skabt kontakt til.

4.2 Borgernes alder, køn og nationalitet

Tabellen nedenfor tegner et billede af borgernes karakteristika i forhold til køn, alder og nationalitet. Dette er sammenholdt med tilsvarende karakteristika blandt totalbefolkningen i Danmark samt i Aarhus og Odense Kommune.

Tabellen viser, at hovedparten af de borgere, der har modtaget en indsats i Aarhus og Odense Kommune, er mænd. Det gælder for 78 pct. af borgerne. Denne fordeling mellem mænd og kvinder ses også blandt alle borgere med stofmisbrug, hvor ca. 75 pct. er mænd⁷. Samtidig fremgår det af tabellen, at andelen af mænd i gruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug er

⁷ Evaluering af model for akuttilbud til socialt udsatte borgere med stofmisbrug, Rambøll, 2016.

betydeligt større end andelen af mænd samlet set i totalbefolkningen i Danmark. Her udgør andelen af mænd 51 pct.

Tabel 4-2: Køn, alder og nationalitet

	Andel i målgruppen*			Andel i totalbefolkningen**		
	I alt	I Aarhus	I Odense	I Aarhus	I Odense	I Danmark
Køn						
Kvinde	23 %	17 %	29 %	51 %	51 %	50 %
Mand	78 %	83 %	71 %	49 %	49 %	50 %
<i>Samlet</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>
Alder						
Under 25 år	20 %	26 %	12 %	34 %	30 %	30 %
25-29 år	23 %	35 %	6 %	11 %	6 %	6 %
30-39 år	25 %	22 %	29 %	13 %	12 %	12 %
40-49 år	23 %	9 %	41 %	12 %	14 %	14 %
50-59 år	10 %	9 %	12 %	11 %	14 %	14 %
over 60 år	0 %	0 %	0 %	19 %	25 %	25 %
<i>Samlet</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>
Nationalitet						
Andet	8 %	8 %	8 %	16 %	16 %	13 %
Dansk	92 %	92 %	92 %	84 %	84 %	87 %
<i>Samlet</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>

Kilde: *RMC-survey, **Danmarks Statistik (DST).

Tabellen giver også et overblik over borgernes alder. I alt er 43 pct. under 30 år, mens resten af borgerne er over 30 år. Ganske få borgere er mellem 50 og 59 år, mens ingen af borgerne, der har modtaget indsatsen, er over 60 år. Gennemsnitsalderen blandt de borgere, der har modtaget indsatsen, er 34 år. Dette er lavere end gennemsnitsalderen hos fx socialt udsatte borgere med ophold på akut krisecenter. Gennemsnitsalderen for disse borgere er næsten 40 år⁸.

Det fremgår også af tabellen, at alderssammensætningen blandt borgerne ikke er ens i de to kommuner. I Aarhus Kommune er 61 pct. af borgerne under 30 år, mens det tilsvarende er 18 pct. af borgerne i Odense Kommune. I alt er 20 pct. af borgerne under 25 år. Det gælder for 26 pct. af borgerne i Aarhus Kommune og 12 pct. af borgerne i Odense Kommune. Gennemsnitsalderen hos borgere, der har modtaget indsatsen i Odense Kommune, er knap 39 år, mens den i Aarhus Kommune er knap 31 år.

En mulig forklaring på denne forskel er, at der i Aarhus Kommune allerede har været veletablerede opsøgende indsatser på gadeplan. I de kvalitative interviews fortæller lederen i misbrugscentret og de udgående behandlere, at gadeplansmedarbejdere i Center for Akut og Opsøgende Indsatser allerede er i kontakt med mange af borgerne i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. De har således fungeret som én af flere rekrutteringskanaler til de udgående behandlere. Det har medvirket til, at de udgående behandlere har kunnet koncentrere dele af den udgående indsats i nye områder i kommunen. Ifølge lederen i misbrugscentret og de udgående behandlere har det bidraget til at øge optaget af helt unge borgere med stofmisbrug i indsatsen (jf. også kapitel 7). I interviewene bekræfter de udgående behandlere i Aarhus Kommune også, at de via den udgående indsats har opnået et kendskab til en gruppe af unge, som har et omfattende misbrug af hash, som ofte suppleres af alkohol, men også CNS-stimulerende rusmidler (jf. afsnit om borgernes misbrug).

⁸ Evaluering af model for akuttilbud til socialt udsatte borgere med stofmisbrug, Rambøll, 2016.

Borgerprofiler

Projektlederne og de udgående behandlere fortæller i interviews, at der kan tegnes forskellige borgerprofiler i målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Et klart skel går mellem de unge og ældre i målgruppen (jf. afsnit om borgernes stofmisbrug nedenfor). Endvidere giver projektlederne og de udgående behandlere udtryk for, at der herudover kan ses to grupper af mere eller mindre velafgrænsede borgerprofiler.

Borgerprofil 1: De meget kaotiske og synlige borgere

De udgående behandlere fortæller, at denne gruppe af borgere ofte ses på gaden og i kendte misbrugsmiljøer. De er ofte hektiske, stressede, frembrusende og altid på farten. De har sjældent tid til at snakke og gå i dialog med de udgående behandlere. De har penge de første to-tre dage i måneden. Herefter må de låne sig frem, købe rusmidler på klods eller begå kriminalitet for at have til dagen og vejen. De udgående behandlere giver udtryk for, at disse borgere ofte er i konflikt med andre borgere i miljøet. Ofte fordi de skylder penge til andre i miljøet. Endvidere peger de udgående behandlere på, at behandlingen til disse borgere ofte foregår på gadeplan – og at borgerne har meget svært ved at overholde aftaler, både med de udgående behandlere og behandlere i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Borgerprofil 2: De isolerede og tilbagetrukne borgere

Denne gruppe af borgere omtaler de udgående behandlere som isolerede og tilbagetrukne borgere. Det er borgere, der ofte lider af depression, angst og andre psykiske lidelser. De har ligeledes et kaotisk stofmisbrug, men de kommer aldrig i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling eller på gadeplan eller i misbrugsmiljøet. De holder sig hjemme. De er tavse og tilbageholdende og har sjældent et netværk at støtte sig til. Borgerne har derfor ofte et stort behov for en udgående indsats i eget hjem.

Tabel 4-2 ovenfor viser også, at 92 pct. af borgerne, der har modtaget indsatsen i de to kommuner, er etnisk danske. De udgående behandlere har således kun i begrænset omfang haft kontakt med borgere af anden etnisk baggrund end dansk. De kvalitative data giver mulige forklaringer på dette. På den ene side peger de udgående behandlere på, at det kan skyldes, at der i udsatte boligområder med en stor koncentration af borgere med anden etnisk baggrund end dansk, fx Vollsmose og Gjellerupparken, allerede findes en lang række indsatser målrettet disse borgere. Det kan være boligsociale indsatser, kommunale integrationsindsatser og inklusionsindsatser, men også eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, fx åben anonym rådgivning. Set i det lys har der været et mindre behov for at gennemføre udgående indsatser i disse områder.

På den anden side fortæller de udgående behandlere og projektlederne i de to kommuner, at det kan skyldes, dels kulturelle faktorer, dels borgeroplevede barrierer for indgangen til tilbud om stofmisbrugsbehandling. Dette understøttes af en undersøgelse af stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark. I denne konkluderes det, at borgere med etnisk minoritetsbaggrund oftere oplever at være omgivet af netværk, der er mere fordømmende over for misbrug af rusmidler end typiske danske familier⁹. Det betyder, at såvel borgere med stofmisbrug og deres familie er mere bekymret for sladder og mistet respekt i det etniske netværk, hvilket påvirker måden, hvorpå stofmisbrug håndteres. Samme undersøgelse viser også, at borgere med etnisk minoritetsbaggrund og stofmisbrug oplever vanskeligheder i indgangen til stofmisbrugsbehandling. Det kan være i form af manglende viden om muligheden for stofmisbrugsbehandling, fx på grund af sprogbarriere eller mistro til de offentlige myndigheder og en anderledes forståelse af opgavefordelingen mellem de offentlige myndigheder og familien.

⁹ Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark, Als Research, 2005.

Det kan således ikke afvises, at borgere med anden etnisk baggrund end dansk udgør en større andel af målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug, end evalueringens kvantitative data tegner et billede af.

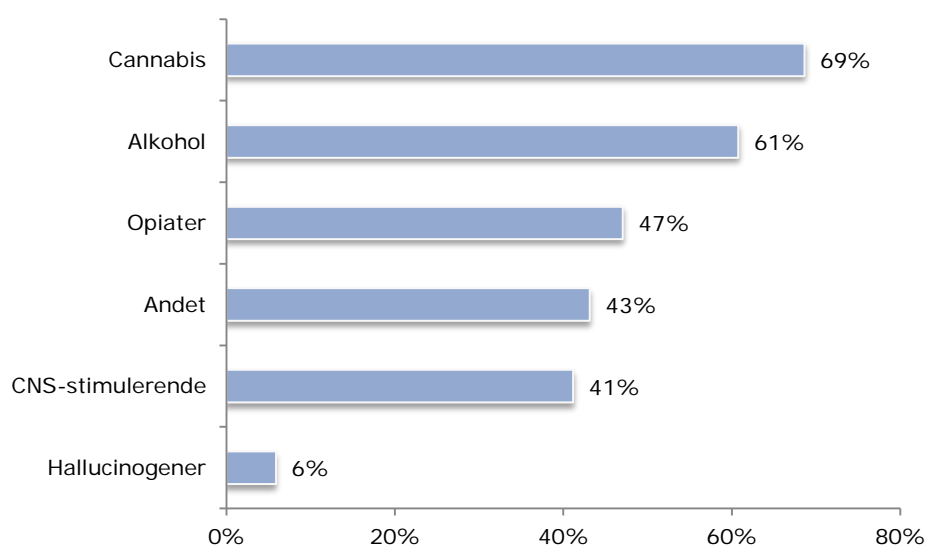
4.3 Borgernes stofmisbrug

En kortlægning fra 2013 viser, at de mest udsatte borgere med stofmisbrug ofte har et blandingsmisbrug, som kommer til udtryk ved et samtidigt forbrug af to eller flere rusmidler¹⁰. Det samme gælder for de borgere, der har modtaget udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling i Aarhus og Odense Kommune.

Data fra førmålinger viser, at mange af borgerne har et blandingsmisbrug af flere typer af rusmidler, som benyttes mange dage om ugen. Blandt andet angiver de borgere, der selv vurderer, at de har problemer med rusmidler, at de har haft problemer med dette 23 dage inden for de seneste 30 dage. En stor andel af de borgere, som de udgående behandlere har haft kontakt til, rapporterer også, at deres stofmisbrug bekymrer eller besværer dem. 84 pct. af borgerne føler sig således betydeligt eller meget bekymret eller besværet af stofmisbruget. Data fra førmålinger viser samtidigt, at 92 pct. af borgerne udtrykker, at det er meget vigtigt for dem at modtage behandling for deres stofmisbrug. Det indikerer, at de mest udsatte borgere med stofmisbrug udgør en gruppe, som ikke tidligere har fået relevant støtte målrettet deres stofmisbrug, men som gerne vil have hjælp til deres problemer med rusmidler.

Figuren nedenfor tegner et billede af, hvilke rusmidler borgerne anvender. Tabellen viser, at cannabis indgår som en del af mange borgeres rusmiddelforbrug. I Aarhus Kommune, men også Odense Kommune, fortæller de udgående behandlere, at der er en gruppe af unge med et stofmisbrug, hvor cannabis udgør den primære problematik, dog ofte suppleret med alkohol og CNS-stimulerende stoffer (jf. også figur 4-2). De udgående behandlere og projektlederne i de to kommuner peger på, at forbruget af cannabis og andre rusmidler hos disse borgere er så intenst, at det bidrager til deres kaotiske livssituation. For størstedelen af borgerne indgår cannabis dog som et supplement og ikke som et hovedstof. Som det fremgår af figuren, forbruger borgerne i høj grad de "tungere" rusmidler som fx CNS-stimulerende rusmidler, herunder kokain og amfetamin, samt opiater som fx heroin.

Figur 4-1: Rusmidler, borgerne anvender som led i deres misbrug



Kilde: RMC-survey.

¹⁰ Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug (2013). Rambøll for Socialstyrelsen.

Blandt andet ses det, at 41 pct. af borgerne inden for de sidste 30 dage har haft et forbrug af CNS-stimulerende rusmidler, herunder kokain og amfetamin. Dette er højere sammenlignet med det generelle billede af borgere med stofmisbrug i Danmark¹¹. Her er det mellem fem og 10 pct. der angiver at have amfetamin, kokain og ecstasy som hovedstof.

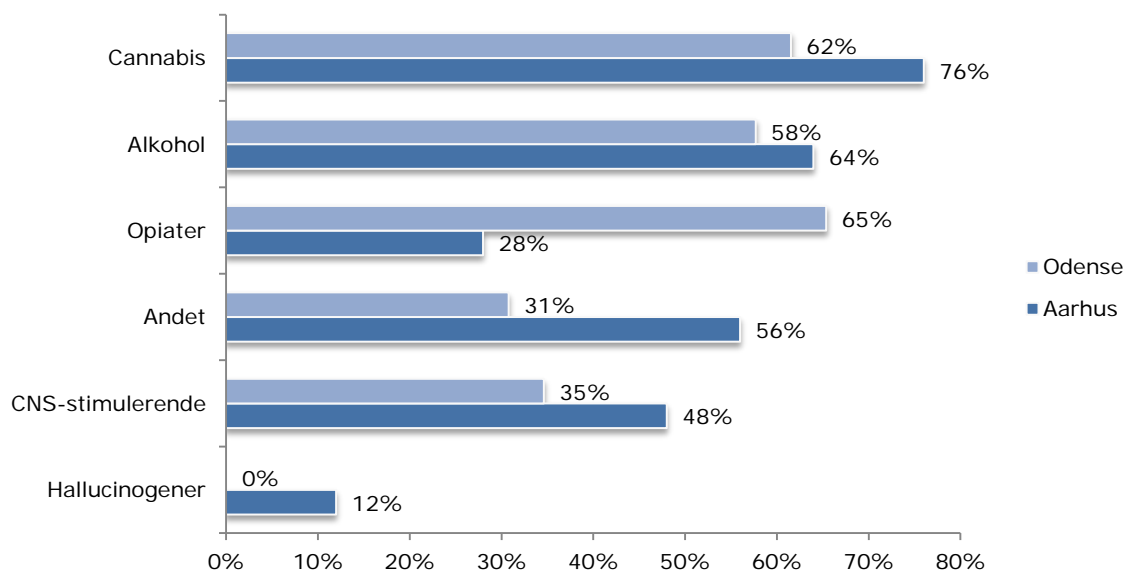
Faktaboks: CNS-stimulerende rusmidler

Centralnervestimulerende rusmidler giver en kortvarig glædesrus og en tilstand præget af centralstimulerende påvirkning. Der er tale om eufori, en følelse af velvære, øget energi, storhedstanker, tankeflugt, fjernelse af hæmninger, foretagsomhed og øget seksuel stimulation. Sult, tørst og træthed mærkes ikke. På det fysiske plan forekommer hjertebanken, forhøjet blodtryk, udvidede pupiller og en øget kropstemperatur. Euforifasen, som er den efterstræbte virkning, varer fra nogle minutter til ca. en halv time. Denne fase efterfølges af en overgangsfase, nedturen, der kan vare fra timer til døgn, afhængigt af den forudgående stofindtagelse. Nedturen er kendetegnet ved rastløshed, irritabilitet, aggressivitet, angst, forvirring og træthed. Ved længerevarende brug vil centralnervestimulerende rusmidler ofte blive afløst af en hæmmende effekt på psykiske og fysiske funktioner.

Kilde: Sundhedsstyrelsens vejledning om lægelig behandling af misbrug af kokain og andre centralnervestimulerende stoffer.

Figur 4-1 viser tilsvarende, at 47 pct. af borgerne har opiatere som en del af deres forbrug af rusmidler. Også dette er markant højere sammenlignet med det generelle billede af borgere med stofmisbrug i Danmark¹². 43 pct. af borgerne forbruger som en del af deres stofmisbrug rusmidler, der er kategoriseret som "Andet". Størstedelen af denne kategori dækker over benzodiazepiner. I figur 4-2 sammenlignes rusmiddelforbruget blandt borgerne i Aarhus og Odense Kommune.

Figur 4-2: Rusmidler, borgerne anvender som led i deres misbrug – fordelt på projektkommunerne



Kilde: RMC-survey.

Det fremgår, at der er en række kommunale forskelle i borgernes stofmisbrug. Figuren viser fx, at opiatere indgår langt hyppigere i borgernes stofmisbrug i Odense Kommune sammenlignet med Aarhus Kommune. Omvendt er der i Aarhus Kommune en større tendens til cannabisforbrug og brug af CNS-stimulerende rusmidler blandt borgerne.

¹¹ Fra Narkotikasituationen i Danmark 2015, Sundhedsstyrelsen 2015.

¹² Fra Narkotikasituationen i Danmark 2015, Sundhedsstyrelsen 2015.

Dette skal formentlig ses i lyset af forskellene i forhold til karakteristika blandt borgerne i de to kommuner. Blandt andet kan det have betydning for forbrugsmønstret, at borgerne, der har fået en indsats i Aarhus Kommune, er yngre end dem i Odense Kommune. En undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen viser, at såkaldte "downers" som bl.a. heroin oftere indtages af ældre borgere med stofmisbrug¹³. I undersøgelsen fremgår det, at det kan være ældre borgere, der har haft et langvarigt og tidligere kaotisk stofmisbrug, som i takt med, at de er blevet ældre, i højere grad foretrækker et korterevarende sus og den medfølgende sløvhed, opiatier fremkalder. Dette bekræftes også af de udgående behandlere. De fortæller, at det typisk er blandt de yngre borgere med stofmisbrug, at der ses et forbrug af såkaldte "uppers" som kokain, amfetamin og ecstasy. Modsat opiatier, er disse rusmidler stærkt stimulerende for centralnervesystemet og fremkalder en ekstatisk rus, opstemthed og energi hos brugerne.

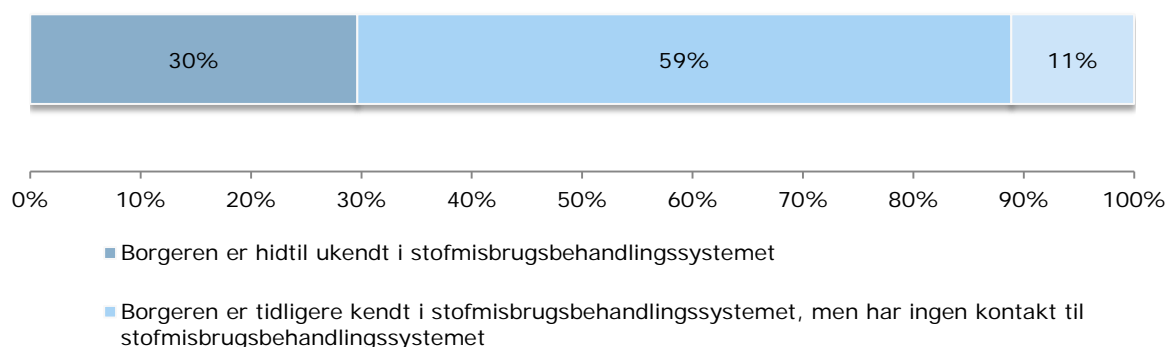
De udgåede behandlere peger også på, at denne forskel i forbrug af rusmidler medvirker til, at de unge i målgruppen udgør særskilte udfordringer, som komplicerer indsatsen over for denne gruppe. De unge beskrives som mere risikobetonede i deres tilgang til misbrug. De udgående behandlere fortæller, at de unge er mere villige til at eksperimentere med rusmidlerne, hvilket gør det vanskeligt at fastholde en kontakt til dem. Samtidig vurderer de udgående behandlere, at mange af de unge endnu ikke er kommet til en fuld erkendelse af deres misbrugsproblematik, hvorfor det kan være svært at igangsætte og fastholde behandlingsforløb.

4.4 Borgernes tilknytning til eksisterende tilbud

Figuren nedenfor tegner et billede af, at de borgere, de udgående behandlere har haft kontakt til i begrænset omfang, benytter eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Det fremgår af figuren, at 30 pct. af de borgere, som har modtaget indsatsen, hidtil har været ukendte i stofmisbrugsbehandlingssystemet. Næsten 60 pct. af borgerne er tidligere kendte i stofmisbrugsbehandlingssystemet men har ingen kontakt til dette. 11 pct. af borgerne har en sporadisk kontakt til stofmisbrugsbehandlingssystemet. Det vil sige en kontakt defineret ved, at de modtager stofmisbrugsbehandling sjældnere end hver 14. dag.

Figur 4-3: Borgernes tilknytning til stofmisbrugsbehandlingssystemet før indsatsen



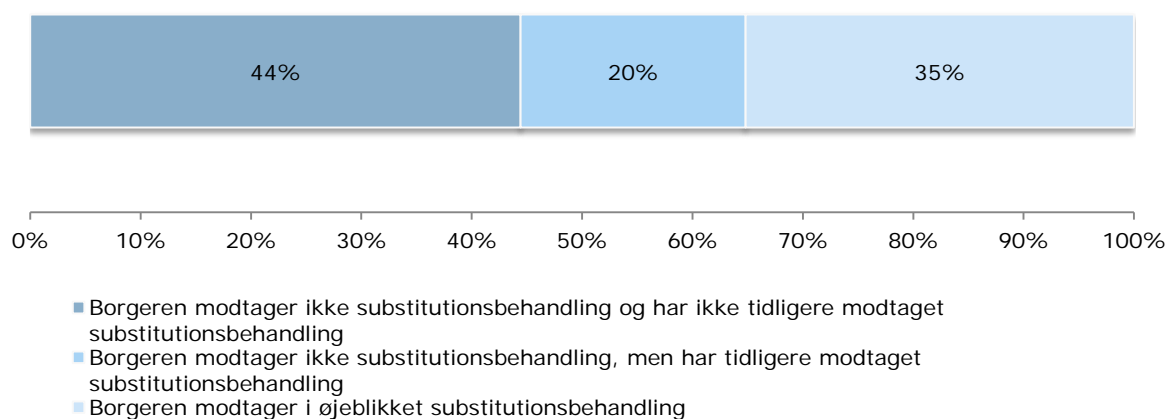
Kilde: RMC-survey.

Figuren indikerer således, at de udgående behandlere via den udgående indsats i høj grad har fået kontakt til borgere uden for stofmisbrugsbehandlingssystemet. Særligt er det værd at bemærke den relativt store gruppe af borgere, der hidtil har været ukendte i stofmisbrugsbehandlingssystemet. Ifølge de udgående behandlere kan det være borgere, som er svære at støtte med eksisterende indsatser, fx fordi der ikke opnås kendskab til dem via eksisterende tilbud eller via opsøgende indsatser på gadeplan og i udsatte borgeres nærmiljø.

¹³ Fra Narkotikasituationen i Danmark 2015, Sundhedsstyrelsen 2015.

Nedenstående figur bekræfter borgernes svage tilknytning til såvel den sociale som sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling. De kvantitative data viser her, at knap 45 pct. af borgerne ikke modtager og aldrig tidligere har modtaget substitutionsbehandling. 20 pct. af borgerne har tidligere modtaget substitutionsbehandling, men da kontakten med de udgående behandlere etableres, modtager de ikke substitutionsbehandling. Endeligt ses det, at 35 pct. af borgerne modtager substitutionsbehandling, da kontakten til de udgående behandlere etableres.

Figur 4-4: Borgernes tilknytning til substitutionsbehandling før indsatsen

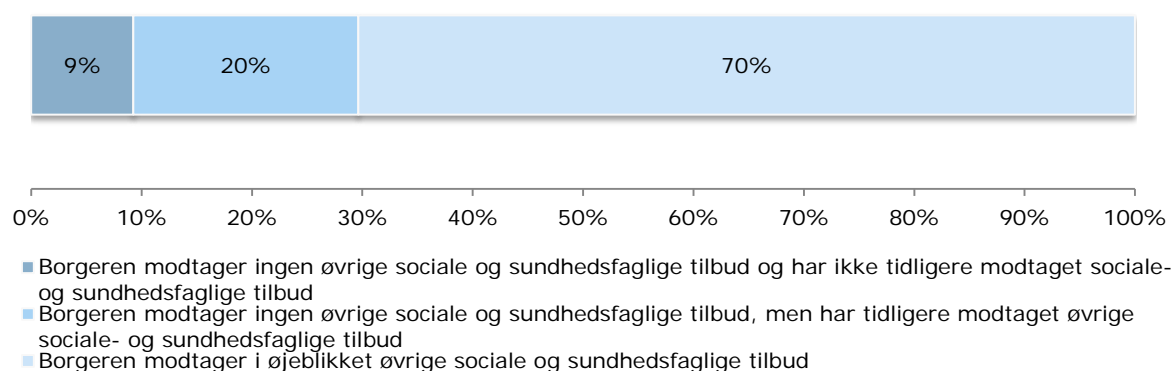


Kilde: RMC-survey.

De mest udsatte borgeres manglende eller sporadiske tilknytning til stofmisbrugsbehandlingssystemet understøtter således de udgående behandleres fortælling om, at de borgere, der har modtaget indsatsen, ofte er i en livssituation, som gør det svært for dem at honorere kravene i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Det udsnit af borgere, der er interviewet, fortæller også selv, at de oplever det som en stor udfordring at komme igennem selve afklarings- og udredningsfasen. De giver udtryk for, at det er en lang og sej proces at være i, ligesom de oplever, at der går lang tid, inden en endelig afgørelse om et behandlingstilbud tages. Endvidere peger borgerne på, at det er en udfordring at følge behandlingen på grund af mødekrav og krav til dokumentation, løbende udredning og opfølgning.

På baggrund af data fra førmålingerne er det også muligt at tegne et billede af borgernes tilknytning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det fremgår af figuren nedenfor. Det ses her, at 70 pct. af borgerne modtager øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. 20 pct. af borgerne modtager ingen øvrige tilbud men har tidligere modtaget relevante sociale og sundhedsfaglige tilbud, mens næsten 10 pct. ikke tidligere har modtaget relevante tilbud.

Figur 4-5: Borgerens tilknytning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud før indsatsen



Kilde: RMC-survey.

På den ene side indikerer data i figuren, at de mest udsatte borgere med stofmisbrug er en gruppe af borgere, der samtidigt med deres stofmisbrug har et komplekst problembillede, der kalder på støtte udover stofmisbrugsbehandling. Dette er også i overensstemmelse med de udgående behandlere, der fortæller om en borgergruppe med et komplekst problembillede. På den anden side viser data i figuren, at en relativt stor andel af borgerne er tilknyttet sociale og sundhedsfaglige tilbud udover stofmisbrugsbehandling. Det understøtter de udgående behandleres oplevelse af, at den store udfordring består i at få tilknyttet borgerne stofmisbrugsbehandlingssystemet og i mindre grad tilknyttet øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. På den måde vil borgerne opleve at få relevant støtte målrettet såvel deres stofmisbrugsproblematik som deres øvrige sociale og sundhedsmæssige problemer. Dog fortæller flere af samarbejdspartnerne i de sociale og sundhedsfaglige tilbud, som borgerne er tilknyttet, at en stor del af den støtte og behandling, borgerne modtager fx i socialpsykiatrien, behandlingspsykiatrien og på sygehusene, ofte foregår i forlængelse af akut opstående situationer. Ifølge samarbejdspartnerne betyder det, at borgerne ikke nødvendigvis modtager en stabil, vedvarende og tilbundsgående støtte eller behandling. I det lys giver både de udgående behandlere og samarbejdspartnere i interviewene udtryk for, at der er behov for, dels at møde borgerne med et forebyggende perspektiv med henblik på at forebygge akut opstående situationer, dels at sikre samarbejde og koordinering, som kan understøtte borgernes kontakt til og fastholdelse i øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

4.5 Borgernes fysiske og psykiske vanskeligheder

De udgående behandlere giver udtryk for, at en stor del af borgerne i målgruppen for indsatsen er kendetegnet ved et mangeårigt liv med stofmisbrug og øvrige sociale og sundhedsmæssige problemer. Ifølge de udgående behandlere har det også konsekvenser for borgernes generelle helbred, herunder deres fysiske og psykiske vanskeligheder.

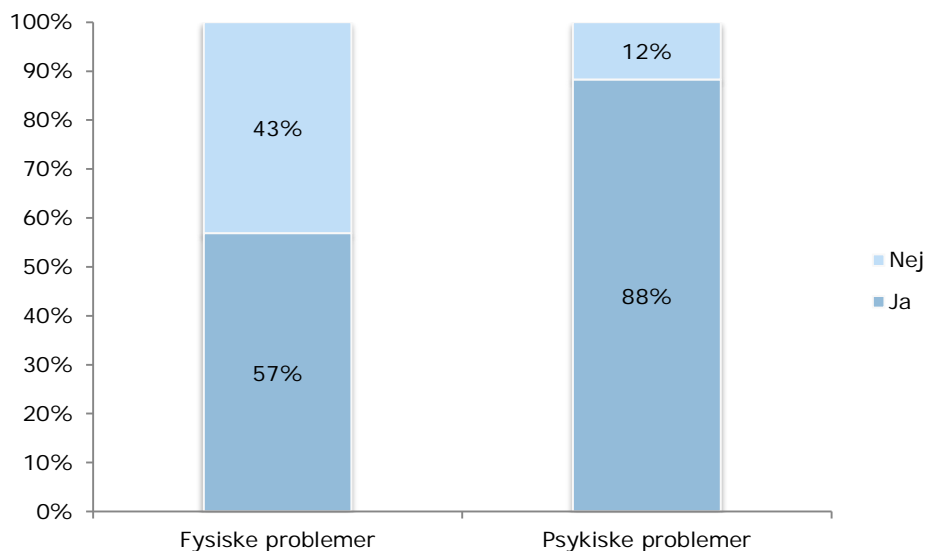
Figuren nedenfor giver et indblik i borgernes fysiske og psykiske vanskeligheder. Ved indskrivning i eksisterede tilbud om stofmisbrugsbehandling ses det, at næsten 60 pct. af borgerne inden for de sidste 30 dage har oplevet fysiske problemer. Sammenlignet med andre udsatte borgere er det umiddelbart en relativt høj andel af de mest udsatte borgere med stofmisbrug, der har fysiske problemer. En evaluering af indsatsen på akut krisecenter Munkerup viser, at det blandt socialt udsatte borgere med ophold på akut krisecenter er knap 35 pct., der angiver, at de lider af sygdomme knyttet til deres stofmisbrug¹⁴. Ligeledes viser hjemløsetællingen fra 2015, at 23 pct. af alle hjemløse har fysiske sygdomme ved siden af deres problem med hjemløshed¹⁵. Det skal dog bemærkes, at der i de forskellige undersøgelser er spurgt forskelligt ind til borgernes

¹⁴ Her medregnes ikke mere afgrænsede fysiske problemer alene grundet stof- og alkoholmisbrug.

¹⁵ Hjemløshed i Danmark 2015, SFI, 2015.

fysiske problemer. Sammenligningen giver imidlertid en indikation af, at en relativ høj andel af de mest udsatte borgere med stofmisbrug, der har modtaget en indsats, har problemer med deres fysiske helbred – også når dette ses i sammenhæng med øvrige udsatte grupper af borgere.

Figur 4-6: Andel, der oplever fysiske og psykiske problemer



Kilde: RMC-survey.

Det ses også i figuren, at 88 pct. af borgerne inden for de sidste 30 dage har oplevet psykiske problemer. De kvantitative data viser, at dette oftest kommer til udtryk ved, at borgerne lider af svær depression, angst, anspændthed samt en oplevelse af at have forståelses-, koncentrations- og hukommelsesproblemer. Dataene viser således, at de mest udsatte borgere med stofmisbrug er en borgergruppe med et sammensat og komplekst problembillede, som kalder på indsatser og behandling på tværs af fagområder og sektorer.

I evalueringen har det ikke været muligt at belyse, hvor mange af de 88 pct. af borgerne der har psykiske problemer, som har en egentlig psykiatrisk diagnose, og om de får behandling for denne. De kvantitative data viser dog, at 37 pct. af borgerne rapporterer, at de inden for de sidste 30 dage har fået ordineret medicin for deres psykiske problemer. Det kan være en indikation på, at lidt under halvdelen har en psykiatrisk diagnose, og at de modtager medicinsk behandling mod denne. Det kan også være udtryk for, at en stor andel af borgerne ikke får tilstrækkelig hjælp til håndtering af deres psykiske problemer, hvilket kan udfordre virkningen af blandt andet stofmisbrugsbehandling og øvrig social støtte.

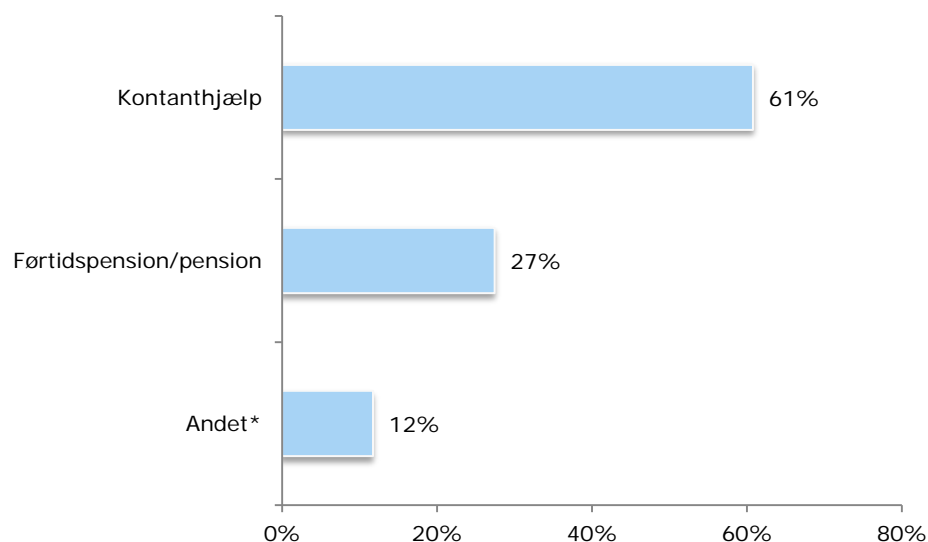
Erfaringen blandt de udgående behandlere er også, at mange af de mest udsatte borgere med stofmisbrug ofte har psykiske diagnoser, som de endnu ikke er blevet udredt for. Ifølge de udgående behandlere betyder det, at borgerne ofte ikke modtager tilstrækkelig støtte til deres psykiske problemer. Dette understøttes også af resultaterne i evalueringen af akut krisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug. I denne fremgår det, at ca. 20 pct. af alle borgere, der har haft ophold på akut krisecenter, har en psykisk diagnose. Af dem er det 45 pct., der modtager behandling målrettet deres psykiske vanskeligheder.

Generelt oplever de udgående behandlere, at de med indsatsen kan rumme borgere, som både har psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. Dog peger de på, at de har fået kontakt til borgere, som det har været svært at håndtere i regi af modellen. Det er fx borgere, som bor på psykiatriske botilbud, og som ofte lever isoleret og har meget vanskeligt ved at møde op til aftaler med de udgående behandlere og aftaler i misbrugscentret.

4.6 Borgernes forsørgelsesgrundlag

De kvantitative data tegner et billede af, at de mest udsatte borgere med stofmisbrug har en svag tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt andet rapporterer 90 pct. af borgerne, at de inden for de sidste 30 dage ikke har arbejdet eller forsøgt at få arbejde. Dette afspejler sig også i borgernes indkomstgrundlag. Figuren nedenfor viser, at 61 pct. af borgerne forsørger sig via kontanthjælp, mens 27 pct. modtager førtidspension eller pension. Dette mønster tilsvare indkomstgrundlaget blandt socialt udsatte hjemløse. Her viser tal fra 2015, at 70 pct. af alle hjemløse modtog kontanthjælp, ligesom 12 pct. modtog førtidspension. Figuren viser også, at 12 pct. af borgerne har andet end kontanthjælp eller pension som indkomstgrundlag. Det dækker bl.a. over lønindkomst, revalideringsydelse og illegale aktiviteter.

Figur 4-7: Borgernes indkomstgrundlag



Kilde: RMC-survey.

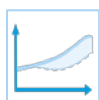
Note: *Andet inkluderer lønindkomst, revalideringsydelse, illegale aktiviteter og uoplyst.

De kvantitative data tegner altså et tydeligt billede af, at de borgere, der har modtaget indsatsen, i overvejende grad er afhængige af offentlig forsørgelse og har manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. På den ene side peger de udgående behandlere på, at borgernes ofte kaotiske livssituation gør dem ude af stand til at indgå i eller fastholde beskæftigelse. På den anden side peger de på, at borgernes manglende tilknytning til arbejdsmarkedet også kan afspejle, at socialt udsatte borgere er i særligt høj risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, fx når en økonomisk krise og højere arbejdsløshed sætter ind, ligesom socialt udsatte borgere har svært ved at genfinde fodfæstet på arbejdsmarkedet.

5. MODELLEN OG FIDELITET I IMPLEMENTERINGEN

Dette kapitel belyser, i hvilken grad projektlederne og de udgående behandlere i de to kommuner har implementeret modellens kerneelementer, faser og metoder med fidelitet. Det vil sige systematisk og metodelojalt efter modelbeskrivelsen og manualen til modellen. Dette er vigtig viden i forhold til at kunne sandsynliggøre, at de borgerrettede resultater kan føres tilbage til indsatsen målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Kapitlet indledes med en kort beskrivelse af modellens centrale kerneelementer, som er gennemgående og obligatoriske i forhold til det konkrete arbejde med modellen. Dette følges op af en beskrivelse og analyse af, hvorvidt projektlederne og de udgående behandlere i de to kommuner har implementeret modellens kerneelementer, faser og metoder med fidelitet. I den forbindelse er der også fokus på at belyse, hvilke modelinterne faktorer der har indvirket på implementeringen af modellen.



Kapitlet bygger på følgende metoder og datakilder:

- Udviklingsworkshop og "laboratorietest" af modellen.
- Den samlede modelbeskrivelse: Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere.
- Kvantitative data i form af løbende fidelitetsmålinger på projektniveau og individniveau, som er gennemført af projektlederne og de udgående behandlere.
- Kvalitative data i form af projektbesøg, hvor der er gennemført interviews med ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling, projektledere, de udgående behandlere, læger i misbrugscentret samt samarbejdspartnere.



De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår af boksen nedenfor.

De centrale konklusioner i kapitlet

- Modellen er bygget op om seks kerneelementer, som er: Recovery-orientering, borgeren som omdrejningspunkt for behandlingen, rummelighed, helhedsperspektiv, udgående indsats, borgernes nærmiljø og brobygning.
- Modellen består af tre faser med dertilhørende konkrete trin, der beskriver fremgangsmåden i arbejdet med modellen. De tre faser er 1) udgående og kontaktskabende indsats, 2) motivationsarbejde og 3) fortsat behandling og brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.
- I de to kommuner er modellen overvejende implementeret med en høj grad af fidelitet, men der er variation i omsætningen af modellens forskellige elementer i de enkelte kommuner.
- Projektlederne i de to kommuner giver udtryk for, at løbende kommunikation med samarbejdspartnere er med til at styrke og vedligeholde samarbejdet med disse.
- Evalueringen viser, at når kontakten til borgerne er baseret på tålmodighed, vedholdenhed og oprigtig interesse med udgangspunkt i borgernes behov og ønsker, lykkes de udgåede behandlere i højere grad med at få skabt kontakt til borgerne.
- Evalueringen indikerer, at et succesfuldt arbejde med borgerne og deres motivation forudsætter opbygning af en bæredygtig behandlingsalliance.

5.1 Modellens kerneelementer, metoder og arbejdsgang

Modellen er bygget op om seks kerneelementer, en række tilgange og metoder. Modellen er sammenfattet i en systematisk arbejdsgangsbeskrivelse, hvor kerneelementer, tilgange og metoder omsættes i konkrete faser og trin for det borgerrettede arbejde.

5.1.1 Kernelementer

Omdrejningspunktet for kerneelementerne er, at indsatsen er individuelt tilpasset borgerens behov og ønsker og består af rehabiliterende indsatser med fokus på borgerens samlede situation og ressourcer, således at dennes recovery-proces understøttes. De seks kerneelementer er udfoldet detaljeret i Del I – *om modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling*. Nedenfor gives alene en kort introduktion til de seks kerneelementer.

1. Recovery-orientering

Et kerneelement i modellen er, at der arbejdes recovery-orienteret. Der er en tro på, at borgeren kan komme ud af sit misbrug og forbedre sin samlede livssituation med den rette støtte og indsats. Det afgørende er, at indsatsen tilrettelægges i samarbejde med borgeren og tager udgangspunkt i borgerens eget livssyn, værdier og håb, og at indsatsen løbende justeres i samarbejde med borgeren. Borgeren skal være en aktiv medspiller og skal hele tiden kunne se meningen med indsatsen.

2. Borgeren som omdrejningspunkt for behandlingen

Borgeren og de udgående behandlere indgår i et ligeværdigt samarbejde, hvor borgeren kan bruge de udgående behandlere som støtte til at styrke sin livssituation. Det er borgerens recovery-proces, og de udgående behandlere bør anvende deres faglighed og engagement til at tilbyde borgeren relevant støtte i denne proces. Det er borgeren, der bestemmer, hvilke problemstillinger de udgående behandlere og borgeren sammen skal adressere i borgerens rejse mod recovery. Arbejdet med borgerne og modellen kræver også, at indsatsen er understøttet af den nødvendige fleksibilitet. Det betyder, at intensiteten i behandlingen bør tilpasses borgernes problemstillinger, ressourcer, udfordringer og behov. Samtidig skal behandlingen gennemføres med en erkendelse af, at borgernes recovery-proces ofte er langvarig og strækker sig længere end varigheden af typiske behandlingsforløb.

3. Rummelighed

Borgeren skal mødes med rummelighed, både i arbejdet med modellen og i eksisterende sociale og sundhedsfaglige tilbud. For de udgående behandlere kan det handle om, at de møder borgeren i øjenhøjde og på borgerens banehalvdel. Det kan også handle om, at de er borgerens kritiske men konstruktive støtte i mødet med det etablerede støttesystem. Rummelighed som kerneelement handler også om, at borgeren mødes med rummelighed i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det kan fx være rummelighed i opstart af behandling, herunder visitation og modtagelse, og øget lydhørhed over for borgerens ønsker til social eller sundhedsfaglig stofmisbrugsbehandling og sammenhængen mellem de to behandlingsformer. Samtidig drejer det sig også om, at der i den eksisterende stofmisbrugsbehandling og de sociale og sundhedsfaglige tilbud er villighed til åbent at undersøge egen praksis.

4. Helhedsperspektivet

Borgere i målgruppen har ofte mange andre problemstillinger samtidig med stofmisbruget, eksempelvis hjemløshed, psykiske vanskeligheder, økonomiske problemer og øvrige sociale og sundhedsfaglige udfordringer. Det er derfor helt centralt, at der er fokus på borgernes samlede situation med de problemstillinger, udfordringer og ressourcer, der er til stede. For at sikre helhedsperspektivet har de udgående behandlere en koordinerende rolle i forhold til at sikre, at borgeren får adgang til indsatser, der imødekommer borgerens egne definerede behov, og at disse rehabiliterende indsatser samlet set understøtter borgerens ønskede recovery-proces.

5. Udgående indsats i borgerens nærmiljø

En af forklaringer på, at det er svært at fastholde mange af borgerne i behandling, er, at de ikke møder regelmæssigt op til behandling. Det kan bl.a. skyldes angst for at indgå i behandling eller dårlige erfaringer med behandlingssystemet. Derfor er en udgående indsats i borgernes nærmiljø, hvor de færdes, et kerneelement i modellen.

6. Brobygning

Det er vigtigt, at de udgående behandlere understøtter, at borgerne får etableret og bliver i stand til at fastholde kontakt med eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det skal sikre, at borgerne ikke vender tilbage til udgangssituationen, når den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling ophører. Et grundprincip eller kerneelement er derfor, at der i arbejdet med modellen løbende arbejdes med brobygning, dels til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, dels til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

5.1.2 Modellens centrale tilgange og metoder

Modellens tilgange og metoder skal i samspil med de udgående behandleres faglige viden, kendskab til målgruppen og erfaring understøtte behandlernes arbejde med borgerens motivation for forandring og håb om recovery. Nedenfor er modellens tilgange og metoder beskrevet kort.

Forandringscirklen

Forandringscirklen tager udgangspunkt i, at recovery er en proces med flere stadier - ikke en tilstand eller et resultat. Det kan kræve mange forsøg gennem lang tid, før målet om en ændring nås. Dette skyldes, at en borger, som ønsker at forandre en situation, ofte vil være i tvivl, og at der går mange overvejelser forud for, at borgeren er parat til at handle på ønsket om forandring. Ambitionen med forandringscirklen er derfor, at den kan hjælpe de udgående behandlere med at se, hvilken tilgang og metode i motivationsarbejdet der er den rigtige at anvende over for borgeren i en given situation.

Motiverende samtale

Den motiverende samtale (MI) er en samtalebaseret og målrettet kommunikationsstil, hvor der er særlig opmærksomhed på forandringsudsagn som en del af borgerens recovery-proces. Samtaleformen sigter mod at styrke borgerens egen motivation for at opnå et mål. Dette sker ved at afdække og udforske borgerens egne grunde til ønsket om recovery i en atmosfære af accept og medfølelse.

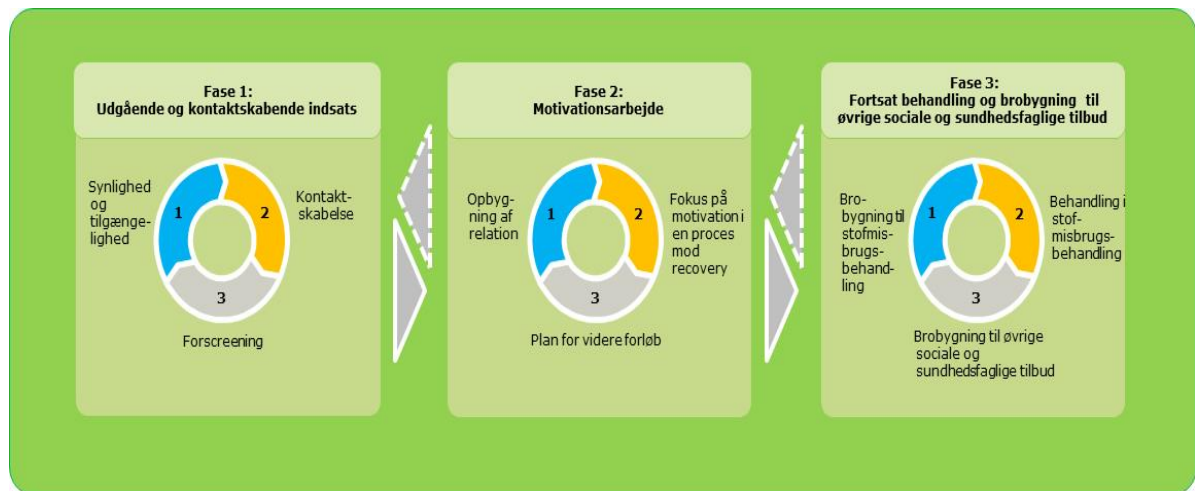
Den løsningsfokuserede tilgang

Den løsningsfokuserede tilgang (LØFT) er en samtaleteknik, der understøtter borgerens evne i forhold til at sætte og arbejde med ønskede og realiserbare mål, som borgeren selv definerer. Dette gøres ikke ved at fokusere på problemets årsag og karakter. Derimod fokuseres der på fremadrettede løsninger og færdigheder. Disse defineres med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer og ved at drage læring af de succeser, som borgeren har oplevet tidligere i livet.

5.1.3 Modellens arbejdsgang – faser og trin

Modellen er struktureret efter en idealtypisk fremgangsmåde i et behandlingsforløb for borgeren og indeholder et kronologisk perspektiv på processen. Samtidig skal det påpeges, at den udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejdet er et mål i sig selv. Der kan være stor forskel på, hvornår borgeren ønsker at igangsætte en proces mod recovery, fx med henblik på stabilisering og reduktion af stofmisbrug eller bedring af sociale og sundhedsmæssige livssituation. De enkelte faser og trin i modellen er visualiseret i en arbejdsgang i figuren nedenfor.

Figur 5-1: Arbejdsgang for modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling



Modellen er bygget op om tre faser, som gennemgående bygger på de seks grundprincipper og kernelementer i modellen. De tre faser er: (i) udgående og kontaktskabende indsats, (ii) motivationsarbejde samt (iii) fortsat behandling og brobygning.

5.2 Planlægning til understøttelse af det borgerrettede arbejde

Arbejdet med modellen på tværs af fagområder og sektorer kræver grundig planlægning af ledelsen i det kommunale misbrugscenter og de udgående behandlere. Det handler her overordnet om at bygge fundamentet for de øvrige faser i modellen, herunder den udgående og kontaktskabende indsats, motivationsarbejde og fortsat behandling. Planlægning til understøttelse af det borgerrettede arbejde består i at gennemføre en geografisk afdækning af områder for den udgående indsats samt dialog og inddragelse af samarbejdspartnere.

5.2.1 Geografisk afdækning

Den geografiske afdækning af områder i kommunen skal tilvejebringe viden om, hvilke miljøer borgerne færdes i, samt hvilke samarbejdspartnere i disse miljøer der kan understøtte arbejdet med modellen. Det skal munde ud i en målrettet plan for, hvor de udgående behandlere skal fokusere den udgående og kontaktskabende indsats.

Det fremgår i tabellen nedenfor, at der i begge kommuner i meget høj grad eller høj grad er gennemført en afdækning af områder, hvor det tænkes, at borgerne opholder sig. I den forbindelse også en afdækning af mulige samarbejdspartnere i områderne.

Tabel 5-1: Afdækning af områder for den udgående indsats

AFDÆKNING AF OMRÅDER FOR DEN UDGÅENDE INDSATS	Aarhus		Odense	
	December 2014	December 2015	December 2014	December 2015
I hvilken grad har I gennemført en afdækning af områder, besøgssteder og opholdssteder, hvor det kan tænkes, at målgruppen opholder sig?	I høj grad	I meget høj grad	I høj grad	I meget høj grad
I hvilken grad har I gennemført en afdækning af mulige samarbejdspartnere i området?	I høj grad	I meget høj grad	I høj grad	I høj grad

Kilde: Rambølls survey-data om fidelitet, rapportering fra projektlederne og de udgående behandlere.
 Note: Spørgsmålet er vurderet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

I begge kommuner giver de udgående behandlere udtryk for, at den geografiske afdækning er gennemført på møder mellem dem og projektlederne i opstarten af implementeringen. Udgangspunktet for møderne har været drøftelser og refleksioner på baggrund af de udgående behandle-

res viden og erfaringer om, dels hvor borgerne færdes i kommunen, dels hvilke samarbejdspartnere der er relevante i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Viden om kommunens geografi og områder sikrer systematik i den udgående indsats

I begge kommuner vurderer de udgående behandlere, at arbejdet med at få afdækket områder i kommunen har sikret systematik og overblik over de områder, hvor den udgående indsats særligt skal foregå. Ifølge projektlederne og de udgående behandlere har det bidraget til at skabe et udgangspunkt for en prioriteret og målrettet udgående indsats.

Systematik i den udgående indsats

Projektlederen i den ene af de to kommuner fortæller, at de fra start har haft fokus på trinvis udbredelse af den udgående indsats. Projektlederen vurderer, at det har skabt systematik i den udgående indsats på en måde, hvor de udgående behandlere har prioriteret åbenlyse områder indledningsvist for derefter at åbne op for at inkludere yderområder i den udgående indsats. Den geografiske afdækning har således bidraget til at skabe overblik over særligt relevante områder, hvor borgerne færdes, men med øje for, at der også er yderområder, hvor det kan være relevant at arbejde. Dette fx med henblik på at indfange borgere i målgruppen, som ikke nødvendigvis opholder sig i de mest åbenlyse miljøer for den udgående indsats. Samtidig fortæller projektlederen, at den geografiske afdækning har skabt et udgangspunkt i forhold til at profilere indsatsen over for relevante og mulige samarbejdspartnere.

Samtidig fortæller projektlederne, at arbejdet med at afdække områder har medvirket til, at de udgående behandlere gradvist har kunnet udvide deres udgående indsats, fx til yderområder, som ikke i første omgang har været prioriteret som led i den udgående indsats. Dette på baggrund af systematisk viden om, hvilke områder de sammen har vurderet er mere eller mindre relevante for arbejdet med at møde borgerne i deres nærmiljø.

Behov for at genbesøge den geografiske afdækning

Erfaringen blandt de udgående behandlere i de to kommuner er, at der er behov for løbende at genbesøge den geografiske afdækning af mulige områder og opholdssteder. De giver udtryk for, at manglende opfølgning på den geografiske afdækning kan medvirke til, at de udgående behandlere har et snævert fokus på enkelte områder i kommunen. Ifølge de udgående behandlere øger det risikoen for, at nogle borgere overses.

I Aarhus Kommune og i Odense Kommune har de udgående behandlere oplevet, at der er relativt mange unge borgere i målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. De udgående behandleres erfaring er, at de unge ikke nødvendigvis opholder sig i velkendte misbrugsmiljøer i kommunen. I stedet holder de i højere grad til i egen bolig men også på uddannelsesinstitutioner, produktionsskoler og i ungdomshuse.

De udgående behandlere fortæller således, at et udgående fokus alene på bl.a. gadeplansniveau, væresteder, stofindtagelsesrum og forsorgshjem øger risikoen for, at de unge, men også andre borgere i målgruppen, overses og dermed ikke mødes med relevant udgående indsats og stofmisbrugsbehandling. De udgående behandlere og samarbejdspartneres erfaringer peger således i retning af, at der også er behov for at arbejde målrettet i områder, hvor der findes en større koncentration af unge. Dette kan bl.a. bidrage til, at et bredere udsnit af de mest udsatte borgere i målgruppen, som har behov for hjælp, opspores som led i den udgående indsats.

5.2.2 Dialog og inddragelse af samarbejdspartnere

Det vil ofte være vigtigt for den udgående og kontaktskabende indsats og arbejdet med modellen generelt, at de udgående behandlere indgår samarbejdsaftaler med de centrale samarbejdspartnere, som den geografiske afdækning har medvirket til at identificere. Det kan eksempelvis være

samarbejdsaftaler om, at de udgående behandlere kan besøge væresteder, forsorgshjem og stofindtagelsesrum med jævne mellemrum og på relativt faste tidspunkter i ugen.

Kommunikationsstrategi målrettet samarbejdspartnere

I beskrivelsen af modellen anbefales det, at der på baggrund af den geografiske afdækning af områder og mulige samarbejdspartnere udarbejdes en kommunikationsstrategi. Denne skal bidrage til, at de udgående behandlere har en plan for og et overblik over den løbende kontakt til samarbejdspartnere. Tabellen nedenfor viser, i hvilket omfang projektlederne og de udgående behandlere i de to kommuner har udarbejdet en kommunikationsstrategi.

Tabel 5-2: Kommunikationsstrategi

KOMMUNIKATIONSSTRATEGI	Aarhus		Odense	
	December 2014	December 2015	December 2014	December 2015
I hvilken grad har I udarbejdet en kommunikationsstrategi, hvor det er prioriteret, hvilke samarbejdspartnere det giver mest mening at kontakte hvornår?	I høj grad	Hverken/eller	I meget høj grad	I meget høj grad
I hvilken grad har I i kommunikationen og formidlingen målrettet budskaberne til de enkelte samarbejdspartnere?	I høj grad	I høj grad	I høj grad	I meget høj grad

Kilde: Rambølls survey-data om fidelitet, rapportering fra projektlederne og de udgående behandlere.

Note: Spørgsmålet er vurderet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Det ses, at der i arbejdet med modellen i Odense Kommune i høj grad har været arbejdet systematisk med en kommunikationsstrategi, hvor det er prioriteret, hvilke samarbejdspartnere det giver mest mening af kontakte. Samtidig ses det i tabellen, at de udgående behandlere i begge kommuner i høj grad eller i meget høj grad har gennemført kommunikation og formidling på en måde, hvor budskaberne er målrettet de enkelte samarbejdspartnere.

Løbende kommunikation bidrager til at styrke kontakten til samarbejdspartnere

Projektlederne i de to kommuner vurderer, at løbende kommunikation til samarbejdspartnere er med til at styrke og vedligeholde kontakten med disse. De fortæller blandt andet, at kommunikationen har bidraget til, at de relevante samarbejdspartnere har fået indblik i formålet med indsatsen. Det har været med til at understøtte samarbejdet mellem de udgående behandlere og samarbejdspartnere. Således fortæller samarbejdspartnere, at de i høj grad ser indsatsen som gavnligt i området, og de oplever, at det er en fordel i deres arbejde med borgerne, at de kan kontakte de udgående behandlere ved en bekymring for en borger. Ligeledes peger samarbejdspartnere på, at de udgående behandlere kan støtte i situationer, hvor de måske har svært ved at komme i kontakt med en borger, der kommer i deres tilbud.

Evalueringen viser således, at løbende kommunikation om de udgående behandleres rolle og funktion har medvirket til, dels at øge samarbejdspartnernes forståelse af nytten ved indsatsen, dels se behovet for denne i forhold til en målrettet indsats til de mest udsatte borgere.

Involvering af samarbejdspartnere og afklaring af rolle- og ansvarsfordeling

I arbejdet med systematisk at involvere samarbejdspartnere fremgår det af tabellen nedenfor, at de udgående behandlere generelt har implementeret modellen med fidelitet. Således har de udgående behandlere og projektlederne i begge kommuner i meget høj grad eller i høj grad arbejdet systematisk med at gøre relevante samarbejdspartnere opmærksomme på modellen og de muligheder, udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling stiller til rådighed. Det fremgår også af tabellen, at de udgående behandlere i både Aarhus og Odense Kommune har arbejdet med at opbygge netværk til relevante samarbejdspartnere med henblik på at fremme kendskabet til hinandens arbejdsområder samt forskellige muligheder i arbejdet med målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Involvering af samarbejdspartnere via opstartsmøde

Som led i arbejdet med at gøre kommunen parat til implementeringen af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling valgte den ene af de to pilotkommuner at afholde et samarbejdsseminar. Til seminaret inviterede ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling alle potentielle samarbejdspartnere til dialog om modellen. Formålet med seminaret var todelt. På den ene side var formålet at få afdækket, hvilket behov samarbejdspartnerne så for en udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling i kommunen – og i hvilke roller samarbejdspartnerne kunne se sig selv i arbejdet med modellen. På den anden side var formålet at give samarbejdspartnerne et billede af, hvad modellen bestod af, og hvilke roller samarbejdspartnerne havde i modellen. Erfaringer fra pilotkommunen peger på, at en tidlig involvering af samarbejdspartnere, allerede i fasen med at afdække parathed til implementering, var medvirkende til at understøtte et frugtbart og konstruktivt tværsektorielt og fagligt samarbejde mellem ledelsen og de udgående behandlere i den kommunale stofmisbrugsbehandling på den ene side og samarbejdspartnerne på den anden side.

Erfaringen blandt projektlederne i begge kommuner er, at involveringen af samarbejdspartnere blandt andet er sket via opstartsmøder med relevante samarbejdspartnere og løbende besøg hos samarbejdspartnere.

Tabel 5-3: Samarbejdsaftaler og relationer

SAMARBEJDSAFTALER OG RELATIONER	Aarhus		Odense	
	December 2014	December 2015	December 2014	December 2015
I hvilken grad har I arbejdet systematisk med at gøre relevante samarbejdspartnere i relevante områder opmærksomme på URS-projektet og de muligheder, projektet stiller til rådighed?	I meget høj grad	I høj grad	I mindre grad	I meget høj grad
I hvilken grad har I opbygget et netværk til relevante samarbejdspartnere med henblik på at fremme kendskabet til hinandens arbejdsområder og forskellige muligheder i arbejdet med målgruppen?	I høj grad	I meget høj grad	I meget høj grad	I meget høj grad
I hvilken grad har I udarbejdet en plan eller samarbejdsmodel, hvor rolle- og ansvarsfordeling mellem URS-projektet og mulige samarbejdspartnere i relevante områder er afklaret?	I høj grad	Hverken/eller	I mindre grad	Hverken/eller

Kilde: Rambølls survey-data om fidelitet, rapportering fra projektlederne og de udgående behandlere.

Note: Spørgsmålet er vurderet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Tabellen giver også en indikation af, at projektlederne og de udgående behandlere i mindre grad har udarbejdet en plan eller samarbejdsmodel, hvor roller og ansvar mellem dem og samarbejdspartnere er beskrevet og afklaret. De udgående behandlere i Odense Kommune peger på, at det til tider har skabt udfordringer i samarbejdet. De giver udtryk for, at en vellykket implementering af modellen forudsætter, at snitflader til samarbejdspartnere, herunder særligt andre opsøgende medarbejdere i kommunen, er afklaret. Blandt andet vurderer de udgående behandlere, at det fremmer samarbejdet at få tydeliggjort for samarbejdspartnere, at de udgående behandlere bringer misbrugsfaglige kompetencer ind i det opsøgende arbejde på gadeplan. På den måde kan samarbejdspartnere få indblik i, hvordan de udgående behandlere med deres misbrugsfaglige kompetencer supplerer eksisterende indsatser til de mest udsatte borgere. De udgående behandlere fortæller, at det bidrager til, at samarbejdspartnerne ikke oplever dem som konkurrenter i det opsøgende arbejde målrettet de mest udsatte borgere.

De udgående behandlere fortæller endvidere, at de har været udfordret i arbejdet med at være synlige og tilgængelige for borgerne, hvis der er steder, de ikke er velkomne. Det kan være på bl.a. væresteder eller forsorgshjem, hvor borgerne ofte opholder sig. Det betyder, at de får svære ved at få kontakt til mange af de borgere, der typisk befinder sig på kommunale eller private væresteder.

Udfordringer i forhold til tilstedeværelse blandt samarbejdspartnere

I en af kommunerne har de været udfordret i samarbejdet med særligt et af værestederne i kommunen. De udgående behandlere fortæller, at denne problematik bl.a. skal ses i lyset af, at der blandt samarbejdspartnere kan være en bekymring for borgerne i forhold til, at de udgående behandlere via deres tilstedeværelse bliver bekendt med borgernes sidemisbrug. Bekymringen blandt samarbejdspartnere går på, at denne viden kan få konsekvenser for borgernes substitutionsbehandling, fx hvis de udgående behandlere videregiver denne viden til misbrugscentret. De udgående behandlere peger således på, at både borgerne og samarbejdspartnerne kan være bekymret for, at de udgående behandlere fra misbrugscentret invaderer et "frirum" for borgerne. De udgående behandlere oplever således at skulle balancere på et knivsæg i forhold til at bibeholde borgernes fortrolighed og samtidig følge de retningslinjer, der gælder for misbrugscentret i forhold til borgere, der har et sidemisbrug.

Opbygning af samarbejde tager tid og er en vedvarende del af arbejdet med modellen

Både projektlederne og de udgående behandlere i de to kommuner peger på, at opbygning af gode samarbejdsrelationer er tidskrævende og en vedvarende del af arbejdet med modellen.

Samarbejdspartnerne fortæller, at de ofte gør en stor indsats for at orientere om og motivere borgere i målgruppen til at møde op på de dage, hvor det er aftalt, at de udgående behandlere kommer forbi som led i den udgående indsats. Derfor er det vigtigt for samarbejdet, at de udgående behandlere overholder aftalerne med samarbejdspartnerne. Det kan fx være aftaler om, at de udgående behandlere besøger samarbejdspartnerne på faste besøgsdage. De udgående behandlere tegner også et billede af, at det gode samarbejde om modellen understøttes af, at de løbende orienterer samarbejdspartnerne om nye tiltag og initiativer som led i arbejdet med modellen. Det skal sikre, at samarbejdspartnerne får indblik i, hvordan de bedst kan støtte op om arbejdet i takt med, at nye erfaringer gøres.

5.3 Udgående og kontaktskabende indsats

Den centrale opgave i den udgående og kontaktskabende indsats er at få etableret kontakt til borgerne. Den udgående og kontaktskabende indsats er forudsætningen for, at de udgående behandlere kan understøtte borgeren i at blive afklaret om egen situation og på sigt understøtte borgeren i processen mod recovery. Den udgående og kontaktskabende indsats indeholder i alt tre trin.

- Trin 1: Synlighed og tilgængelighed.
- Trin 2: Kontaktskabelse.
- Trin 3: Forscreening.

5.3.1 Synlighed og tilgængelighed

Ved at være synlige og tilgængelige i borgernes nærmiljø er målet, at borgerne får kendskab til de udgående behandlere og de muligheder, modellen tilbyder. Samtidig skal de udgående behandleres tilgængelighed i nærmiljøet sikre, at borgerne støttes i vanskelige situationer.

Tabellen nedenfor viser, at de udgående behandlere i meget høj grad eller i høj grad har udarbejdet og planlagt en geografisk rute for den udgående og kontaktskabende indsats.

Tabel 5-4: Synlighed og tilgængelighed i den udgående og kontaktskabende indsats

SYNLIGHED OG TILGÆNGELIGHED	Aarhus		Odense	
	December 2014	December 2015	December 2014	December 2015
I hvilken grad har I udarbejdet og planlagt en geografisk rute for den udgående stofmisbrugsbehandling?	I meget høj grad	I høj grad	I høj grad	I meget høj grad
I hvilken grad er der etableret en praksis, hvor behandlerne er synlige og tilgængelige for borgerne i ydertimerne?	I mindre grad	Slet ikke	Slet ikke	I mindre grad

Kilde: Rambølls survey-data om fidelitet, rapportering fra projektlederne og de udgående behandlere.

Note: Spørgsmålet er vurderet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er slet ikke, mens 5 er i meget høj grad.

Interviews med projektlederne og de udgående behandlere tegner imidlertid et billede af, at dette er implementeret forskelligt i de to kommuner. I Aarhus Kommune har der i høj grad været en fast plan og geografisk rute. Det kommer til udtryk ved, at de udgående behandlere færdes i nærmiljøet med en fast kontinuitet, hvor de besøger samarbejdspartnere på bestemte ugedage og tidspunkter. I Odense Kommune har planen for den udgående indsats i mindre grad været fastlagt på forhånd. De udgående behandlere har her ikke haft samme praksis for faste besøgssteder og faste tidspunkter, hvor de færdes på gaden eller blandt tilbud hos samarbejdspartnere.

Hvor og hvornår gennemføres den udgående indsats

Erfaringerne viser, at der ikke kan drages entydige konklusioner om, hvor de udgående behandlere har størst succes med at opspore borgere i målgruppen. De fortæller dog, at der er behov for systematiske og målrettede planer for den udgående arbejde, så borgerne får "nys" om deres tilstedeværelse, herunder hvor og hvornår. Det kan omhandle systematik i forhold til, hvor de udgående behandlere opholder sig og hvornår på dagen og ugen. De udgående behandlere vurderer, at det kan bidrage til øget kontinuitet i arbejdet og dermed større tydelighed om, hvornår borgere i målgruppen eventuelt kan træffe de udgående behandlere, hvis de ønsker en kontakt.

Erfaringen er, at der er fordele og ulemper ved begge fremgangsmåder. På den ene side bliver det tydeligt for borgerne i målgruppen, på hvilke ugedage og tidspunkter de kan tage fat i de udgående behandlere, når de udgående behandlere har en fast rute med faste besøgssteder og tidspunkter. Samtidig understøtter det samarbejdspartnerne i at motivere borgerne til at gå i dialog med de udgående behandlere, når de kan fortælle borgerne, at de kan møde de udgående behandlere på faste tidspunkter i ugen. Omvendt vurderer de udgående behandlere, at denne systematik i den udgående indsats kan medføre en risiko for, at borgere, der ikke færdes, hvor de udgående behandlere udfører deres indsats, ikke får samme kendskab til indsatsen og dermed mulighed for at få relevant støtte og hjælp.

Tabellen ovenfor indikerer også, at der i mindre grad eller slet ikke har været etableret en praksis, hvor de udgående behandlere er synlige og tilgængelige for borgerne i ydertimerne. De udgående behandlere fortæller imidlertid, at de ofte er til rådighed på en måde, hvor borgerne kan få kontakt til de udgående behandlere i ydertimerne, fx via telefon. De udgående behandlere vurderer, at dette har været tryghedsskabende for en del af borgerne. Det skyldes, at borgerne på den måde har haft adgang til støtte og kontakt i et tidsrum, hvor de ofte ikke har kunnet få støtte tidligere.

Borgerne skal være trygge ved, at de udgående behandlere træder ind i deres miljø

Både samarbejdspartnerne og de udgående behandlere har givet udtryk for, at det er vigtigt, at borgerne oplever tryghed ved og accepterer, at de udgående behandlere træder ind i deres miljø.

De fortæller, at tilstedeværelsen i borgernes nærmiljø understøttes af, at de informerer borgerne om, hvem de er, hvor de kommer fra og hvorfor de er til stede i miljøet. Herved bliver det tydeligt for borgerne, at de udgående behandlere er i miljøet for at tilbyde støtte.

I Odense Kommune har de udgående behandlere blandt andet haft gode erfaringer med at medbringe visitkort og informationsmateriale om modellen, som de kan overbringe, ikke alene til borgerne, men også til samarbejdspartnere i de miljøer, hvor borgerne færdes. De udgående behandlere og samarbejdspartnere oplever, at det giver borgerne vished om, hvem de skal kontakte, hvis de ønsker hjælp, ligesom det er med til at udbrede kendskabet til modellen blandt de samarbejdspartnere, der skal understøtte den udgående indsats.

5.3.2 Kontaktskabelse

Det er målet med den udgående indsats, at de udgående behandlere får etableret dialog og kommunikation med borgerne. Det er på den baggrund, at arbejdet med at afklare borgernes behov og ønsker og selve motivationsarbejdet kan igangsættes.

Hvor skabes kontakten?

I mange tilfælde etableres kontakten via en udgående indsats i borgernes nærmiljø, fx på gadeplan, i parker eller på væresteder. I andre tilfælde skabes kontakten på baggrund af henvendelser, de udgående behandlere har modtaget fra fx den regionale behandlingspsykiatri eller fra sygehuse i kommunen.

Interviewene med projektlederne og de udgående behandlere i de to kommuner viser, at de udgående behandlere i Odense Kommune særligt har opereret i borgernes nærmiljø og på gaden. Omvendt har de udgående behandlere i Aarhus Kommune ofte fået skabt kontakt til borgerne på baggrund af henvendelser fra væresteder, den regionale behandlingspsykiatri og sygehuse, fx i forbindelse med udskrivning fra psykiatrisk eller somatisk behandling. Som det også fremgår i kapitel 8, skal denne forskel ifølge de udgående behandlere forklares ved, at der i Aarhus Kommune allerede findes mange opsøgende indsatser. De udgående behandlere fortæller, at det medvirker til, at der allerede er et godt kendskab til målgruppen i kommunen. De udgående behandlere i Aarhus Kommune vurderer, at det har medvirket til, at de i højere grad har skullet bruge ressourcer på at gøre samarbejdspartnere bekendte med den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling.

Hvordan tages der kontakt til borgerne?

De udgående behandlere fortæller, at der ikke kan peges på én systematisk fremgangsmåde for, hvordan kontaktskabelse til borgerne kan gribes an, fordi borgerne har forskellige (livs)situationer. Dog peger de på, at det er vigtigt, at de udviser åbenhed, tålmodighed og tilstedeværelse i kontakten med borgerne. Samtidig giver de udgående behandlere udtryk for, at kontakten til borgerne skal tilpasses borgernes situation og ressourcer. Det kommer til udtryk ved, at kontakten skal indledes på en måde, hvor det er borgeren, der selv er omdrejningspunktet for kontakten, så borgeren får et billede af, at de udgående behandlere er til stede med deres faglighed og engagement. De udgående behandlere giver udtryk for, at det er vigtigt, at de respekterer og anerkender, hvis borgeren ikke ønsker kontakt på et bestemt tidspunkt. De har erfaring med, at det kan være udtryk for, at borgeren ikke er klar til at gå i dialog eller blot ønsker fred. I stedet har de udgående behandlere erfaring med, at det kan være en god ide at trække sig fra kontakten men fortsat være synlige for borgerne, så de selv kan tage initiativ til kontakten, hvis de ønsker det.

5.3.3 Forscreening

I interviewene peger projektlederne og de udgående behandlere på, at de udgående behandlere i de to kommuner i høj grad har fulgt den målgruppeindkredsning, der er beskrevet i modellen. De udgående behandlere fortæller imidlertid, at både kolleger i misbrugscentret og samarbejdspartnere i øvrige tilbud har haft vanskeligt ved at vurdere, hvilke borgere der er i målgruppen for

indsatsen. Det har betydet, at de udgående behandlere ofte er blevet kontaktet af kolleger i misbrugscentret og samarbejdspartnere om borgere, der falder uden for målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Ifølge de udgående behandlere har det medvirket til, at de i perioder har brugt tid på borgere, der ikke umiddelbart falder inden for modellens målgruppe. Det har indvirket negativt på implementeringen af modellen, da det har taget fra den tid, de udgående behandlere har skullet bruge på en udgående og kontaktskabende indsats målrettet de borgere, der ingen kontakt har til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

5.4 Motivationsarbejde

Motivationsarbejdet med borgerne tager udgangspunkt i forandringscirklen og metoderne i den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang. Afsættet for dette arbejde er borgerens egne ressourcer, håb og ønsker til livet. Det vil sige, at det er borgeren, der beslutter, hvilke indsatser han eller hun ønsker at arbejde med, samt hvilke problemstillinger de udgående behandlere og borgeren sammen skal adressere. Motivationsarbejdet indeholder i alt tre trin.

- Trin 1: Opbygning af relations- og behandlingsalliance.
- Trin 2: Fokus på motivation i en proces mod recovery.
- Trin 3: Plan for det videre forløb.

5.4.1 Opbygning af behandlingsalliance og fokus på motivation i en recovery-proces

Målet med opbygning af en relation til borgeren er at skabe tillid mellem borgeren og de udgående behandlere. Dette skal medvirke til, at borgeren opnår erkendelse af egne behov og ønsker og på sigt opnår øget motivation for at ændre egen situation i en proces mod recovery.

Arbejdet med opbygning af behandlingsalliance

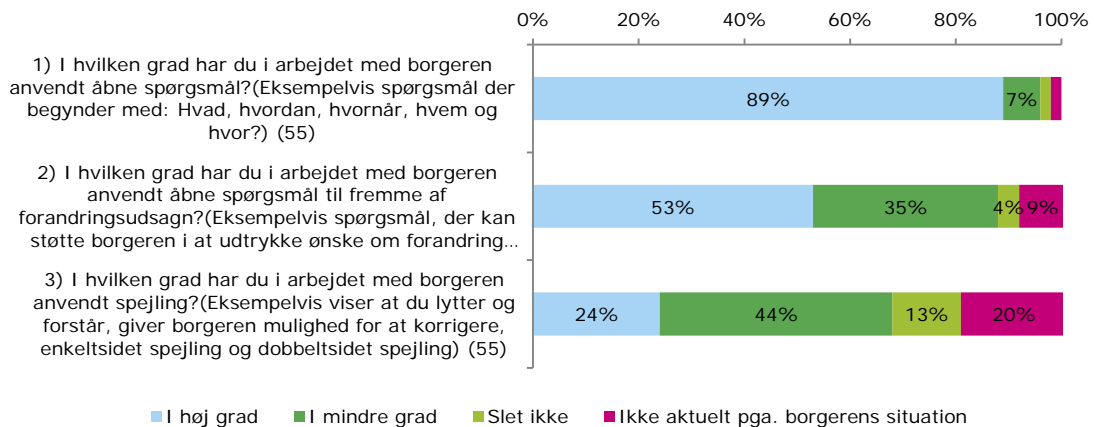
Samlet peger de udgående behandlere på, at de i relationsarbejdet i høj grad trækker på elementerne i den recovery-orienterede tilgang. De vurderer, at det handler om at være lyttende og nysgerrige på borgerne og tilbyde støtte på de områder, hvor borgerne udtrykker at have behov for hjælp. På den baggrund fortæller de udgående behandlere også, at det er vigtigt, at de kan stille sig til rådighed, og at de er i stand til at påskønne selv små skridt i borgernes udviklingsproces. Således fortæller de udgående behandlere, at behandlingsalliancen er central for at støtte borgeren i at opnå den første motivation for at modtage hjælp til at få lagt en egentlig plan for det videre forløb med henblik på, at borgeren påbegynder behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud.

Endelig udtrykker de udgående behandlere, at relationsarbejdet med borgerne kan være en langvarig proces, men at bæredygtige relationer er afgørende for at kunne tage "hul" på det recovery-orienterede arbejde med borgerne.

Brug af samtaleteknikker med fokus på forandring indvirker positivt på dialogen

Figuren nedenfor tegner et billede af, i hvilket omfang de udgående behandlere har anvendt forskellige MI-samtale- og spørgeteknikker i arbejdet med borgerne. Det fremgår blandt andet, at de udgående behandlere i 90 pct. af forløbene med borgerne i høj grad har anvendt åbne spørgsmål i dialogen og arbejdet. Det ses også, at de udgående behandlere i over halvdelen af forløbene med borgerne har gjort brug af åbne spørgsmål med fokus på forandringsudsagn.

Figur 5-2: Brug af MI-samtale- og spørgeteknikker (samlet i de to kommuner)

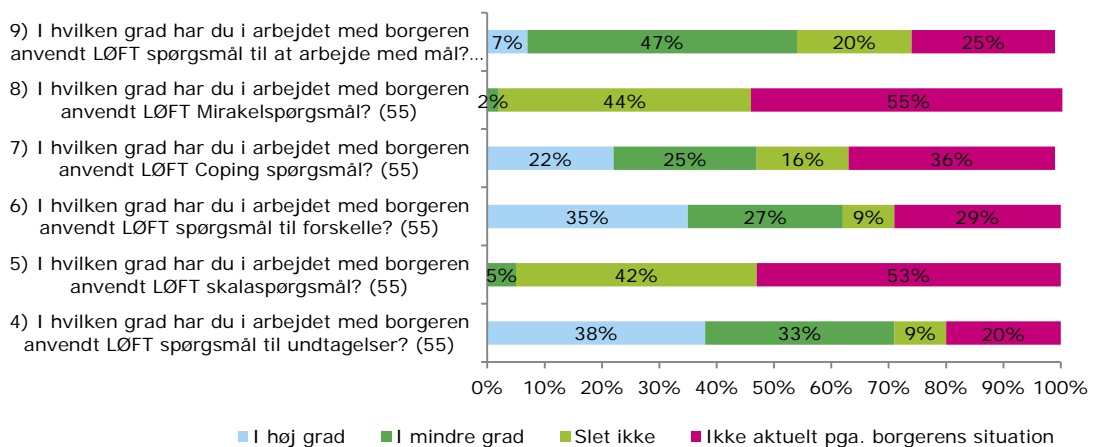


Kilde: Rambølls survey-data om fidelitet, rapportering fra de udgående behandlere.

Omvendt viser figuren, at de udgående behandlere i et mindre omfang har anvendt spejling i arbejdet med borgerne.

De udgående behandlere har også løbende rapporteret på deres anvendelse af samtale- og spørgeteknikker fra LØFT. Omfanget i brugen af disse fremgår af figuren nedenfor.

Figur 5-3: Brug af LØFT-samtale- og spørgeteknikker (samlet i de to kommuner)



Kilde: Rambølls survey-data om fidelitet, rapportering fra de udgående behandlere.

Figuren viser, at det for flere af borgerne ikke har været aktuelt at arbejde med LØFT-mirakelspørgsmål og LØFT-skalaspørgsmål. De udgående behandlere peger på, at særligt skala-spørgsmål og mirakelspørgsmål stiller store krav til borgernes kognition. Vurderingen blandt de udgående behandlere er, at borgerne kan have svært ved at honorere dette i perioder, hvor de er meget udsatte og måske i en mere eller mindre kaotisk livssituation. Omvendt viser figuren, at de udgående behandlere i højere grad har benyttet LØFT-spørgsmål til undtagelser, LØFT-spørgsmål til forskelle og LØFT-coping-spørgsmål.

Generelt er erfaringen blandt de udgående behandlere i begge kommuner, at de to metoder og deres samtale- og spørgeteknikker er anvendelige i arbejdet med de mest udsatte borgere. De peger i interviewene på, at samtale- og spørgeteknikkerne indvirker positivt på samtalen med borgerne og er med til at sikre et systematisk løsningsfokuseret perspektiv på borgernes situation. De udgående behandles oplevelse er, at det skaber en dialog, hvor fokus fjernes fra borgernes problemer og de udfordringer, misbruget giver borgerne.

Især i Odense Kommune er de udgående behandleres erfaringer, at LØFT-samtale- og spørgeteknikker i nogle situationer har været mere anvendelige end MI-samtale- og spørgeteknikker. De peger på, at LØFT kan være nemmere at anvende, blandt andet fordi teknikkerne giver nogle gode stikord og opmærksomhedspunkter, som kan tages i brug, når situationen og dialogen med borgerne er moden til det. De udgående behandlere i Odense Kommune fortæller blandt andet, at LØFT-samtale- og spørgeteknikker er mere anvendelige, uden at de nødvendigvis behøver følge metoden stringent. Omvendt peger de udgående behandlere i Aarhus Kommune på, at de oplever MI-samtale- og spørgeteknikker som mest brugbare i arbejdet med borgerne. De fortæller, at metoden har stor appel i arbejdet, da de automatisk får øje for at fokusere på borgernes ressourcer og kompetencer.

5.4.2 Plan for det videre forløb

På baggrund af motivationsarbejdet skal de udgående behandlere sammen med borgeren udarbejde en plan for det videre forløb. De udgående behandlere fortæller, at de ofte har en god fornemmelse af, hvilket tilbud om stofmisbrugsbehandling borgeren kan få gavn af. De giver imidlertid udtryk for, at det skaber ejerskab til planen hos borgerne selv, ligesom det er en måde, hvorpå borgerne selv får mulighed for at italesætte ønsker til den fremadrettede behandling.

Erfaringen i begge kommuner er, at det har været en drivkraft for arbejdet med borgernes plan, at de udgående behandlere allerede inden egentlig indskrivning i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling tager kontakt til tilbud i stofmisbrugsbehandlingen med henblik på at afdække, hvilken behandling borgeren kan tilbydes. De fortæller, at det giver borgerne et bedre grundlag for at træffe beslutning om, hvorvidt de ønsker stofmisbrugsbehandling. Samtidig er erfaringen, at det er afgørende at få afdækket mulighederne for relevant behandlingsforløb, så det sikres, at borgerne ikke loves noget, som ikke kan honoreres. I nogle situationer vil borgerne fx have karentæne fra et tilbud. Det er derfor vigtigt, at de udgående behandlere i samarbejde med kolleger i misbrugscentret får afklaret, om tilbuddet kan være relevant og muligt for borgerne, eller om der skal findes et alternativt stofmisbrugsbehandlingstilbud.

De udgående behandlere har også gode erfaringer med at klæde borgerne godt på til et eventuelt videre forløb. Det kan fx handle om at gøre det tydeligt for borgerne, hvad de møder af krav og tilbud i misbrugscentret. Det kan også dreje sig om, at de udgående behandlere gør borgerne klar på, at de på sigt trækker sig fra samarbejdet, når borgerne har opnået en relation til behandleren i det tilbud, som de eventuelt indskrives i.

5.5 Brobygning og fortsat behandling i eksisterende sociale og sundhedsfaglige tilbud

Et mål med modellen er, at borgeren på sigt – og som led i fortsat behandling – kommer i behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling og eventuelt opnår kontakt til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, så borgerens samlede problemstillinger kan imødekommes. Selve arbejdet med fortsat behandling i modellen består af tre trin.

- Trin 1: Brobygning til eksisterende stofmisbrugsbehandling og indskrivning.
- Trin 2: Behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling.
- Trin 3: Brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

5.5.1 Brobygning til eksisterende stofmisbrugsbehandling og indskrivning

Målet med brobygning er, at borgeren oplever en fleksibel, hurtig og smidig overgang til eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud i misbrugscentret. Dette skal sikre, at borgeren fastholdes i en stabil kontakt til behandlingstilbuddet fra opstart og fremadrettet.

De udgående behandlere skal kunne reagere hurtig på borgernes motivation

Erfaringen i begge kommuner er, at en succesfuld brobygning kræver, at de udgående behandlere kan reagere hurtigt på borgernes motivation for stofmisbrugsbehandling. I begge kommuner

har praksis været, at de udgående behandlere har haft kompetencer til at visitere borgere direkte til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Både ledelsen i misbrugscentret og de udgående behandlere peger på, at det har været væsentligt for arbejdet med modellen. Det har medvirket til, at de udgående behandlere kan imødekomme borgernes ønsker og behov, når de ønsker støtte, ligesom det kan bidrage til at overkomme nogle af de systembarrierer, borgerne kan opleve i forbindelse med udredning, visitation og modtagelse i stofmisbrugscentret. De udgående behandlere peger dog på, at det er vigtigt, at ledelsen i misbrugscentret tydeligt kommunikerer til kolleger i modtagelse og eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, dels at de udgående behandlere har visitationskompetence, dels hvad denne kompetence indebærer. Det skal medvirke til at afværge uklarheder i opfattelsen af de udgående behandleres visitationskompetence.

Udarbejdelse af udredning og eventuelt anamnese på forhånd

De udgående behandlere peger også på, at de i arbejdet med brobygning til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling ofte gennemfører udredning af borgerne på gadeplan eller andre steder, hvor de er i kontakt med borgerne. Deres vurdering er, at det letter overgangen for borgerne, da de så ikke mødes med krav til udredning og dokumentation, når de møder op i misbrugscentrets modtagelse. Samtidig fortæller ledelsen i misbrugscentrene og de udgående behandlere, at dette forarbejde bidrager til, at der internt i misbrugscentret kan igangsættes initiativer med henblik på at få afklaret, hvilket tilbud der eventuelt skal stilles til rådighed for borgerne ved en senere indskrivning.

Lægelig behandling understøtter brobygning

I begge kommuner har der været lægefaglig behandling knyttet til arbejdet med modellen. Erfaringen er, at dette er afgørende for et vellykket arbejde med de mest udsatte borgere med stofmisbrug og for at lykkes med brobygning til eksisterende stofmisbrugsbehandling. Som det også fremgår i kapitel 8 fortæller både lægerne i misbrugscentret og de udgående behandlere, at lægens tilknytning til arbejdet med modellen bidrager til, at borgerne i højere grad oplever rummelighed og sammenhæng i den samlede stofmisbrugsbehandling.

Rummelighed i den lægelige stofmisbrugsbehandling

Erfaringer i de to pilotkommuner viser, at det fremmer brobygning og sammenhæng i behandlingen, når lægen og de udgående behandlere er i tæt dialog med borgeren om den lægelige stofmisbrugsbehandling. I en af pilotkommunerne førte et tæt samarbejde til, at borgeren i den indledende fase af brobygningen fik lov til at starte substitutionsbehandling på en højere dosis end normalt anbefalet. Dette fordi lægen kunne gennemføre en hurtigere vurdering af borgerens situation med inddragelse af viden fra de udgående behandlere. Ligeledes oplevede de udgående behandlere i samme pilotkommune, at en borger fik lov til at starte substitutionsbehandling en fredag, fordi lægen, der var tilknyttet modellen, havde mulighed for at tilse borgeren i weekenden.

5.5.2 Behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling

Målet er, at borgerne fastholdes i behandling med henblik på at få reduceret eller stabiliseret stofmisbruget ved at gennemføre et succesfuldt forløb i eksisterende stofmisbrugsbehandling.

Som udgangspunkt er det misbrugsbehandlere i behandlingstilbuddet, hvor borgerne indskrives, der har det primære ansvar for borgernes stofmisbrugsbehandling. Erfaringen blandt de udgående behandlere og også misbrugsbehandlerne i misbrugscentret er imidlertid, at mange borgere har behov for, at de udgående behandlere fastholder kontakten med borgerne, særligt i opstarten af deres behandling. De forklarer, at de udgående behandlere ofte har en tæt relation til borgerne og en særlig indgang til borgerne. Det kan være med til at støtte misbrugsbehandlere i arbejdet med borgerne og sikre en struktureret indsats til borgerne med fokus på fastholdelse i behandling. De udgående behandlere peger også på, at de har gode erfaringer med, at de deltager i de første behandlingsmøder mellem borgere og misbrugsbehandlere i misbrugscentret, lige-

som erfaringen er, at der kan være behov for støtte borgerne i transport til og fra behandlingen, hvis dette udgør en barriere for borgernes deltagelse i behandlingen.

Samtidig viser erfaringerne, at løbende dialog mellem de udgående behandlere og misbrugsbehandleren i misbrugscentret er med til understøtte behandlingen af borgerne. Således fortæller de udgående behandlere, at tæt kommunikation betyder, at alle kan reagere hurtigere, hvis borgerne udviser manglende motivation for behandling eller i længere perioder udebliver fra behandling.

5.5.3 Brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud

Målet er, at borgerne får etableret kontakt til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, som borgerne har behov for støtte fra i recovery-processen. Det skal bidrage til, at alle relevante samarbejdspartnere så vidt muligt er vidende om den enkelte borgers samlede behov og trækker i samme retning i forhold til at sikre, at borgeren oplever en sammenhængende og helhedsorienteret støtte, og at borgeren får hjælp med udgangspunkt i den samlede livssituation.

De udgående behandlere peger på, at brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud ikke er det, de bruger flest ressourcer på. Det skal også ses i lyset af, at en relativt stor andel af borgerne allerede er indskrevet eller modtager støtte via andre tilbud (jf. kapitel 4).

Erfaringen blandt de udgående behandlere og projektlederne er imidlertid, at brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud indebærer nogle af de samme opgaver, som når de udgående behandlere brobygger til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Således fortæller de, at det også her er vigtigt, at de udgående behandlere løbende støtter borgeren i kontakten til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, indtil der er etableret en stabil kontakt. Dette kan eksempelvis være ved at følge borgeren til lægen eller sammen med borgeren tage kontakt til bostøtten, hvis kontakten med denne er ustabil eller mistet. På den måde kan de udgående behandlere udføre en koordinerende rolle, ligesom erfaringen er, at det er med til understøtte overlevering af viden om borgerne fra de udgående behandlere til medarbejdere i tilbud, som borgerne får kontakt til.

6. ORGANSATORISKE RESULTATER

I ovenstående kapitel fremgår det, at modellen og indsatsen målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug i overvejende grad er implementeret med fidelitet. Det giver anledning til et spørgsmål om, hvilke resultater arbejdet med modellen har skabt på et organisatorisk niveau. Som led i implementeringen af arbejdet med modellen har målet været at opnå en række organisatoriske resultater. Det drejer sig om, at:

- Borgerne oplever en mere sammenhængende og helhedsorienteret stofmisbrugsbehandling og social og sundhedsfaglig støtte.
- Borgerne oplever et mere tilgængeligt og fleksibelt tilbud om stofmisbrugsbehandling, hvor indsats og rammer tilpasses borgernes situation og behov.

I dette kapitel er der fokus på at belyse, hvilke organisatoriske resultater arbejdet med modellen har tilvejebragt i de to kommuner, hvor modellen er afprøvet. Først belyser kapitlet, hvilken betydning arbejdet med modellen har haft for udvikling af praksis i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Dernæst er der fokus på, hvorvidt arbejdet med modellen har styrket samarbejdet mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Dette med henblik på at understøtte en helhedsorienteret støtte til borgerne.



Kapitlet bygger på følgende metoder og datakilder:

- Kvalitative data i form af projektbesøg, hvor der er gennemført interviews med ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling, projektledere, de udgående behandlere, læger i misbrugscentret samt samarbejdspartnere.



De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår af boksen nedenfor.

De centrale konklusioner i kapitlet

- Implementeringen af modellen har medvirket til at skabe øget rummelighed og fleksibilitet i arbejdsgange i den kommunale stofmisbrugsbehandling.
- Det kommer blandt andet til udtryk ved, at borgerne oplever en mere smidig og fleksibel modtagelse i stofmisbrugsbehandling. Samtidig er der udviklet en praksis, så særligt lægelig behandling, herunder substitutionsbehandling, i højere grad understøtter den indsats, de udgående behandlere udfører.
- I kraft af et styrket samarbejde mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud er der skabt en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats til borgerne. Dette ses blandt andet ved, at samarbejdspartnere via samarbejdet med de udgående behandlere har fået øget indblik i borgernes behandlingsforløb. Det gør dem bedre i stand til at støtte borgeren, når de er i kontakt med vedkommende.
- Evalueringen peger også på, at arbejdet med modellen har ført til et styrket samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri og tilbud i sundhedssektoren.
- Evalueringen tegner et billede af, at det har været en udfordring at få etableret et godt samarbejde med almen praksis i form af borgernes egen læge.

6.1 Øget rummelighed i praksis i stofmisbrugsbehandlingen

I begge kommuner fortæller projektlederne og de udgående behandlere, at arbejdet med modellen har medvirket til at udvikle eksisterende praksis og måden, hvorpå de mest udsatte borgere i stofmisbrugsbehandling mødes med relevant støtte. Det kommer til udtryk på flere niveauer.

For det første giver de udgående behandlere samt medarbejdere fra modtagelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling udtryk for, at arbejdet med modellen har medvirket til, at borgerne mødes med større rummelighed i modtagelsen. De udgående behandlere oplever, at modtagel-

sen af de mest udsatte borgere er blevet mere smidig og fleksibel. Det sikrer, at de udgående behandlere nemmere kan understøtte brobygning, ligesom de i samarbejde med medarbejdere i modtagelsen hurtigere kan iværksætte tilbud til borgerne. Erfaringen blandt de udgående behandlere er, at det medvirker til, at der kan reageres hurtigere på borgernes situation og iværksættes relevant stofmisbrugsbehandling til borgerne i eksisterende tilbud.

For det andet viser erfaringerne, at der i begge kommuner er arbejdet med at udvikle praksis, så særligt lægelig behandling, herunder substitutionsbehandling, i højere grad understøtter den indsats, de udgående behandlere udfører¹⁶. De kvalitative data viser, at et tæt og integreret samarbejde mellem de udgående behandlere og lægen i misbrugscentret opstår, når lægen er organisatorisk tilknyttet arbejdet med modellen. Ifølge de udgående behandlere og lægerne i misbrugscentret bidrager det til, at borgerne i højere grad oplever fleksibilitet, rummelighed og mobilitet i den samlede stofmisbrugsbehandling. Det kommer fx til udtryk ved, at lægen hurtigere kan rykke ud for at tilse borgeren. Det kan også handle om, at lægen tager med de udgående behandlere på gaden, i borgerens eget hjem eller på værestedet for at tilse ham eller hende i eget nærmiljø.

Ligeledes peger de udgående behandlere og læger fra misbrugscentret på, at et tæt og koordineret samarbejde mellem dem er med til at understøtte en vellykket brobygning til andre tilbud. De udgående behandlere peger blandt andet på, at det tætte samarbejde med lægen gør, at de kan kontakte lægen allerede inden, borgeren modtager et tilbud om stofmisbrugsbehandling. Det betyder, at det så tidligt som muligt kan afklares, hvilken substitutionsbehandling borgeren kan tilbydes. På den måde kan borgeren også på et oplyst grundlag og i samarbejde med de udgående behandlere tage stilling til, om han eller hun ønsker stofmisbrugsbehandling.

Endelig indikerer evalueringen, at der i begge kommuner er sket en positiv udvikling i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. I en af kommunerne kommer dette blandt andet til udtryk ved, at der i forlængelse af arbejdet med modellen er etableret et team i misbrugscentret målrettet støtte til de mest udsatte borgere. Dette med henblik på at fastholde de borgere, som tidligere har haft svært ved at følge tilbuddene i misbrugscentret. Ligeledes vurderer projektlederne i begge kommuner, at arbejdet med udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling og de faglige resultater af arbejdet understøttes af, at der i begge kommuner er skadesreducerende tilbud, som er målrettet de borgere, der kan have svært ved at profitere af de almindelige tilbud om social stofmisbrugsbehandling. I Aarhus Kommune drejer det sig fx om Kontakthuset, ligesom erfaringer fra Hjørnely, som er nedlagt undervejs i afprøvningen af modellen, er videreført i Odense Kommune.

6.2 Sammenhængende og tværfaglig indsats

Erfaringen blandt både projektlederne og de udgående behandlere er, at arbejdet med modellen har været med til at styrke samarbejdet mellem misbrugscentret og øvrige kommunale og private sociale og sundhedsfaglige tilbud. Dette bekræftes i interviewene med samarbejdspartnere. De fortæller, at de i deres dagligdag har kontakt til mange borgere, som udviser motivation for stofmisbrugsbehandling, men som har svært ved at møde eller honorere krav i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. I den forbindelse vurderer de, at de med modellen kan gøre brug af de udgående behandlere, som kan møde borgerne i deres nærmiljø og være brobyggere til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Endvidere peger samarbejdspartnere på, at de igennem samarbejdet med de udgående behandlere har fået øget kendskab til borgernes behandlingsforløb. Denne viden ruster dem til bedre og mere aktivt at støtte borgeren, når de er i kontakt med vedkommende. Ifølge samarbejdspartnere skal det ses i lyset af, at de udgående behandlere har bedre mulighed for at foretage opfølg-

¹⁶ Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter undersøgelse og behandling af misbrug samt undersøgelse og sikring af behandling af de helbredsmæssige problemstillinger, der knytter sig til stofmisbrug. I den lægelige behandling indgår også substitutionsbehandling.

ning og informere dem løbende om forløbet for borgerne og borgernes situation. Samlet vurderer samarbejdspartnerne, at det er med til at understøtte mere sammenhængende og tværfaglige indsatser til borgerne, hvor der arbejdes med udgangspunkt i fælles mål for borgerne.

Erfaringerne fra de to kommuner viser dog også, at der har været udfordringer i arbejdet med at etablere gode samarbejdsrelationer med visse kommunale og private tilbud. Dette har påvirket de organisatoriske resultater der er opnået. I Aarhus Kommune fortæller de udgående behandlere, at de har været udfordret i at få et tæt samarbejde med kommunens forsorgshjem. De udgående behandlere vurderer, at det kan skyldes, at kommunens forsorgshjem måske ikke oplever et behov for samarbejde, eller at forsorgshjemmene er for store og kendetegnet ved, at der er stor til- og fraflytning. Derfor kan det være svært for medarbejderne på forsorgshjemmene at få et overblik over, hvilke borgere der eventuelt er i målgruppen for modellen. Samtidig er det de udgående behandleres oplevelse, at det manglende samarbejde med kommunens forsorgshjem har betydet, at der er borgere i målgruppen, som de ikke er kommet i kontakt med. Som det også fremgår i kapitel 5, har de udgående behandlere i Odense Kommune oplevet lignende udfordringer i samarbejdet med et af de kommunale væresteder.

6.3 Tæt samarbejde mellem stofmisbrugsbehandling og psykiatribehandling

Forskningen viser, at et integreret og tæt samarbejde mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri er væsentlig for at opnå positive resultater for borgere med samtidigt misbrug og psykiske vanskeligheder¹⁷.

De udgående behandlere peger på, at arbejdet med modellen har ført til et styrket samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri og tilbud i sundhedssektoren. I Aarhus Kommune kommer det blandt andet til udtryk ved, at der er etableret klare arbejdsgange for, hvordan dialogen mellem samarbejdspartnerne foregår, ligesom der er jævnlige møder på ledelsesniveau og på det udførende niveau. Dette har blandt andet medvirket til, at medarbejdere i behandlingspsykiatrien altid kontakter de udgående behandlere, inden de udskriver borgere, der vurderes at være i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.

Samarbejde om borgere med komplekse problemer

I en af kommunerne fortæller de udgående behandlere, at samarbejdet med dels den regionale behandlingspsykiatri, dels sygehusene i kommunen, er blevet så godt, at disse tilbud i princippet kunne udfylde alle "pladserne" i modellen. De udgående behandlere oplevede i en periode, at det var nødvendigt at indføre et "kvotesystem" for borgere fra behandlingspsykiatrien. Det kom til udtryk ved, at de udgående behandlere kun havde kontakt med højst tre borgere henvist herfra. Dette på trods af et ønske fra behandlingspsykiatrien om, at de udgående behandlere havde kontakt til flere af deres borgere. Ligeledes giver de udgående behandlere udtryk for, at de i perioder er blevet kontaktet regelmæssigt af sygeplejersker fra sygehuse om borgere i målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. De udgående behandlere vurderer samlet, at de mange henvendelser fra regionale tilbud er udtryk for, dels en vellykket udgående indsats, hvor budskabet om indsatsen er udbredt, dels at de udgående behandlere i høj grad er blevet misbrugscentrets ansigt udadtil – og på den måde også leddet mellem regionale tilbud og eksisterende tilbud i misbrugscentret.

Endvidere er der tydelige aftaler om, at de udgående behandlere kan følge op på og besøge borgere, de har arbejdet med på gadeplan, som er blevet indskrevet i behandlingspsykiatrien. Det betyder, at de udgående behandlere kan have samtaler med borgerne undervejs i deres behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien. På den baggrund kan de i god tid inden udskrivning planlægge et stofmisbrugsbehandlingsforløb sammen med borgeren, når han eller hun udskrives fra

¹⁷ Addiction and Mental Health Collaborative Project Steering Committee. (2014). *Collaboration for addiction and mental health care: Best advice*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

behandlingspsykiatrien. Samlet har det ført til, at de udgående behandlere i høj grad har fået kontakt til borgere i målgruppen via den regionale behandlingspsykiatri men også via de regionale sygehuse. Samtidig har det medvirket til, at færre borgere udskrives direkte til gaden uden at blive mødt med relevant støtte og hjælp i forhold til deres stofmisbrugsproblematik.

I publikationen **Collaboration for Addiction and Mental Health Care: Best Advice** beskrives forskellige modeller for et effektivt samarbejde, som hver især indeholder forskellige tilgange og virkemidler. Modellerne har en række tilgange og virkemidler til fælles, som har vist sig effektive i forhold til at understøtte samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og misbrugsbehandlingen i en canadisk kontekst:

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

I publikationen identificeres også en række administrative mekanismer til understøttelse af samarbejdet:

1. *Delte elektroniske journaler*

En fælles elektronisk platform giver mulighed for at oprette og dele helbredsrelateret information om borgeren, herunder screeningsresultater, diagnoser, journalnoter og detaljer for videre behandling.

2. *Centraliseret tilgang til behandling for borgeren*

Denne tilgang virker ved at reducere antallet af indgange for borgerne i nogle tilfælde helt ned til en enkelt. Det begrænser antallet af medarbejdere og organisationer, som borgerne og deres familier skal håndtere.

3. *Screening, kort intervention og henvisning (SBIR)*

Borgere, der identificeres som ramt af både psykiske lidelser og misbrug – eller som er i risiko for det, modtager kortvarig behandling på stedet eller sættes præventivt i forbindelse med specialiserede instanser, afhængigt af behov og sværhedsgrad. Det kræver, at medarbejdere fra sundheds- og socialområdet anvender fælles screeningsinstrumenter til at identificere borgere med disse behov.

4. *Forbindelsesansvarlige eller systemnavigatører*

Disse personer tildeles ansvaret for at støtte borgerne, deres familie og støttepersoner i overgangen mellem forskellige services og sektorer. Det skal forhindre, at de kastes unødigt frem og tilbage mellem psykiatri, misbrugsbehandling og andre instanser, med risiko for at blive tabt i systemet.

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

6.4 Svært at få etableret samarbejde med almen praksis

De udgående behandlere giver i interviewene udtryk for, at det har været vanskeligt at få etableret et frugtbart samarbejde med almen praksis til gavn for de mest udsatte borgere med stofmisbrug. De peger på, at det er svært at få adgang til borgernes egen læge, ligesom de oplever, at lægen ikke altid udviser interesse for at gå i dialog om de mest udsatte borgere. Ifølge ledere i misbrugscentrene og de udgående behandlere er et tæt samarbejde med borgernes egne læger vigtigt for at lykkes med en samlet indsats til borgerne. De fortæller, at borgernes egne læger ofte ikke har den nødvendige viden om, hvilken støtte og behandling borgerne modtager ved siden af deres lægefaglige indsats. De udgående behandlere vurderer, at fraværet af koordination mellem dem og borgernes egne læger øger risikoen for, at borgernes egne læger iværksætter indsatser, som ikke nødvendigvis støtter op om borgernes plan og mål for øvrige indsatser og behandling. Det kan fx handle om, at lægen vælger at stoppe en medicinsk behandling til borgerne uden forudgående dialog med de udgående behandlere eller lægen i misbrugscentret. Det kan have en negativ indflydelse på den indsats, de udgående behandlere eller lægen i misbrugscentret giver til borgerne.

7. BORGERRESULTATER

I kapitel 5 fremgår det, at modellen målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug i overvejende grad er implementeret med fidelitet. Samtidig fremgår det i kapitlet ovenfor, at arbejdet med modellen har bidraget til at realisere en lang række organisatoriske mål til understøttelse af arbejdet med borgerne. Spørgsmålet er, hvilke resultater arbejdet med modellen har tilvejebragt for de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

For borgerne har målet med modellen været:

- At der på kort sigt opnås kontakt til borgere, som ikke eller kun i ringe grad benytter sig af eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.
- At borgerne på mellemlangt sigt opnår øget motivation for forandring af deres egen situation og stofmisbrugsbehandling.
- At borgerne på langt sigt påbegynder stofmisbrugsbehandling med henblik på at understøtte egen recovery-proces med det mål at genvinde, udvikle eller vedligeholde deres funktionsevne og oplevelse af at have indflydelse på og kontrol over eget liv og hverdag.

Dette kapitel indledes med en analyse af, hvorvidt arbejdet med modellen har indvirket på borgernes motivation for forandring og recovery. Dernæst er der fokus på at belyse, hvorvidt modellen har påvirket borgernes recoveryproces. Særligt i forhold til borgerens stofmisbrugsituation samt fysiske og psykiske vanskeligheder. Kapitlet afsluttes med at tegne et billede af, hvorvidt borgerne fastholdes i stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, som led i arbejdet med modellen.



Kapitlet bygger på følgende metoder og datakilder:

- Kvantitative data i form af løbende før- og eftermålinger blandt borgerne.
- Kvalitative data i form af projektbesøg, hvor der er gennemført interviews med ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling, projektledere, de udgående behandlere, læger i misbrugscentret samt samarbejdspartnere.



De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår af boksen nedenfor.

De centrale konklusioner i kapitlet

- De udgående behandleres indsats har skabt en række positive sidegevinster. Dette ved, at der er skabt kontakt til borgere, der ikke umiddelbart er i målgruppen, men som de udgående behandlere kortvarigt har vejledt og rådgivet med henblik på at få relevant støtte.
- Evalueringen viser, at indsatsen har haft en positiv betydning for borgernes motivation for forandring og håb for fremtiden. De kvalitative data viser, at en bæredygtig alliance mellem de udgående behandlere og borgerne er en vigtig forudsætning for denne udvikling.
- Det konkluderes også i evalueringen, at modellen har indvirket positivt på borgernes første skridt mod recovery. Det kommer blandt andet til udtryk ved en bedring i borgernes stofmisbrug samt fysiske og psykiske helbred.
- Næsten halvdelen af borgerne er fortsat i social stofmisbrugsbehandling tre måneder efter opstart af behandling. De kvantitative data viser således, at der er sket en tydelig forøgelse i borgernes tilknytning til stofmisbrugsbehandlingssystemet. Det ses ved, at flere af de borgere, der ikke tidligere modtog behandling, nu følger social stofmisbrugsbehandling i kølvandet på indsatsen.
- Lidt over halvdelen er frafaldet behandlingen, men har fået en første kontakt til stofmisbrugsbehandlingen. Erfaringen er, at denne første kontakt øger sandsynligheden for, at borgerne senere hen får genetableret kontakt til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

I vurderingen af indsatsens borgerresultater er det vigtigt at være opmærksom på, at målgruppen består af meget udsatte borgere med komplekse problemer af både social og sundhedsfaglig karakter (jf. kapitel 4). Resultaterne af indsatsen skal tolkes i lyset af, at disse borgere ofte har behov for en vidtgående og længerevarende indsats, hvor umiddelbare fremskridt i deres situation på kort tid kan efterfølges af tilbageskridt.

Samtidig viser flere undersøgelser af indsatser målrettet udsatte borgere, at recovery er en svær og sårbar proces¹⁸. Dette betyder, at en simpel fastholdelse af borgernes aktuelle situation på kort og mellemlangt sigt kan være udtryk for opbremsning af en social deroute mod fx øget stofmisbrug, forværret psykisk og fysisk sundhedssituation og hjemløshed. En opbremsning af derouten kan således være udtryk for, at indsatsen har været succesfuld. Endelig kan en tilbagegang være udtryk for, at indsatsen for nogle borgere er et første led i en større erkendelse af egne problemer, som gør, at de under indsatsen oplever, at deres situation er værre, end da indsatsen rent faktisk gik i gang.

Modellens forventede resultater for borgerne på kort og mellemlangt sigt er således ikke, at borgerne bliver fuldt ud integreret i lokalsamfundet og genvinder kontrol over eget liv. Den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling skal i højere grad bidrage til, at borgerne tager de første skridt på vejen mod en positiv udvikling af egne livsvilkår. Dette med henblik på at bane vejen for, at borgerne får relevant social og sundhedsfaglig støtte, som skal medvirke til at sikre en mere varig forbedring af deres livssituation.

Samtidig skal det fremhæves, at de resultater og den udvikling, der kan spores blandt borgerne på baggrund af de kvantitative data, udelukkende belyser bruttoresultater. Det vil sige, at de udtrykker, hvorvidt borgerne er mere eller mindre motiveret eller har oplevet en større eller mindre udvikling i deres vej mod recovery. Dette på baggrund af sammenligninger mellem før- og eftermålinger men uden brug af kontrolgruppe. Herved er det ikke muligt at konkludere, om der også er indtruffet nettoresultater. Det vil sige, at det ikke kan konkluderes med sikkerhed, om indsatsen er årsag til en eventuel positiv udvikling i borgernes situation, eller om borgerne ville have oplevet samme udvikling uden indsatsen.

Endvidere er de kvantitative data, der belyser indsatsens resultater for borgerne, udelukkende baseret på de borgere, hvor det har været muligt at gennemføre før- og eftermålinger. Det er langt fra alle borgere, som har været i stand til at gennemføre disse målinger. Det kan derfor ikke konkluderes entydigt, at de borgere, der har gennemført både før- og eftermålinger er repræsentative for alle de borgere, der har modtaget indsatsen. Det betyder, at det ikke med sikkerhed kan konkluderes, at en eventuel udvikling hos de borgere, der har gennemført målingerne, ville indtræffe hos alle de borgere, som har modtaget udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.

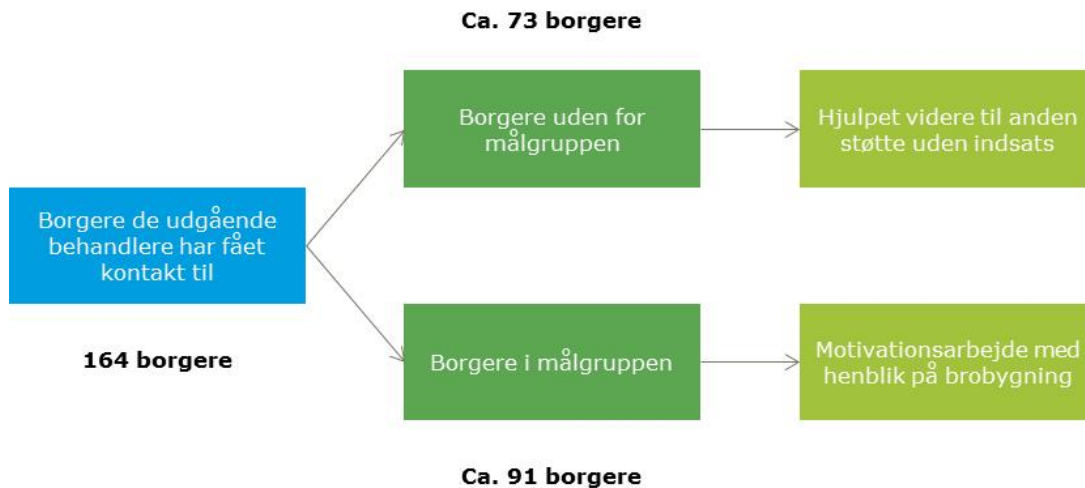
7.1 Den udgående og kontaktskabende indsats har haft positive sidegevinster

Den udgående og kontaktskabende fase i modellen har til formål at identificere og etablere kontakt til borgere i målgruppen. Både de kvantitative og kvalitative data viser imidlertid, at resultaterne af dette ikke alene kan henføres til de borgere i målgruppen, hvor der er behov for egentligt motivationsarbejde med det mål at understøtte borgernes recovery-proces. Således viser de kvantitative data, at de udgående behandlere kommer i kontakt med en lang række borgere, som ikke indgår i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling, men som alligevel kan have behov for kortvarig vejledning og rådgivning til at komme videre.

¹⁸ Evaluering af model for akuttilbud til socialt udsatte borgere med stofmisbrug, Rambøll, 2016 og Evaluering af isolerede sindslidende i egen bolig, Rambøll 2016.

Figuren nedenfor viser, at blandt de 164 borgere, som de udgående behandlere har været i kontakt med, er der 73 borgere, der har vejledt og rådgivet med henblik på at hjælpe dem videre. Den resterende andel er borgere, hvor der er igangsat motivationsarbejde som en del af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. Det vil sige borgere i indsatsens målgruppe.

Figur 7-1: Borgerkontakt



Evalueringsens kvantitative data siger intet om, hvad det præcist er, de udgående behandlere har hjulpet borgere uden for målgruppen med. I interviewene giver de udgående behandlere imidlertid udtryk for, at det ofte er borgere, som har haft behov for hjælp til at fastholde kontakt til igangværende stofmisbrugsbehandling. De peger på, at borgerne måske har haft behov for støtte til at overholde aftaler med deres stofmisbrugsbehandler eller konkret praktisk støtte til at møde op til aftale behandlingsmøder. De udgående behandlere tegner også et billede af, at det er borgere, som har haft behov for kortvarig støtte, hvis de var tæt på at slippe stofmisbrugsbehandling på grund af manglende kontakt til deres stofmisbrugsbehandler. Endelig har det også drejet sig om borgere med behov for støtte til at få genetableret eller fastholde en kontakt til deres bostøtte, støttekontaktperson eller sagsbehandler.

Samlet peger de kvantitative data og de kvalitative data i retning af, at de udgående behandleres udgående og kontaktskabende indsats har haft positive sidegevinster. De udgående behandlere har således via kortvarig vejledning, rådgivning og praktisk støtte til borgere uden for indsatsens målgruppe været med til at sikre disse en kontakt eller ny indgang til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Det er på baggrund af evalueringens data ikke muligt at forudsige disse borgeres livsforløb, hvis ikke de udgående behandlere havde hjulpet dem videre til relevant støtte eller støttet op om dem med praktisk hjælp. De udgående behandlere vurderer imidlertid, at borgernes særlige vanskeligheder med at opretholde en stabil kontakt til eksisterende tilbud medvirker til, at en del af borgerne på sigt vil have behov for en tættere kontakt til de udgående behandlere med henblik på udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.

7.2 Borgerne oplever større motivation og håb for fremtiden

Det centrale mål med indsatsen er, at borgerne på mellemlangt sigt opnår øget motivation for forandring af egen situation og stofmisbrugsbehandling. De løbende før- og eftermålinger, de udgående behandlere har gennemført ved opstart og afslutning af motivationsarbejdet, gør det muligt at tegne et billede af indsatsens indvirkning på borgernes motivation for forandring.

Figuren nedenfor giver et overblik over de spørgsmål, der kan give en indikation af borgernes udvikling i motivation for forandring. Samlet afspejler de seks spørgsmål tre centrale forhold i

borgernes motivation og forandringsparathed. Det drejer sig om borgernes anerkendelse af eget problem, ambivalens og 'at tage skridt' (taking steps).

Table 7-1: Borgernes motivation - før- og eftermåling

Hvor enig er du i følgende udsagn?	Førmåling af borgernes situation	Eftermåling af borgernes situation	Udvikling
Denne kontakt giver mig håb for fremtiden og håb om, at jeg kan nedsætte mit stofforbrug eller blive stoffri.	4,07	4,44	0,37**
Hvis jeg ikke ændrer min livsstil og gør noget ved mit stofforbrug, føler jeg, at mit liv og mine problemer vil blive værre.	4,44	4,52	0,08
Af og til tænker jeg på, om mit stofforbrug og måden, jeg har levet på, har såret mange mennesker.	3,85	3,78	-0,07
Jeg arbejder hårdt for at gøre noget ved mit stofforbrug.	3,7	4,04	0,34**
Mit stofmisbrug er et (seriøst) problem for mig, og jeg vil gerne stoppe det, men jeg har brug for støtte og hjælp.	4,22	4,41	0,19
Jeg har ikke behov for behandling; jeg kan selv stoppe mit stofmisbrug, hvis/når jeg vil.	1,78	1,59	-0,19*

Kilde: RMC-Survey.

Note: Her betragtes kun borgere, der har gennemført både før -og eftermålingen. N = 27.

Gennemsnit af svar på en skala fra 1-5, hvor 1 = Nej, meget uenig og 5 = Ja, meget enig.

Note: ** signifikant ved 5 pct., * ved 10 pct.

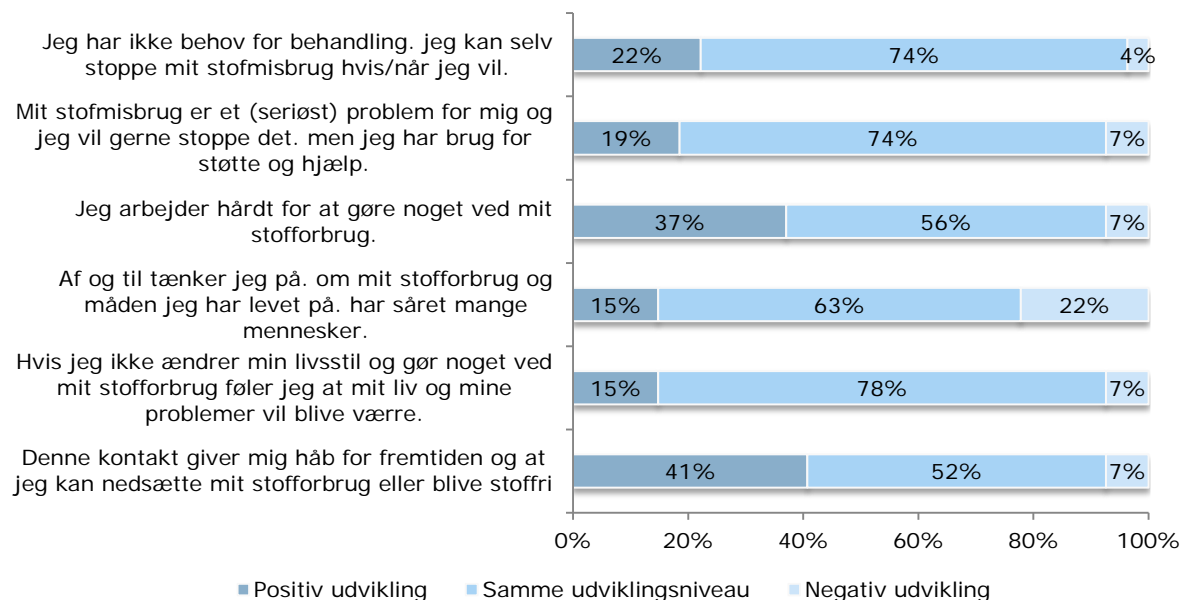
Ses der først på førmålingerne, det vil sige borgernes motivation ved opstart af motivationsarbejdet, er det tydeligt, at borgerne i udgangspunktet har en høj grad af anerkendelse af deres problem. Herudover rapporterer hovedparten af borgerne, at de har behov for behandling til at stoppe eller reducere deres stofmisbrug. Ses på den procentvise fordeling¹⁹, fremgår det, at kun 4 pct. af borgerne i førmålingen rapporterer, at de er enige i, at de ikke har behov for behandling men kan stoppe deres stofmisbrug hvis og når de vil. Ingen borgere er meget enige i dette. Der er altså allerede i udgangspunktet en relativt høj grad af problemerkendelse og forandringsparathed blandt borgerne.

Sættes borgernes førmåling af motivation i sammenhæng med eftermålingen af samme, viser tabellen også, at der på de fleste spørgsmål om borgernes motivation er en positiv udvikling. Det fremgår blandt andet, at der er en signifikant positiv udvikling i borgernes oplevelse af, at kontakten til de udgående behandlere giver håb for fremtiden og for nedsættelse af stofmisbruget (positiv udvikling på 0,37). Endvidere ses en signifikant positiv udvikling i borgernes egen opfattelse, hvorvidt han eller hun gør noget aktivt ved eget stofmisbrug (positiv udvikling på 0,34). Endelig ses et fald i andelen af borgere, der mener, at de ikke har behov for hjælp, men selv kan stoppe deres stofmisbrug, hvis og når de vil.

¹⁹ Tabel ikke vist.

Tabellen ovenfor tegner et billede af den gennemsnitlige udvikling i borgernes motivation for forandring. Nedenstående figur viser omvendt andelen af borgere, der oplever henholdsvis en positiv eller en negativ udvikling eller uændret situation.

Figur 7-2: Udvikling i borgerens motivation



Kilde: RMC-Survey

Ikke overraskende viser figuren, at der er flere borgere, der oplever en positiv udvikling i spørgsmålene om motivation for forandring, end der er borgere, der oplever en negativ udvikling. Blandt andet ses det, at 41 pct. af borgerne oplever, at indsatsen og kontakten til de udgående behandlere har givet dem håb for fremtiden og deres mulighed for at reducere stofmisbrug eller blive fri af dette. Kun 7 pct. oplever en negativ udvikling. 37 pct. af borgerne rapporterer om en positiv udvikling i forhold til, at de arbejder hårdt for at gøre noget ved deres stofmisbrug.

På tværs af spørgsmålene ses det dog samtidigt, at en relativ stor andel af borgerne oplever en uændret situation i deres motivation for forandring. Dels skal det ses i lyset af, at flere af borgerne allerede ved førmålingen havde en relativt høj score på de seks spørgsmål om motivation og forandringsparathed. Dels kan det ifølge de udgående behandlere forklares ved, at motivationsarbejdet med de mest udsatte borgere er kendetegnet ved, at der i perioder kan være en positiv udvikling i deres motivation, som efterfølges af kortere- eller længevarende tilbagefald i deres parathed til og motivation for forandring. Det samlede billede, de kvantitative data giver, er dog, at indsatsen har bidraget positivt til borgernes motivation for forandring. Særligt når resultaterne sættes i sammenhæng med borgernes relativt høje grad af udsathed, som ifølge projektlederne i de to kommuner, de udgående behandlere og samarbejdspartnere betyder, at selv små skridt i en ændring af borgernes situation kan tolkes som en positiv udvikling.

De kvalitative interviews med de udgående behandlere giver en indikation af, hvad der har været virksomt i arbejdet med at understøtte borgernes udvikling i motivation for forandring. De udgående behandlere giver blandt andet udtryk for, at kvaliteten i behandlingsalliancen mellem dem og borgerne er afgørende for succes. De fortæller, at det handler om båndet mellem dem og borgerne samt den relation, der opbygges, udvikles og fastholdes.

Behandlingsalliancen er afgørende for at fremme borgernes motivation for forandring

De udgående behandlere men også de samarbejdspartnere, der indgår i samarbejdet om de mest udsatte borgere med stofmisbrug, fremhæver i de gennemførte interviews, at behandlingsalliancen mellem dem og borgerne er af stor betydning for arbejdet med at understøtte borgernes motivation.

Begge parter peger på, at en række forhold indvirker på allianen mellem dem og borgerne. Blandt andet fortæller de udgående behandlere, at et samarbejde, hvor borgernes præferencer, forventninger og ønsker sætter retningen for indsatsen, bidrager til at øge kvaliteten i behandlingsalliancen. De giver også udtryk for, at alliancen styrkes, når der er enighed om målet og meningen med indsatsen mellem de udgående behandlere og borgerne. Endelig fremhæver de udgående behandlere og samarbejdspartnere, at den gode alliance kræver, at de udgående behandlere og borgerne er enige om de metoder og tilgange, som anvendes i samarbejdet med borgerne.

Samtidig peger de udgående behandlere på, at modellens metoder, særligt den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang, er gavnlige i forhold til at nuancere og perspektivere mere forenklede opfattelser af motivation til gavn for arbejdet med borgerne. De udgående behandlere fortæller, at metoderne giver dem en ramme i deres arbejde med borgerne samt en øget forståelse for, hvordan de kan finde og fremme motivation for forandring hos borgerne. I interviewene giver de indtryk af, at dette sker med udgangspunkt i en systematik, hvor de løbende reflekterer over, hvor borgerne er i forhold til egne præferencer, forventninger og ønsker om recovery. På den baggrund kan de iværksætte relevant støtte og hjælp til borgernes bevægelse mod hans eller hendes ønskede recovery og bedring.

7.3 Borgerne tager små skridt i retning mod recovery

På længere sigt er målet med modellen at understøtte borgernes recovery-proces. Det kan dreje sig om, at borgerne påbegynder stofmisbrugsbehandling og indgår i andet tilbud om støtte med henblik på at opnå en forbedring i egen fysisk, psykisk og sociale situation.

Det er vigtigt at påpege de udfordringer, der har været, med indsamlingen af målinger til at belyse borgernes recovery-proces. Især er der et stort datafald i eftermålingerne. De udgående behandlere fremhæver, at dette ofte skyldes, at kontakten til borgerne er blevet ustabil over tid, eller at borgerne udebliver fra aftaler og behandling - dog ofte for at genoptage dette på et senere tidspunkt. I andre tilfælde fortæller de udgående behandlere, at borgerne stabilt møder op til udlevering af medicin, men at de har vanskeligt ved at indgå stabilt i den sociale stofmisbrugsbehandling. Det har gjort det svært for de udgående behandlere at gennemføre eftermålinger systematisk. Samlet betyder det, at de kvantitative data til at belyse borgernes recovery-proces er baseret på et mindre udsnit af borgere ud af den samlede gruppe af borgere, der har modtaget indsatsen. Der er derfor en vis usikkerhed forbundet med at generalisere resultaterne til alle de borgere, der har modtaget udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.

7.3.1 Udvikling i borgernes stofmisbrugssituation

Tabellen nedenfor afspejler borgernes generelle stofmisbrugssituation før og tre måneder efter igangsættelse af stofmisbrugsbehandling. Samtidig giver tabellen en indikation af, om indsatsen har haft en betydning for udviklingen i borgernes stofmisbrug.

Tabel 7-2: Udviklingen i borgerens generelle misbrugssituation

	Førmåling	Tremåneders eftermåling	Udvikling
Hvor mange dage har du oplevet problemer med stoffer inden for de sidste 30 dage? ^a	19,7	10,9	-8,7*
Hvor bekymret eller besværet har du været af disse problemer de sidste 30 dage? ^b	2,8	2,6	-0,2
Hvor vigtigt er det at blive behandlet for disse stofproblemer? ^b	3,2	3,4	0,2

Kilde: RMC-Survey.

Note: Her betragtes kun borgere, der har gennemført både før- og eftermålingen. ^aN=15, ^bN = 9. Skala fra 4 = Meget bekymret til 0 = Ikke bekymret. **signifikant ved 5 pct., *signifikant ved 10 pct.

Det fremgår af tabellen, at borgerne oplever gennemsnitligt færre dage med problemer med rusmidler, når før- og eftermålingen sammenholdes. Således ses det, at borgerne gennemsnitligt havde problemer med rusmidler næsten 20 dage ud af 30 dage ved førmålingen. Ved eftermålingen er dette reduceret til gennemsnitligt 11 dage ud af 30 dage. Det ses også i tabellen, at denne positive udvikling er signifikant på et 10 pct.-niveau. Resultaterne i tabellen vidner altså om, at borgere, hvor der er gennemført både før- og eftermålinger, oplever en positiv udvikling i hvor problemfyldt, de oplever deres misbrug. I tabellen ses også, at der er et mindre fald i, hvor bekymret eller besværet borgerne oplever at være af deres stofmisbrug. Denne udvikling er dog ikke signifikant. Endelig ses en positiv (dog ikke signifikant) udvikling i borgernes opfattelse af vigtigheden i at modtage behandling for deres stofmisbrug.

Samlet peger data således på, at der blandt de borgere, hvor der er gennemført før- og eftermålinger, kan ses interessante tendenser i retning af, at indsatsen har haft en positiv indvirkning på borgerens stofmisbrug. Dette bekræftes også i de kvalitative interviews, der er gennemført med de udgående behandlere i de to kommuner. De fortæller, at de hos mange af borgerne kan se en bedring i de følgevirkninger, stofmisbruget har. Det kommer til udtryk i borgernes fysiske helbred i form af vægtforøgelse, bedre egenomsorg og måske ændrede kostvaner.

De unge oplever en hurtig bedring i egen situation

I en af kommunerne peger både de udgående behandlere og samarbejdspartnere, som også har en tæt kontakt til borgerne, på, at særligt de unge opnår en hurtigt bedring i takt med, at de oplever en udvikling i deres stofmisbrug. Det viser sig blandt andet i en hurtig forbedring i deres fysiske helbred. En af de udgående behandlere i pågældende kommune fortæller: *"Vi kan se med det samme, når de unge oplever en positiv udvikling. De bliver varme i kinderne, de bliver gladere og de smiler og udviser større overskud og mod på livet."*

Ydermere peger de udgående behandlere på, at borgerne udviser større overskud i takt med, at de opnår en positiv udvikling i deres stofmisbrug. Det medvirker til, at borgerne i højere grad formår at fastholde aftaler og følge behandling, ikke alene i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling men også i øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det kan være psykiatrisk behandling, socialpsykiatriske tilbud og sundhedstjek. Endelig giver de udgående behandlere udtryk for, at den positive udvikling i borgernes stofmisbrug på sigt bidrager til at forbedre borgernes nære relationer til de mennesker, de omgås. Det kan være i form af, at de får genetableret kontakt til familie og relevant netværk. Det kan også handle om, at borgerne er mindre i konflikt med andre, ligesom de oplever færre vanskeligheder ved at deltage i samvær med andre.

7.3.2 Udvikling i borgernes fysiske og psykiske helbred

Det fremgår i kapitel 6, at en relativt stor andel af de mest udsatte borgere med stofmisbrug også har psykiske og fysiske vanskeligheder. Således viser surveydata, at 88 pct. af borgerne har

psykiske vanskeligheder, mens 57 pct. har problemer med deres fysiske helbred. Det kommer blandt andet til udtryk ved følgesygdomme som hepatitis og hjerteproblemer samt psykiske vanskeligheder som søvnbesvær, angst, depression, aggression og vrede.

Nedenstående tabel giver en indikation af indsatsens indvirkning på borgernes fysiske og psykiske helbred. Igen er resultaterne baseret på borgere, hvor der er gennemført både før- og eftermålinger. Det betyder, at resultaterne i tabellen skal tolkes med de forbehold, som frafald i surveydata giver anledning til, og som er beskrevet ovenfor.

Tablet 7-3: Borgernes fysiske og psykiske helbred

	Fysiske problemer			Psykiske problemer		
	Førmåling af borgernes situation	Borgernes situation efter tre mdr.	Udvikling	Førmåling af borgernes situation	Borgernes situation efter tre mdr.	Udvikling
Hvor mange dage har du oplevet problemer de sidste 30 dage? ^a	13,3	10,8	-2,5	22,1	18,8	-3,3
Hvor bekymret eller besværet har du været af disse problemer de sidste 30 dage? ^b	2,6	2,4	-0,3	2,9	2,2	-0,8*
Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for disse fysiske problemer? ^b	2,4	2,3	-0,1	2,8	2,1	-0,8

Kilde: RMC-Survey.

Note: Her betragtes kun borgere, der har gennemført både før- og eftermålingen.

^aN=15, ^bN = 8

Skala fra 4 = Meget bekymret til 0 = Ikke bekymret. **signifikant ved 5 pct, *signifikant ved 10 pct.

Tabellen viser en relativt lille positiv udvikling i forhold til gennemsnitlige antal dage, borgerne oplever at have fysiske problemer (gns. 2,5 færre dage med problemer). Dette gælder også for antallet af dage, hvor borgerne har psykiske problemer. Her oplever borgerne gennemsnitligt 3,3 færre dage med problemer ved eftermålingen sammenlignet med førmålingen. Den positive udvikling er dog ikke signifikant, men resultaterne giver en indikation af, at indsatsen har indvirket positivt på antallet af dage, hvor borgerne oplever problemer – og dermed omfanget af deres problemer. Dette understøttes også af, at der ses et signifikant fald i, hvor bekymret eller besværet borgerne oplever at være som følge af særligt deres psykiske problemer. Her ses en signifikant gennemsnitlig positiv udvikling svarende til -0,8 på en skala fra 0 til 4 (0 ikke bekymret, 4 meget bekymret).

Den positive udvikling, der kan ses i borgerens fysiske og psykiske situation, hænger ifølge de udgående behandlere tæt sammen med den bedring, der sker, når borgerne oplever en positiv udvikling i deres stofmisbrug. Som det også fremgår ovenfor, er det en bedring i de følgevirkninger, stofmisbruget har, fx problemer med søvnbesvær, angst, depression og vrede samt borgernes generelle sundhedstilstand.

Tabellen ovenfor giver også en indikation af, at borgerne i mindre grad oplever, at det er vigtigt for dem at modtage behandling for deres fysiske og psykiske problemer. På den ene side kan denne udvikling måske forklares med, at det er behandling målrettet stofmisbruget, der er vigtigst for borgerne. Dette ses blandt andet ved, at hovedparten af borgerne oplever et ønske om

behandling målrettet dette problem, ligesom der også kan spores en mindre positiv udvikling i, hvor vigtigt borgerne oplever, det er, at de modtager behandling for deres stofmisbrug. På den anden side kan udviklingen potentielt afspejle en positiv udvikling, da det kan være udtryk for, at behandling har haft en første positiv indvirkning på deres fysiske og psykiske problemer, hvorfor borgerne oplever, at det er mindre vigtigt med behandling målrettet dette.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at de fleste resultater i tabellen ovenfor ikke er signifikante. På baggrund af de kvantitative før- og eftermålinger er det således vanskeligt at drage entydige konklusioner om udviklingen i borgerenes fysiske og psykiske helbred. Dog understøtter de udgående behandleres og samarbejdspartners kvalitative udsagn de tendenser, der kan spores i de kvantitative før- og eftermålinger. Samtidig skal resultaterne i borgernes helbredsmæssige situation ses i lyset af, at borgernes recovery-proces ifølge forskningen er langvarig, ligesom det kræver en vedholdende indsats at understøtte de mest udsatte borgers udvikling²⁰. Det er derfor interessant, at der allerede ved tremåneders opfølgning kan spores resultater, der peger i retning af en positiv udvikling hos borgerne. Samtidig viser en undersøgelse af de mest udsatte borgere med ophold på akut krisecenter, at det netop er de mest belastede borgere, der tager længst tid at støtte og rykke i en positiv retning i forhold til blandt andet deres psykiske problemer. Med det for øje er de positive resultater af indsatsen væsentlige – og udtryk for de små skridt i retning af recovery, som også de udgående behandlere fortæller om.

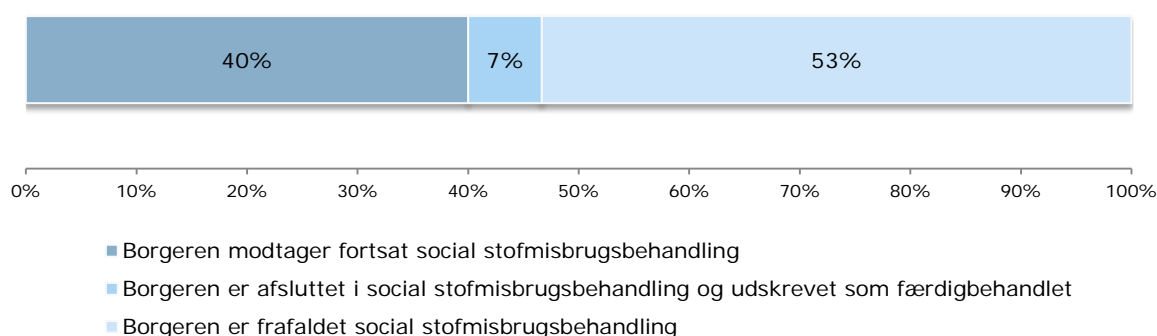
7.4 Relativt mange borgere fastholdes i stofmisbrugsbehandling

I kapitel 6 ses det, at borgerne i udgangspunktet har en svag tilknytning til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Et af målene med indsatsen har også været, at borgerne støttes i at opstarte og fastholde behandling i såvel tilbud om stofmisbrugsbehandling som øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

7.4.1 Udvikling i borgernes tilknytning til tilbud om stofmisbrugsbehandling

Figur 7-3 afspejler borgerne tilknytning til stofmisbrugsbehandlingssystemet på tidspunktet, hvor de udgående behandlere har gennemført opfølgende målinger eller målinger i forbindelse med eventuel afslutning af indsatsen.

Figur 7-3: Borgerens tilknytning til stofmisbrugsbehandlingssystemet efter indsatsen



Kilde: RMC-Survey.

Det ses af figuren, at 40 pct. af borgerne fortsat modtager social stofmisbrugsbehandling, efter at den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling er afsluttet, ligesom 7 pct. er afsluttet og udskrevet som færdigbehandlet. Dette resultat er interessant, når det sættes i sammenhæng med, at 90 pct. af borgerne var ukendte eller uden kontakt til stofmisbrugsbehandlingssystemet ved opstart af indsatsen. De kvantitative data viser altså, at der er sket en tydelig forøgelse i

²⁰ Evaluering af model for akuttilbud til socialt udsatte borgere med stofmisbrug, Rambøll, 2016 og Evaluering af isolerede sindslidende i egen bolig, Rambøll 2016.

borgernes tilknytning til stofmisbrugsbehandlingssystemet. Det ses ved, at flere af de borgere, der ikke tidligere modtog behandling, nu følger social stofmisbrugsbehandling i kølvandet på de udgående behandleres arbejde.

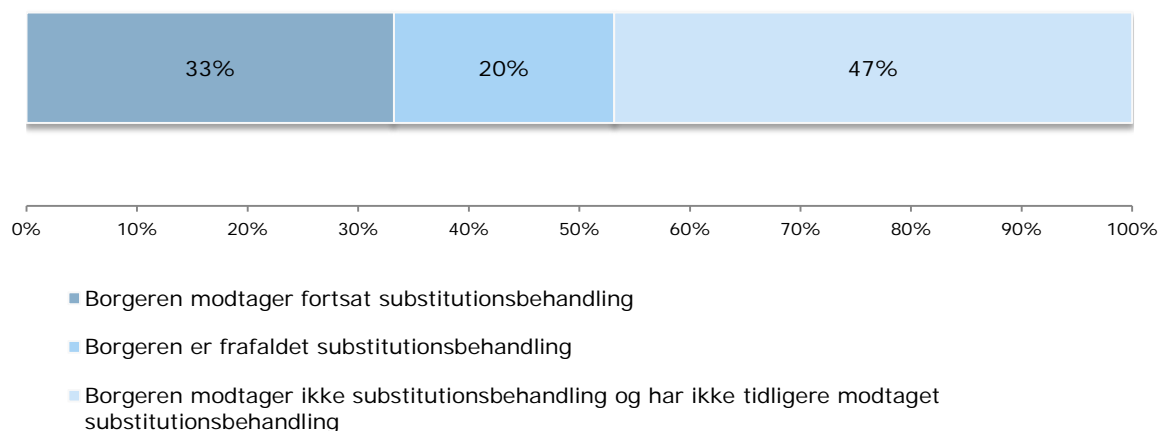
Figuren viser også, at 53 pct. af borgerne er faldet ud af social stofmisbrugsbehandling. I de kvalitative interviews giver de udgående behandlere forskellige forklaringer på dette. De fortæller, at borgerne i flere tilfælde ikke har ønsket fortsat behandling. Samtidig har de oplevet, at det ikke har været muligt at samarbejde med visse af borgerne om stofmisbrugsbehandling. Ifølge de udgående behandlere har det blandt andet været tilfældet med borgere, der har været særligt udfordret af psykiske vanskeligheder, som måske har medvirket til, at de i højere grad har haft behov for psykiatrisk behandling. Endelig kan det også forklares med, at nogle borgere er flyttet til en anden kommune, hvorfor de udgående behandlere har mistet kontakten til borgerne.

Det relativt høje frafald blandt borgerne vidner om, at arbejdet med borgerne kræver en længe-revarende og vedholdende indsats, hvor efterbehandling og opfølgende indsats kan være nødvendig. Dette er også i tråd med forskningen, som viser, dels at det er en udfordring af fastholde resultaterne af stofmisbrugsbehandling længere end tre til seks måneder efter afsluttet behandling, dels at de mest udsatte borgere er i større risiko for at afbryde behandlingen før tid²¹. Samtidig skal resultaterne dog også ses i sammenhæng med, at der generelt er en relativt høj frafaldsprocent blandt alle borgere, som modtager stofmisbrugsbehandling.

I interviewene fortæller både projektledere og de udgående behandlere i begge kommuner også, at det ikke er overraskende, at mange af borgerne falder ud af behandlingen. De giver dog samtidig udtryk for, at frafaldet skal ses i lyset af, at en stor del af borgerne ikke tidligere har haft kontakt til stofmisbrugsbehandlingssystemet. Disse borgere har nu fået en første kontakt – og de udgående behandlere fortæller, at det ikke er ualmindeligt, at de borgere, der er skabt kontakt til men som måske frafalder behandlingen, senere hen får nemmere ved at etablere kontakt til stofmisbrugsbehandlingssystemet igen. De udgående behandlere og projektlederne i kommunerne forklarer dette med, at borgerne nu er blevet bekendt med tilbuddene. De vurderer, at dette på sigt kan øge ønsket om stofmisbrugsbehandling, da tanken om dette er blevet mindre fjern for borgerne end tidligere. Ifølge de udgående behandlere kan frafaldet blandt flere af borgerne således være udtryk for et korterevarende slip i behandling - men at de på sigt får genetableret kontakt til tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Hvor figuren overfor viser borgernes tilknytning til social stofmisbrugsbehandling, viser nedenstående figur borgernes tilknytning til substitutionsbehandling. I kølvandet på den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling ses det, at 33 pct. af borgerne fortsat modtager substitutionsbehandling. 20 pct. er frafaldet substitutionsbehandling, mens 47 pct. ikke modtager og heller ikke tidligere har modtaget substitutionsbehandling.

²¹ Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012). *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Birgitte Tylstrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

Figur 7-4: Borgerens tilknytning til substitutionsbehandling efter indsatsen

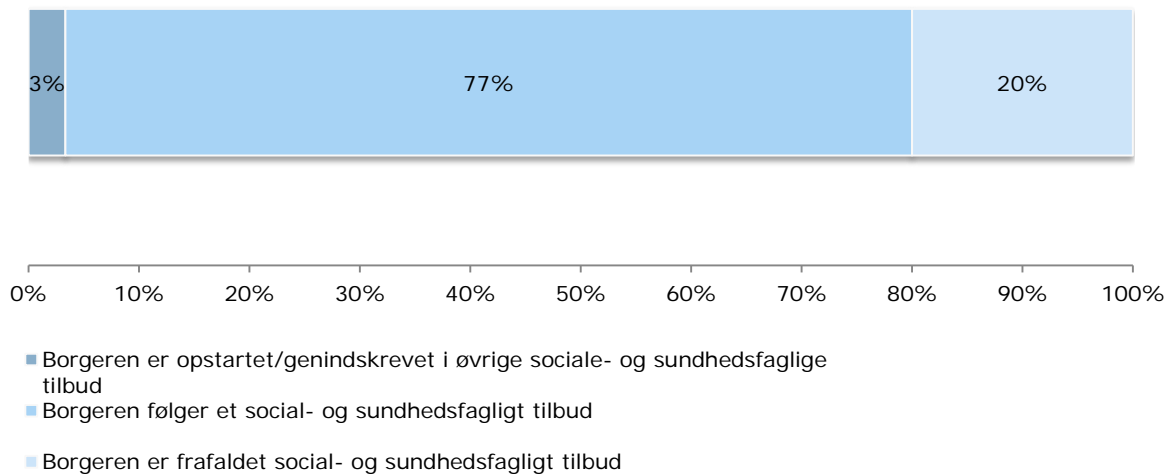
Kilde: RMC-Survey.

Resultaterne er imidlertid interessante, når de sammenholdes med borgernes tilknytning til substitutionsbehandling forud for kontakten med de udgående behandlere. Her viser de kvantitative data, at 35 pct. af borgerne i forvejen modtog substitutionsbehandling, mens 65 pct. af borgerne ingen substitutionsbehandling modtog. Det indikerer, at det er lykkedes at få brobygget borgere til substitutionsbehandling, som ikke tidligere modtog denne del af stofmisbrugsbehandlingen. Dette også selvom 20 pct. af borgerne undervejs er faldet ud af substitutionsbehandling.

7.4.2 Udvikling i borgernes tilknytning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud

Evalueringsens kvantitative data viser, at en stor andel af borgerne allerede modtog øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, da kontakten til de udgående behandlere blev etableret. Det fremgår i kapitel 6, hvor det ses, at 70 pct. ved opstart af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling var tilknyttet et tilbud af denne type. De resterende 30 pct. modtog ingen sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Figuren nedenfor giver et overblik over borgernes tilknytning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud ved eftermålingen eller eftermålingen. Det fremgår, at 77 pct. af borgerne følger et socialt og sundhedsfagligt tilbud. De udgående behandlere rapporterer, at 20 pct. er frafaldet dette tilbud. De udgående behandlere peger på, at dette frafald i flere tilfælde skyldes, at kontakten til borgeren er ophørt. I andre tilfælde skyldes det samarbejdsproblemer mellem borgerne og medarbejderne i de sociale og sundhedsfaglige tilbud, borgerne følger.

Figur 7-5: Borgerens tilknytning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud efter indsatsen

Kilde: RMC-Survey.

Resultaterne understreger dels, at borgergruppen, der modtager udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling, er kaotisk og har behov for støtte og behandling i en længere periode. Dels tegner resultaterne et billede af, at det med indsatsen er lykkedes at få flere brobygget til og fastholdt i sociale og sundhedsfaglige tilbud.

I den forbindelse peger projektlederne i både Aarhus og Odense kommune på, at de har gode erfaringer med tilbud til målgruppen af de mest udsatte borgere, hvor stofmisbrugsbehandling er kombineret med indsatser, som også er målrettet borgernes sociale, fysiske og psykiske udfordringer. Det kan fx være skadesreducerende tilbud som Kontakthuset i Aarhus Kommune og Hjørnely i Odense, som er eksisterende tilbud målrettet de mest udsatte borgere, som får kontakt til det kommunale misbrugscenter.

8. DRIVKRÆFTER OG BARRIERER I IMPLEMENTERINGEN

Eksisterende forskning i implementering af sociale indsatser viser, at en effektiv implementering har stor betydning for indsatsens resultater (Durlak et al., 2008; Fixsen et al., 2005). Rambølls evaluering af modellen har derfor også haft fokus på, hvilke modeleksterne drivkræfter og barrierer, der har indvirket på implementeringen af modellen.

Dette kapitel indledes med en analyse af, hvordan ledelse som drivkraft har påvirket implementeringen af modellen. Dette efterfølges af en analyse af, hvilken betydning kommunernes organisering har haft for arbejdet med modellen. Kapitlet afrundes med en analyse af, hvordan forhold ved borgerne og de udgående behandles kompetencer har indvirket på implementeringen, ligesom der er fokus på betydningen af den kontekst, hvori modellen implementeres.



Kapitlet bygger på følgende metoder og datakilder:

- Kvalitative data i form af projektbesøg, hvor der er gennemført interviews med ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling, projektledere, de udgående behandlere, læger i misbrugscentret samt samarbejdspartnere.



De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår af boksen nedenfor.

De centrale konklusioner i kapitlet

- Klare, forpligtende og tydelige samarbejdsaftaler støtter implementeringen.
- Vedholdende indsats og pleje af samarbejdspartnere på udførende niveau fremmer samarbejdet.
- De udgående behandles kompetence til at visitere til stofmisbrugsbehandling kan sikre hurtigere indgange for borgerne til behandling samt understøtte, at borgerne ikke falder tilbage til udgangssituationen.
- De udgående behandlere skal have caseload, der sikrer fleksibilitet og mobilitet i mødet med borgerne.
- Forankring af modellen i kommunens misbrugscenter understøtter brobygning og sammenhæng i stofmisbrugsbehandlingen.
- Projektlederne i de to kommuner peger på, at implementeringen af modellen forudsætter, at de udgående behandlere har erfaring med og kendskab til den kommunale stofmisbrugsbehandling, da de i høj grad står for den brobygning, der skal realisere målet om, at borgerne på sigt bliver tilknyttet eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

8.1 Ledelse som drivkraft

Ledelse er en vigtig forudsætning for en succesfuld implementering af sociale indsatser. Såfremt ledelsen ikke understøtter implementeringen løbende, vælger de rigtige medarbejdere og kommunikerer målene med indsatsen, vil chancerne for en succesfuld implementering være små.

8.1.1 Ledelsesopbakning er central

Erfaringerne i begge kommuner er, at det er centralt, at ledelsen i misbrugscentret bakker op om implementeringen af modellen og skaber de nødvendige arbejdsgange i misbrugscentret, så de understøtter de udgående behandles arbejde med modellen. Generelt peger de udgående behandlere på, at der har været ledelsesopbakning til arbejdet med modellen. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at de udgående behandlere har oplevet, at ledelsen i misbrugscentret har medvirket til at skabe de nødvendige betingelser for at kunne udføre indsatsen med den fleksibilitet, det kræver. De fortæller, at det har været en drivkraft for implementeringen, at der har været ledelsesmæssig bevågenhed og prioritering af indsatsen internt i misbrugscentret. Det kommer fx til udtryk ved, at ledelsen bevidst synliggør, at arbejdet med modellen prioriteres i kommunikationen til de udgående behandles kolleger i misbrugscentret.

Både projektlederne og de udgående behandlere i de to kommuner peger også på, at det er centralt, at ledelsen i misbrugscentret søger opbakning til modellen blandt ledelsen i øvrige kommunale og regionale sociale og sundhedsfaglige tilbud. Særligt ledelsen i de to kommuners misbrugscentre, men også de udgående behandlere, giver udtryk for, at det er nødvendigt at forpligte alle relevante ledelsesniveauer i forhold til samarbejdet om implementering af indsatsen. Det kan fx være ved at udforme forpligtende samarbejdsaftaler på ledelsesniveau, som understøtter det praktiske samarbejde på operationelt plan hos de udgående behandlere og relevante sociale og sundhedsfaglige samarbejdspartnere. Ledelsen i misbrugscentret og de udgående behandlere peger på, at dette samarbejde er helt centralt for at understøtte indsatsen om borgere med stofmisbrug, hjemløshed, psykiske vanskeligheder og øvrige sociale og sundhedsmæssige problemer. Endvidere fortæller de udgående behandlere, at opbakning til modellen blandt samarbejdspartnerne er væsentligt for arbejdet med brobygning mellem stofmisbrugsbehandling og øvrige social og sundhedsfaglig støtte.

8.1.2 Tydelige samarbejdsaftaler

Erfaringen blandt projektlederne, de udgående behandlere og samarbejdspartnerne viser, at det fremmer implementeringen af modellen, at samarbejdet mellem misbrugscentret og relevante samarbejdspartnere nedfældes i skriftlige samarbejdsaftaler. Ifølge projektlederne medvirker det til at skabe tydelighed om roller, ansvar og opgaver mellem de udgående behandlere og udførende medarbejdere blandt samarbejdspartnerne. Samtidig peger de udgående behandlere i Aarhus Kommune på, at skriftlige samarbejdsaftaler bidrager til at skabe åbenhed i samarbejdet samt understøtter, at der løbende forventningsafstemmes mellem parterne, fx i de situationer, hvor der er uenighed om retning for implementeringen og arbejdet med modellen.

Uklare samarbejdsaftaler udfordrer samarbejdet på udførende niveau

I en af pilotkommunerne oplevede de udgående behandlere, at uklare samarbejdsaftaler i lange perioder var medvirkende til, at udførende medarbejdere blandt samarbejdspartnerne oplevede de udgående behandlere som konkurrenter i det udgående arbejde på gadeplan. Det betød, at disse medarbejdere udviste modstand mod at samarbejde med de udgående behandlere, hvilket var medvirkende til, at de udgående behandlere brugte mange ressourcer på at tydeliggøre deres funktion over for samarbejdspartnerne. Erfaringen i de to pilotkommuner er, at det i arbejdet med at afklare snitflader til andre opsøgende medarbejdere er særligt vigtigt at få kommunikeret og tydeliggjort, at de udgående behandlere bringer en misbrugsfaglig kompetence ind i det opsøgende arbejde. Det skal bidrage til at gøre det tydeligt for andre opsøgende medarbejdere, at de udgående behandlere tilfører ny værdi til kommunens opsøgende arbejde, fx på gaden og i udsatte borgeres miljøer. Dette i kraft af den misbrugsfaglighed, de udgående behandlere bringer ind i arbejdet.

8.2 Organisering som drivkraft

En lang række organisatoriske faktorer påvirker implementeringen. Det gælder både, når der samarbejdes med de væsentligste samarbejdspartnerne på strategisk niveau, og når den organisering, der vælges, også understøttes af den kontekst, hvori indsatsen skal implementeres.

8.2.1 Organisering i den kommunale stofmisbrugsbehandling

Som det fremgår af kapitel 3, har modellen været forankret organisatorisk i de to kommuners misbrugscentre. Erfaringen blandt projektlederne og de udgående behandlere er også, at dette er væsentligt for en vellykket implementering af modellen. Ifølge dem skal det ses i lyset af, at denne forankring er med til at understøtte brobygningsarbejdet, hvor borgerne knyttes til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Endvidere er organisatorisk forankring af modellen i misbrugscentret ifølge projektlederne, de udgående behandlere og lægerne i misbrugscentret med til at understøtte en tættere sammen-

hæng mellem den sociale og den sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling, herunder den lægeli-ge behandling af borgerne. Således fortæller både projektlederne og de udgående behandlere, at denne forankring har medvirket til at sikre, at de rette kompetencer inddrages på baggrund af borgernes ønsker og ud fra et samlet helhedssyn på borgernes situation.

8.2.2 Det fremmer den udgående indsats, at arbejdet med modellen er knyttet til de tilbud, som borgerne i målgruppen allerede benytter

Erfaringen, særligt blandt de udgående behandlere, er også, at det har fremmet implementeringen af den udgående indsats, at arbejdet med modellen er tæt knyttet til eksisterende tilbud, som borgerne i målgruppen allerede benytter. Det kan være eksisterende væresteder, forsorgshjem, varmestuer eller øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud i kommunen. De udgående behandlere vurderer, at det har bidraget til, at borgerne i højere grad oplever, at den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling er tilgængelig, og at de mødes med relevant støtte i deres nærmiljø. Som det også tidligere er nævnt, er erfaringen blandt projektlederne og de udgående behandlere i de to kommuner, at den udgående indsats ikke alene indskrænker sig til at foregå blandt kendte tilbud, hvor borgerne vurderes at opholde sig. Det skal også ses i lyset af, at de udgående behandlere har erfaret, at der er borgere i målgruppen, som ikke nødvendigvis opholder sig på kendte tilbud i kommunen.

8.2.3 Tværfaglig styregruppe understøtter implementeringen

I begge kommuner har der været nedsat en tværfaglig styregruppe til at understøtte og følge implementeringen af modellen. Ifølge ledelsen i misbrugscentret og projektlederne har det bidraget til, at de vigtigste samarbejdspartnere har været involveret i arbejdet med modellen. Samtidig er erfaringen, at det har medvirket til løbende at få en fælles forståelse af modellen på tværs af samarbejdspartnere, men også at eventuelle uenigheder er blevet afklaret som led i en løbende forventningsafstemning. Projektlederne i begge kommuner giver også udtryk for, at en tværfaglig sammensat styregruppe er med til at understøtte, at arbejdet med modellen og borgernes komplekse problembillede løftes af kommunen som samlet enhed.

Tværasektoriel og -faglig styregruppe sikrer bredere og tættere samarbejde

I en af kommunerne oplevede de i en lang periode udfordringer i samarbejdet med et tilbud, som blev benyttet af en væsentlig del af målgruppen. Samarbejdsvanskelighederne betød blandt andet, at det var svært for behandlerne at komme i kontakt med borgerne. Senere i implementeringsprocessen fik ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling involveret lederen af det pågældende tilbud i den tværasektorielle og -faglige styregruppe om arbejdet med modellen. Dette medvirkede til, at der gradvist blev åbnet op for et bedre samarbejde mellem ledelsen og de udgående behandlere på den ene side og ledelsen og medarbejdere i tilbuddet på den anden side.

I Odense Kommune har arbejdet med modellen imidlertid været udfordret af, at styregruppen var for bredt sammensat. Dette var særligt i opstarten af implementeringen. Projektlederen fortæller, at alle potentielle samarbejdspartnere var inviteret med i styregruppen, men det betød også, at der var rigtig mange samarbejdspartnere, som ikke arbejdede med målgruppen, og som derfor var mindre interesserede i arbejdet med modellen. Projektlederen fortæller, at det havde en negativ indvirkning på styregruppens samlede engagement i arbejdet med modellen, ligesom projektlederen i mange perioder skulle bruge tid på at få koordineret styregruppemøder med mange deltagere. Ifølge projektlederen betød det, at der ikke blev gennemført styregruppemøder efter en kadence, som muliggjorde, at styregruppen var tæt involveret i implementeringen af modellen.

8.2.4 Caseload, der sikrer fleksibilitet og mobilitet i arbejdet

Erfaringen blandt de udgående behandlere i de to kommuner er, at de ikke bør have caseload, der overstiger 15 borgere i gennemsnit per udgående behandler i teamet. De udgående behand-

lere peger på, at det er nødvendigt for, at de kan honorere borgernes behov for fleksibilitet, rummelighed, mobilitet og længerevarende støtte. Samtidig giver de udgående behandlere udtryk for, at passende caseload også er nødvendigt for, at de har råderum til at opbygge relationer, tillid og behandlingsalliancer med borgerne.

8.3 Mennesker som drivkraft

Enhver indsats på det sociale område udføres af professionelle medarbejdere. Implementeringsprocesser skal derfor tage højde for udvælgelse af de rette medarbejdere til arbejdet med indsatsen og kompetenceudviklingen af medarbejdere.

8.3.1 Kompetencekrav til de udgående behandlere

Projektlederne i de to kommuner peger på, at implementeringen af modellen forudsætter, at de udgående behandlere har erfaring med og kendskab til den kommunale stofmisbrugsbehandling. Det skal ses i lyset af, at de i høj grad står for den brobygning, der skal realisere målet om, at borgerne på sigt bliver tilknyttet eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Det forudsætter, at de udgående behandlere, som skal arbejde med modellen, kender arbejdsgange og rutiner i de eksisterende kommunale tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Samtidig peger projektlederne på, at de udgående behandlere bør have et indgående kendskab til de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Det drejer sig om kendskab til borgernes særlige stofmisbrugsproblemer og øvrige sociale og sundhedsmæssige problemer. Dette kendskab er vigtigt for at kunne etablere bæredygtige relationer til borgerne og opbygge en behandlingsalliance mellem behandler og borger. Endvidere er erfaringen, at et godt kendskab til målgruppen af de mest udsatte borgere blandt de udgående medarbejdere understøtter den udgående indsats, da de som regel har kendskab til, hvor borgerne typisk færdes. Endelig fortæller projektlederne i de to kommuner, at erfaringen er, at de udgående behandlere skal have et vist kendskab til, hvilke konkrete systembarrierer borgerne oplever på egen hånd i deres møde med eksisterende tilbud og stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. På den måde kan de bedst muligt støtte op om borgernes opstart og løbende kontakt til disse tilbud.

8.3.2 Udskiftning i teamet af udgående behandlere påvirker implementeringen

Undervejs i afprøvningen af modellen skete en udskiftning i teamet af de udgående behandlere i Aarhus Kommune. Denne udskiftning havde betydning for implementeringen, dels fordi de samarbejdsrelationer, der var opbygget undervejs i implementeringen af modellen, i høj grad byggede på de udgående behandleres personlige relationer. Dels fordi de nye udgående behandlere ikke nødvendigvis havde kendskab til de borgere, der allerede blev arbejdet med. De udgående behandlere, der trådte til senere i arbejdet med modellen, giver udtryk for, at de skulle bruge en del tid på at opbygge relationer med de borgere, som var kendt af de tidligere udgående behandlere. Erfaringen er, at arbejdet med modellen er mindre sårbar for udskiftninger blandt de udgående behandlere, når arbejdet med særligt den udgående indsats, herunder geografiske rute og kommunikationsstrategi i forhold til vigtige samarbejdspartnere, dokumenteres og overleveres.

8.4 Kontekst som drivkraft

Alle sociale indsatser implementeres altid i en bestemt kontekst, der kan hæmme eller fremme implementeringen. De kontekstfaktorer, der typisk indvirker på arbejdet med sociale indsatser, er politiske, økonomiske, sociokulturelle og teknologiske dagsordener, som indsatsen indgår i.

8.4.1 Skiftende politiske vinde har påvirket implementering af modellen

Både ledere i misbrugscentret og projektledere i de to kommuner peger i retning af, at den politiske kontekst i kommunerne har påvirket arbejdet med modellen. Områdechefen for behandlingsområdet og projektlederen i Odense Kommune fortæller blandt andet, at det i opstarten af arbejdet med modellen har været en drivkraft for implementeringen, at kommunens øverste ledelse har set den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling som et af flere initiativer til at indfri kommunens strategi for misbrugsområdet. I strategien er der udstukket en række mål, herunder

at flere borgere skal i behandling, fastholdes i behandling og afsluttes succesfuldt, som er i overensstemmelse med målene for arbejdet med modellen. De vurderer, at det har medvirket til at styrke modellens legitimitet i kommunen og understøtte en effektiv opstart på implementeringen af modellen.

Projektlederen i Odense Kommune peger imidlertid på, at en ny strategi for kommunens socialområde, hvor der i højere grad er blevet sat fokus på sociale indsatsers uddannelses- og beskæftigelsespotentialer, har betydet, at den ledelsesmæssige bevågenhed på arbejdet med modellen gradvist er faldet i løbet af projektperioden. Projektlederen vurderer, at det har haft en negativ indvirkning på modellens implementering, udbredelse og efterfølgende mulighed for forankring.

8.4.2 Modellens implementering påvirkes af, hvad der findes af opsøgende indsatser

Evalueringen viser også, at det har betydning for implementeringen af modellen, hvorvidt der allerede er eksisterende opsøgende indsatser på gadeplan i kommunen. I Aarhus Kommune peger de udgående behandlere på, at der i kommunen allerede findes mange forskellige opsøgende indsatser, fx opsøgende medarbejdere fra støttekontaktpersonsordningen og opsøgende medarbejdere fra den regionale behandlingspsykiatri. Ifølge de udgående behandlere har det haft betydning for, hvordan de har implementeret den udgående indsats. De giver udtryk for, at den udgående indsats i høj grad har drejet sig om at få etableret samarbejdsrelationer med centrale samarbejdspartnere. Dette med henblik på dels at få udbredt kendskabet til indsatsen, dels at få opbygget et netværk af relationer med samarbejdspartnere, som gør brug af de udgående behandlere, når de kommer i kontakt med borgere i målgruppen. Erfaringen fra Aarhus Kommune er således, at der som en del af den udgående indsats har været mindre behov for at være direkte opsøgende i forhold til borgere i målgruppen.

Omvendt fortæller de udgående behandlere i Odense Kommune, at deres udgående indsats i høj grad er implementeret på en måde, hvor fokus har været på direkte opsøgende arbejde med henblik på at få skabt kontakt med borgerne i deres nærmiljø. De udgående behandlere peger på, at det skal ses i lyset af, at der i mindre grad er eksisterende opsøgende indsatser på gadeplan, hvilket har betydet, at de udgående behandlere har været med til at udfylde et udækket behov for opsøgende arbejde i borgernes nærmiljø.

8.4.3 Lavtærskeltilbud i kommunen har også betydning for arbejdet med modellen

Måden, hvorpå modellen er implementeret i kommunerne, skal også ses i lyset af, hvad der findes af eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Blandt andet peger projektlederen og de udgående behandlere i Aarhus Kommune på, at det har haft stor betydning for arbejdet med modellen, at der er et lavtærskel- og skadesreducerende tilbud om stofmisbrugsbehandling i kommunen. Det skyldes, at tilbuddet allerede er i kontakt med mange af de borgere, der er i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling, hvilket understøtter de udgående behandles udgående indsats. Endvidere fortæller de udgående behandlere, at det har understøttet arbejdet med brobygning til eksisterende stofmisbrugsbehandling, at der har været et skadesreducerende tilbud målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Omvendt viser erfaringerne, at lukningen af Hjørnely i Odense, et tilsvarende skadesreducerende tilbud, har betydet, at de udgående behandlere har koncentreret store dele af deres udgående indsats på at få skabt kontakt med borgerne på gaden. Projektlederen i kommunen forklarer dette med, at tilbuddet ofte blev benyttet af de mest udsatte borgere med stofmisbrug, hvorfor de havde et godt overblik over de mest udsatte borgeres færden. Erfaringen er, at lukningen har ført til, at de nu er spredt forskellige steder i kommunen.

9. DE ØKONOMISKE KONSEKVENSER

For samfundet som helhed er modellen eller indsatsen til de mest udsatte borgere med stofmisbrug forbundet med en række konsekvenser. På den ene side er der omkostninger forbundet med at tilbyde borgerne en indsats. På den anden side forventes indsatsen at stille borgerne relativt bedre i forhold til deres livssituation, hvilket kan have positiv betydning for forebyggelse af kriminalitet, akutte somatiske og psykiatriske indlæggelser samt hjemløshed. Formålet med kapitlet her er, at belyse de budgetøkonomiske konsekvenser forbundet med modellen.

Dette kapitel indledes med en beskrivelse og analyse af de samlede drifts- og implementeringsomkostninger. Dernæst etableres og beskrives potentielle økonomiske konsekvenser, der afspejler forskellige scenarier for borgernes fremtidige livssituation.

Det er vigtigt at fremhæve, at de budgetøkonomiske konsekvenser, der betragtes i dette kapitel, ikke kan tolkes som totale samfundsøkonomiske konsekvenser af indsatsen. Betragtes de samfundsøkonomiske konsekvenser af en indsats, skulle vi ikke blot inddrage den regnskabsmæssige værdi af indsatsen. En samfundsøkonomisk analyse skulle eksempelvis have inkluderet værdien af øget livskvalitet, tryghed og socialt netværk. Nærværende evaluering af modellens økonomiske konsekvenser er afgrænset til en budgetøkonomisk opgørelse. Denne inkluderer alene de økonomiske konsekvenser af indsatsen, som har en indvirkning på de offentlige budgetter. Samtidig skal analysen af de økonomiske konsekvenser læses med øje for, at borgerne til trods for direkte og indirekte omkostninger forbundet med en sådan borgerindsats har lovgivningsmæssigt krav på en indsats målrettet deres udfordringer og behandlingsbehov. Dette også selv om indsatsen udgør en nettogevinst eller – omkostning. Formålet med den økonomiske analyse i nærværende evaluering er således ikke at danne baggrund for en vurdering af, hvorvidt borgerne skal tilbydes en indsats som udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. Analysen skal ses som et bidrag til en lokal forventningsafstemning i kommunerne i forhold til, hvilke potentielle omkostninger og gevinster en indsats af denne type kan have for de kommunale budgetter.



Kapitlet bygger på følgende metoder og datakilder:

- Kvantitative data i form af dokumentation af behandlingsmodellens implementeringsomkostninger, udfyldt af projektlederne i de to kommuner.
- Kvantitative data i form af dokumentation af de løbende driftsomkostninger, udfyldt af projektlederne i de to kommuner.
- Økonomiske nøgletal.
- Kvalitative data i form af projektbesøg, hvor der er gennemført interviews med ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling, projektledere, de udgående behandlere, læger i misbrugscentret samt samarbejdspartnere.



De væsentlige konklusioner i kapitlet fremgår af boksen nedenfor.

De centrale konklusioner i kapitlet

- De direkte borgerrettede omkostninger har et omfang på 714.400 kr., svarende til 4.356 kr. per borger.
- De samlede indirekte borgerrettede omkostninger til implementering og drift af modellen beløber sig til 2.627.900 kr. Dette svarer til en gennemsnitlig omkostning per borger på 16.000 kr.
- Samlet svarer det til en gennemsnitlig omkostning per borger på ca. 20.000 kr.

9.1 Implementerings- og driftsomkostninger

Omkostninger forbundet med implementering og drift af modellen er beregnet på baggrund af projektkommunernes løbende dokumentation af henholdsvis direkte og indirekte borgerrettede

omkostninger. Omkostningerne er opgjort på baggrund af de 164 borgere, som de udgående behandlere har haft kontakt med igennem projektførelsen²². Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at det i nogle tilfælde er en hårfin grænse, om visse omkostninger er indirekte eller direkte borgerrettede omkostninger. Dette gælder særligt i opdelingen af indirekte og direkte borgerrettede omkostninger knyttet til den udgående og kontaktskabende indsats og brobygning og fortsat behandling. Her vil der være aktiviteter uden borgerne og aktiviteter med borgerne, men en klar snitflade mellem aktiviteterne kan være svær at drage. Konkret kan det betyde, at de indirekte borgerrettede omkostninger i nogle tilfælde måske er overestimeret relativt set i forhold til de direkte borgerrettede omkostninger. På baggrund af de udgående behandleres og projektlederens erfaringer og løbende dokumentation af omkostninger, er det Rambølls vurdering, at opgørelsen, herunder også fordelingen mellem indirekte og direkte omkostninger, tegner et nogenlunde retvisende billede.

9.1.1 Direkte borgerrettede omkostninger

De direkte borgerrettede omkostninger dækker over de aktiviteter, der er knyttet direkte til borgerne. Det omhandler:

- Udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde, som er rettet mod en specifik borger, fx kontaktskabelse, dialog, motivationsarbejde og udgående stofmisbrugsbehandling m.v.
- Brobygning og fortsat behandling, som er rettet mod en specifik borger, fx deltagelse i borgerkonferencer og behandlingsmøder med borgeren, hjælp til transport til og fra behandlingsstedet m.v.

Dette er netop kerneelementerne i modellen. Tabel 9-1 afspejler de beregnede omkostninger, som er forbundet med den direkte borgerrettede del af indsatsen.

Tabel 9-1: Beregnede direkte omkostning opdelt på omkostningstype

Aktivitet	Samlede timer	Samlede omkostninger (kr.)	Gns. omkostninger per borger (kr.)
Udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde (medarbejder) (direkte borgerrettet arbejde, fx kontaktskabelse, dialog, motivationsarbejde og udgående stofmisbrugsbehandling m.v.)	1.370	393.500	2.399
Udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde (leder) (direkte borgerrettet arbejde, fx kontaktskabelse, dialog, motivationsarbejde og udgående stofmisbrugsbehandling m.v.)	20	6.400	39
Brobygning og fortsat behandling (medarbejder) (direkte borgerrettet arbejdet, fx deltagelse i borgerkonferencer og behandlingsmøder med borgeren, hjælp til transport m.v.)	1.090	311.900	1.902
Brobygning og fortsat behandling (leder) (direkte borgerrettet arbejdet, fx deltagelse i borgerkonferencer og behandlingsmøder med borgeren, hjælp til transport m.v.)	10	2.500	15
Samlet	2.490	714.400	4.356

Kilde: Rambølls egne beregninger på baggrund af indrapporterede data fra projektkommuner.

Note 1: Samlede antal timer er afrundet til nærmeste 10 timer. Samlede omkostninger er afrundet til nærmest 100 kr.

Note 2: Der foreligger ikke data på driftsomkostninger i Aarhus Kommune for tredje kvartal af 2015. Der er derfor anvendt et gennemsnit beregnet på baggrund af de rapporterede driftsomkostninger i de resterende fem kvartaler.

²² Det er altså det totale antal borgere, der betragtes, og ikke kun borgerne, der falder inden for URS-målgruppen.

Det ses i tabellen, at der i alt er et timeforbrug på direkte aktiviteter med borgerne svarende til knap 2.500 timer. Disse timer er fordelt relativt ligeligt dels på den udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde, dels på brobygning og fortsat behandling.

De samlede omkostninger i kroner til den direkte borgerrettede indsats svarer til ca. 710.000 kr. Dette svarer til en gennemsnitsomkostning per borger, som de udgående behandlere har haft kontakt til på 4.400 kr.

9.1.2 Indirekte borgerrettede omkostninger

Indirekte borgerrettede omkostninger dækker over implementering og drift af de aktiviteter, der ikke er knyttet direkte til borgerne, men som er væsentlige forudsætninger for indsatsens gennemførelse. Det omhandler:

- Planlægning af arbejdet med indsatsen
- Uddannelse og kompetenceudvikling af projektmedarbejdere
- Geografisk afdækning af borgernes opholdssteder (fx møder i teamet, planlægning af rute for den udgående indsats, udarbejdelse og opfølgning på kommunikationsstrategi målrettet samarbejdspartnere m.v.)
- Planlægning af den udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde (fx at gøre opmærksom på indsatsen blandt samarbejdspartnere og borgere samt tilstedeværelse i borgernes miljø, men uden at gennemføre direkte borgerrettet arbejde m.v.)
- Planlægning af brobygning og fortsat behandling (fx etablering af samarbejdsaftaler og løbende møder med og kontakt til øvrige tilbud uden borgerinddragelse)
- Øvrige omkostninger inkl. omkostninger til materiale, bøger, transporttid m.m.

De samlede omkostninger forbundet med aktiviteterne er beregnet ud fra antallet af indberettede arbejdstimer per aktivitet og en gennemsnitlig timeløn for henholdsvis ledere og medarbejdere.

Tabel 9-2 afspejler de beregnede indirekte borgerrettede omkostninger per aktivitet. For hver aktivitet er der opgjort et samlet antal forbrugte timer. Dette tal inkluderer både medarbejder- og ledelsestimer. På baggrund af disse timetal er den samlede omkostning per aktivitet beregnet²³.

Endelig er gennemsnitsomkostningen per borger beregnet. Her tages der udgangspunkt i de 164 borgere, som de udgående behandlere har haft kontakt med. Der er opdelt på de samlede antal forbrugte timer, herunder også antallet af forbrugte timer på aktiviteter og en samlet gennemsnitlig omkostning per borger, som har indgået i projekternes indsats.

²³ Her anvendes en gennemsnitslønsats per præsteret time i den kommunale sektor i 2014, svarende til 287,2 kr. per medarbejder-timer (jobgruppe: 235 Andet undervisnings- og pædagogisk arbejde) og 354,2 kr. per ledertimer (Jobgruppe: 134 Ledelse af hovedaktivitet inden for servicefag). Disse timesatser er hentet fra Danmarks Statistiks lønregister. Danmarks Statistik, Statistikbanken.dk, Tabel LONS20: Løn efter arbejdsfunktion, sektor, aflønningsform, lønmodtagergruppe, lønkomponenter og køn.

Tabel 9-2: Beregnede indirekte omkostning opdelt på omkostningstype

Omkostningstype	Samlet antal timer	Samlede omkostninger (kr.)	Gns. omkostninger per borger (kr.)
Planlægning af arbejdet med indsatsen	3.880	1.204.000	7.341
Uddannelse og kompetenceudvikling af projektmedarbejdere	860	261.000	1.691
Geografisk afdækning af borgernes opholdssteder	350	103.000	628
Planlægning af den udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde (fx at gøre opmærksom på indsatsen blandt samarbejdspartnere og borgere samt tilstedeværelse i borgernes miljø, men uden at gennemføre direkte arbejde med borgerne)	2.270	653.300	3.984
Planlægning af brobygning og fortsat behandling (fx udarbejdelse af samarbejdsaftaler, møder og kontakt med øvrige tilbud uden borgerinddragelse)	830	245.700	1.498
Øvrige omkostninger	-	160.000	976
Samlet	8.200	2.627.000	16.018

Kilde: Rambølls egne beregninger på baggrund af indrapporterede data fra projektkommuner.

Note 1: Samlede antal timer er afrundet til nærmeste 10 timer. Samlede omkostninger er afrundet til nærmest 100 kr.

Note 2: Der foreligger ikke data på driftsomkostninger i Aarhus Kommune for tredje kvartal af 2015. Der er derfor anvendt et gennemsnit beregnet på baggrund af de rapporterede driftsomkostninger i de resterende fem kvartaler.

Tabel 9-2 viser, at der i alt er forbrugt ca. 8.200 timer på indirekte borgerrettede aktiviteter. Det fremgår af tabellen, at det især er planlægning af arbejdet med indsatsen, der har forbrugt tid. Denne post dækker, ud over generelle etableringsaktiviteter og udvikling af redskaber og værktøjer, også over løbende projektmøder samt administration og dokumentation.

På den udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde har medarbejderne i alt forbrugt knap 2.300 timer, hvilket også er en stor del af den samlede tid. De samlede omkostninger i kroner på de indirekte borgerrettede omkostninger svarer til cirka 2.630.000 kr. Dette svarer til en gennemsnitlig omkostning per borger, som de udgående behandlere har haft kontakt til, på 16.000 kr.

9.2 Potentielle økonomiske konsekvenser

Det er en klar forventning, at modellen hjælper borgerne til opstart og fastholdelse i sociale og sundhedsfaglige tilbud. Dette bekræftes i kapitel 7, hvor resultaterne viste, at hovedparten af borgene efter endt behandling følger et socialt og sundhedsfagligt tilbud. Med udgangspunkt i disse resultater samt interviews med de udgående behandlere forventes det, at mange borgere på sigt vil opleve en mere stabil kontakt til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

På baggrund af de udgående behandleres beskrivelser og erfaringer ved vi, at denne stabilisering eksempelvis kunne resultere i aktivering af § 83-hjemmehjælp, aktivering af ambulante misbrugsbehandling eller § 108; længerevarende botilbud. Disse indsatser kan betragtes som afledte omkostninger af den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling, og i en samlet økonomisk evaluering ville disse skulle inkluderes.

Ligeledes ville afledte gevinster ved indsatsen skulle inkluderes. Disse potentielle gevinster kan betragtes som de mulige besparelser forbundet med, at den udgående rummelige stofmisbrugs-

behandling fx forhindrer borgere i at aktivere akutberedskabet, forebygge hjemløshed eller forhindre politiudrykning.

Tabel 9-3 afspejler de potentielle afledte omkostninger, mens tabel 9-4 afspejler de potentielle afledte gevinster, der på sigt kunne være konsekvensen af, at borgerne oplever en mere stabil kontakt til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Dette skal betragtes som illustrative eksempler på forskellige hændelser, der potentielt kunne forekomme. Hyppigheden, hvormed den enkelte hændelse vil forekomme, kan ikke præciseres på baggrund af nuværende data. Ved en mere langsigtet opfølgning vil det være muligt at afdække denne information.

Tabel 9-3: Potentielle afledte omkostninger

Potentielle afledte omkostninger	Enheds-omkostninger per borger per år (kr.)
Hjælp og støtte	
§ 83 – Hjemmehjælp	93.100
Ambulant misbrugsbehandling	31.030
Botilbud	
§ 107 – Midlertidige botilbud	51.900
§ 108 – Længerevarende botilbud	544.000
Sundhedsydelse	
Ambulante somatiske	19.400
Psykiatriske indsatser	10.400

Note: Disse tal skal betragtes som overslagsberegninger. Tallene er baseret på forskellige kilder og antagelser og skal fortolkes med stor forsigtighed. Se bilagsmateriale for nærmere beskrivelse af beregninger og kilder.

Note: Omkostningen til en misbrugsbehandling tager udgangspunkt i gennemsnitsudgifter i Odense (jf. omkostningsanalyse – Projekt Anonym ambulant stofmisbrugsbehandling, Rambøll for Socialstyrelsen).

Tabel 9-4: Potentielle afledte gevinster

Potentielle afledte gevinster	Enheds-omkostninger per borger per år (kr.)
Forebyggelse af aktivering af akutberedskab	5.100
Forebyggelse af akutindlæggelser (somatisk og psykiatrisk)	81.300
Forebyggelse af boligudsættelser	190.000
Forebyggelse af hjemløshed	74.000
Forebyggelse af politiudrykning	(ikke kvantificeret)
Forebyggelse af kriminalitet	(ikke kvantificeret)

Note: Disse tal skal betragtes som overslagsberegninger. Tallene er baseret på forskellige kilder og antagelser og skal fortolkes med stor forsigtighed. Se bilagsmateriale for nærmere beskrivelse af beregninger og kilder.

Tabel 9-3 og 9-4 giver en forståelse af, at der er andre økonomiske konsekvenser forbundet med den udgående rummelige stofmisbrugsbehandling end blot etablerings- og driftsomkostninger.

Med udgangspunkt i de udgående behandleres erfaringer kender vi de sandsynlige afledte resultater af indsatsen. På baggrund af dette, som er fremhævet i de kvalitative data og driftsomkostningerne forbundet med indsatsen, opstilles der i tabel 11-5 tre eksempler på potentielle scenarier. Dette skaber et billede af, hvordan de samlede budgetøkonomiske nettoomkostninger kunne se ud for forskellige typer af borgere, der har modtaget den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling. Resultaterne skal dog tolkes med stor varsomhed. Det er hypotetiske eksempler, og der er potentielt mange fejkilder forbundet hermed. Yderligere er det vigtigt at være opmærksom på, at der er en lang række potentielle samfundsøkonomiske gevinster for disse borgere, som ikke er inddraget i beregningerne. Dette drejer sig fx om borgerens generelle trivsel, livskvalitet m.v.

Endelig tages der ikke højde for de alternative tilbud, som borgerne ville have modtaget, hvis de ikke havde fået den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling.

Tabel 9-5: Samlede økonomiske konsekvenser per borger – på baggrund af hypotetiske borgereksempler

Gns. omkostninger og gevinster per borger (kr.)	BORGER EKSEMPEL 1	BORGER EKSEMPEL 2	BORGER EKSEMPEL 3
Samlede borgerrettede indsatsomkostninger	-20.374	-20.374	-20.374
<i>Indirekte indsatsomkostninger</i>	-16.018	-16.018	-16.018
<i>Direkte indsatsomkostninger</i>	-4.356	-4.356	-4.356
Potentielle afledte omkostninger	-41.430	-124.130	-575.030
<i>Psykiatriske indsatser</i>	x		
<i>Hjemmehjælp</i>		x	
<i>Længerevarende botilbud</i>			x
<i>Ambulant misbrugsbehandling</i>	x	x	x
Potentielle afledte gevinster	86.400	271.300	160.400
<i>Forebyggelse af aktivering af akutberedskab</i>	x		x
<i>Forebyggelse af akutindlæggelser (somatisk og psykiatrisk)</i>	x	x	x
<i>Forebyggelse af hjemløshed</i>			x
<i>Forebyggelse af boligudsættelse</i>		x	
Nettogeinst	24.596	126.796	-435.004

Note: Gennemsnitsomkostningerne er beregnet på baggrund af de 164 borgere, som de udgående rummelige stofmisbrugsbehandlere har haft kontakt til. Disse tal skal betragtes som overslagsberegninger. Tallene er baseret på forskellige kilder og antagelser og skal fortolkes med stor forsigtighed. Se bilagsmateriale for nærmere beskrivelse af beregninger og kilder.

Tabel 9-5 afspejler de samlede gennemsnitlige økonomiske konsekvenser per borger, givet at et af de tre borgereksempler forekommer. I borgereksemplet 1 ser vi, at denne borger, som afledt effekt af indsatsen, modtager psykiatriske indsatser og ambulant misbrugsbehandling. I den kontrafaktiske situation ville borgeren ikke have modtaget dette. Ligeledes ser vi, at indsatsen forbygger aktivering af akutberedskab samt akutte indlæggelser, hvilket antages at have fundet sted i den kontrafaktiske situation. Som det fremgår af tabellen, vil denne borger være forbundet med en gennemsnitlig nettogeinst på knap 25.000 kr. Som tabellen også afspejler, varierer den samlede nettogeinst eller nettoomkostning per borger med de opstillede hypotetiske eksempler.

Det er igen vigtigt at understrege, at scenarierne kun forholder sig til det budgetøkonomiske. Det vil sige, at der kun medtages forventede pengemæssige udgifter og indtægter. Der tages ikke højde for de mere kvalitative gevinster, som borgerne oplever, eksempelvis i form af øget trivsel og livskvalitet. Endvidere forholder vi os ikke til, at disse borgere med stor sandsynlighed ville have modtaget en anden form for tilbud eller indsats, havde de ikke været en del af den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling. Disse indsatser ville ligeledes være forbundet med en række omkostninger. Inkluderede vi dette, er det sandsynligt, at nettogeinsten af modellen ville se betydelig anderledes ud.

BILAG 1 – DETAJLERET BESKRIVELSE AF DESIGN, METODER OG DATAKILDER

Evalueringen har haft fire hovedspor: En modeludviklingsfase, en resultatevaluering, en implementeringsevaluering og en økonomisk evaluering.

Med *modeludviklingen* har fokus været på at videreudvikle en model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. Udgangspunktet har været erfaringer fra forskning og praksis om effektive indsatser til de mest udsatte borgere med stofmisbrug, herunder viden om drivkræfter og barrierer for implementeringen af modellen. Modellen er udviklet i et tæt samarbejde mellem Rambøll, Socialstyrelsen og de to kommuner, der har indgået i afprøvningen af modellen, samt en ekspertgruppe bestående af personer med særlig viden om denne type indsatser.

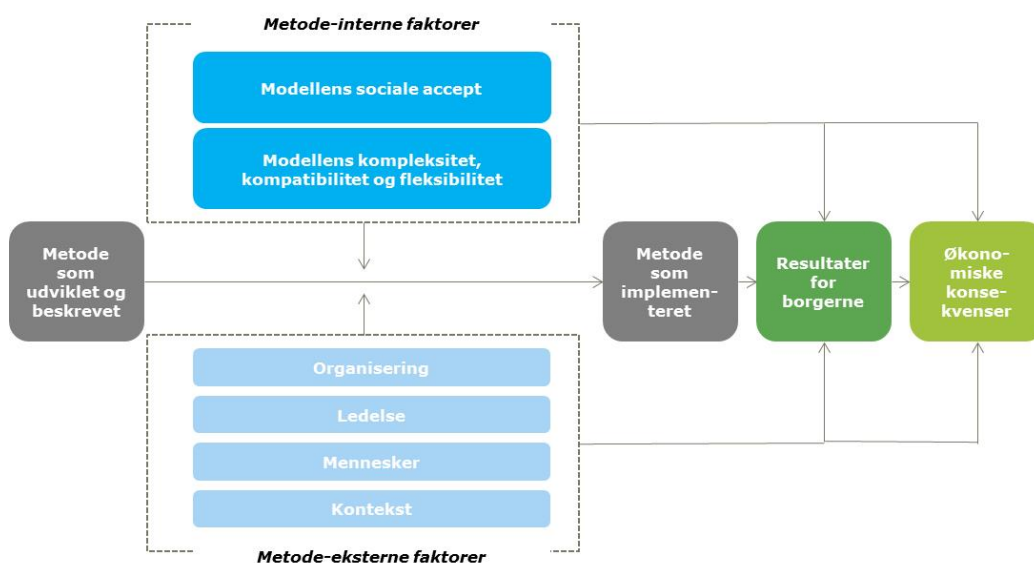
Med *resultatevalueringen* belyser vi de borgerrettede resultater af modellen på udvalgte resultatomål. Resultatevalueringen bygger på før- og eftermålinger af borgere, der har modtaget indsatsen. Da der ikke har været etableret en kontrolgruppe, kan resultaterne af indsatsen ikke isoleres. Det betyder, at andre forhold end indsatsen potentielt kan have indvirket på borgerresultaterne.

I *implementeringsevalueringen* sætter vi fokus på, om modellen er anvendt som tilsigtet i de to projektkommuner – det vil sige, om den implementeres med en høj grad af metodefidelitet. Der har ligeledes været fokus på at afdække de faktorer, der har indvirket på implementeringen af modellen. Der sondres mellem modelinterne faktorer og modeksterne faktorer. De modelinterne faktorer handler blandt andet om, hvordan modellen modtages, dens sammenhæng med eksisterende praksis samt kvaliteten af anvendelsen af modellens kerneelementer. De modeksterne faktorer er de drivkræfter i implementeringsmiljøet, der skal arbejdes med for at sikre en effektiv implementering og positive resultater.

I den *økonomiske evaluering* har fokus været på at belyse modellens samlede økonomiske konsekvenser. Det vil sige budgetøkonomiske omkostninger forbundet med implementering og drift af metoden.

Figuren nedenfor illustrerer det overordnede design for evalueringen af modellen målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Figur 1: Rambølls tilgang til evaluering



I tabellen nedenfor har Rambøll udfoldet de overordnede centrale evalueringsspørgsmål, som har været styrende for de tre spor i evalueringen; *resultatevalueringen, implementeringsevalueringen og den økonomiske evaluering.*

Tabel 1: Centrale evalueringsspørgsmål

Evaluerings	Overordnede centrale evalueringsspørgsmål
Resultatevaluering	Hvilke resultater har modellen skabt for borgernes motivation for forandring? Hvilke resultater har modellen skabt for borgernes recovery-proces, herunder misbrugssituation, sociale situation, psykiske og fysiske situation? Hvilke resultater har modellen skabt for borgernes opstart og fastholdelse i stofmisbrugsbehandling?
Implementeringsevaluering	I hvilken grad implementerer pilotkommunerne model og kerneelementer loyalt? Hvilke centrale drivkræfter og barrierer påvirker implementeringen af modellen, herunder indsatsen, ledelse, organisering, mennesker og kontekst?
Økonomisk evaluering	Hvad er de samlede økonomiske omkostninger ved implementering af modellen? Hvad er omkostningerne per borgeløb? Hvad er de potentielle økonomiske konsekvenser?

Metoder og datakilder

Evalueringen er gennemført med udgangspunkt i både kvalitative og kvantitative metoder og datakilder. Således er resultatevalueringen baseret på løbende før- og eftermålinger ved hjælp af måleredskaber udviklet som led i opstarten af projektet. Implementeringsevalueringen bygger i høj grad på kvantitative målinger af fidelitet i de udgående behandleres implementering af modellen, suppleret med kvalitative data fra projektbesøg, hvor Rambøll har gennemført interviews med forskellige centrale aktører i arbejdet med modellen.

Den økonomiske evaluering hviler i stor udstrækning på løbende dokumentation af omkostninger på projektniveau. Med udgangspunkt i de udgående behandleres og projektledernes erfaringer og viden er der yderligere blevet etableret mulige scenarier for borgernes fremtidige livssituation.

Nedenfor er de enkelte metoder og datakilder beskrevet udførligt.

Indledende besøg i pilotkommuner

I forbindelse med opstart af projektet har Rambøll gennemført besøg i de to pilotkommuner. Formålet med besøgene var at indsamle viden om status for udviklingen af modellen samt kommunernes første erfaringer med implementeringen af modellen. Under besøget gennemførte Rambøll i samarbejde med kommunerne en vurdering af kommunernes implementeringsparathed i forhold til at tage modellen i anvendelse.

Selve besøget blev gennemført i form af fokusgruppeinterviews med centrale aktører i kommunerne tilknyttet arbejdet med modellen. Rambøll gennemførte fokusgruppeinterviews med følgende aktører:

- Projektledere og ledelse i det kommunale misbrugscenter
- De udgående behandlere
- Centrale samarbejdspartnerne, herunder samarbejdspartnere internt i misbrugscentret samt samarbejdspartnere fra øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Følgende temaer var i fokus under Rambølls indledende besøg i kommunerne.

- Organisering af indsatsen
- Ledelse, engagement og opbakning til arbejdet med modellen
- Kompetencebehov og kompetenceudvikling

- Målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.
- Dokumentation, læring og forankring

Udviklingsworkshop

På baggrund af Rambølls indledende besøg i de to kommuner er der gennemført en såkaldt udviklingsworkshop med deltagelse af Rambøll, Socialstyrelsen, ekspertgruppen, projektledere og udgående behandlere i de to kommuner. Formålet med udviklingsworkshopen var at etablere rammerne for en fælles opstart på projektet. Samtidig blev udviklingsworkshopen brugt til at videreudvikle den eksisterende beskrivelse af modellen med henblik på at få tydeliggjort og konkretiseret modellens kerneelementer, faser og trin. Som led i udviklingsworkshopen var der også fokus på at udvikle en implementeringsguide til understøttelse af implementeringen af modellen.

Under udviklingsworkshopen bidrog deltagerne også til den første udvikling af måleredskaber til dokumentation af fidelitet og resultater (jf. nedenfor). Disse blev efterfølgende videreudviklet af Rambøll og endelig kvalificeret af Socialstyrelsen og projektlederne og de udgående behandlere i de to kommuner.

Tematiserede interviewrunder i pilotkommunerne

Undervejs i projektperioden har Rambøll gennemført i alt fire halvdags tematiserede interviewrunder i de to pilotkommuner. Formålet med interviewrunderne har været at få dybdegående viden om, dels hvilke mekanismer, der fremmer gode resultater for borgerne, dels hvilke ledelsesmæssige, organisatoriske, menneskelige og kontekstuelle drivkræfter og barrierer, der har indvirket på implementeringen af modellen i de to kommuner.

Samtidig har interviewrunderne været udgangspunkt for indsamling af input til de udarbejdede produkter, herunder modelbeskrivelse og implementeringsguide. Endvidere har interviewrunderne bidraget til at frembringe viden om, hvor de udgående behandlere kommer i kontakt med de mest udsatte borgere med stofmisbrug samt hvilke virkningsfulde strategier, de udgående behandlere anvender i forhold til at brobygge borgerne til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Under interviewrunderne har Rambøll interviewet følgende aktører:

- Ledelsen i det kommunale misbrugscenter
- Ledende overlæge i det kommunale misbrugscenter
- Projektlederne i de to kommuner
- De udgående behandlere i de to kommuner
- Centrale samarbejdspartnere fra bl.a. væresteder, forsorgshjem, eksisterende opsøgende indsatser og stofindtagelsesrum
- Et udsnit af de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

Udgangspunktet for de gennemførte interviewrunder har bl.a. været den viden, der løbende er indsamlet på baggrund af de fidelitets- og resultatmålinger, de udgående behandlere har gennemført i samarbejde med borgerne. På den måde har nye erfaringer undervejs i projektet bidraget til at fastsætte en mere struktureret ramme for interviewrunderne, hvor der løbende er bygget oven på eksisterende viden.

Ekspertgruppemøder

I projektperioden er der gennemført tre ekspertgruppemøder med deltagelse af relevante eksperter fra forskning og praksis, herunder eksperter med særlig erfaring med målgruppen samt udgående stofmisbrugsbehandling.

Formålet med ekspertgruppemøderne har været at bringe eksperternes viden og refleksioner aktivt ind i evaluering og udviklingen af modellen. Samtidig har ekspertgruppen givet input til evalueringen, herunder med henblik på at nuancere resultaterne i evalueringen.

Løbende dokumentation af fidelitet

Som led i de udgående behandleres arbejde med modellen er der gennemført løbende fidelitetsmålinger. Formålet med fidelitetsmålingerne har været, at få viden om, hvorvidt de udgående behandlere har implementeret modellen som tiltænkt.

Udgangspunktet for fidelitetsmålingerne har været to måleredskaber med konkrete indikatorer, som samlet afspejler en operationalisering af modellens centrale kerneelementer, faser og trin. Fidelitetsmålingerne er gennemført på to niveauer: (i) Projektniveau i form af målinger af, hvorvidt rammerne for indsatsen og arbejdet med modellen er etableret og (ii) individniveau i form af målinger af, hvorvidt de udgående behandlere har anvendt modellens centrale metoder i arbejdet med borgerne, herunder forandringscirklen, den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang. Nedenfor ses temaer i de måleredskaber, der har understøttet den løbende måling af fidelitet i implementeringen af modellen.

Temaer og indikatorer til måling af fidelitet på projektniveau

I alt er der gennemført målinger af fidelitet på projektniveau to gange i projektperioden. I den forbindelse har projektlederne i de to kommuner besvaret en række spørgsmål knyttet til følgende temaer:

- Geografisk afdækning af områder for den udgående og rummelige indsats, herunder formidling til øvrige og relevante samarbejdspartnere
- Samarbejdsaftaler og relationer til centrale samarbejdspartnere
- Synlighed og tilgængelighed i den udgående og rummelige indsats.

Temaer og indikatorer til måling af fidelitet på individniveau

De udgående behandlere har løbende gennemført målinger af fidelitet på individniveau, særligt med fokus på måling af hvordan, de udgående behandlere har implementeret metoder til understøttelse af motivationsarbejde med den enkelte borger. I den forbindelse har de udgående behandlere besvaret en række spørgsmål knyttet til følgende temaer:

- Struktur og indhold i anvendelse af den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang
- Brug af forskellige samtale- og spørgeteknikker
- Anvendelse af forskellige værktøjer fra metoderne
- Anvendelse af forandringscirklen

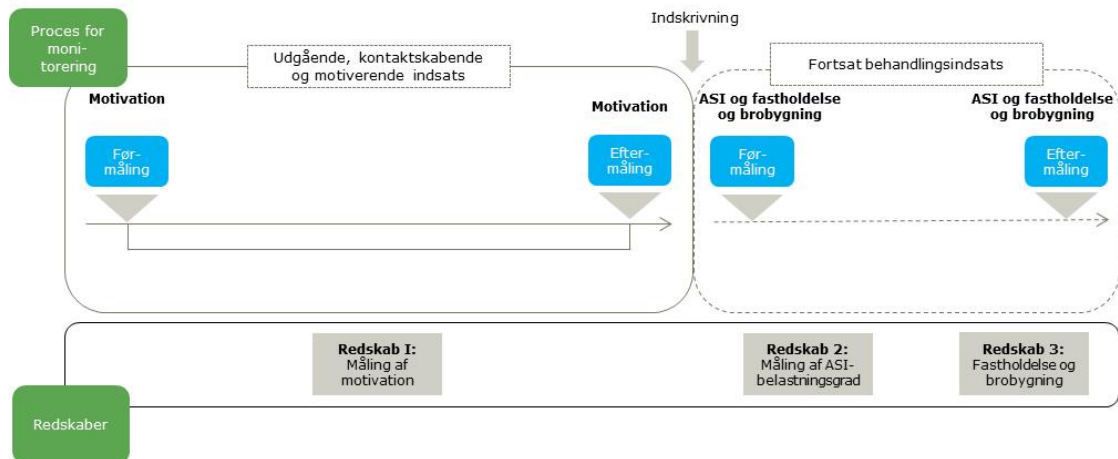
Løbende dokumentation af resultater

I projektperioden har de udgående behandlere også gennemført dokumentation af resultater for borgerne. Dette i form af før- og eftermålinger med henblik på at belyse indsatsens resultater i forhold til:

- Borgernes motivation og forandring i forhold til stofmisbrugsbehandling
- Borgernes recovery i form af psykisk og fysisk velbefindende, stofmisbrugssituation og sociale situation
- Borgernes opstart og fastholdelse i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Figuren nedenfor tegner et billede af kadencen for de udgående behandleres dokumentation af resultater via udviklede måleredskaber.

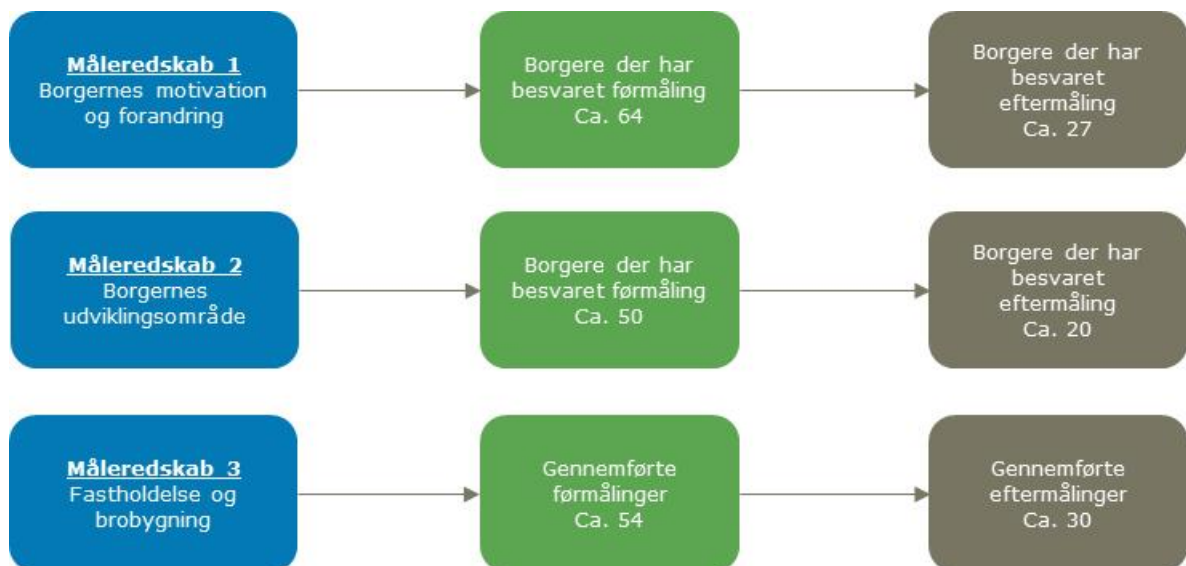
Figur 2: Proces for monitorering



I afprøvningen af modellen har de udgående behandlere i de to kommuner været i kontakt med i alt 164 borgere via den udgående indsats. Ud af de 164 har 91 borgere modtaget en egentlig udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. På tværs af de 91 borgere er der stor variation i hvor langt, de nået i modellens indsats. For nogle har der alene været fokus på motivationsarbejdet (måleredskab 1) på gaden, uden det nødvendigvis har ført til opstart i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, mens andre er opstartet i stofmisbrugsbehandling (måleredskab 2 og 3). Ligeledes er der flere borgere, der er frafaldet undervejs, men hvor der efterfølgende er genetableret en kontakt. Det betyder, at der ikke gennemført eftermålinger blandt alle de borgere, hvor der gennemført førmålinger, ligesom der er borgere, hvor der slet ikke er gennemført målinger. Resultaterne i evalueringen er således baseret på de borgere, hvor det har været muligt at gennemføre før- og eftermålinger, hvilket der skal tages højde for i tolkningen af evalueringens resultater.

I nedenstående figur fremgår en oversigt over antallet af besvarelser i forhold til de tre måleredskaber, der er anvendt til at frembringe viden om indsatsens resultater for borgerne.

Figur 3: Datafrafald undervejs i afprøvningen



BILAG 2 - METODE I DEN ØKONOMISKE EVALUERING

Dette bilag gennemgår beregningsmetoder og datakilder anvendt i den økonomiske evaluering.

Data

Beregningerne i omkostningsanalysen er baseret på projektkommunernes løbende dokumentation af henholdsvis direkte og indirekte borgerrettede omkostninger. Omkostningerne er opgjort på baggrund af de 164 borgere, som de udgående behandlere har haft kontakt med igennem projektforsløbet. Det er således det totale antal borgere, der betragtes, og ikke kun borgerne der falder inden for målgruppen.

Der foreligger ikke data på driftsomkostninger i Aarhus kommune for tredje kvartal af 2015. For dette kvartal er der derfor anvendt et gennemsnit, som er beregnet på baggrund de rapporterede driftsomkostninger i Aarhus i de andre 5 kvartaler.

Direkte borgerrettede omkostninger

De direkte borgerrettede omkostninger omfatter omkostninger til medarbejder- og ledelsestimer, som er direkte knyttet til borgerne. Projektkommunen har kvartaltstvist indberettet det anvendte antal medarbejder- og ledertimer, der har været målrettet borgerne, som et samlet overslag over alle borgerkontakter. Det præcise antal timer anvendt på hver enkelt borger er således ikke indberettet.

Timerne er opdelt på de forskellige faser af modellen og omhandler:

- Tid forbrugt på den udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde, som er rettet mod en specifik borger, fx kontaktskabelse, dialog, motivationsarbejde og udgående stofmisbrugsbehandling m.v.
- Tid forbrug på brobygning og fortsat behandling, som er rettet mod en specifik borger, fx deltagelse i borgerkonferencer og behandlingsmøder med borgeren, hjælp til transport til og fra behandlingsstedet m.v.

Der kan være forskel i rapporteringspraksis på tværs af de to projektkommuner og på tværs af projektmedarbejdere. For eksempel har Aarhus Kommune indberettet, at der er brugt knap 500 timer over hele projektperioden på udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde direkte rettet mod borgeren. Det tilsvarende tal for Odense kommune er knap 900 timer. Omvendt ser vi, at Aarhus kommune har indberettet, at der er anvendt knap 600 timer på brobygning og fortsat behandling specifikt rettet mod borgerne. Det tilsvarende tal for Odense kommune er knap 500 timer. I den økonomiske analyse er der ikke taget højde for disse kommunale forskelle.

Indirekte borgerrettede omkostninger

De indirekte borgerrettede omkostninger omfatter blandt andet timeforbrug for ledere og medarbejdere i forbindelse med påbegyndelse og planlægning af indsatsen i kommunen. Medarbejdernes timeforbrug af indsamlet og rapporteret af kommunens projektleder. Både medarbejder- og ledertimer er opdelt efter aktiviteter:

- Planlægning af arbejdet med indsatsen
- Uddannelse og kompetenceudvikling af projektmedarbejdere
- Geografisk afdækning af borgernes opholdssteder (fx møder i teamet, planlægning af rute for den udgående indsats, udarbejdelse og opfølgning på kommunikationsstrategi målrettet samarbejdspartnere m.v.)
- Planlægning af den udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde (fx at gøre opmærksom på indsatsen blandt samarbejdspartnere og borgere samt tilstedeværelse i borgernes miljø, men uden at gennemføre direkte borgerrettet arbejde m.v.)

- Planlægning af brobygning og fortsat behandling (fx etablering af samarbejdsaftaler og løbende møder med og kontakt til øvrige tilbud uden borgerinddragelse)
- Øvrige omkostninger inkl. omkostninger til materiale, bøger, transporttid m.m.

Beregningsgrundlag

Direkte og indirekte borgerrettede omkostninger

De samlede omkostninger forbundet med aktiviteterne er beregnet ud fra antallet af indberettede arbejdstimer per aktivitet og en gennemsnitlig timeløn for henholdsvis lederen og medarbejderne i kommunen. Den gennemsnitlige timeløn er beregnet på baggrund af en gennemsnitlig lønsats per præsteret time i den kommunale sektor i 2014, svarende til:

- 287,2 kr. per time for medarbejdere (Jobgruppe: 235 Andet undervisnings- og pædagogisk arbejde)
- 354,2 kr. per time for ledere (Jobgruppe: 134 Ledelse af hovedaktiviteten inden for servicefaget)

Disse time satser er indhentet fra Danmarks Statistiks lønregister²⁴.

Andre potentielle økonomiske omkostninger og gevinster

På baggrund af borgerresultaterne og de udgående behandleres kommentarer og erfaringer forventes det, at indsatsen på sigt medfører et stigende forbrug af supplerende indsatser for disse borgere. Denne forbrugsstigning af øvrige indsatser kan medføre stigende afledte omkostninger, som indirekte skyldes indsatsen. Med udgangspunkt i de udgående behandleres erfaringer forventer vi især at se et stigende forbrug af følgende indsatser:

- *Hjælp og støtte af borgeren:* Herunder særligt hjemmehjælp (§ 83) og ambulante misbrugsbehandling.
- *Botilbud:* Herunder særligt hjælp til midlertidige botilbud (§ 107) og længerevarende botilbud (§ 108).
- *Sundhedsydelse:* Herunder ambulante somatiske indsatser og psykiatriske indsatser.

Ligeledes forventes det, at indsatsen virker forbyggende og dermed kan mindske borgernes fremtidige forbrug af bestemte ydelser og foranstaltninger. Denne formindskning af specifikke ydelser og foranstaltninger kan føre til afledte gevinster, som indirekte skyldes indsatsen. Med udgangspunkt i de udgående behandleres erfaringer forventes det, at indsatsen især mindsker udgifterne til følgende indsatser:

- Aktivering af akutberedskab
- Akutindlæggelser (somatiske og psykiatriske)
- Boligudsættelser
- Hjemløshed
- Politiudrykning
- Kriminalitet

Det er ikke muligt at vurdere omfanget af borgere, der vil have et forøget forbrug af indsatser, eller omfanget af borgere, der vil være forbundet med et mindsket udgiftsniveau til andre indsatser. Vi kan dog på baggrund af disse sandsynlige hændelser opstille en række hypotetiske borgereksempler. Her benytter vi de beregnede driftsøkonomiske omkostninger samt de potentielle afledte omkostninger og gevinster til at beregne de gennemsnitlige omkostninger og gevinster for en række hypotetiske borgertilfælde.

²⁴ Danmarks Statistik, Statistikbanken.dk, Tabel LONS20: Løn efter arbejdsfunktion, sektor, aflønningsform, lønmodtagergruppe, lønkomponenter og køn.

Kilder og metode til beregning af enhedsomkostning per borger

Tabel 1: Kilder og opgørelsesmetode – potentielle afledte gevinster

Indsatse/ omkostning	Beregning af enhedsomkostning per borger
Hjemmehjælp	<p>Hjemmehjælpsmodtagere under 65 år er gennemsnitligt visiteret til 4,3 timer per uge. Enhedsomkostningen til hjemmehjælp er beregnet ud fra dette gennemsnit.</p> <p>De visiterede timere antages at være fordelt med 17 pct. til praktisk hjælp og 83 pct. til personlig pleje. Dette er svarende til den reelle ratio i 2014 for hjemmehjælpsmodtagere under 65 år.</p> <p>Der anvendes en timetakst på 364 kr. per time for praktisk hjælp og 431 kr. per time til personlig pleje (2014-niveau).</p> <p><u>Kilder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Danmarks Statistik, Statistikbanken.dk: Tabeller AED06 og AED022. • http://support.toender.dk/dagsorden/Dagsordener/Sundhedsudvalget%20%C3%85bent%5C10-11-2014%5CBilag/Punkt_5_Bilag_2_Frit_valgs_priser_for_hjemmehjaelp_for_2015.pdf
Ambulant misbrugsbehandling	<p>Omkostningen til ambulant misbrugsbehandling tager udgangspunkt de årlige kommunale nettodriftsudgifter per person i behandling. De anvendte omkostninger afspejler nettodriftsudgifterne i Odense kommune.</p> <p><u>Kilder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rambøll (2013) <i>Omkostningsanalyse – Projekt Anonym ambulant stofmisbrugsbehandling.</i>
Midlertidige og længevarende botilbud	<p>De gennemsnitlige omkostninger til midlertidige og længerevarende botilbud er beregnet ud fra en gennemsnitlig takst på hhv. 1.730 og 1.987 kr. per døgn (gældende per d 31.12.2013) og en gennemsnitlig varighed på hhv. 30 og 274 dage.</p> <p><u>Kilde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbudsportalen.dk, <i>Udtræk af alle oplysninger per 31. december 2013 i csv-format.</i>
Ambulante somatiske og Psykiatriske indsatser	<p>Ambulante somatiske indsatser beregnes med en takst på 2.777 kr. per henvendelse. En berørt borger antages at have 7 ambulante somatiske kontakter på et år.</p> <p>Psykiske indsatser beregnes som 6 ambulante besøg inden for psykiatrien inden for et år med en takst på 1.731 kr. per kontakt.</p> <p><u>Kilder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Statens Serum Institut (2014) <i>Takstsystemet 2014;</i> • Rambøll (2013) <i>Omkostningsanalyse. Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling.</i>

Tabel 2: Kilder og opgørelsesmetode – potentielle afledte gevinster

Indsatse/ omkostning	Beregning af enhedsomkostning per borger
Aktivering af akutberedskab	<p>Omkostninger til aktivering af akutberedskab er sat til beredskabsstyrelsens takst for udrykning til en blind alarm for 2014.</p> <p><u>Kilde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163921
Akutindlæggelser	<p>Omkostninger forbundet med akutindlæggelser beregnes som 9 ambulante besøg inden for psykiatrien på et år (gennemsnit antal ambulante besøg per patient i 2009) med en takst på 1.731 kr. per besøg; samt en indlæggelse i psykiatrien med en varighed på 19 dage (gennemsnit for 2012) med en takst på 3.459 kr. per sengedag.</p> <p><u>Kilder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Regioner (2011) <i>Benchmarking af psykiatrien</i>. • Psykiatrifonden (2015) <i>Tal til psyken. Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom</i>. • Statens Serum Institut (2014) <i>Takstsystemet 2014</i>.
Boligudsættelser	<p>Omkostninger forbundet med udsættelse af bolig er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalistsandsættelse, eksempelvis udgifter til maling, rengøring og lignende af boligen, som normalt forekommer i forbindelse med flytning m.v. • Grov mislighed af boligen, som er udgifter til renovering af boligen udover udgifter til normalistsandsættelse, eksempelvis særligt omfattende malerarbejde og rengøring, elektrikerarbejde, tømrerarbejde, låsesmed, udskiftning af hvidevarer m.v. • Advokatomkostninger, i forbindelse med udsættelse af bolig opstår der omkostninger til advokat, eksempelvis salær i forbindelse med retssag, fogedgedbyr, vognmand, låsesmed m.v. • Huslejeomkostninger, eksempelvis manglende betaling af husleje samt husleje for de måneder, hvor boligen er ubeboet • Diverse, eksempelvis småbeløb til porto, adresseoplysninger m.v. <p><u>Kilder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse af omkostninger ved fogedudsættelse gennemført af BoligSocialt Hus • Rambøll (2016) <i>Isolerede Sindslidende i Egen Bolig – Evalueringsrapport</i>
Hjemløshed	<p>Omkostninger til hjemløshed estimeres ud fra den gennemsnitlige takst for forsorgshjem/herberg på 1.057 kr. per døgn (gældende per 31.12.2013). Der antages at en borger benytter sig af tilbuddet i 70 dage på et år.</p> <p><u>Kilder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbudsportalen.dk, <i>Udtræk af alle oplysninger per 31. december 2013 i csv-format</i>. • Rambøll (2013) <i>Samfundsøkonomisk analyse af metoder. Hjemmeløsestrategien</i>.