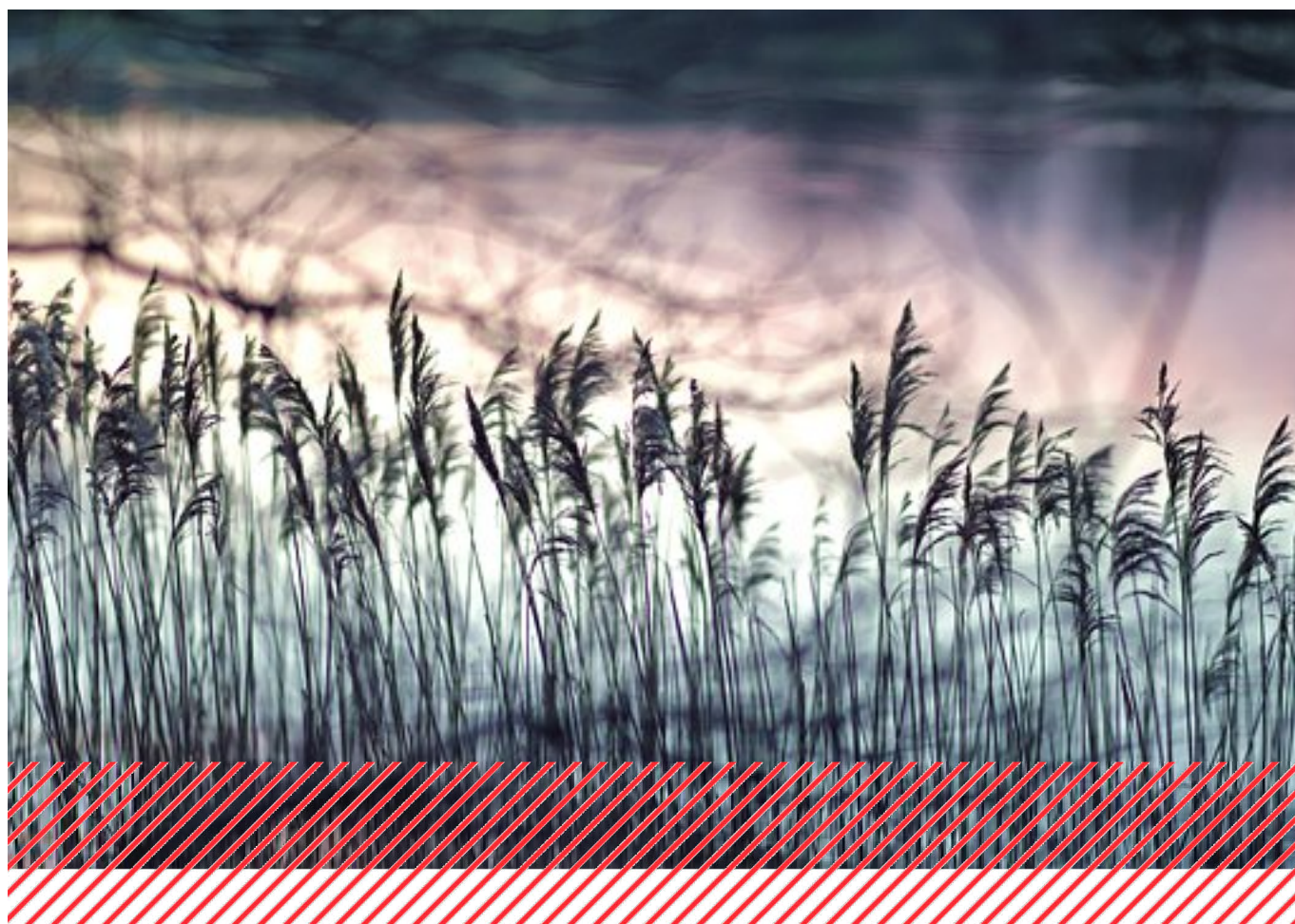


Rapport

Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser



Anna Amilon, Line Mehlsen, Steen Bengtsson, Kasper Nielsen & Jeanette
Birch Lauridsen

*Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med
psykiske lidelser*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-507-1

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

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

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

Sammenfatning	6
Kendetegn hos borgerne i CTI-gruppen og i kontrolgruppen	7
Resultater af CTI-indsatsen på borgernes mentale trivsel og funktionsniveau	7
Kvalitative vurderinger af arbejdet med CTI-metoden	8
Økonomisk evaluering	8
Fidelitet i CTI-indsatsen	9
1 Indledning	10
1.1 Rapportens struktur	10
2 CTI-metoden	11
2.1 Indhold i CTI-forløbets tre faser	12
2.2 Recovery og empowerment	13
3 Analysemetode og dokumentationsredskaber	14
3.1 Evalueringsdesign	14
3.2 Dokumentationsredskaber	14
4 Beskrivelse af borgerne	18
4.1 Demografiske forhold for borgerne i forsøgskommunerne	18
4.2 Borgernes uddannelsesbaggrund	20
4.3 Borgernes arbejdsmarkedstilknytning	20
4.4 Borgernes boligsituation	21
4.5 Borgernes fordeling på Voksenudredningsmetoden (VUM)	21
5 Borgernes udvikling	23
5.1 Borgernes mentale trivsel	24
5.2 Borgernes funktionsniveau	25
5.3 Recovery-stjernen	28
6 Kvalitative vurderinger af arbejdet med CTI-metoden	30
6.1 De fleste borgere profiterer af intensiv støtte	30
6.2 Motivation og ejerskab	31
6.3 Skift i støtteperson kan sætte gang i udvikling	32
6.4 Nedtrapning i støtte kan være udfordrende	32
6.5 Afgrænsede forløb kræver forberedelse	33
6.6 Hvilke borgere profiterer mest af CTI-metoden?	33
6.7 Recovery-stjernen som arbejdsredskab	34
6.8 Tæt samarbejde med relevante samarbejdspartnere	34
6.9 CTI-metoden giver gode rammer for medarbejdernes faglighed	35
6.10 CTI-forløbets afslutning	36
7 Økonomi i indsatsen	37
7.1 Økonomisk analyse	37

7.2	Etableringsomkostninger for CTI-indsatsen.....	38
7.3	Driftsomkostninger for CTI-indsatsen og for § 85-bøstøtteforløb	38
7.4	De langsigtede økonomiske konsekvenser af CTI og § 85-bøstøtte	39
8	Fidelitetsmåling	40
8.1	Etablering af kontakt med borgeren.....	40
8.2	Tidsafgrænsning og faseinddeling	41
8.3	Omfang af kontakt.....	42
8.4	Aktivitetsplan	44
8.5	Etablering af støttenetværk.....	45
8.6	Langsigtet udviklingsplan.....	46
	Litteratur	48
Bilag 1	Dokumentationsredskaber	50
Bilag 2	Tabeller og figurer	53

Forord

Borgere med psykiske lidelser, der flytter i egen bolig efter et ophold på et botilbud eller i forbindelse med en udskrivning efter et ophold på en psykiatrisk afdeling, har typisk behov for bostøtte efter serviceloven (SEL) § 85.

I satspuljen 2014-2017 blev der afsat 25 millioner kr. i alt til puljen *Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen*. Formålet med puljen er at støtte borgerne i at gøre det muligt for dem at tage ansvar for eget liv, så de på sigt kan klare sig i egen bolig uden – eller med mindre indgribende – indsatser.

Den evidensbaserede, socialfaglige metode Critical Time Intervention (CTI) blev afprøvet i perioden 1. kvartal 2015 til december 2017 i fem projektkommuner (Greve, Hillerød, Roskilde, Vejle og Aalborg) som en del af puljen. CTI-metoden er målrettet borgere, som har behov for støtte i en kritisk overgangsfase – fx overgangen fra botilbud til egen bolig. Indsatsen er tidsbegrænset og opdelt i tre faser, hvor støttens intensitet aftager hen over faserne, idet ansvar og opgaver overdrages fra CTI-medarbejderen til borgeren og borgerens netværk. CTI-metoden er kendetegnet ved en recovery-orienteret tilgang, hvor formålet er at understøtte borgerens fokus på egne ressourcer og ønsker samt at opbygge et eksternt støttenetværk omkring borgeren. CTI-forløb er dermed tilpasset borgernes forskelligartede behov.

Som led i afprøvningen af CTI-metoden gennemførte VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd for Socialstyrelsen en evaluering af afprøvningen af CTI-metoden over for mennesker med psykiske vanskeligheder i overgangen fra botilbud eller indlæggelse til egen bolig. Slutevalueringen, som præsenteres i denne rapport, sætter fokus på de endelige resultater og økonomiske konsekvenser ved at anvende CTI-metoden i bostøtteindsatsen.

Lektor Pia Ringø (Institut for Sociologi og Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet) har været eksternt referee på rapporten og takkes for en grundig og kvalificeret kritik og konstruktive kommentarer. Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Anna Amilon, analytiker Line Mehlsen, seniorforsker emeritus Steen Bengtsson, videnskabelig assistent Kasper Nielsen samt praktikant Jeanette Birch Lauridsen. Evalueringen er iværksat på foranledning af Socialstyrelsen.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social

2018

Sammenfatning

Denne evaluering af metoden Critical Time Intervention (CTI) er udarbejdet som led i satspuljeinitiativet *Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser*. I projektet blev den evidensbaserede, socialfaglige metode Critical Time Intervention (CTI) afprøvet i fem projektkommuner (Greve, Hillerød, Roskilde, Vejle og Aalborg) fra 1. kvartal 2015 til december 2017.¹

CTI-metoden er udviklet i USA med henblik på at hjælpe hjemløse borgere i den kritiske overgang fra hjemløshed til egen bolig. Metoden har vist sig at have positive effekter i forhold til at reducere hjemløshed internationalt (Herman m.fl. 2002, 2011; Susser m.fl., 1997) og i Danmark (Benjaminson m.fl., 2017). Metoden har også vist sig virkningsfuld over for andre målgrupper, fx i forhold til at forbedre livskvaliteten for borgere med prostitutionserfaringer (Henriksen m.fl., 2017). I dette projekt afprøves metoden til mennesker med psykiske lidelser, som modtager indsatsen umiddelbart efter indlæggelse på en psykiatrisk afdeling eller efter at være flyttet fra et botilbud til egen bolig. Metoden kan understøtte borgerne i bl.a. disse kritiske overgange.

Formålet med CTI-metoden er at sikre en vellykket overgang til et nyt liv for borgeren ved at hjælpe borgeren i at blive mere selvhjulpne (Socialstyrelsen, 2017). CTI-forløbet er recovery-orienteret. Det betyder, at det er tilpasset borgerens behov og ønsker, og at borgeren skal tage aktivt del i forløbet. CTI-medarbejderen skal derfor ikke være "ekspert" på borgerens situation, men derimod fungere som en sparringspartner, som kan være med til at kvalificere borgerens beslutninger og støtte borgeren i at styrke sin livssituation på de områder, der er relevante for borgeren.

Forud for iværksættelse af CTI-forløbet er der en kontaktskabelsesperiode, hvor borgeren fx får information om, hvad et CTI-forløb er og lærer medarbejderen at kende. Selve CTI-forløbet er opdelt i tre faser af hver 3 måneders varighed. I første fase er fokus på planlægning og igangsættelse af forløb. I anden fase er fokus på afprøvning og tilpasning af indsatser og aktiviteter i forløbet. Tredje fase har fokus på overdragelse af ansvaret for borgeren til det støttenetværk, som er bygget op hen over CTI-forløbet, og forankring af de etablerede indsatser og aktiviteter.

Projektets målgruppe er voksne borgere over 18 år, der flytter fra botilbud (SEL § 107, 108 mv.) eller fra indlæggelse til egen bolig, og som er berettiget til bostøtte efter serviceloven (SEL) § 85. Desuden er målgruppen karakteriseret ved i Voksenudredningsmetoden (VUM)² at være vurderet til at have én eller flere af følgende psykiske lidelser: angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse, stressbelastning, men ikke psykose. De er desuden ved VUM vurderet til at have et moderat eller svært problem med ét af følgende temaområder: praktiske opgaver i hjemmet, egenomsorg, kommunikation, mobilitet, samfundsliv, socialt liv eller sundhed. Målgruppen for indsatsen er en sammensat gruppe, der har forskellige sygdomsforløb bag sig og forskellige støttebehov. CTI-metoden udmærker sig ved at tage udgangspunkt i borgerens behov og kan derfor rumme en heterogen målgruppe.

Evalueringen af projektet er designet som et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor borgere, der visiteres til bostøtte efter indlæggelse eller ophold på botilbud, randomiseres enten til et CTI-forløb eller til en kontrolgruppe, der modtager den almindelige bostøtte (SEL § 85). På grund af et mindre borgeroptag end forventet er det fra september 2016 besluttet, at alle borgere i målgruppen modtager et CTI-forløb, dog med undtagelse af borgerne i Aalborg Kommune, hvor der fortsat blev randomiseret til en indsats- og en kontrolgruppe.

¹ Greve udgik af undersøgelsen i september 2016, men havde indtil da registreringer fra 9 borgere, som indgår i denne evaluering.

² Voksenudredningsmetoden er udviklet til sagsbehandlingen på handicap og udsatte voksenområdet af Socialstyrelsen i samarbejde med Deloitte (Socialstyrelsen, 2013).

Denne afsluttende evalueringsrapport bidrager med viden om, hvorvidt en fleksibel og helhedsorienteret indsats som CTI-metoden kan bidrage til forbedrede levevilkår for borgerne i målgruppen. Vi fokuserer på borgernes psykiske trivsel, deres funktionsniveau i forhold til arbejde/skole, socialt liv og familie/hjemlige forpligtelser samt deres udvikling på 10 livsdimensioner. Derudover undersøger vi driftsomkostningerne ved indsatsen, samt hvorvidt CTI-metoden er blevet implementeret som foreskrevet i projektkommunerne. I de følgende afsnit opsummerer vi evalueringens hovedresultater.

Kendetegn hos borgerne i CTI-gruppen og i kontrolgruppen

I denne evaluering måler vi borgernes udvikling i forhold til mental trivsel, funktionsniveau samt i forhold til deres udvikling på 10 livsdimensioner. I alt indgår 151 borgere i evalueringen, der enten har modtaget et CTI-forløb (95 personer) eller har modtaget bostøtte efter SEL § 85 (56 personer) i løbet af projektperioden. Den typiske borger er en kvinde over 30 år. Borgernes hovedsagelige forsørgelsesgrundlag er førtidspension eller kontanthjælp, og 63 pct. har grundskolen som højeste uddannelsesniveau. Der er forskelle i baggrundskarakteristika mellem CTI-gruppen og kontrolgruppen på flere af de undersøgte parametre, bl.a. i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau. Dette har konsekvenser for fortolkningen af evalueringens resultater, da vi ikke kan vide, hvorvidt forskellene i udvikling mellem CTI- og kontrolgruppen i trivsel og funktionsevne skyldes variationer grupperne imellem eller CTI-indsatsen. Vi fokuserer i denne rapport derfor primært på udviklingen i indsatsgruppens mentale trivsel og funktionsniveau før og efter et 9 måneders CTI-forløb. Vi sammenholder også resultaterne for denne gruppe med den tilsvarende udvikling for borgerne i kontrolgruppen samt undersøger udviklingen for begge grupper 9 måneder efter forløbets afslutning (18 måneder efter opstart i projektet). Grundet forskelle mellem borgerne i CTI- og kontrolgruppen, samt få borgere i datagrundlaget ved 18-måneders-opfølgningen, er disse resultater dog behæftet med usikkerhed og skal derfor i højere grad ses som tendenser.

Resultater af CTI-indsatsen på borgernes mentale trivsel og funktionsniveau

Overordnet set viser evalueringen, at borgerne profiterer af CTI-indsatsen, idet der sker en statistisk signifikant forbedring af CTI-gruppens mentale trivsel fra første måling til 9-måneders-målingen. Der sker dog et lille fald i mental trivsel i opfølgningsperioden (fra 9 til 18 måneder). Den gennemsnitlige trivsel ved 18 måneder er dog større end ved forløbets opstart.

Der er en tendens til en større udvikling i mental trivsel for CTI-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Forskellen mellem de to grupper er mest markant efter 9 måneder og falder lidt ved 18-måneders opfølgningen. Det kan dog ikke udelukkes, at disse forskelle skyldes variationer i gruppernes sammensætning og ikke CTI-indsatsen.

Borgernes funktionsniveau måles på tre livsområder: arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. Resultaterne viser, at CTI-gruppen udvikler sig signifikant i positiv retning (oplever færre begrænsninger) efter 9 måneders forløb sammenholdt med ved forløbets opstart. Der er en tendens til, at CTI-gruppens positive udvikling i forhold til arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser fortsætter, således at der sker en yderligere forbedring ved den opfølgende måling ved 18 måneder. Derudover er der en tendens til en mere positiv udvikling for CTI-gruppen end for kontrolgruppen.

Resultaterne fra progressionsværktøjet Recovery-stjernen viser en gennemsnitlig fremgang for CTI-gruppen på 6 ud af de 10 dimensioner af borgernes liv i løbet af indsatsen, herunder er di-

mensionerne Sociale netværk, Relationer og Håndtering af psykisk sygdom forbedrede i forløbet. De resterende fire områder scores til samme niveau ved opstart og afslutning. Ingen af de 10 dimensioner på stjernen har således udviklet sig negativt.

Kvalitative vurderinger af arbejdet med CTI-metoden

Resultaterne fra den kvalitative del af evalueringen viser, at CTI-medarbejdere fra forsøgskommunerne erfarer, at den intensive støtte i første fase giver mulighed for at være vedholdende og op-søgende i forhold til målgruppen, og at den tidsafgrænsede indsats gør borgerne mere målrettede. CTI-medarbejderne giver således udtryk for, at de fleste borgere har profiteret af den intensive støtte i starten af forløbet samt af fleksibiliteten i indsatsen. Medarbejderne oplever også, at det har været motiverende for borgerne at få en mere aktiv rolle, end mange af dem har været vant til i den almindelige bostøtteindsats.

Nogle CTI-medarbejdere giver udtryk for, at borgeren kan opleve fremskridt, der ikke altid kan måles, eller fremskridt, der kan resultere i en negativ udvikling i forhold til måleværktøjerne, der bruges i evalueringen. En udvikling i forhold til at blive mere realistisk over for egne problematik-ker/udfordringer og større grad af selverkendelse kan eksempelvis resultere i en tilbagegang på måleværktøjerne, men må betragtes som et egentligt fremskridt hos den enkelte borger.

CTI-medarbejderne angiver, at CTI-metoden har flere fordele, men de oplever, at metoden ikke er lige egnet til alle målgrupper. Især borgere, der er "nye" i systemet (dvs. der er visiteret til § 85-bostøtte for første gang), har profiteret af det afgrænsede og målrettede forløb. Derudover peger flere fagprofessionelle på, at borgere, der er relativt stabile/ikke oplever tilbagefald, profiterer sær-ligt af nedtrapningen i støtte og tidsafgrænsningen i indsatsen. Omvendt har borgere med person-lighedsforstyrrelser, kognitive udfordringer og lav IQ været udfordret i forhold til at profitere af CTI-indsatsen.

CTI-medarbejderne oplever, at CTI-metoden har givet gode betingelser for deres faglighed som bostøttemedarbejdere. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at medarbejderne har haft mere tid til at gå i dybden med den enkelte borgeres problematikker, samt at de har arbejdet mere målrettet, end de ellers har været vant til i den almindelige bostøtteindsats.

Økonomisk evaluering

Et overblik over omkostningerne, der er forbundet med CTI, er et vigtigt element i den samlede evaluering af indsatsen. Vi har derfor beregnet etableringsomkostningerne for indsatsen – dvs. de omkostninger, som opstår, når en kommune tager CTI-metoden i brug, samt driftsomkostningerne for indsatsen – dvs. de omkostninger, der er nødvendige for at yde CTI-indsatsen til borgerne.

Etableringsomkostningen for CTI-indsatsen er i gennemsnit 129.100 kr. 9 måneders CTI-forløb koster i gennemsnit 51.000 kr. pr. borger, mens 9 måneders § 85-bostøtteindsats koster 59.000 kr. pr. borger. Forskellen i driftsomkostninger på tværs af de to indsatser kan primært forklares af færre længerevarende indlæggelser i CTI-gruppen. Hvis vi fratrækker omkostningerne for længe-revarende indlæggelser, koster 9 måneders CTI-forløb i gennemsnit 48.600 kr. pr. borger, mens 9 måneders § 85-bostøtteindsats koster 47.000 kr. pr. borger

Driftsomkostningen i året efter indsatsen er i gennemsnit 34.000 kr. for CTI-borgerne og 30.000 kr. for borgerne i kontrolgruppen. Disse tal er dog behæftet med stor usikkerhed grundet få observati-

oner. Alt i alt har den gennemsnitlige udgift for 21 måneders indsatser, der starter med CTI, således været godt 85.000 kr., mens den gennemsnitlige udgift for de tilsvarende 21 måneder for kontrolforløbene har været godt 89.000 kr.

Samlet set koster CTI og kontrolgruppeforløbene dermed ca. det samme. Da der er en tendens til, at borgerne i CTI-gruppen udvikler sig mere positivt end borgerne i kontrolgruppen, indikerer resultaterne dermed, at CTI-indsatsen er mere omkostningseffektiv (giver mere effekt for pengene) end kontrolgruppeindsatsen.

Fidelitet i CTI-indsatsen

For at kunne sandsynliggøre, at forbedringerne i borgernes levevilkår, som vi observerer, er forårsaget af CTI-indsatsen, er det centralt at kunne påvise, at metoden er implementeret med en høj grad af fidelitet (dvs. at medarbejderne har fulgt CTI-metodens forskrifter i arbejdet med borgerne). Fidelitetsevalueringen viser, at CTI-metoden er implementeret med overvejende høj fidelitet i projektet, idet langt de fleste af CTI-metodens kerneelementer er blevet overholdt for langt de fleste CTI-forløb. Fx blev der for 84 pct. af borgerne afholdt fysiske møder i kontaktskabelsesfasen, selvom medarbejderne oplevede, at det var svært at nå at mødes med borgerne, mens borgerne stadig var indlagt. Derudover har de tre CTI-faser i gennemsnit haft 3 måneders varighed, og indsatsens intensitet er blevet nedtrappet henover faserne. Eksempelvis rapporterer medarbejderne at have lavet aktiviteter sammen med borgeren mere end en gang i ugen for 78 pct. af borgerne i fase 1 og for 41 pct. af borgerne i fase 3. Der er blevet taget kontakt til – og lavet aftaler med – relevante tilbud og støttepersoner som foreskrevet i metoden for hovedparten af forløbene. Der sker dog et fald i andelen af forløb, hvor det er borgeren, der primært har stået for at etablere kontakten fra fase 1 til fase 2. Denne udvikling er ikke i overensstemmelse med CTI-metoden, hvor borgerne skal blive mere selvstændige og selvhjulpne henover faserne. Selvom dette kriterium ikke er opfyldt, konkluderer vi samlet set, at CTI-indsatsen er blevet implementeret med en høj grad af fidelitet, og at den udvikling, vi observerer for CTI-borgerne, dermed med stor sandsynlighed er forårsaget af CTI-indsatsen.

1 Indledning

I satspuljen 2014-2017 er der afsat 25 millioner kr. i alt til puljen *Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen*. Formålet med puljen er at støtte borgerne i at gøre det muligt for dem at tage ansvar for eget liv, så de på sigt kan klare sig i egen bolig uden – eller med mindre indgribende – indsatser. Derudover var sigtet med puljen at kunne bidrage til, at der sker færre u hensigtsmæssige genindlæggelser i behandlingspsykiatrien, at flere borgere kan indgå i sociale aktiviteter og holde fast i meningsfulde relationer (familie, venner, uddannelse, arbejde mv.), samt at flere borgere kan uddanne sig eller opnå beskæftigelse, herunder også beskyttet beskæftigelse (Regeringen, 2013). CTI-metoden afprøvedes i perioden 1. kvartal 2015 til december 2017 i fem projektkommuner (Greve, Hillerød, Roskilde, Vejle og Aalborg). CTI-metoden er oprindeligt udviklet i USA med henblik på at hjælpe hjemløse borgere i den kritiske overgang fra hjemløshed til egen bolig. Metoden har vist sig at have positive effekter i forhold til at reducere hjemløshed internationalt (Herman m.fl., 2002, 2011; Susser m.fl., 1997) og i Danmark (Benjaminsen m.fl., 2017). Metoden har også vist sig virkningsfuld over for andre målgrupper, fx i forhold til at forbedre livskvaliteten for borgere med prostitutionserfaringer (Henriksen m.fl., 2017).

Som led i afprøvningen af CTI-metoden gennemfører VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd på vegne af Socialstyrelsen en evaluering af afprøvningen af CTI-metoden over for mennesker med psykiske vanskeligheder i overgangen fra botilbud eller indlæggelse til egen bolig. Slutevalueringen, som præsenteres i denne rapport, sætter fokus på de endelige resultater og økonomiske konsekvenser ved at anvende CTI-metoden i bostøtteindsatsen.

Målgruppen for CTI-indsatsen er borgere på 18 år eller derover med psykiske lidelser³, der har brug for bostøtte i en kritisk overgangsfase, hvor borgeren flytter i egen bolig. Det kan være i forbindelse med udflytning fra et botilbud eller et botilbudslignende tilbud til egen bolig. Det kan også være, at borgeren flytter i egen bolig i forbindelse med en udskrivning efter et ophold på en psykiatrisk afdeling på et hospital eller et psykiatrisk behandlingstilbud. Borgeren skal i alle tilfælde være berettiget til bostøtte efter SEL § 85 samt være i stand til at tale et funktionelt dansk (dvs. gøre sig forståelig).

Målgruppen for indsatsen er dermed en sammensat gruppe, der har forskellige sygdomsforløb bag sig og forskellige støttebehov. CTI udmærker sig netop ved at tage udgangspunkt i borgerens behov, og metoden forventes derfor at have potentiale til at håndtere en række af de udfordringer, målgruppen oplever.

1.1 Rapportens struktur

Rapporten er struktureret således, at vi i kapitel 2 beskriver CTI-metoden. I kapitel 3 beskriver vi de anvendte metoder og dokumentationsredskaber til dataindsamling og analyse. I kapitel 4 beskriver vi data for de borgere, der har deltaget i projektet (enten i CTI- eller i kontrolgruppen) på baggrund af karakteristika som køn, alder, uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, boligforhold samt grad af psykiske problemer. Vi analyserer borgernes udvikling i funktionsniveau og mental trivsel i kapitel 5, hvor vi også sammenholder resultater fra CTI-gruppen med resultaterne fra borgere i kontrolgruppen. Kapitel 6 indeholder en beskrivelse af CTI-medarbejdere og lederes løbende refleksioner og erfaringer med at afprøve CTI-metoden i forsøgskommunerne. I kapitel 7 giver vi et overblik over økonomien forbundet med CTI-indsatsen, og i kapitel 8 analyserer vi resultater i forhold til medarbejdernes efterlevelse af CTI-metoden (fidelitet).

³ Det skal vurderes, at borgeren har minimum et af følgende psykiske problemer: angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse eller stressbelastning.

2 CTI-metoden

CTI er en recovery-orienteret metode, der har til formål at støtte borgeren i en kritisk overgangsfase, fx i overgangen fra et ophold på botilbud eller en indlæggelse til egen bolig ved at:

- Styrke borgerens sociale kompetencer og ressourcer
- Styrke borgerens sociale og familiære netværk
- Styrke borgerens integration i lokalsamfundet.

Metoden baserer sig på en intensiv kontakt mellem borger og CTI-medarbejder i en afgrænset tidsperiode, hvor støtten er bygget op omkring tre faser af hver 3 måneders varighed. Faseopdelingen i CTI-indsatsen er sammen med en relativt høj intensitet i støtte og lavt case-load dét, der adskiller CTI-metoden fra den almindelige bostøtteindsats efter SEL § 85. CTI-metoden er oprindeligt udviklet til arbejdet med hjemløse, men tidligere undersøgelser peger på, at metoden er velegnet til at nedsætte antallet af genindlæggelser for mennesker med psykisk sygdom (Baumgartner & Herman, 2012; Herman m.fl., 2011; Tomita & Herman, 2012). I Danmark har CTI-metoden bl.a. vist sig at være virkningsfuld i indsatsen over for hjemløse samt borgere med prostitutionserfaringer (Benjaminsen m.fl., 2017; Henriksen m.fl., 2017).

Forud for det egentlige CTI-forløb går en kort kontaktskabelsesperiode, hvor CTI-medarbejderen og borgeren holder indledende møder, hvor borgeren orienteres om CTI-forløbet. CTI-medarbejderen har i kontaktskabelsesfasen fokus på at opbygge en tillidsfuld relation, som skal være grundlaget for den følgende indsats.

Fokus for CTI-forløbets følgende tre faser er at styrke borgerens livssituation og bidrage til, at borgeren bliver mere selvhjulpent. For at sikre og fastholde disse mål arbejdes der i forløbet bl.a. med at etablere et netværk omkring borgeren, som kan støtte borgeren efter CTI-forløbets afslutning. CTI-medarbejderens rolle og opgaver afhænger af, hvor langt i forløbet borgeren er, og er beskrevet i tabel 2.1.

Tabel 2.1 Beskrivelse af centrale aktiviteter i de tre CTI-faser

Fase	Første CTI-fase	Anden CTI-fase	Tredje CTI-fase
Tidspunkt i forløbet	1.-3. måned	4.-6. måned	7.-9. måned
Overordnet fokus for fasen	Afdækning, planlægning og igangsættelse af forløb.	Afprøvning og tilpasning af forløb.	Ansvarsoverdragelse og forankring.
Centrale fokusområder i forløbet	Afdækning af borgerens støttebehov. Udarbejdelse af plan for CTI-forløbet i samarbejde med borgeren. Indledende kontakt til relevante støttepersoner/-tilbud og igangsættelse af aktiviteter. Medarbejderen yder den primære og praktiske støtte til borgeren, indtil de relevante tilbud er etableret. Kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren er mest intensiv i denne fase.	Planen, der er udarbejdet i første fase, afprøves og tilpasses. De støttepersoner, der er etableret kontakt til i første fase, overtager gradvist det primære ansvar for at sikre borgeren den støtte, som han/hun har behov for i sin hverdag. Kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren er mindre intensiv end i første fase.	Den endelige overdragelse af ansvaret for borgerens fremtidige støtte til borgeren selv og det støttenetværk, der er etableret i forløbet, sker i forløbets sidste fase. CTI-medarbejderen sikrer, sammen med borgeren, at der er en plan for, hvordan borgeren får den nødvendige støtte til at nå sine langsigtede behov og mål. Efter tredje fase afsluttes CTI-forløbet.

Kilde: www.criticaltime.org.

2.1 Indhold i CTI-forløbets tre faser

CTI-metoden er baseret på en lav case-load, det vil sige et forholdsvis lavt antal borgere tilknyttet den enkelte bostøttemedarbejder. I projektet var case-loaden tilpasset borgernes behov for støtte. Borgerens behov for støtte vil fx typisk være særligt høj i perioden omkring indflytning i egen bolig. For CTI-medarbejdere med adskillige borgere under indflytning på samme tid blev case-loaden justeret til et lavere antal af borgere.

CTI-forløbets første fase er karakteriseret ved en vekselvirkning mellem at planlægge og igangsætte aktiviteter med udgangspunkt i borgerens behov. Fasen indledes derfor med en umiddelbar afklaring af borgerens støttebehov, som danner grundlag for udarbejdelsen af en aktivitetsplan indeholdende relevante aktiviteter. Efterhånden som fasen skrider frem, og tilliden mellem CTI-medarbejderen og borgeren opbygges, kan der komme nye problematikker frem, som kræver opmærksomhed og behov for nye indsatser. Den første fase er derfor også den fase, hvor kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren er mest intensiv.

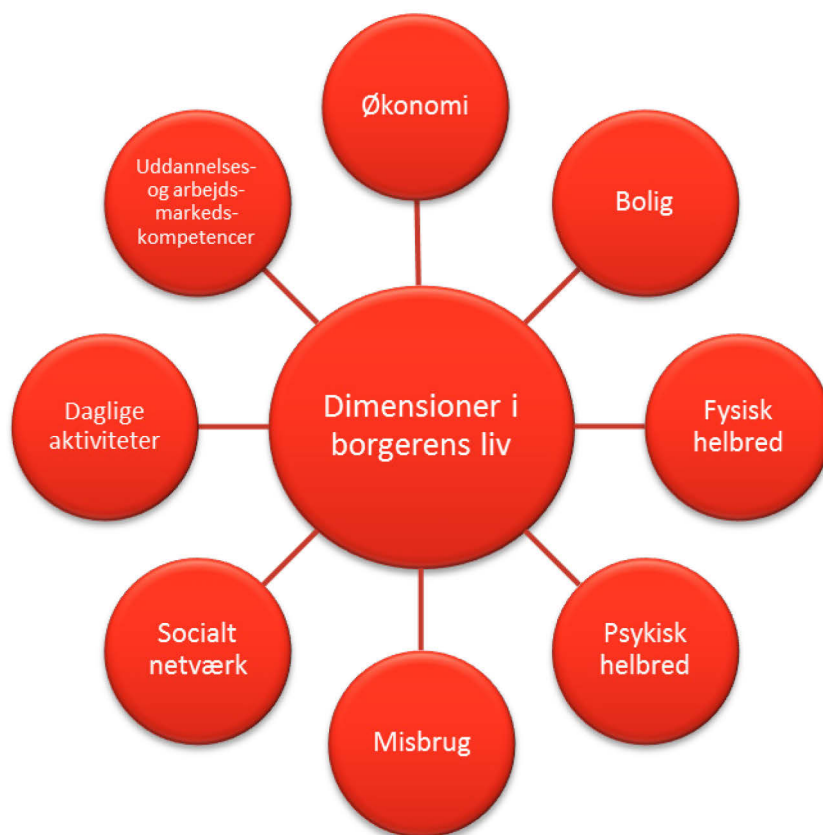
I anden fase evaluerer og tilpasser CTI-medarbejderen og borgeren den plan og den indsats, som de i fællesskab har udarbejdet og igangsat i den første fase. CTI-medarbejderens rolle ændres, så vedkommende nu i højere grad har fokus på at gøre borgeren selvhjulpnen i forhold til at fastholde forandringsprocessen og på, at indsatsen i højere grad varetages af de forskellige tilbud, som borgeren er blevet tilknyttet.

I tredje fase afsluttes CTI-forløbet. Det er afgørende at sikre, at der er et støttenetværk omkring borgeren. Derfor skal der i den afsluttende fase udarbejdes en langsigtet plan for, hvordan en eventuel støtte fra det opbyggede støttenetværk skal varetages efter CTI-forløbets ophør.

For at CTI-forløbet bliver en helhedsorienteret og sammenhængende indsats, er det væsentligt, at der arbejdes med flere forskellige dimensioner af borgerens liv. Borgeren kan således modtage støtte til en række problematikker i sin hverdag, men det betyder ikke, at der skal arbejdes med alle områder. Det er afgørende, at borgeren er ekspert i sit eget liv, og at der derfor bliver arbejdet med de områder, som borgeren selv ønsker støtte til. Den individuelle støtte forsøges opnået gennem praktisk og social støtte, der favner flere dimensioner af borgerens liv, fx praktisk bostøtte, overholdelse af evt. psykiatrisk behandling (medicinsk og/eller terapeutisk), stabilisering af økonomi, hjælp til at håndtere kontakt til offentlige myndigheder og hjælp til at skabe eller genskabe sociale relationer.

For at styrke borgerens livssituation er det derfor vigtigt, at CTI-medarbejderen og borgeren sammen prioriterer, hvilke dimensioner, det er vigtigst at arbejde med, ligesom CTI-medarbejderen og borgeren taler om, hvordan der arbejdes med disse. Hvilke dimensioner, der arbejdes med, afhænger udelukkende af borgerens behov for støtte, men på baggrund af forstudier og eksisterende viden viser figur 2.1 otte dimensioner, der er blevet identificeret som væsentlige for resultatet af borgerens CTI-forløb.

Figur 2.1 Dimensioner, som ofte er centrale for et vellykket CTI-forløb



2.2 Recovery og empowerment

Et centralt element i CTI-metoden er, at indsatsen er baseret på recovery. Med andre ord er det, ud over at give social og praktisk støtte i hverdagen, hensigten med CTI-forløbet at identificere og styrke borgerens ressourcer. Derfor har borgeren en afgørende rolle, når målene for CTI-forløbet skal defineres og i selve planlægningen og gennemførelsen af forløbet. Borgeren og CTI-medarbejderen indgår i et ligeværdigt samarbejde, hvor borgeren kan bruge CTI-medarbejderen som sparringspartner i forsøget på at opnå sine mål. Det er således særligt vigtigt, at indsatsen tager udgangspunkt i borgerens egne oplevelser af, hvad borgeren har brug for støtte til, og at fokus på at skabe forandring i borgerens liv med udgangspunkt i borgerens styrker og ressourcer ikke forskyder sig til et "krav om udvikling". Det betyder ikke, at CTI-medarbejderen ikke kan arbejde med at bibringe borgeren nye indsigter om sammenhænge i sit liv, men at dette arbejde skal ske ud fra en empatisk forståelse, der møder borgeren, der hvor hun eller han selv er i sit liv.

Ifølge recovery-tilgangen er det muligt at "komme sig" over psykisk sygdom eller at opnå betydelige forbedringer i livssituationen på trods af psykosociale vanskeligheder. Et fokus på at opbygge socialt netværk samt mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter i hverdagen kan være med til at reducere psykiske symptomer. Fokus for indsatsen i CTI-forløbet formuleres af borgeren. CTI-medarbejderen kan i den forbindelse, med udgangspunkt i faglig indsigt og erfaring, understøtte borgerens valg af fokusområder. Der skal samtidig tages hensyn til, at mange borgere måske ikke er i stand til at formulere ønsker og mål for deres liv.

3 Analysemetode og dokumentationsredskaber

Som beskrevet i kapitel 2 er hensigten med at anvende CTI-metoden i arbejdet med projektets målgruppe at kunne tilbyde et recovery-baseret støtteforløb tilpasset den enkelte borgers behov. På denne baggrund har det været væsentligt at udvikle et evalueringsdesign, som har kunnet indfange borgernes udbytte af forskelligartede forløb og på samme tid har kunnet sikre, at CTI-metoden er blevet fulgt. Herudover har det været væsentligt at sikre, at indsamlingen af kvantitative data så vidt muligt har været en integreret del af borgernes forløb, hvor dokumentationsredskaberne har kunnet indgå som et arbejdsredskab for borgeren og medarbejderen. Dette er bl.a. sket for at sikre, at evalueringen ikke belastede samarbejdet mellem borgere og medarbejdere i unødigt grad, og derudover at tage hensyn til, at der overvejende er tale om socialt udsatte borgere.

3.1 Evalueringsdesign

Evalueringen har overordnet til formål at besvare, om CTI-metoden er anvendelig i bostøtteindsatsen målrettet personer, der flytter fra botilbud eller indlæggelse til egen bolig. Dette gøres ved at belyse borgernes udbytte af et CTI-forløb, økonomien i indsatsen, samt hvorvidt indsatsen er blevet implementeret efter metodens forskrifter. Evalueringen er tilrettelagt som et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor borgere, der bevilges bostøtte i forbindelse med flytning fra botilbud til egen bolig eller efter indlæggelse, randomiseres til henholdsvis kontrolgruppen med bostøtte efter SEL § 85 eller indsatsgruppen, der modtager et CTI-forløb. På grund af et mindre borgeroptag end forventet er det fra september 2016 besluttet, at alle borgere i projektet modtager et CTI-forløb, dog med undtagelse af borgerne i Aalborg Kommune, hvor der blev randomiseret til en indsats- og en kontrolgruppe igennem hele projektperioden. Grundet forholdsvis få borgere i kontrolgruppen har vi i denne evaluering primært fokus på CTI-gruppens udvikling, fra de starter op i et CTI-forløb, frem til at indsatsen afsluttes efter 9 måneder. Vi inddrager også den tilsvarende udvikling for borgerne i kontrolgruppen i evalueringen for at vise, at der er tendenser til, at CTI-gruppen udvikler sig mere positivt end kontrolgruppen. Vi undersøger også udviklingen for de to grupper af borgere 9 måneder efter forløbets afslutning (dvs. 18 måneder efter opstart i projektet). Igen skal disse resultater ses som tendenser til resultater grundet få borgere i datagrundlaget.

3.2 Dokumentationsredskaber

Evalueringen er baseret på både kvalitative og kvantitative metoder og datakilder. Tabel 3.1 giver et overblik over datakilderne, der benyttes i evalueringen.

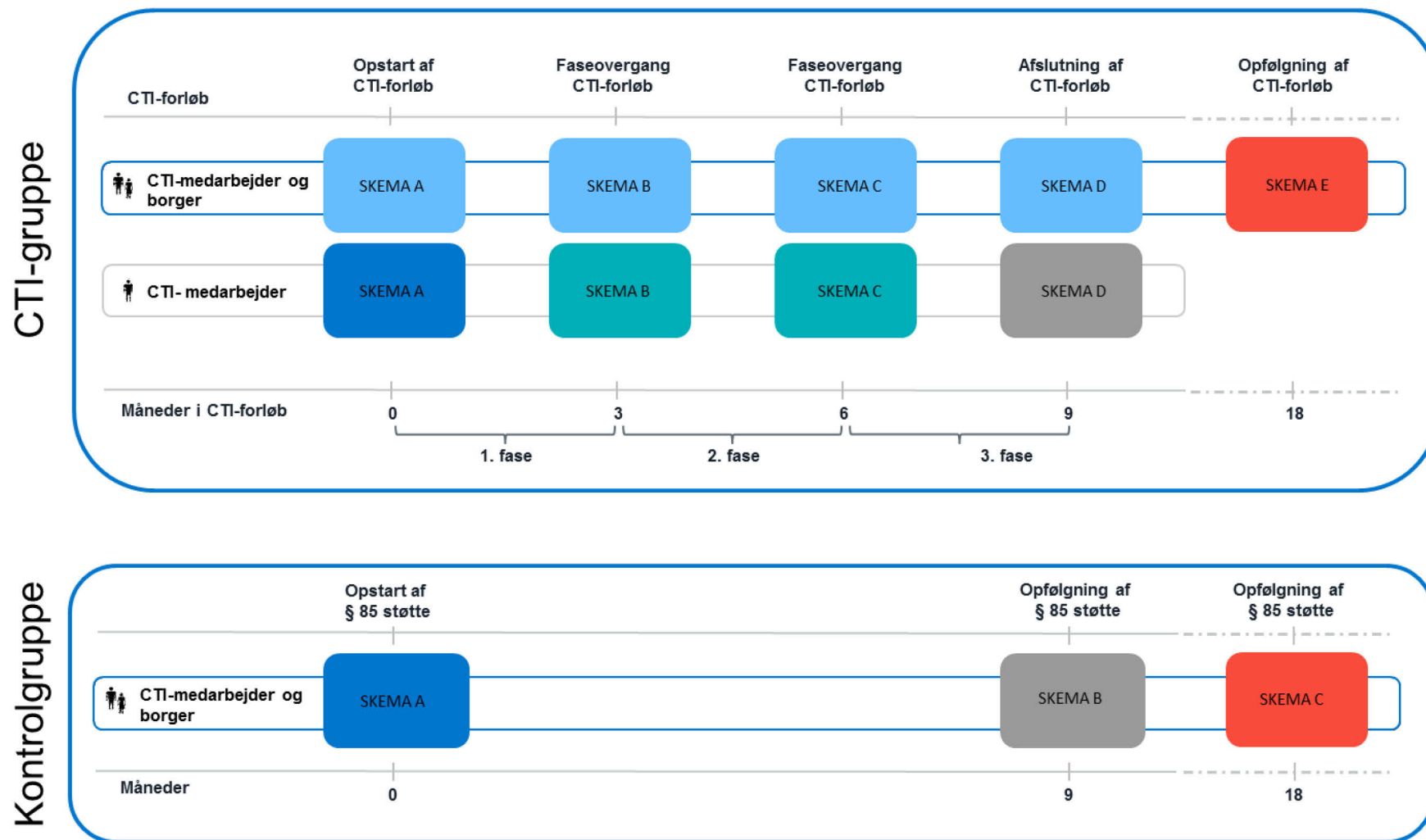
Tabel 3.1 Dokumentationsredskaber og informanter i evalueringen

Dokumentationsredskab	Informant
Borgerskema – Baggrundsmålinger af borgernes situation, validerede progressionsredskaber	Borgere og medarbejdere i fællesskab
Medarbejderskema – Baggrundsmålinger af arbejdet med CTI-metoden	CTI-medarbejderne
Fokusgruppeinterview	CTI-medarbejderne og projektlederne
Enkeltpersoninterview	Projektlederne
Økonomiskemaer	Projektlederne

Der er i løbet af projektperioden blevet foretaget otte fokusgruppeinterview med CTI-medarbejdere og projektledere i forbindelse med afholdelsen af fire tilbageløbsseminarer i projektet. Ved afslutningen af projektperioden er der foretaget et afsluttende fokusgruppeinterview med CTI-medarbejderne samt fire enkeltinterview med projektlederne. Der blev også foretaget et projektlederinterview med den kommune, der stoppede i projektet før tid.

De data, der belyser udviklingen i borgernes mentale trivsel samt deres funktionsniveau, stammer fra løbende målinger, hvor borgere og CTI-medarbejdere i fællesskab besvarer spørgsmål vedrørende borgernes situation. Derudover udfylder CTI-medarbejderen et særligt medarbejderskema, som primært har fokus på, hvorvidt medarbejderen arbejder efter CTI-metodens forskrifter i det enkelte forløb. Som det fremgår af figur 3.1, udfylder CTI-medarbejderen og borgeren skemaerne ved forløbets opstart, ved faseovergangene (henholdsvis 3 og 6 måneder), ved forløbets afslutning samt 9 måneder efter forløbets afslutning (dvs. efter 18 måneder). Kontrolgruppen registrerer ved opstart, afslutning og ved 18 måneder.

Figur 3.1 Oversigt over indsamling af borger- og medarbejderskemaer for CTI-gruppen og kontrolgruppen



Tre validerede progressionsredskaber blev benyttet i evalueringen af borgernes udbytte af CTI-metoden og blev udfyldt af medarbejder og borger i fællesskab som beskrevet i figur 3.1: Mental Health Recovery Star (herefter Recovery-stjernen), Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale ((S)WEMWBS) og Sheehan Disability Scale (SDS). De tre redskaber har forskellige funktioner, og tilsammen skaber de et billede af udviklingen i borgerens generelle funktionsniveau og mentale trivsel. Redskaberne er beskrevet i flere detaljer i bilag 1.

4 Beskrivelse af borgerne

I dette kapitel beskriver vi de borgere, der har deltaget i projektet – enten i CTI-gruppen eller i kontrolgruppen. Vi ser nærmere på borgernes baggrundsforhold, herunder køn, alder, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning. Vi ser desuden nærmere på de to gruppers sammenlignelighed. Borgerne i henholdsvis CTI- og kontrolgruppen er fordelt på baggrund af en tilfældig udvælgelse (randomisering), der har til formål at sikre de to gruppers sammenlignelighed. På grund af bortfald i hhv. CTI- og kontrolgruppen kan der fra den randomiserede udvælgelse af borgere til de reelt registrerede opstartede forløb dog ske en skævvridning i forhold til borgernes karakteristika for CTI- og kontrolgruppen. En forudsætning for at kunne tilskrive eventuelle substantielle effekter til CTI-indsatsen er, at de to grupper ikke afviger for meget fra hinanden, da det så vil være svært at skelne imellem, hvilke effekter der skyldes indsatsen, og hvilke effekter der skyldes variationer grupperne imellem. Det er derfor vigtigt at undersøge, hvorvidt deltagerne i de to grupper har (nogenlunde) de samme baggrundsforhold.

Hovedresultaterne er:

- I alt har 151 personer enten modtaget et CTI-forløb (95 personer) eller modtaget bostøtte efter SEL § 85 (56 personer) i løbet af projektperioden.
- De fleste af borgerne i projektet er kvinder (61 pct.). Kønsfordelingen er imidlertid skæv på tværs af CTI-gruppen og kontrolgruppen, idet der er en overvægt af kvinder i CTI-gruppen (67 pct.) og en (relativt set) overvægt af mænd i kontrolgruppen (50 pct.).
- Samlet set er 68 pct. af projektborgerne over 30 år. Der er dog en større andel af borgere over 30 år i CTI-gruppen (73 pct.) end i kontrolgruppen (61 pct.). En mulig forklaring til skævheden i alderssammensætning er, at alder er uoplyst for markant flere borgere i kontrolgruppen (11 pct.) end i CTI-gruppen (2 pct.).
- Borgerne er generelt lavtuddannede. 63 pct. har grundskolen som højeste uddannelsesniveau, og denne andel er ca. den samme i CTI- og kontrolgruppen. Der er imidlertid markant flere borgere, der helt savner erhvervsuddannelse eller videregående uddannelse i kontrolgruppen (63 pct.) end i CTI-gruppen (50 pct.).
- 44 pct. af borgerne er på førtidspension, og yderligere 21 pct. er på kontanthjælp. Disse andele er nogenlunde de samme i begge grupper.
- Langt de fleste af borgerne (76 pct.) bor alene. Andelen er lidt højere i kontrolgruppen (80 pct.) end i CTI-gruppen (74 pct.).
- Samlet set er borgerne i projektet en udsat gruppe med lav uddannelsesniveau og en svag tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Der er forskelle mellem CTI-gruppen og kontrolgruppen på flere af de undersøgte baggrundsparametre, bl.a. i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau. Derfor er det muligt, at en del af effekterne af CTI-indsatsen (som vi evaluerer i kapitel 5) skyldes variationer grupperne imellem og ikke indsatsen.

4.1 Demografiske forhold for borgerne i forsøgskommunerne

Fordelingen af borgere i de fem forsøgskommuner fremgår af tabel 4.1. Siden projektets opstart i 1. kvartal 2015 og frem til december 2017 har i alt 151 personer enten modtaget et CTI-forløb (95 personer) eller modtaget bostøtte efter SEL § 85 (56 personer). I Hillerød og Vejle er der registreret data for henholdsvis 36 og 31 borgere i CTI- og kontrolgruppe, mens antallet er 37 borgere i

både Roskilde og Aalborg Kommune. Greve Kommune er pr. september 2016 ikke længere en del af undersøgelsen, men der er data tilgængelig på 9 borgere fra Greve Kommune, som indgår i evalueringen. For samtlige kommuner er der flere registreringer for CTI-gruppen end for kontrolgruppen. En del af bortfaldet i kontrolgruppen skyldes dermed, at kommunerne ikke har udfyldt og indsendt skemaer med kontrolgruppen i lige så stor grad som i CTI-gruppen. Da det samlede antal af borgere i undersøgelsen er relativt lavt, vil de følgende analyser af indsatsen være på aggregeret niveau og ikke opdelt på kommuner.

Tabel 4.1 Antal af borgere i undersøgelsen, fordelt på kommuner (n = 151). Antal

Kommune	KTR	CTI	Total
Hillerød	10	26	36
Aalborg	13	24	37
Roskilde	14	23	37
Greve	4	5	9
Vejle	14	17	31
.	1	0	1
Total	56	95	151

Kilde: CTI-skemaer.

Af tabel 4.2 fremgår kønsfordelingen blandt borgerne i undersøgelsen. Som det fremgår af tabellen, er 61 pct. af borgerne på tværs af CTI- og kontrolgruppen kvinder, og 39 pct. er mænd. Der er dermed en overvægt af kvinder i CTI-gruppen (67 pct.) og en overvægt af mænd i kontrolgruppen (50 pct.).

Tabel 4.2 Borgere i undersøgelsen, fordelt på køn. Antal og procent

	CTI antal	CTI pct.	KTR antal	KTR pct.	I alt	I alt pct.
Kvinde	64	67	28	50	92	61
Mand	31	33	28	50	59	39
I alt	95	100	56	100	151	100

Kilde: CTI-skemaer.

Aldersfordelingen for borgere i henholdsvis CTI- og kontrolgruppe samt for det samlede antal borgere i projektet fremgår af tabel 4.3. I CTI-gruppen tilhører hovedparten af borgerne aldersgruppen 31-50 år (40 pct.). Kun 25 pct. af borgerne i kontrolgruppen tilhører dette aldersinterval. Derudover er alder uoplyst for 11 pct. af borgerne i kontrolgruppen, mens det tilsvarende kun er tilfældet for 2 pct. af borgerne i CTI-gruppen.

Tabel 4.3 Borgernes alder, fordelt i 3 kategorier (n = 151). Antal og procent

Aldersgruppe	KTR		CTI		Total	
	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.
0-30 år	16	28,6	24	25,3	40	26,5
31-50 år	14	25,0	38	40,0	52	34,4
51 år og over	20	35,7	31	32,6	51	33,8
Ubesvaret	6	10,7	2	2,1	8	5,3
Total	56	100,0	95	100,0	151	100,0

Kilde: CTI-skemaer.

4.2 Borgernes uddannelsesbaggrund

Borgernes uddannelsesniveau fremgår af tabel 4.4 og 4.5. Ca. 6 ud af 10 af borgerne i henholdsvis indsats- og kontrolgruppe har grundskolen som højest gennemførte uddannelsesniveau, henholdsvis 62 pct. i CTI-gruppen og 64 pct. i kontrolgruppen. Sammenlignet med landsgennemsnittet, hvor 5,5 pct. ikke afslutter 9. klasse (Pihl, 2013), er det dog en meget lav gennemførelsesprocent for borgerne i dette projekt. Omkring en fjerdedel af borgerne i hver gruppe har gennemført en almindelig gymnasial uddannelse, henholdsvis 27 pct. i CTI-gruppen og 29 pct. i kontrolgruppen. CTI-medarbejdernes erfaring er, at borgernes baggrund med lange sygdomsforløb ofte er årsagen til, at en del af dem ikke får afsluttet gymnasiet.

Tabel 4.4 Borgernes højest fuldførte uddannelsestrin (n = 151). Antal og procent

Uddannelsesniveau	KTR		CTI		Total	
	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.
Grundskole	36	64,3	59	62,1	95	62,9
Alm. gymnasial uddannelse	16	28,6	26	27,4	42	27,8
Erhvervsgymnasial uddannelse	2	3,6	5	5,3	7	4,6
Ubesvaret	2	3,6	5	5,3	7	4,6
Total	56	100,0	95	100,0	151	100,0

Kilde: CTI-skemaer.

For CTI-gruppen er det lidt mindre end halvdelen af borgerne (47 pct.), der enten har en erhvervsuddannelse eller en videregående uddannelse, mens den resterende halvdel ikke har en uddannelse. I kontrolgruppen har hovedparten af borgerne ingen erhvervsuddannelse (63 pct.), mens 18 pct. har en erhvervsuddannelse, og 11 pct. har en videregående uddannelse. Dette fremgår af tabel 4.5.

Tabel 4.5 Borgernes højest færdiggjorte erhvervskompetencegivende uddannelse (n = 151)

Uddannelsesniveau	KTR		CTI		Total	
	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.
Ingen erhvervsuddannelse eller videregående uddannelse	35	62,5	47	49,5	82	54,3
Erhvervsuddannelse	10	17,9	16	16,8	26	17,2
Videregående uddannelse	6	10,7	29	30,5	35	23,2
Ubesvaret	5	8,9	3	3,2	8	5,3
Total	56	100,0	95	100,0	151	100,0

Kilde: CTI-skemaer.

4.3 Borgernes arbejdsmarkedstilknytning

Borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet fremgår af tabel 4.6. Heraf fremgår det, at 44 pct. af borgerne i CTI-gruppen og 43 pct. af borgerne i kontrolgruppen modtager førtidspension. Derudover modtager ca. 20 pct. af borgerne i de to grupper kontanthjælp. De resterende kategorier, der dækker over ordinær beskæftigelse, fleksjob, SU, sygedagpenge, folkepension m.fl., udgør derved mindre dele af den samlede arbejdstilknytning i begge grupper. Ifølge CTI-medarbejderne er borgerne i projektet kendetegnet ved at være udfordret i forhold til deres økonomiske situation, hvilket til dels skal ses i forhold til borgernes forsørgelsesgrundlag. Ifølge CTI-medarbejderne har nogle borgere dog også en livsstil, der betyder, at de ikke har et økonomisk råderum.

Tabel 4.6 Borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet (n = 151). Antal og procent

Arbejdstilknytning	KRT		CTI		Total	
	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.
Ord. beskæftigelse, fleksjob, SU, ressourceforløb	6	10,7	6	6,3	12	7,9
Sygedagpenge	4	7,1	12	12,6	16	10,6
Kontanthjælp	12	21,4	19	20,0	31	20,5
Førtidspension	24	42,9	42	44,2	66	43,7
Folkepension, ingen indtægt, andet	9	16,1	13	13,7	22	14,6
Ubesvaret	1	1,8	3	3,2	4	2,6
Total	56	100,0	95	100,0	151	100,0

Kilde: CTI-skemaer.

4.4 Borgernes boligsituation

Størstedelen af borgerne i undersøgelsen bor alene. Dette gælder for 74 pct. af borgerne i CTI-gruppen og 80 pct. i kontrolgruppen. CTI-medarbejderne fortæller, at borgerne er kendetegnet ved at have et begrænset eller intet personligt netværk, og at borgerne derfor er meget alene i deres liv. Fordelingerne fremgår af tabel 4.7.

Tabel 4.7 Borgernes boligsituation (n = 151). Antal og procent

Boligsituation	KTR		CTI		Total	
	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.
Bor alene	45	80,4	70	73,7	115	76,2
Bor sammen med børn	1	1,8	7	7,4	8	5,3
Bor sammen med partner	2	3,6	9	9,5	11	7,3
Bor sammen med partner og børn	3	5,4	2	2,1	5	3,3
Andet	4	7,1	4	4,2	8	5,3
Ubesvaret	1	1,8	3	3,2	4	2,6
Total	56	100,0	95	100,0	151	100,0

Kilde: CTI-skemaer.

4.5 Borgernes fordeling på Voksenudredningsmetoden (VUM)

Mange af borgerne i undersøgelsen er vurderet med voksenudredningsmetoden (VUM). Borgernes fordeling på de tre kategorier B (let problem), C (moderat problem) og D (svært problem) i VUM fremgår af tabel 4.8. Hovedparten af borgerne i både CTI-gruppen (42 pct.) og kontrolgruppen (57 pct.) er vurderet til kategori C, hvilket betyder, at borgeren har moderate problemer med mindst ét af følgende områder: praktiske opgaver i hjemmet, egenomsorg, kommunikation, mobilitet, samfundsliv, socialt liv eller sundhed.

Tabel 4.8 Vurdering af borgere på baggrund af Voksenudredningsmetoden (VUM) (n = 151).
Antal og procent

VUM	KTR		CTI		Total	
	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.
B = Let problem	5	8,9	6	6,3	11	7,3
C = Moderat problem	32	57,1	40	42,1	72	47,7
D = Svært problem	9	16,1	15	15,8	24	15,9
Manglende oplysning*	10	17,9	34	35,8	44	29,1
Total	56	100,0	95	100,0	151	100,0

Anm.: *Vurdering med VUM er ikke modtaget for 29 pct. af borgerne.

Kilde: CTI-skemaer.

Ifølge CTI-medarbejderne er borgerne kendetegnet ved at have fysiske og psykiske udfordringer. Flere borgere har eksempelvis livsstilssygdomme og medicininducerede skader. En relativt stor del af borgerne vurderes at have kognitive udfordringer, der for nogle er en følge af et længerevarende misbrug.

Samlet set viser analyserne i dette kapitel, at der er forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen i forhold til gruppernes sammensætning, bl.a. i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Det kan derfor ikke udelukkes, at forskelle i borgernes udvikling (som vi undersøger i kapitel 5) helt eller delvis forklares af forskelle i udgangspunkt på tværs af de to grupper. I de fortsatte analyser fokuserer vi derfor på CTI-gruppens udvikling fra indsatsens opstart til forløbets afslutning efter 9 måneder.

5 Borgernes udvikling

I dette kapitel beskrives udviklingen for borgere, der har deltaget i et CTI-forløb, og deres udvikling sammenlignes med udviklingen for kontrolgruppen. Udviklingen i borgernes mentale trivsel (målt på måleredskabet (S)WEMWBS) og deres funktionsniveau (målt på Sheehan Disability Scale) præsenteres. I beskrivelserne indgår målinger fra opstart til forløbets afslutning efter 9 måneder, samt fra den opfølgende måling foretaget 9 måneder efter forløbets afslutning, altså 18 måneder efter forløbets opstart. For CTI-gruppen har vi foretaget målinger ved forløbets opstart, ved faseovergangene (henholdsvis 3 og 6 måneder), ved forløbets afslutning (efter 9 måneder) samt 9 måneder efter forløbets afslutning (dvs. efter 18 måneder). For kontrolgruppen har vi foretaget målinger ved opstart, ved 9 måneder og ved 18 måneder. Som vist i kapitel 4 er der forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen i forhold til gruppernes sammensætning, bl.a. i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Derfor er det muligt, at en del af de forskelle i resultater mellem indsats- og kontrolgruppen, som vi observerer i dette kapitel, skyldes variationer grupperne imellem og ikke CTI-indsatsen. Det er vigtigt at holde dette forbehold in mente i læsningen af kapitlet. På grund af forskellene i baggrundsforhold mellem CTI-gruppen og kontrolgruppen fokuserer vi i dette kapitel primært på CTI-gruppens udvikling fra indsatsens opstart til forløbets afslutning efter 9 måneder.

Hovedresultaterne er:

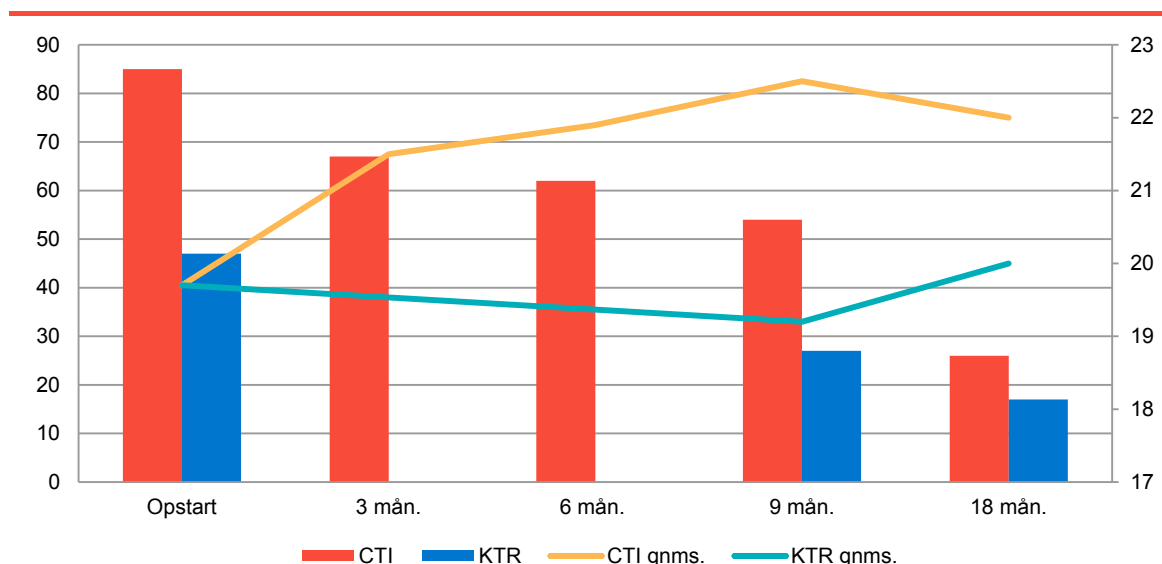
- Der sker en statistisk signifikant forbedring af CTI-gruppens mentale trivsel fra første måling til 9-måneders-målingen. Der er dog en tendens til et lille fald i mental trivsel fra 9 til 18 måneder.
- Der er en tendens til en stærkere udvikling i mental trivsel for CTI-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Forskellen mellem de to grupper er mest markant efter 9 måneder og falder lidt ved 18-måneders-opfølgningen. Det kan dog ikke udelukkes, at disse forskelle skyldes variationer grupperne imellem og ikke CTI-indsatsen. CTI-gruppen og kontrolgruppen har dog samme udgangspunkt i mental trivsel ved forløbets opstart.
- Borgernes funktionsniveau er målt på de tre livsområder: arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. Resultaterne viser, at CTI-gruppen udvikler sig signifikant i positiv retning (oplever færre begrænsninger) efter 9 måneders forløb sammenholdt med ved forløbets opstart for samtlige livsområder. Den positive udvikling over de første 9 måneder er mest markant i forhold til socialt liv.
- Der er en tendens til, at CTI-gruppens positive udvikling i forhold til arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser fortsætter, således at der er en yderligere forbedring ved den opfølgende måling efter 18 måneder.
- Der er en tendens til en mere positiv udvikling i forhold til de tre livsområder (arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser) for CTI-gruppen sammenholdt med kontrolgruppen. CTI-gruppen oplever flere begrænsninger end kontrolgruppen i forhold til livsområderne arbejde/uddannelse og socialt liv ved forløbets opstart, imens de to grupper har samme udgangspunkt for livsområdet familie/hjemlige forpligtelser.
- Resultaterne fra Recovery-stjernen viser en gennemsnitlig fremgang for CTI-gruppen på 6 ud af de 10 dimensioner af borgernes liv i løbet af indsatsen på 9 måneder. Bl.a. er dimensionerne sociale netværk, håndtering af psykisk sygdom og relationer forbedret ved forløbets afslutning. De resterende fire områder scores til samme niveau ved start og afslutning, og ingen af dimensionerne har således udviklet sig negativt.

5.1 Borgernes mentale trivsel

Borgernes mentale trivsel registreres med måleredskabet (S)WEMWBS (jf. bilag 1), der består af forskellige spørgsmål om borgernes mentale trivsel. For CTI-gruppen registreres deres mentale trivsel ved forløbets start, ved faseovergangene, ved forløbets afslutning og ved en opfølgende måling 18 måneder efter opstart. For kontrolgruppen registreres borgernes mentale trivsel ved opstart, afslutning efter 9 måneder og ved en opfølgende måling efter 18 måneder.

Udviklingen i de to gruppers trivsel fremgår af figur 5.1, hvor den primære lodrette akse viser antallet af borgere, og den sekundære lodrette akser viser gennemsnitsscoren på (S)WEMWBS. Det fremgår af figuren, at der indgår resultater fra flest borgere ved den første måling (85 personer i CTI-gruppen og 47 i kontrolgruppen), og derefter er antallet af borgere faldende for hver måling. Figur 5.1 viser, at der sker en statistisk signifikant forbedring af CTI-gruppens mentale trivsel fra en gennemsnitlig score på 19,7 ved første måling til 22,5 ved målingen efter 9 måneder. Dette tal ligger tæt på gennemsnitstallet i mental trivsel for den engelske befolkning på 23,6. Begge tal (19,7 og 22,5) ligger i den lave ende af intervallet for "almindelig psykisk trivsel" for den engelske befolkning (jf. afsnit 3.2.2). For CTI-gruppen gælder det, at der mellem første til anden måling sker den mest markante positive udvikling. Fra anden til tredje måling stiger den mentale trivsel for CTI-gruppen også, mens den falder en smule fra tredje til sidste måling. Fra målingen ved 9 til 18 måneder sker der et lille fald fra 22,5 til 22,0 for CTI-gruppen. Kontrolgruppens mentale trivsel er i gennemsnit målt til 19,7 ved første måling, hvilket er det samme udgangspunkt som CTI-gruppen. Der sker dog en mindre negativ udvikling for kontrolgruppen fra den første måling til målingen ved 9 måneder, der er på 19,2. Kontrolgruppen oplever dog en gennemsnitlig positiv udvikling fra 9 til 18 måneder, hvor scoren stiger til 20,0. Dette gennemsnit er dog beregnet på baggrund af 18 borgere og er derfor behæftet med usikkerhed.

Figur 5.1 Antal af borgere for de enkelte målinger samt CTI- og kontrolgruppens gennemsnitlige scorer på (S)WEMWBS-redskabet



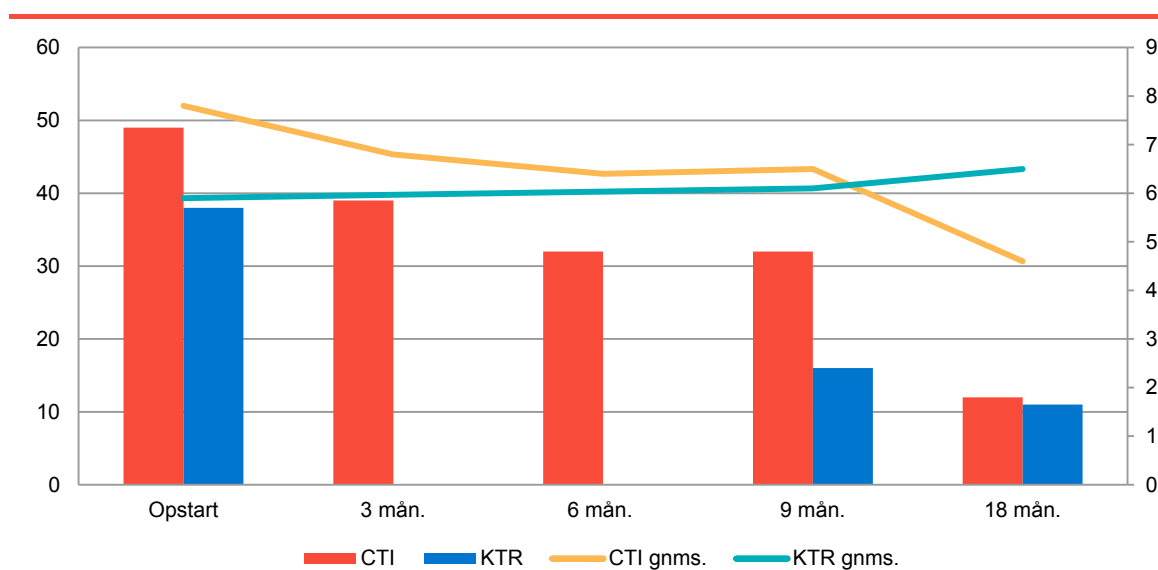
Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. Gnms. repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på (S)WEMWBS-redskabet.

Kilde: Oplysninger fra CTI-skemaer.

5.2 Borgernes funktionsniveau

Borgernes funktionsniveau registreres med redskabet Sheehan Disability Scale (SDS – jf. bilag 1). Borgernes funktionsniveau måles i forhold til tre områder: arbejde/skole, socialt liv og familieleven/hjemlige forpligtelser. De tre områder rapporteres særskilt i figur 5.2, 5.3 og 5.4. Hvert område er scoret på en 10-punkts-skala, hvor nul betyder, at borgernes symptomer ikke har generet dem på dette område, og 10 betyder, at de har været ekstremt generet af symptomerne. Dermed betyder en nedgang i scoren altså en forbedring i borgerens funktionsniveau. Borgerne i CTI-gruppen er blevet målt fem gange (ved forløbets start, ved faseovergangene, ved forløbets afslutning ved 9 måneder og ved en opfølgning 18 måneder efter forløbets opstart). Kontrolgruppen er kun målt tre gange (ved start og ved afslutning efter 9 måneder og ved en opfølgende måling 18 måneder efter opstart).

Figur 5.2 Antal af borgere for de enkelte målinger samt CTI- og kontrolgruppens gennemsnitlige scorer på SDS-redskabet vedrørende "Arbejde/uddannelse"



Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. Gnms. repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på SDS-redskabet "Arbejde".

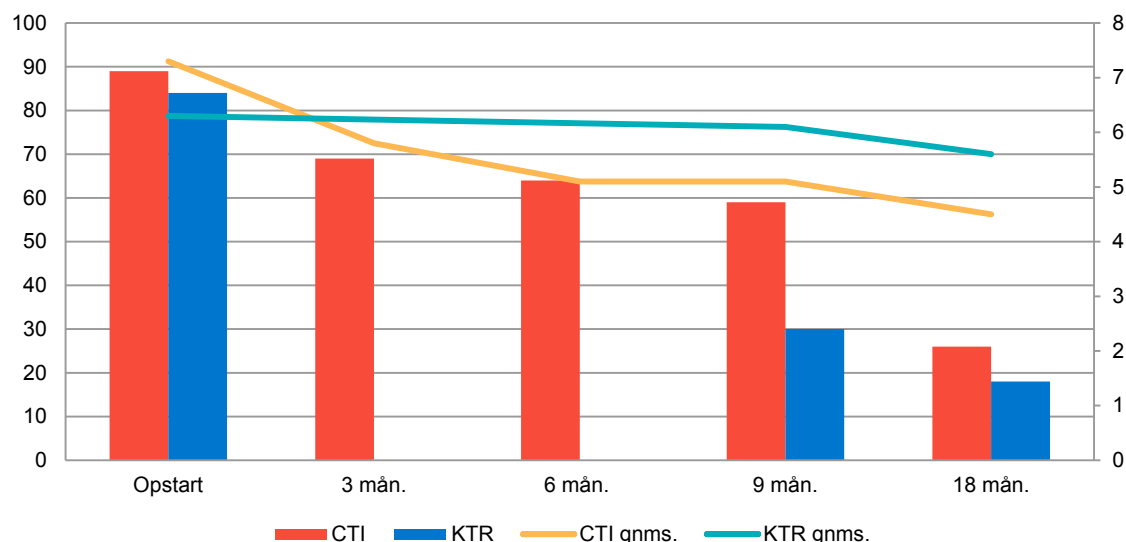
Kilde: CTI-skemaer.

Gennemsnittet for borgerne i CTI-gruppen ligger højere i forhold til arbejde/uddannelse (SDS-scoren) end for kontrolgruppen ved både første og fjerde måling, hvilket fremgår af figur 5.2. Dette betyder, at borgerne i CTI-gruppen føler sig mere generet af deres symptomer i forhold til arbejde og uddannelse end borgerne i kontrolgruppen. Fra første til fjerde måling sker der en statistisk signifikant positiv udvikling for CTI-gruppen, hvor den gennemsnitlige score falder fra 7,8 til 6,5 på SDS-skalaen. Gennemsnittet for kontrolgruppen starter på 5,9 og slutter på 6,1, hvilket beskriver en lille forværring. Fra 9. til 18. måned sker der en markant positiv udvikling for CTI-gruppen, hvilket ses ved, at den gennemsnitlige score falder fra 6,5 til 4,6 på SDS-skalaen. For kontrolgruppen er der derimod en mindre negativ udvikling fra en score på 6,1 til 6,5. Udviklingen fra 9. til 18. måned skal ses i forhold til de relativt få observationer, der er for begge grupper ved 18 måneder.

Figur 5.3 viser en forbedring i borgernes funktionsniveau på området socialt liv for begge grupper. På den primære lodrette akse ses antallet af borgere i de enkelte målinger. På den sekundære lodrette akse kan scoren på SDS-redskabet socialt liv aflæses. Forbedringen er større for CTI-gruppen end for kontrolgruppen. CTI-gruppen starter dog også med et højere (dvs. dårligere) gennemsnit (7,3) end kontrolgruppen (6,3). Efter 9 måneder er gennemsnittet for CTI-gruppen faldet til 5,1, mens det for kontrolgruppen er faldet mindre til 6,1. Forbedringen for CTI-gruppen fra opstart

til 9 måneder er statistisk signifikant. For CTI-gruppen sker den største positive udvikling fra første til anden måling. Ved den opfølgende måling efter 18 måneder er begge gennemsnit faldet yderligere til 4,5 for CTI-gruppen og 5,6 for kontrolgruppen.

Figur 5.3 Antal af borgere for de enkelte målinger samt CTI- og kontrolgruppens gennemsnitlige scorer på SDS-redskabet vedrørende "Socialt Liv"

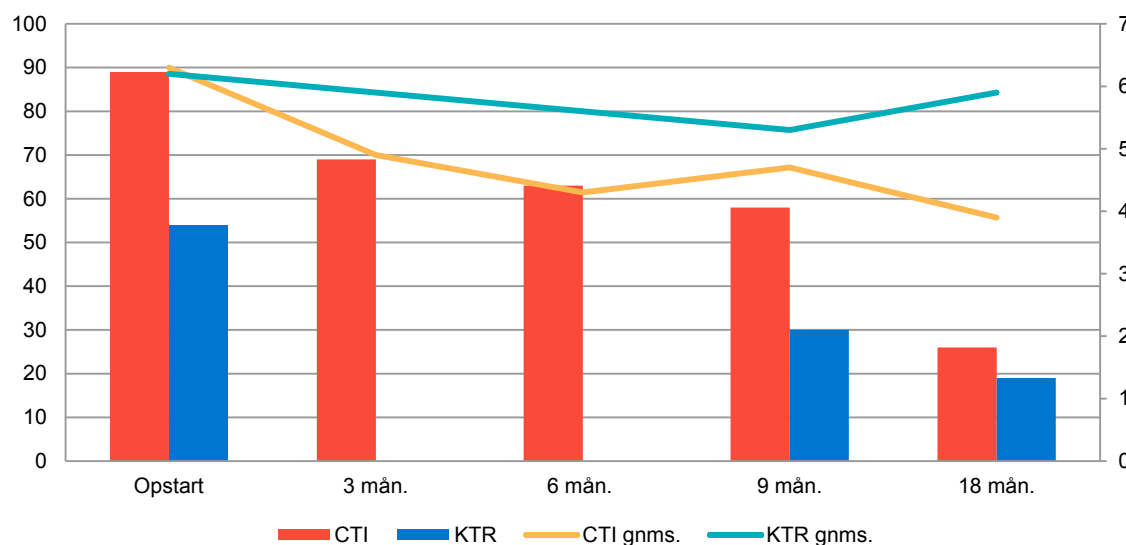


Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. Gnms. repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på SDS-redskabet "Socialt Liv".

Kilde: CTI-skemaer.

Borgernes udvikling på området familie/hjemlige forpligtelser fremgår af figur 5.4. Figuren viser, at den største forbedring sker for CTI-gruppen, der flytter sig fra en gennemsnitlig score på 6,3 til 4,7 inden for forløbets 9 måneder. Denne positive udvikling er statistisk signifikant. Den positive udvikling fortsætter efter forløbet, således at der sker en yderligere forbedring ved den opfølgende måling ved 18 måneder, hvor gennemsnitsscoren er på 3,9 for CTI-gruppen. For kontrolgruppen sker der en lille positiv udvikling i løbet af de første 9 måneder, mens der ser ud til at ske en negativ udvikling fra 9 til 18 måneder, hvor gennemsnitsscoren stiger fra 5,3 til 5,9.

Figur 5.4 Antal af borgere for de enkelte målinger samt CTI- og kontrolgruppens gennemsnitlige scorer på SDS-redskabet vedrørende "Familie/hjemlige forpligtelser"



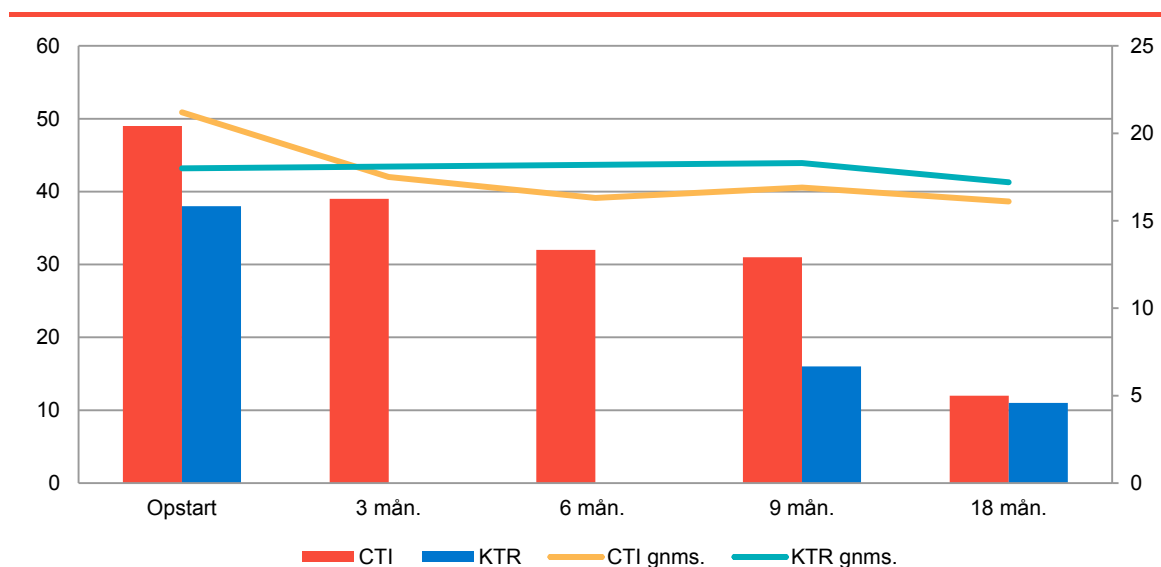
Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. Gnms. repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på SDS-redskabet "Familie".

Kilde: CTI-skemaer.

Figur 5.5 viser det samlede gennemsnit for borgernes udvikling på de tre livsområder: arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. Den primære lodrette akse viser antallet af borgere i den enkelte gruppe, og den sekundære lodrette akse viser gennemsnitsscoren for de samlede SDS-redskaber.⁴ Figuren viser, at der sker en (statistisk signifikant) positiv udvikling fra første til fjerde måling for CTI-gruppen, og at denne udvikling fastholdes frem til den opfølgende måling efter 18 måneder. CTI-gruppen udvikler sig særligt positivt fra første til tredje måling, men scoren stiger en smule fra tredje til fjerde måling. For kontrolgruppen er scoren på samme niveau ved opstart (18) som ved 9-måneders-målingen (18,3). Fra 9 til 18 måneder ses der dog en mindre forbedring, da gennemsnitsscoren falder fra 18,3 til 17,2.

⁴ Når vi undersøger SDS samlet, så udgøres scoren af summen af gennemsnittene for de tre livsområder arbejde, socialt liv og familie. Derved løber skalaen ikke længere fra 0-10, men fra 0-30, hvorfor forskellene mellem CTI-gruppen og kontrolgruppen i figur 5.5 fremstår mere ens end i figurene 5.2-5.4. Derudover er der i det samlede SDS-mål kun medtaget borgere, hvor vi har data for samtlige tre livsområder. Derfor bliver antallet af borgere meget lavt i de sidste målinger, hvilket bidrager til at forklare, hvorfor den observerede udvikling i figur 5.5 er mindre markant end udviklingen i figur 5.2-5.4.

Figur 5.5 Det samlede gennemsnit for alle scorerne på SDS-redskabet samt antallet af borgere i de enkelte målinger



Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. Gnms. repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på alle SDS-redskaberne.

Kilde: CTI-skemaer.

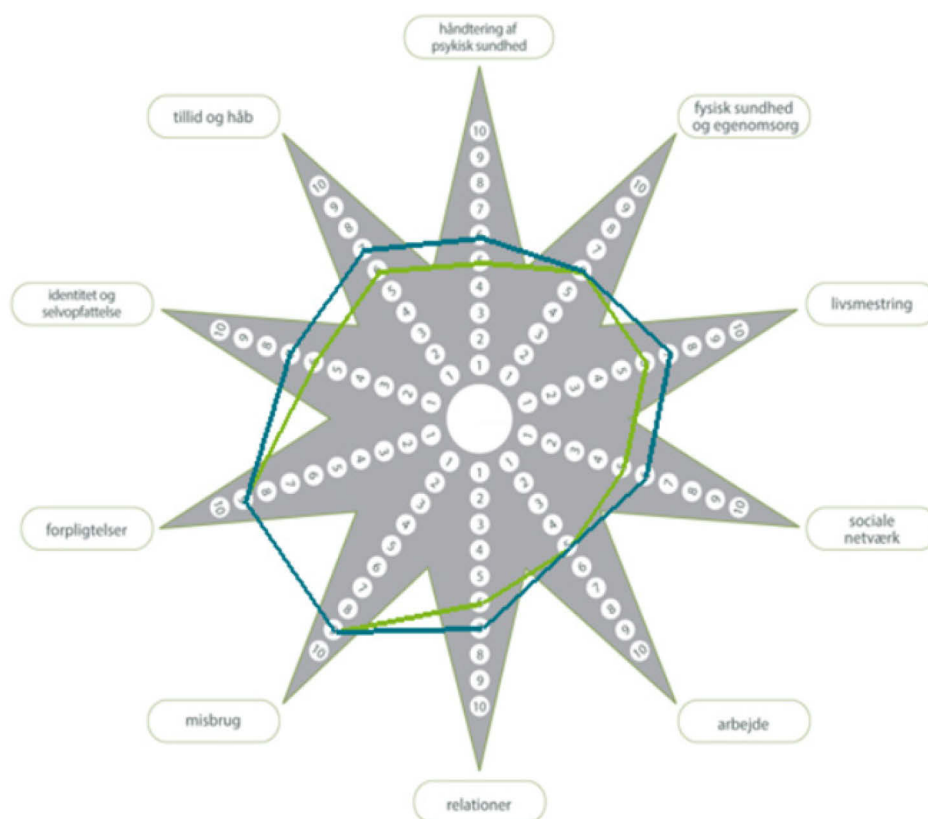
5.3 Recovery-stjernen

Udviklingen for borgerne i CTI-indsatsen er også blevet målt med Recovery-stjernen, der måler borgernes vurdering af egen situation samt oplevelse af muligheder for at håndtere eventuelle udfordringer inden for 10 forskellige dimensioner (jf. bilag 1). Borgerne i CTI-gruppen har udfyldt stjernen ved opstart og efter 3, 6 og 9 måneder. Figur 5.6 viser borgernes gennemsnitlige udvikling for hver af stjernens 10 dimensioner fra første til sidste måling. Den grønne linje illustrerer det gennemsnitlige billede for borgerne ved opstart af CTI-forløbet, mens den blå linje viser det gennemsnitlige billede for borgernes sidste udfyldte stjerne. En positiv udvikling ses ved en højere score. Som det fremgår af figuren, er der gennemsnitligt sket en positiv udvikling på seks af dimensionerne (identitet og selvopfattelse, tillid og håb, håndtering af psykisk sundhed, livsmestring, sociale netværk og relationer), der alle har flyttet sig en score i den positive retning fra første til sidste måling. Den positive udvikling i sociale netværk kan være resultat af CTI-metodens øgede fokus på at inddrage borgerens netværk, så netværket kan være med til at støtte borgeren ved CTI-forløbets afslutning.

De resterende fire dimensioner (forpligtelser, fysisk sundhed og egenomsorg, misbrug og arbejde) er uforandrede fra start til afslutning af CTI-forløbet. Det skal her bemærkes, at både forpligtelser og misbrug scorer 9 fra start, hvilket indikerer, at borgerne ikke oplever store vanskeligheder på disse områder, og det er som beskrevet op til borgerne selv at udvælge de dimensioner, som de har behov for, at der skal fokuseres på i forløbet. Dimensionen arbejde scores dog til 5 både ved start og slut og er dermed den dimension, der scorer lavest ved den afsluttende måling. Dette skal ses i sammenhæng med, at størstedelen af borgerne i indsatsen står uden for arbejdsmarkedet og også gør det ved afslutningen af deres forløb. CTI-medarbejderne fortæller dog i de kvalitative interview om eksempler med borgere, der har arbejdet med beskæftigelse som et af borgerens mål, og om borgere, der er startet i uddannelse, praktik eller beskæftigelse undervejs eller efter deres CTI-forløb. For nogle borgere har det således været muligt at arbejde beskæftigelsesrettet,

men det er ikke noget, der slår igennem på det samlede billede for borgene i CTI-indsatsen. Ingen af dimensionerne på Recovery-stjernen er, i det samlede gennemsnit for alle borgere, gået tilbage i projektperioden.

Figur 5.6 Mental Health Recovery Star



Anm.: Stjernen er konstrueret på baggrund af gennemsnitsscoren for hver af stjernens 10 dimensioner for borgere ved henholdsvis opstart (N = 91) og ved afslutning (N = 80). Der er afrundet til hele point. Den grønne linje indikerer borgernes opstart, den blå linje indikerer borgernes seneste måling.

Kilde: Oplysninger fra Star Online.

6 Kvalitative vurderinger af arbejdet med CTI-metoden

I dette kapitel præsenteres de primære erfaringer, som CTI-medarbejdere og projektledere har gjort sig i afprøvningen af CTI-metoden over for borgere, der flytter fra botilbud eller indlæggelse til egen bolig. Erfaringerne er fremkommet under otte fokusgruppeinterview med CTI-medarbejdere og projektledere samt interview med fem projektledere.

Hovedresultaterne er:

- CTI-medarbejderne giver udtryk for, at de fleste borgere har profiteret af den intensive støtte, særligt i starten af forløbet, samt af fleksibiliteten i indsatsen.
- CTI-medarbejderne oplever, at det har været motiverende for borgerne at få en mere aktiv rolle i CTI-forløbet, end mange af dem har været vant til i den almindelige bostøtteindsats.
- CTI-metodens tidsafgrænsning og faseinddelingen har været motiverende for de fleste medarbejdere og borgere i forhold til at komme hurtigt i gang og nå så meget som muligt i forløbet. For nogle borgere har nedtrapningen af støtte samt det faktum, at indsatsen var afgrænset til 9 måneder, dog været en udfordring.
- CTI-medarbejderne fortæller om gode erfaringer med at afslutte borgernes forløb efter de 9 måneder. At kunne afslutte forløbet efter 9 måneder kræver ifølge CTI-medarbejderne, at medarbejderne fra starten af forløbet forbereder borgerne på forløbets afslutning, så det ikke kommer som en overraskelse for borgerne.
- CTI-medarbejderne oplever, at især borgere, der er "nye" i systemet (dvs. der er visiteret til § 85-bostøtte for første gang), har profiteret af det afgrænsede og målrettede forløb. Derudover vurderes borgere, der er relativt stabile/ikke oplever tilbagefald, at profitere mest af nedtrapningen i støtte og tidsafgrænsningen.
- Omvendt har borgere med personlighedsforstyrrelser, kognitive udfordringer og lav IQ været udfordret i forhold til at profitere af CTI-indsatsen.
- Ifølge CTI-medarbejdere og projektledere har samarbejde med forskellige aktører været vigtigt for at kunne opstarte, gennemføre og afslutte CTI-forløbene. Dette gælder særligt samarbejdet med den kommunale myndighed og samarbejdet med psykiatrien.
- Der er CTI-medarbejdere, der oplever, at det har været udfordrende at samarbejde med foreningslivet og andre civilsamfundsaktører i forhold til at etablere netværk for borgerne. Dette skyldes bl.a., at medarbejderne primært har været vant til at arbejde inden for de kommunale tilbud.
- CTI-medarbejderne oplever, at CTI-metoden har skærpet deres faglighed, særligt i forhold til at inddrage netværk tidligere i borgernes forløb og i forhold til at arbejde mere målrettet.

6.1 De fleste borgere profiterer af intensiv støtte

CTI-medarbejderne vurderer, at de fleste borgere har profiteret af den intensive støtte, der er tilgængelig i særligt første fase af CTI-forløbet. Det forhold, at CTI-medarbejderen har mere tid sammen med borgeren, bidrager til, at der hurtigere etableres en relation mellem borger og CTI-medarbejder. Den intensive støtte i starten af et forløb kan ifølge medarbejderne også være medvirkende til, at nogle presserende problemer kan håndteres hurtigere, hvilket giver ro og overskud til at få arbejdet med andre problemstillinger i forløbet. Dette er medvirkende til, at borgerne oplever, at der hurtigt sker noget i forløbet, hvilket ifølge CTI-medarbejderne kan bidrage positivt til

borgernes motivation og udvikling i forløbet. Derudover opleves tiden og fleksibiliteten at give mulighed for, at CTI-medarbejderen og borgeren kan tage nogle nødvendige og svære samtaler, uden at CTI-medarbejderen skal være opmærksom på, at samtalen skal kunne lukkes ned igen inden for relativt kort tid.

For nogle borgere kan den intensive støtte i første fase dog være for mange timer i forhold til, hvor meget støtte borgerne kan tage imod. For disse borgere giver de mange timer i CTI-forløbet dog mulighed for, at CTI-medarbejderen kan være fleksibel og tilgængelig for borgeren og på den måde tilpasse støtten til borgerens behov – eksempelvis i form af flere korte besøg, telefonkontakt, eller ved at CTI-medarbejderen kan komme tilbage en dag, hvor borgeren har mere overskud til at modtage støtte. En medarbejder fortæller eksempelvis om et forløb, hvor hun brugte det meste af tiden i første fase på at sidde på borgerens trappesten og vente på, at borgeren blev klar til at lukke hende ind. CTI-medarbejderen endte med at komme ind, og hun fortæller, at hun ikke tror, at det ville have lykkedes, hvis ikke hun havde haft de mange timer i første fase af forløbet til at være vedholdende og vente på, at borgeren var klar til at lukke hende ind og tage imod støtten. Medarbejderen fortæller:

Dér var fleksibiliteten altafgørende, at jeg kunne bruge så meget tid på at sidde der og sende sms'er og banke lidt på og sige: "Jeg er lige her".

Den intensive støtte i første fase giver således mulighed for, at medarbejderne kan være vedholdende og opsøgende i forhold til borgere, som det kan være svært at etablere en kontakt til. En anden medarbejder fortæller, at den meget tid i første fase har betydet, at hun har gjort ting sammen med borgerne, som hun ellers ikke ville gøre som bostøtte. Eksempelvis brugte CTI-medarbejderen en aften på at tage med en borger til et foredrag, der omhandlede borgerens psykiske lidelse.

6.2 Motivation og ejerskab

CTI-medarbejderne fortæller, at de oplever, at det har en betydning for borgernes motivation, at borgerne bliver inddraget mere i CTI-forløbet, end de er vant til i den almindelige bostøtteindsats. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at målene for forløbet er noget, de fastsætter i samarbejde mellem CTI-medarbejder og borger, og ikke noget, der kommer fra den kommunale myndighed. Dette giver både medarbejder og borger et ejerskab og ansvar i forhold til indsatsen, hvilket er i tråd med CTI-metodens empowerment-fokus. En medarbejder fortæller om erkendelsen af, at den fælles drøftelse af målene har en betydning:

Det har givet en forståelse, også for mig, at det altså er vigtigt, at det [målene] er noget, som man sidder og snakker sammen om.

Borgernes mulighed for at ændre indsatsens mål og fokus hver tredje måned opleves derudover at styrke deres inddragelse og ejerskab til indsatsen. Flere medarbejdere fortæller, at det er befriende at opleve, at borgerne kan komme mere på banen i CTI-forløbet, og at de som medarbejder ikke altid skal tage så meget styring, som de har været vant til som bostøtte under § 85.

Det forhold, at borgeren og medarbejderen udfylder Recovery-stjernen sammen, nævnes af flere medarbejdere også som noget, der giver borgeren mere ejerskab i forhold til egen indsats og udviklingen i hans/hendes forløb. Stjernen kan give anledning til at snakke om recovery som en naturlig proces i de op- og nedture, som borgeren oplever igennem forløbet. Derudover vurderer medarbejderne, at stjernen fordrer et fokus på borgernes ressourcer, hvilket bidrager positivt til at

motivere borgerne, fremfor i andre evalueringsværktøjer, der vurderes ofte at blive mere problemorienteret.

6.3 Skift i støtteperson kan sætte gang i udvikling

Mange af indsatsborgerne havde § 85-bøstøtte, før de blev inkluderet i CTI-indsatsen. CTI-medarbejdere og projektledere fortæller, at de oplever, at projektet har udfordret opfattelsen af, at det kan være svært for borgerne at gå fra en støtteperson til en anden støtteperson. Dette var en bekymring, som flere medarbejdere havde ved opstarten af projektet, fordi borgerne skulle have en ny støtteperson (CTI-medarbejderen), når de startede i et CTI-forløb. I projektet har flere medarbejdere og projektledere derimod erfaret, at skiftet i støtteperson kan blive en katalysator for en positiv udvikling hos borgerne. Medarbejdere fortæller, at dette har sat gang i refleksion hos dem i forhold til, om de nogle gange er overbeskyttende over for borgerne. Medarbejdere og projektledere oplever også, at det på medarbejderniveau kan være motiverende at have 9 måneder til at samarbejde med en borger, og så skal de være klar til at give borgeren videre til en anden støtteperson eller støttenetværk.

Der er dog også erfaringer med borgere, der har haft det meget dårligt og/eller har haft en oplevelse af at have haft en særlig relation til enten deres CTI-medarbejder eller den støtteperson, de havde inden deres CTI-forløb. For disse borgere kan det opleves som udfordrende at skulle overgå til en ny støtteperson. Medarbejderne forsøger her at forberede borgeren bedst muligt på skiftet og fokusere på de fordele, der kan være i at skifte støtteperson, eksempelvis muligheden for at kunne fortælle sin egen historie på en ny måde.

6.4 Nedtrapning i støtte kan være udfordrende

Overordnet vurderes faseinddelingen, der foreskriver en løbende nedtrapning i støtte, at have været motiverende for både medarbejdere og borgere i forhold til at komme hurtigt i gang og nå så meget som muligt i de enkelte faser af borgernes forløb.

CTI-medarbejderne fortæller dog om tilfælde, hvor det har været svært at nedtrappe borgernes støtte som foreskrevet i CTI-metoden. Dette har eksempelvis været tilfældet, hvis en borger har haft behov for mere eller tilsvarende støtte i anden fase, som de havde i første fase. Hvis eksempelvis medarbejderen har været nødt til at bruge meget lang tid til at etablere kontakt til borgeren, eller hvis borgeren ikke har kunnet tage imod den planlagte støtte i første fase, og borger og medarbejder derfor først kommer i gang med at arbejde med de forskellige ting i anden fase, hvor der er mindre tid end i første fase. En forsinket opstart eller længere perioder, hvor borgeren har svært ved at tage imod støtte, fx pga. depressive perioder, kan også betyde, at det bliver svært at nedtrappe borgernes støtte til det planlagte niveau i tredje fase. Dette er blevet oplevet som frustrerende for CTI-medarbejderne, fordi hensynet til at følge CTI-metoden i disse tilfælde har synes at være i modstrid med at imødekomme borgerens støttebehov. Generelt vurderes en del af borgerne at være kendetegnet ved en svingende udvikling, eksempelvis pga. tilbagefald pga. deres psykiske udfordringer, hvilket kan gøre det svært at arbejde med den løbende nedtrapning af støtte i CTI-forløbet.

6.5 Afgrænsede forløb kræver forberedelse

For alle CTI-medarbejderne i dette projekt har det været nyt at arbejde med målgruppen i forløb, der var afgrænset til 9 måneder. CTI-medarbejderne fortæller om gode erfaringer med at afslutte borgernes forløb efter de 9 måneder. I tre af projektkommunerne fortæller de, at deres generelle oplevelse er, at det har været uproblematisk at afslutte borgernes forløb efter 9 måneder. Dette hænger, ifølge CTI-medarbejderne, sammen med, at de har forberedt borgerne på afslutningen fra starten af deres CTI-forløb. En medarbejder fortæller, at udfordringen ligger i at forberede afslutningen af borgernes forløb og at gøre borgerne klar til at skifte til anden støtteperson, mere end det handler om, at det reelt er svært for borgerne at skifte støtteperson. Borgerne oplever tværtimod afslutningen som okay, hvis de har været forberedt på den. For nogle borgere kan afslutningen decideret være en positiv oplevelse, fordi de oplever, at afslutningen er et skridt videre for dem, at de skal overgå til anden støtte. Denne oplevelse kan styrkes ved, at CTI-medarbejderen tydeliggør de forandringer og mål, som borgeren har opnået i sit forløb, eller ved at markere afslutningen af borgerens forløb ved fx at tage på café eller købe en lille personlig gave til borgeren. Det er CTI-medarbejdernes oplevelse, at det bidrager til, at borgeren ser forløbet og sin udvikling som noget, han/hun har udrettet. I den fjerde af kommune er der derimod en oplevelse af, at overgangen til anden støtte er udfordrende for de fleste af borgerne, og at dette også gælder for borgere, der har oplevet progression og har taget ejerskab for deres forløb.

I alle kommunerne er der dog CTI-medarbejdere, der fortæller om erfaringer med borgere, der har oplevet det som utrygt at skulle afslutte sit forløb og overgå til evt. ny støtteperson. Det er CTI-medarbejdernes erfaring, at denne utryghed kan imødekommes ved at tale med borgerne og være lydhør over for, at de kan opleve overgangen som svær, og derudover sikre en god overlevering til det nye støttenetværk.

6.6 Hvilke borgere profiterer mest af CTI-metoden?

Det er CTI-medarbejdernes erfaring, at dele af målgruppen har bedre forudsætninger for at profitere af et CTI-forløb, mens andre har sværere forudsætninger for at profitere af et forløb. CTI-medarbejderne fortæller, at borgere, der er visiteret til bostøtte under § 85 for første gang eller på anden måde er "nye" i systemet, har oplevet særligt gode resultater i deres CTI-forløb. Disse borgere opnår hurtigere en motivation og tro på egne evner og profiterer ofte af det afgrænsede og målrettede forløb. Derudover oplever medarbejderne, at borgerne med det højeste funktionsniveau ofte er mere motiverede i forhold til CTI-forløbet. Endelig vurderes det tidsafgrænsede forløb og faserne i CTI-forløbet at give de bedste betingelse for borgere, der ikke oplever tilbagefald i deres forløb.

Derimod er det flere medarbejders opfattelse, at nogle borgere med personlighedsforstyrrelser, kognitive udfordringer og lav IQ kan være udfordret i forhold til at profitere af et CTI-forløb. Disse borgere kan have svært ved at reflektere over egen situation, sætte sig mål og holde fokus, hvilket kan udgøre en hindring i forhold til at profitere af indsatsen. En medarbejder udtrykker det således:

Hvis man ikke kan reflektere fremad, så er det svært at sætte sig nogle mål.

Derudover kan borgere med personlighedsforstyrrelse have en svingende sindsstemning og ustabil hverdag, der gør, at der ofte opstår akutte udfordringer, som ligger uden for det valgte fokusområde. Desuden oplever medarbejderne, at borgere med personlighedsforstyrrelser kan have svært ved at rumme de skiftende relationer fra én bostøtte før indlæggelse til en CTI-medarbejder og til en evt. ny bostøtte efter CTI-forløbets afslutning. Medarbejderne fortæller dog også om eksempler

med borgere med personlighedsforstyrrelse, for hvem strukturen med rammesætningen og den skarpe faseinddeling i CTI-forløbet har fungeret rigtig godt. Billedet af, at denne del af målgruppen kan have svært ved at profitere af et CTI-forløb, er derfor ikke entydigt.

Til trods for ovenstående udfordringer i forhold til at arbejde med CTI-metoden for dele af målgruppen, så giver CTI-medarbejderne udtryk for, at mange af de mest udfordrede borgere også flytter sig rigtig meget i deres CTI-forløb. Denne udvikling kan eksempelvis vise sig i form af øget selvforståelse eller erkendelse hos borgerne. At disse borgere også udvikler sig skyldes, ifølge flere CTI-medarbejdere, at fleksibiliteten i CTI-forløbene har tilgodeset dem, der har været mest udfordret. Den mest udfordrede del af målgruppen er også dem, der ifølge medarbejderne fortsat vil have behov for støtte efter CTI-forløbet.

6.7 Recovery-stjernen som arbejdsredskab

Recovery-stjernen er ikke som udgangspunkt knyttet til CTI-metoden, men som beskrevet benyttes Recovery-stjernen i denne undersøgelse som dokumentationsredskab. CTI-medarbejderne oplever, at Recovery-stjernen har været et brugbart redskab, der har været med til at synliggøre en udvikling for borgerne, hvilket har virket motiverende for mange borgere. Stjernen ses også som brugbar, fordi den sikrer, at CTI-medarbejderen kommer omkring alle de 10 emner, hvoraf flere af dem ikke er nogen, de nødvendigvis var kommet omkring ellers, og på den måde afdækkes eventuelle blinde vinkler for både borger og medarbejder. En medarbejder fortæller:

Når de [borgerne] får stjernen i hånden og begynder at tale om de ting, som de måske aldrig har sat ord på tidligere. Så går det pludselig op for dem, at de har nogle mønstre eller adfærd eller udfordringer, som de egentlig bare har lagt låg på. (...) Derfor er stjernen et godt arbejdsredskab, fordi man snakker om ting, som borgeren normalt ikke får sat ord på.

Medarbejdernes erfaring er dog, at borgerne skal kunne reflektere for at kunne vurdere sig selv i forhold til stjernens dimensioner. For nogle borgere, særligt borgere, der har kognitive udfordringer eller har det meget dårligt psykisk, opleves Recovery-stjernen for kompleks og abstrakt til, at borgerne har kunnet forstå og få noget ud af at skulle placere sig selv på stjernens 10 dimensioner.

En del medarbejdere oplever, at stjernen også har bidraget til at skærpe medarbejdernes opmærksomhed på at komme hele vejen rundt om borgerens liv, og flere medarbejdere oplever, at Recovery-stjernen også har været et godt internt redskab i forhold til at dokumentere deres arbejde. Der er dog også medarbejdere, der påpeger, at Recovery-stjernen ikke kan indfange nogen mindre udviklinger hos borgerne, eksempelvis at borgerne lærer at sige fra, noget som en del borgere er udfordret af, opleves som svært at placere inden for stjernens 10 dimensioner. Endelig påpeges det, at en tilbagegang på stjernen kan dække over, at en borger har udviklet sig ved eksempelvis at have erkendt omfanget af egne udfordringer på et område. Det er derfor vigtigt at være opmærksom, når man tolker på borgernes udvikling på stjernen, at det, der ser ud som en tilbagegang, kan dække over, at borgeren har fået en større erkendelse på et område.

6.8 Tæt samarbejde med relevante samarbejdspartnere

Samarbejde med flere relevante aktører har ifølge CTI-medarbejderne været vigtigt for at kunne opstarte, gennemføre og afslutte CTI-forløbene. I forhold til at opstarte CTI-forløbene har det været afgørende, at borgere i målgruppen er blevet henvist til indsatsen. Det har enten været den

kommunale myndighed, en medarbejder et sted i forvaltningen eller en samarbejdspartner, fx på psykiatrisk afdeling, der har henvist borgere til CTI-indsatsen. Herefter er det den kommunale myndighed, der står for at visitere borgere til CTI-forløbet. I nogle kommuner har CTI-medarbejderne lavet en aftale med medarbejdere i behandlingspsykiatrien om, at de skal give besked til CTI-projektet, hvis de bliver opmærksom på en borger, der kunne være i målgruppen for projektet. I andre kommuner har man valgt at placere myndighedspersonen på psykiatrisk afdeling et par dage om ugen for på den måde at være mere synlig for projektets samarbejdspartnere i psykiatrien. CTI-medarbejderne vurderer, at det har været afgørende for at komme i kontakt med målgruppen, at myndighedspersonen har været opsøgende i forhold til at finde borgere i målgruppen og gøre opmærksom på indsatsen over for de relevante fagpersoner og samarbejdspartnere. De projektkommuner, der vurderer at have haft et godt samarbejde med deres kommunale myndighedsperson, har oplevet færrest udfordringer i forhold til at få borgere ind i projektet.

Overordnet set har projektkommunerne oplevet, at det har været en udfordring at få gjort opmærksom på projektet og bevare denne opmærksomhed igennem projektperioden. Medarbejderne fortæller, at deres samarbejdspartnere og kollegaer i den kommunale forvaltning syntes, at CTI-projektet var spændende i starten, men pludselig forsvandt nyhedsværdien, og så glemte de relevante samarbejdspartnere projektet. CTI-medarbejdere og projektledere vurderer, at projektet har lidt under at være ét blandt mange projekter, både i kommunerne og i psykiatrien, og projektmedarbejderne har derfor været nødt til at rejse opmærksomhed omkring indsatsen igennem hele projektperioden for at få borgere fra målgruppen ind i indsatsen.

Et andet område, hvor samarbejde med relevante aktører har været vigtigt, er i forhold til at etablere netværk omkring borgerne. CTI-medarbejderne oplever, at det store fokus på netværk er en styrke ved CTI-metoden, men i praksis har de oplevet, at det har været udfordrende, fordi de i flere kommuner ikke har været vant til at tænke netværk bredere end inden for psykiatrien og de kommunale tilbud. Der er derfor CTI-medarbejdere, der oplever, at det har været en udfordring for dem at samarbejde med foreningslivet og andre civilsamfundsaktører i forhold til at etablere netværk for borgerne, fordi de har været vant til at tænke og arbejde inden for de kommunale tilbud, inden for bostøtteområdet.

6.9 CTI-metoden giver gode rammer for medarbejdernes faglighed

CTI-medarbejderne oplever, at CTI-metoden har givet gode betingelser for deres faglighed som bostøtte-medarbejdere. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at medarbejderne har mere tid til den enkelte borger i CTI-forløbet, og de har derfor mere tid til at anvende deres faglighed, eksempelvis ved at gå mere i dybden med forskellige ting, der fylder for den enkelte borger. Derudover oplever medarbejderne, at CTI-metoden har skærpet og også udfordret deres faglighed. Her fremhæver medarbejderne særligt fokuset på at inddrage netværk tidligere i borgernes forløb, og at forløbet er mere målrettet, end de har været vant til i den almindelige bostøtteindsats. Medarbejderne oplever, at CTI-metoden udfordrer deres faglighed, at der ikke er en bestilling med mål fra den kommunale myndighed, der skal følges, men at de i CTI-forløbet hele tiden skal tage udgangspunkt i det, der fylder for borgeren lige nu og her. Derudover opleves det som positivt, at de som medarbejdergruppe arbejder ud fra en fælles metode.

6.10 CTI-forløbets afslutning

CTI-medarbejderne fortæller, at det er forskelligt, hvilken støtte borgerne overgår til efter deres CTI-forløb. Størstedelen af borgerne vurderes at overgå til bostøtte under § 85. Derudover er nogle borgere visiteret til hjemmehjælp, nogle til mentor og nogle borgere er afsluttet uden kommunal støtte, men til det personlige støttenetværk, der er etableret omkring borgerne. Det er borgerens konkrete behov, der er afgørende for, hvad borgeren afsluttes til, og for hvor lang tid de visiteres til den nye støtte.

Medarbejderne understreger, at det er vigtigt, at borgerne visiteres til et passende støtteniveau efter deres CTI-forløb. Visiteres borgerne til et for højt støtteniveau, er der risiko for, at man tager den ansvarsfølelse, som man har oparbejdet i CTI-forløbet, fra dem igen. Som følge af, at en relativt stor andel af borgerne afsluttes til § 85-bostøtte, stiller en projektleder spørgsmålstegn ved, om projektkommunerne har været gode nok til at støtte borgerne i en overgang til andre tilbud, der kunne være relevante for målgruppen. Dette skal dog ses i lyset af, at CTI-medarbejderne i et par af kommunerne efterlyser relevante tilbud at henvise borgerne til, som borgerne kunne deltage i, uden at det krævede, at de skulle visiteres til dem. Fra en af kommunerne fortæller medarbejderne derimod, at der er flere relevante tilbud, hvor borgerne kan komme uden at være visiteret. Der er således forskelle kommunerne imellem i forhold til, hvilke tilbud der er tilgængelige for borgere i målgruppen. Dette vurderes at være afgørende for CTI-medarbejdernes mulighed for at afslutte en del af målgruppen til anden støtte end § 85-bostøtte.

CTI-medarbejderne fortæller, at en særlig udfordring i forhold til at nå at etablere et støttenetværk omkring borgeren er, hvis det planlagte støttenetværk viser sig ikke at fungere, og der derfor skal bruges tid på at identificere og etablere et nyt støttenetværk omkring borgeren. I de tilfælde, hvor det ikke er lykkedes at etablere et støttenetværk omkring borgeren, må CTI-medarbejderen overlevere borgeren til borgerens nye støtteperson, der hvor han/hun er nået til.

Af de borgere, der afsluttes uden ny kommunal støtte efter deres CTI-forløb, vurderes en del at være kendetegnet ved, at de har deres første erfaring med behandlingspsykiatrien, og at de ikke tidligere har modtaget støtte. Disse borgere skal, ifølge CTI-medarbejderne, "bare vendes i døren". Borgere, der kan klare sig uden kommunal støtte efter CTI-forløbet, kan også være kendetegnet ved et stabilt netværk eller ved at være afklaret og have indsigt i deres egne ressourcer og have strategier i forhold til at kunne håndtere deres udfordringer. At borgerne har et netværk omkring sig og/eller har nogle ressourcer og en motivation i forhold til at ændre deres egen situation, ses således som afgørende for, at borgerne vurderes at kunne afsluttes uden kommunal støtte.

7 Økonomi i indsatsen

I dette kapitel ser vi nærmere på omkostningerne forbundet med henholdsvis CTI-forløbene i forsøgsgruppen og de tilsvarende § 85-bøstøtteforløb i kontrolgruppen. Vi beskriver dels etableringsomkostninger i forhold til at iværksætte CTI-indsatsen i forsøgskommunerne, dels driftsomkostninger, som sammenlignes for de to grupper. Vi undersøger dels driftsomkostningerne i løbet af de første 9 måneder, dels i løbet af det følgende år (dvs. fra 10-21 måneder efter forløbets opstart). Som i de tidligere analyser har vi forholdsvis få observationer for kontrolgruppen samt for den opfølgende periode. Vi fokuserer derfor primært på omkostningerne for CTI-gruppen i løbet af de første 9 måneder.

Hovedresultaterne er:

- Etableringsomkostningen for CTI-indsatsen er i gennemsnit 129.100 kr.
- 9 måneders CTI-indsats koster i gennemsnit 51.000 kr. pr. borger. 9 måneders § 85-bøstøtteindsats koster i gennemsnit 59.000 kr. pr. borger.
- Driftsomkostningen for CTI-indsatsen er dermed i gennemsnit 8.000 kr. lavere end driftsomkostningen for § 85-bøstøtte.
- Forskellen i driftsomkostninger kan primært forklares af færre længerevarende indlæggelser i CTI-gruppen end i kontrolgruppen. Når vi fratrækker omkostninger for indlæggelser, koster et 9-måneders CTI-forløb i gennemsnit 48.600 kr. og et 9-måneders kontrolforløb i gennemsnit 47.000 kr.
- Driftsomkostningen i året efter indsatsen er i gennemsnit 34.000 kr. for CTI-borgerne og 30.000 kr. for borgerne i kontrolgruppen. Disse tal er dog behæftet med stor usikkerhed grundet få observationer.
- Alt i alt har den gennemsnitlige udgift for 21 måneders indsatser, der starter med CTI, været godt 85.000 kr., mens den gennemsnitlige udgift for de tilsvarende 21 måneder for kontrolforløbene har været godt 89.000 kr. Samlet set koster CTI og kontrolgruppeforløbene dermed ca. det samme.
- Som vist i kapitel 5 er der tendenser til, at borgerne i CTI-gruppen udvikler sig mere positivt end borgerne i kontrolgruppen. Selvom resultaterne er forbundet med usikkerhed, indikerer de, at CTI-indsatsen er mere omkostningseffektiv (giver mere effekt for pengene) end § 85-bøstøtte.
- Alle tal om driftsomkostninger skal dog ses i sammenhæng med, at der er betydelig variation fra borger til borger, som har at gøre med, om der er tale om indlæggelser. De står i flere tilfælde for langt den største del af udgiften.

7.1 Økonomisk analyse

Denne økonomiske analyse bygger på en særlig registrering blandt projektlederne i forsøgskommunerne af kommunale og regionale udgifter til indsatser for borgerne i hhv. CTI-gruppen og kontrolgruppen. For CTI-indsatsen har vi beregnet både etableringsomkostninger og driftsomkostninger, imens kun driftsomkostninger indgår for § 85-bøstøtteforløb (da denne indsats allerede var etableret i kommunerne).

7.2 Etableringsomkostninger for CTI-indsatsen

Etableringsomkostninger er alle de omkostninger, som opstår, når en kommune begynder at tage CTI-metoden i brug. Det kan fx dreje sig om uddannelse i CTI-metoden, etablering af projektledelsesstruktur samt øvrige organisatoriske forhold. Etableringsomkostningerne omfatter primært løn til de medarbejdere, der har været beskæftiget med at få etableret projektet, men også omkostninger for materialer, forplejning, mødelokaler og transport. Projektkommunernes omkostninger ved at etablere projektet er blevet registreret af projektlederne på et særligt skema ved forsøgets start.

Tabel 7.1 viser nettoudgifterne til etablering af CTI-indsatsen i de fem kommuner. Gennemsnittet på tværs af de fem kommuner var på 129.100 kr. Gennemsnit for bruttoudgiften (hvor udgifter til VIVEs evaluering var medregnet) var 181.600 kr.

Tabel 7.1 Etableringsudgifter for CTI-indsatsen i alt og pr. indbygger i de fem forsøgskommuner. Kr.

Kommune	Etableringsudgifter	
	Netto	Brutto
1	74.870	110.350
2	100.703	105.950
3	289.417	315.847
4	53.592	64.948
5	127.135	310.890

Kilde: Etableringsskemaer.

Som det fremgår af tabel 7.1, har en af kommunerne en markant højere etableringsomkostning end de øvrige fire kommuner. Denne kommune har især markant højere udgifter til løn i etableringsperioden end de øvrige kommuner.

7.3 Driftsomkostninger for CTI-indsatsen og for § 85-bostøtteforløb

Driftsomkostninger er de omkostninger, der er nødvendige for at yde en indsats til en borger, uafhængigt af om indsatsen starter nu eller allerede er etableret. Vi sammenligner driftsomkostningerne for 9 måneders forløb i CTI- og kontrolgruppen. Driftsomkostningerne er blevet registreret på borgerniveau og omfatter direkte omkostninger til hhv. CTI eller § 85-bostøtte samt udgifter til en række kommunale servicere, herunder fx hjemmehjælp, § 101 merudgiftsydelse, § 103 beskyttet beskæftigelse samt akut overnatning på botilbud. Endelig omfatter driftsskemaerne udgifterne til behandling i psykiatrien, enten det er som døgnpatient, dagpatient eller ambulant behandling. Skemaerne er blevet opdateret løbende, mens projektet foregik, og der er blevet indsendt kopi til VIVE hver tredje måned. De sidst indkomne skemaer er fra december 2017.⁵

Tabel 7.2 viser gennemsnitlige driftsomkostninger for hhv. 9 måneders CTI-forløb og 9 måneders § 85-bostøtte. Vi har registreringer for 81 CTI-forløb og 75 kontrolforløb, i alt 156 forløb. 9 måneders § 85-bostøtte koster i gennemsnit godt 59.000 kr., og et 9 måneders CTI-forløb koster i gennemsnit godt 51.000 kr. Driftsomkostningerne for CTI-forløbene er dermed i gennemsnit ca. 8.000 kr. lavere end driftsomkostningerne for § 85-bostøtteforløbene. Dette resultat er overraskende, idet tanken bag CTI-indsatsen er at give en intensiv indsats i 9 måneder, således at der er behov for en mindre indsats i den efterfølgende tid. Der er en betydelig variation mellem udgifterne til såvel CTI-forløb som kontrolforløb, som primært skyldes, at udgifter til indlæggelser gør enkelte af forløb-

⁵ Med undtagelse af Greve Kommune, som er gået ud af forsøget på dette tidspunkt.

bene langt dyrere end det almindelige niveau. Disse indlæggelser er af meget forskellig længde og forekommer både i CTI- og kontrolforløb. Grundet anonymiseringshensyn er det ikke muligt at redegøre for omkostninger i forbindelse med indlæggelser i detaljer, men i gennemsnit var prisen for en indlæggelse hhv. 39.500 kr. i CTI-gruppen og 78.000 kr. i kontrolgruppen. Når vi fratrækker omkostninger for indlæggelser, koster et CTI-forløb i gennemsnit 48.600 kr. og et kontrolforløb 47.000 kr.

Tabel 7.2 Driftsomkostninger for 9 måneders hhv. CTI-forløb og § 85-bøstøtteforløb. Kr.

	Kommune					
	1	2	3	4	5	I alt
Antal CTI-forløb	2	24	20	13	22	81
Antal kontrolforløb	0	11	13	8	43	75
Middel udgift for CTI perioden på 9 mdr.	43.055	42.625	62.708	49.732	51.090	51.034
Middel udgift for kontrol i de 9 første mdr.	-	41.073	95.601	55.150	39.655	59.014
CTI 9 mdr. minus kontrol 9 mdr.	-	1.553	-32.893	-5.418	11.435	-7.980

Kilde: Driftsskemaer.

7.4 De langsigtede økonomiske konsekvenser af CTI og § 85-bøstøtte

Ud over driftsomkostningerne for de første 9 måneders indsats omfatter registreringsskemaerne endvidere udgifterne for de deltagende borgere i de 12 måneder, der følger efter. Det betyder, at vi kan evaluere de mere langsigtede økonomiske konsekvenser af hhv. CTI og sædvanlig § 85-bøstøtte. Tanken bag CTI er jo, at borgeren skal blive mere selvhjulpne efter deltagelse i et CTI-forløb, og derfor er der grund til at forvente mindre udgifter i CTI-gruppen end i kontrolgruppen i de følgende 12 måneder, hvor indsatsen kan have gjort borgeren bedre i stand til at klare sig uden.

Når vi ser på de 12 måneder efter de 9 måneders hhv. CTI og § 85-forløb, har driftsudgifterne for CTI-borgerne i gennemsnit været næsten 34.000 kr., imens driftsudgifterne for kontrolborgerne har været godt 30.000 kr. (beregningssmåden fremgår af bilag 2, bilagstabel B2.1). Lidt uventet har altså driftsudgifterne for CTI-borgerne været lidt højere (ca. 4.000 kr.) end udgifterne for kontrolgruppen. Dette tal er dog behæftet med usikkerhed grundet få observationer.

Som tidligere beskrevet har den gennemsnitlige driftsudgift for de 9 måneders CTI-indsatser været godt 51.000 kr., mens den gennemsnitlige udgift for de tilsvarende 9 måneder for kontrolforløbene har været godt 59.000 kr.

Alt i alt har den gennemsnitlige udgift for 21 måneders indsatser, der starter med CTI, dermed været godt 85.000 kr. (51.000 kr. + 34.000 kr.), mens den gennemsnitlige udgift for de tilsvarende 21 måneder for kontrolforløbene har været godt 89.000 kr. (59.000 kr. + 30.000 kr.).

Samlet set har omkostningerne for CTI været ca. 4.000 kr. lavere end omkostningerne for sædvanlig § 85-bøstøtte set over en 21-måneders periode. Der er dermed ingen større forskelle mellem omkostningerne for CTI og omkostningerne for § 85-bøstøtte. Som vist i kapitel 5 er der dog indikationer på, at CTI-indsatsen har større positive konsekvenser for borgerne. Selvom samtlige tal er behæftede med usikkerhed, er der dermed tegn på, at CTI-indsatsen samlet set er mere omkostningseffektiv (giver mere effekt for pengene) end § 85-bøstøtte.

8 Fidelitetsmåling

For at kunne sandsynliggøre, at forbedringer i borgernes levevilkår (jf. kapitel 5) er forårsaget af CTI-indsatsen, er det centralt at kunne påvise, at metoden er implementeret med en høj grad af fidelitet. Vi undersøger derfor, hvor loyale kommunerne har været i implementeringen af CTI-metoden i dette kapitel. Fideliteten monitoreres primært via de CTI-skemaer, som CTI-medarbejderen udfylder i forbindelse med CTI-forløbet. Derudover anvender vi kvalitative data fra de løbende fokusgruppeinterview med CTI-medarbejdere og projektledere samt interview med projektledere til at nuancere fideliteten i projektet.

Hovedresultaterne er:

- Overordnet set er CTI-metoden implementeret med en høj grad af fidelitet for de fleste af de undersøgte kerneelementer.
- For 84 pct. af borgerne blev der afholdt fysiske møder i kontaktskabelsesfasen.
- I gennemsnit har de tre CTI-faser haft 3 måneders varighed, og indsatsens intensitet er blevet nedtrappet henover faserne.
- I 74 pct. af forløbene er der, i samarbejde med borgeren, lavet en aktivitetsplan for borgerens forløb. I 93 pct. af tilfældene er borgeren selv kommet med forslag til aktivitetsplanens indhold, og for 91 pct. af de borgere, der har en aktivitetsplan, er planen evalueret sammen med borgeren i anden fase.
- Der bliver taget kontakt til og lavet aftaler med relevante tilbud og støttepersoner som foreskrevet i metoden. Der sker dog et fald i andelen af forløb, hvor det er borgeren, der primært har stået for at etablere kontakten, fra fase 1 til fase 2. Denne udvikling er modsat forskrifterne i CTI-metoden, hvor borgeren skal blive mere selvstændig henover faserne.
- For de fleste forløb bliver der udviklet en langsigtet plan for borgerne, når forløbet stopper efter 9 måneder. For de borgere, der ikke har udarbejdet en langsigtet plan, skyldes dette ofte, at borgeren selv har et ønske om at være selvstændig eller ikke har behov for støtte. Derudover overgår mange borgere til § 85-bøstøtte. For disse borgere er der derfor ikke behov for en (anden) langsigtet plan.

8.1 Etablering af kontakt med borgeren

Før CTI-forløbet begynder, er der en kontaktskabelsesfase, hvor CTI-medarbejderen holder indledende møder med borgeren (jf. kapitel 2). Tabel 8.1 viser antallet af fysiske møder mellem CTI-medarbejder og borger i kontaktskabelsesfasen. Hovedparten af borgerne har haft mindst et indledende møde med en CTI-medarbejder, men 16 pct. af borgerne har ikke haft et indledende fysisk møde som foreskrevet. Dette skal ses i relation til, at målgruppekriteriet for de borgere, der kom fra indlæggelse på psykiatrisk afdeling, blev ændret fra længerevarende eller gentagne indlæggelser⁶ til 3 dages indlæggelse ca. 3 måneder inde i projektet (andet kvartal 2015) (jf. kapitel 1). CTI-medarbejderne fortæller i de kvalitative interview, at de oplevede, at det var svært at nå at møde borgerne, mens borgerne stadig var indlagt, under det oprindelige målgruppekriterium. Da kriteriet blev ændret til 3 dages indlæggelse, blev det nærmest umuligt for CTI-medarbejderne at nå at mødes med borgerne, inden de blev udskrevet fra psykiatrisk afdeling. Derved bortfaldt kontaktskabelsesfasen for den del af målgruppen, der kom fra indlæggelse, i størstedelen af projektperioden.

⁶ Det oprindelige kriterium i forhold til indlæggelse var, at borgerne fra indlæggelse måtte have været indlagt på døgnafdeling mindst to gange af hver en uges varighed inden for det seneste halve år eller have været indlagt i en længerevarende periode af mindst en måneds varighed.

Forud for opstarten af CTI-forløbet har borgerne i gennemsnit haft 2,2⁷ fysiske møder med en CTI-medarbejder. 24,2 pct.⁸ af CTI-medarbejderne angiver, at de, som led i det kontaktskabende arbejde, har lavet aktiviteter med borgeren ud over de fysiske møder. Generelt er forskrifterne for den indledende kontaktskabelsesfase dermed overholdt.

Tabel 8.1 Opgørelse over antal fysiske møder mellem CTI-medarbejderen og borgeren i kontaktskabelsesfasen. Procent

Antal møder	Procent
0	16,1
1	33,3
2	21,5
3	11,8
4	6,5
5 eller flere	10,8

Anm.: N = 93.

Note: Der var kun få respondenter, der havde angivet fem eller flere fysiske møder, og derfor er disse slået sammen til kategorien "fem eller flere".

Kilde: CTI-skemaer.

I kontaktskabelsesfasen er de hyppigst anvendte kontaktformer først og fremmest de førnævnte fysiske møder. Derudover anvendes oftest telefonisk kontakt og derefter kontakt via SMS. Ingen af CTI-medarbejderne har angivet, at de har anvendt e-mail som kontaktform.

CTI-medarbejderne fortæller i de kvalitative interview, at deres erfaring er, at kontaktskabelsesfasen har været vigtig for at lave en god overlevering af borgeren til CTI-medarbejderen. Et eller flere indledende møder er, ifølge CTI-medarbejderne, med til at give borgeren en ro og vished i forhold til, hvad der skal ske i CTI-forløbet. Uden kontaktskabelsesfasen vurderes der derimod at være en risiko for, at en stor del af første fase går med at spore sig ind på, hvad det er, der skal nås i forløbet. En CTI-medarbejder fortæller:

Så kan man godt bruge den første måned på at finde ud af, hvad det nu er, man skal, og hvor er borgeren nu havnet henne i alt det her.

8.2 Tidsafgrænsning og faseinddeling

Et kerneelement i CTI-metoden er, at forløbet er opbygget af tre faser af hver 3 måneders varighed. Tabel 8.2 viser den gennemsnitlige varighed ved henholdsvis overgangen til anden og tredje fase samt den gennemsnitlige varighed af de samlede forløb. Det fremgår, at faserne har en gennemsnitlig varighed på omkring 3 måneder. Varigheden af det samlede forløb følger ligeledes forskrifterne, da et CTI-forløb i gennemsnit varer lidt under 9 måneder (8,6 måneder).

⁷ N = 93.

⁸ N = 91.

Tabel 8.2 Antal måneder, som borgerne har været i CTI-forløb ved faseovergange. Gennemsnit

Antal måneder i forløb (gennemsnit)	
Overgang mellem første og anden fase	3,1
Overgang mellem anden og tredje fase	6,2
Varighed af hele CTI-forløbet	8,6

Anm.: N = 58, N = 54 og N = 59.

Note: Gennemsnittene er opgjort på baggrund af alle respondenter, og der er derfor ikke taget hensyn til, at nogle har afsluttet forløbet før tid. Blandt dem, der har angivet at have afsluttet CTI-forløbet før tid, er den gennemsnitlige varighed af forløbet 5,8 måneder (N = 7).

Kilde: CTI-skemaer.

I 13⁹ tilfælde har CTI-medarbejderen angivet, at forløbet er afsluttet før de 9 måneder. Af anonymiseringshensyn er det ikke muligt at vise afsluttede CTI-forløb fordelt på begrundelser for afslutning, men en af de hyppigste årsager er, at borgeren og CTI-medarbejderen har vurderet, at borgeren har behov for anden form for støtte end CTI-forløbet.

CTI-medarbejderne fortæller i de kvalitative interview, at de har oplevet, at CTI-forløbets tidsbegrænsning og faseinddelingen, der foreskriver en løbende nedtrapning i støtte, har skærpet medarbejdernes fokus i forhold til, hvad det er, der skal nås i de enkelte faser af borgernes forløb. Ifølge medarbejderne betyder tidsafgrænsningen, at de som støttepersoner tidligere i forløbet eksempelvis begynder at tænke på, hvordan de kan inddrage borgernes netværk, fordi de ved, at de kun har 9 måneder til at arbejde sammen med borgeren. Ifølge CTI-medarbejderne har tidsafgrænsningen også virket motiverende for en del af borgerne i forhold til at komme i gang i første fase, hvor de får mest støtte, og bruge den tid, der er til rådighed, bedst muligt. En medarbejder siger:

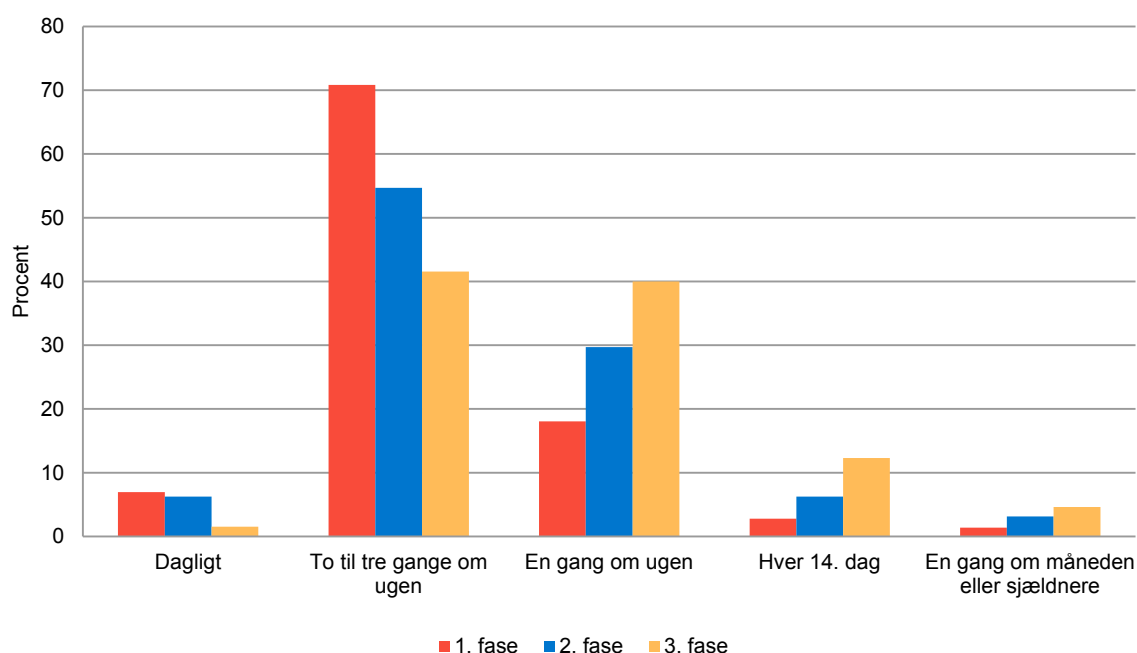
På den måde får de [borgerne] mere ejerskab af at vide, at forløbet er tidsbegrænset, så de bliver nødt til at få det bedst mulige ud af støtten. Ellers tænker man bare, at man bliver forlænget om et år, og så tager man det til den tid.

8.3 Omfang af kontakt

Et andet kerneelement ved CTI-metoden er, at intensiteten mindskes henover de tre faser. Intensiteten af kontakten mellem borgeren og CTI-medarbejderen er bl.a. målt ved, at CTI-medarbejderen har angivet hyppighed af de gennemsnitlige antal fysiske møder og aktiviteter for hver af de tre faser. Af figur 8.1 fremgår det, at kontakt til og aktiviteter med borgeren har været mest intensiv i første fase (røde søjler), hvor 78 pct. af CTI-medarbejderne har haft kontakt eller lavet aktiviteter med borgerne mere end en gang om ugen. I anden fase (blå søjler) er andelen 61 pct. Generelt er tendensen, at intensiteten mindskes henover de tre faser, og dermed er dette kerneelement implementeret med en høj grad af fidelitet.

⁹ N = 68.

Figur 8.1 Hyppighed af fysiske møder og/eller aktiviteter med borgeren henover de tre faser. Procent



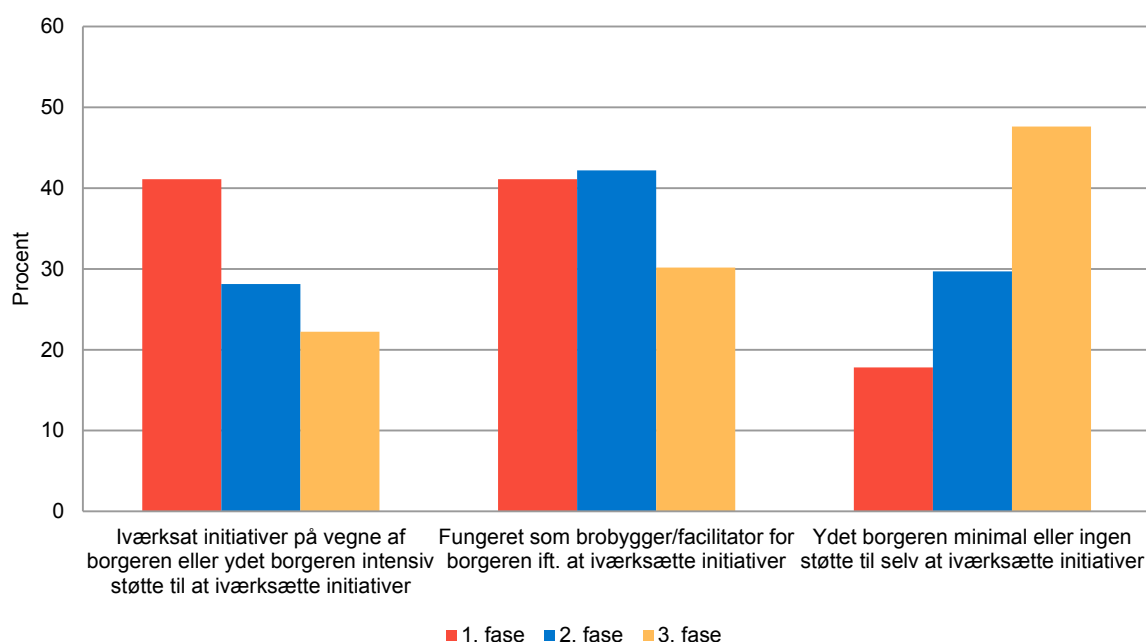
Anm.: 1. fase (N = 72), 2. fase (N = 64) og 3. fase (N = 65).

Kilde: CTI-skemaer.

Flere CTI-medarbejdere fortæller i de kvalitative interview, at de gør meget ud af at synliggøre faseovergangene for borgerne, så borgerne ved, hvornår støtten trappes ned, og de kan være med til at planlægge, hvad de gerne vil nå i faserne. Der er dog tilfælde, hvor medarbejderne har oplevet, at det var meget vanskeligt at nedtrappe borgernes støtteniveau som fx for borgere, der er blevet indlagt og derfor ikke har kunnet klare sig med mindre støtte som planlagt. På den anden side har medarbejderne også oplevet, at borgerne har haft svært ved at tage imod al den støtte, der er tilgængelig i første fase, men måske først bliver klar til at tage imod den intensive støtte i anden eller tredje fase, hvor metoden foreskriver, at støtten skal nedtrappes. Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at det for dele af målgruppen kan være en udfordring at følge CTI-metodens struktur i forhold til nedtrapning af støtte.

CTI-metoden er derudover kendetegnet ved, at CTI-medarbejderens rolle forandres over tid, i takt med at borgeren samt netværk overtager støttestøtten. I figur 8.2 fremgår det, at dette også umiddelbart er tilfældet i forløbene. Første fase (de røde søjler) er kendetegnet ved, at CTI-medarbejderne i højere grad har en støttende rolle sammenlignet med tredje fase (de gule søjler), hvor de i mindre grad eller slet ikke udøver støtte til borgeren. 41 pct. af CTI-medarbejderne angiver, at de i første fase iværksætter initiativer på vegne af borgeren eller yder intensiv støtte hertil. Denne andel falder til 22 pct. i tredje fase. Denne udvikling afspejles ligeledes i andelen af CTI-medarbejdere, der angiver at have ydet minimal eller ingen støtte til, at borgerne kunne iværksætte initiativer, hvor andelen i første fase udgjorde 18 pct. og i tredje fase 48 pct. Kriteriet, om at CTI-medarbejderens støtte skal aftage henover de tre faser, vurderes overordnet som implementeret med en høj grad af fidelitet.

Figur 8.2 CTI-medarbejderens selvvaluerede rolle over for borgeren for hver af de tre CTI-faser. Procent



Anm.: 1. fase (N = 73), 2. fase (N = 64) og 3. fase (N = 63).

Note: CTI-medarbejdernes rolle var i spørgeskemaet inddelt i flere kategorier end dem, der er fremstillet i dette diagram, men pga. anonymiseringshensyn er de oprindelige kategorier slået sammen til tre kategorier.

Kilde: CTI-skemaer.

8.4 Aktivitetsplan

CTI-metoden foreskriver, at der tages udgangspunkt i den individuelle borgers ønsker og oplevelse af behov for støtte. CTI-medarbejderen skal dog bidrage til at kvalificere borgerens beslutninger i forhold til forløbet. Dette kommer bl.a. til udtryk ved den indledende afklaring af borgerens støttebehov, som danner udgangspunkt for udarbejdelsen af aktivitetsplanen. Ved overgangen til anden fase angav 70 pct.¹⁰ af CTI-medarbejderne, at de havde udarbejdet en aktivitetsplan i samarbejde med borgerne. Ved overgangen til tredje fase var andelen, der havde fået udarbejdet en aktivitetsplan, oppe på 74 pct.¹¹

I 93 pct.¹² af tilfældene angives det, at borgeren selv er kommet med forslag til aktivitetsplanens indhold, hvilket indikerer, at borgerne inddrages i forløbet. Et andet element af CTI-metoden er, at aktivitetsplanen i anden fase evalueres med henblik på at lave eventuelle justeringer. Blandt dem, der har angivet, at de har udarbejdet en aktivitetsplan, er der 91 pct.¹³, der har angivet, at de har evalueret planen sammen med borgeren. Dermed er kriteriet om evaluering af aktivitetsplanen implementeret med en høj grad af fidelitet. Dette billede understøttes af de kvalitative interview, hvor CTI-medarbejderne fortæller, at det er deres erfaring, at de fleste borgere godt ved, hvad de har brug for at arbejde med, og derfor er i stand til at formulere mål i samarbejde med CTI-medarbejderen. Medarbejderne fortæller derudover, at de oplever, at det styrker borgernes motivation og ejerskab i forhold til forløbet, at de er med til at udvikle målene, og at målene kan revideres hver tredje måned. For den del af målgruppen, der har kognitive udfordringer, oplever CTI-

¹⁰ N = 73.

¹¹ N = 78.

¹² N = 67.

¹³ N = 57.

medarbejderne dog, at det har været særligt svært for borgerne at sætte mål for deres forløb og i det hele taget gøre sig tanker om fremtiden.

8.5 Etablering af støttenetværk

I CTI-metoden er der et centralt fokus på, at der løbende skal arbejdes med at aktivere et støtte-netværk, der kan støtte borgeren, når CTI-forløbet er afsluttet. Det er CTI-medarbejderen, der har ansvaret for at etablere kontakt til netværket, og herefter er det hensigten, at borgeren fortsætter denne kontakt selv. I starten vil det derfor primært være CTI-medarbejderen, der varetager kontakten til støttepersoner og tilbud, men henover faserne bør det i højere grad være borgeren selv, der varetager kontakten.

I tabel 8.3 fremgår det, hvor stor en andel af forløbene der har opfyldt forskrifterne om *kontakt til og nødvendige aftaler med relevante tilbud og støttepersoner*. I 76,6 pct. af forløbene var der ved overgangen mellem anden og tredje fase taget kontakt til relevante tilbud og støttepersoner. Betragter man andelen af forløb, hvori der angives at være lavet de nødvendige aftaler med relevante tilbud og støttepersoner, så udgør denne 61,3 pct. Dette element af CTI-metoden ser derfor ud til at være implementeret med en høj grad af fidelitet for hovedparten af forløbene.

Tabel 8.3 Andelen af CTI-forløb, hvor de foreskrevne elementer omkring kontakt er overholdt. Procent

Kontakt og aftaler	1. fase	2. fase	Samlet for begge faser
Der er taget kontakt til relevante tilbud og støttepersoner	63,9	76,6	77,2
Der er lavet de nødvendige aftaler med relevante tilbud og støttepersoner	54,2	61,3	69,2

Anm.: Kontakt (N = 72, N = 64 og N = 79). Aftaler (N = 72, N = 62 og N = 78).

Note: Kategorien "samlet for begge faser" omfatter alle, der enten i første eller anden fase har taget kontakt til relevante tilbud og støttepersoner henholdsvis lavet nødvendige aftaler med relevante tilbud og støttepersoner.

Kilde: CTI-skemaer.

Tabel 8.4 er en oversigt over, hvem der primært har stået for at etablere kontakten til relevante tilbud og støttepersoner. I første fase var det i 35,9 pct. af forløbene primært borgeren, der stod for at etablere kontakten, og i 64,2 pct. af forløbene var det primært CTI-medarbejderen. I anden fase er andelen af forløb, hvor det er borgeren, der primært har stået for at etablere kontakten, dog faldet til 25,5 pct., mens medarbejderne har stået for at etablere kontakten i 74,5 pct. af forløbene. Denne udvikling er modsat forskrifterne i CTI-metoden, hvor formålet er, at intensiteten af CTI-medarbejderens støtte til borgeren skal mindskes henover faserne. Det vides ikke, hvad der er årsagen til dette fald, da de øvrige resultater generelt tyder på, at CTI-metoden er implementeret med en høj grad af fidelitet.

Tabel 8.4 Oversigt over, hvem der primært har stået for at etablere kontakten til relevante tilbud og støttepersoner i første og anden fase af CTI-forløbet. Procent

	1. fase	2. fase
Borgeren	35,9	25,5
CTI-medarbejderen	64,2	74,5

Anm.: 1. fase (N = 53) og 2. fase (N = 51).

Note: Der var oprindeligt tre kategorier, men af anonymiseringshensyn er opgørelser for kategorien "andre end borgeren og CTI-medarbejderen" udeladt.

Kilde: CTI-skemaer.

Ifølge CTI-medarbejderne har en stor andel af borgerne i indsatsen ikke noget personligt netværk. For de borgere, der har et netværk, fortæller medarbejderne, at det er vigtigt at finde en balance i forhold til, hvor meget man kan trække på borgerens nære relationer, uden at det bliver for meget. Dette er særligt et hensyn i tilfælde, hvor borgerens netværk har været meget belastet af borgerens udfordringer. For nogle borgere er kontakten til deres nære relationer gået i stå eller helt afbrudt. Her har en del af arbejdet med borgernes netværk handlet om at forsøge at genetablere kontakt.

Det er CTI-medarbejdernes erfaring, at det for mange borgere har været relevant at etablere et nyt netværk, så borgerne har mulighed for at indgå i nye sociale relationer og træne forskellige færdigheder. I nogle af projektkommunerne har CTI-medarbejderne oplevet det som udfordrende at etablere et netværk omkring borgerne. Dette hænger bl.a. sammen med, at fokus på at etablere netværk omkring borgerne er anderledes, end hvad medarbejderne har været vant til i den ordinære bostøtteindsats. Derudover er det forskelligt, hvilke erfaringer projektkommunerne har med at arbejde med netværket i forhold til målgruppen, og hvilke relevante tilbud der findes i kommunen. I en projektkommune fortæller CTI-medarbejderne eksempelvis, at de oplever, at metodens fokus på netværk og aktiviteter har været en udfordring for dem, fordi der mangler relevante tilbud i kommunen. Andre kommuner oplever derimod, at der findes flere relevante tilbud til målgruppen i deres kommune, fx væresteder, varmestuer og foreninger.

CTI-medarbejderne oplever generelt, at det store fokus på netværk er en styrke ved CTI-metoden, og deres erfaring er, at det har en positiv virkning at inddrage borgernes netværk så tidligt som muligt. I en af kommunerne har de positive erfaringer med at sætte borgere, der har nogle af de samme udfordringer, sammen i eksempelvis madklubber eller andre mindre gruppeforløb. På den måde kan borgere, der oplever at være i nogenlunde samme situation, fungere som hinandens netværk. CTI-medarbejderne fortæller dog også, at nogle af borgerne i målgruppen har et ønske om at være en del af et fællesskab, der ikke består af andre borgere med psykiske udfordringer. I en kommune har de eksempelvis erfaringer med væresteder, hvor psykisk sårbare unge kan være sammen med "almindelige" unge mennesker.

Endelig fortæller CTI-medarbejderne om borgere, der slet ikke ønsker at have et netværk, hvilket har været en udfordring i forhold til målet om at arbejde med netværk i CTI-forløbet. Medarbejderne har her haft fokus på at forventningsafstemme med borgeren og have en dialog med borgeren om, hvad et netværk kan være, og hvad et netværk kan bidrage med i forhold til borgerens personlige udvikling og trivsel.

8.6 Langsigtet udviklingsplan

I tredje og sidste fase af CTI-forløbet er der fokus på at få støttenetværket omkring borgeren på plads, således at ansvaret for borgerens fremtidige støtte kan overdrages til borgeren og borgerens støttenetværk. I samarbejde med borgeren – og borgerens støttenetværk – udarbejder CTI-medarbejderen en langsigtet plan for, hvordan støtte fra støttenetværket skal varetages efter CTI-forløbets ophør.

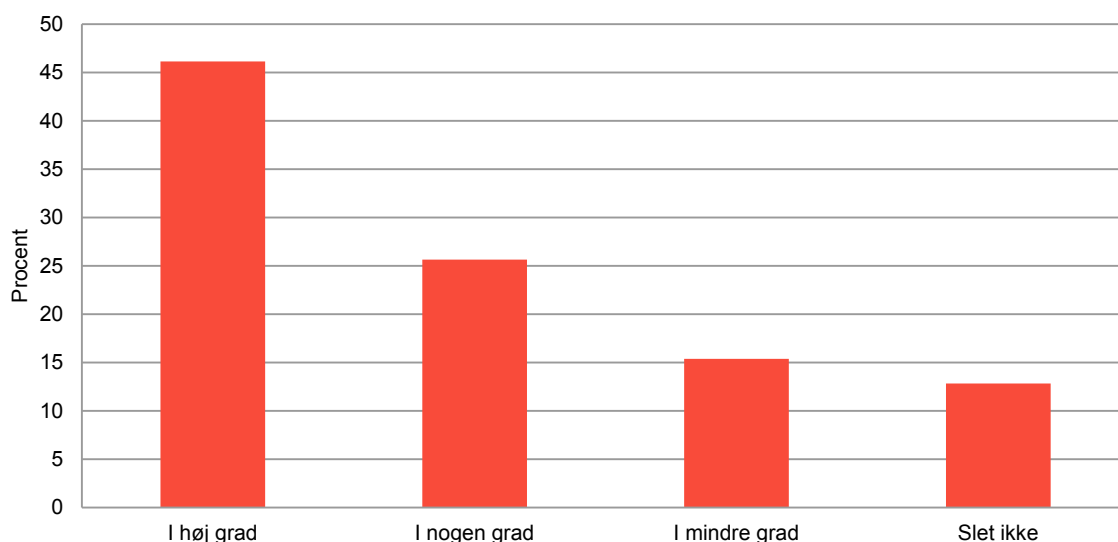
For 51,8 pct.¹⁴ af de CTI-forløb, der ikke er stoppet før tid, er der udviklet en langsigtet udviklingsplan for borgerens fremadrettede støtte. For flere af de forløb, hvor der ikke er udarbejdet en langsigtet udviklingsplan, er der angivet en årsag hertil. Nogle af de gennemgående årsager til, at der ikke er udarbejdet en langsigtet udviklingsplan, er, at borgeren selv har et ønske om at være selvstændig og/eller uafhængig af støtte, eller at det af forskellige årsager ikke har været muligt at lave planen. Derudover er der flere tilfælde, hvor det angives, at borgeren overgår til en anden støtte-

¹⁴ N = 54.

ordning, herunder § 85-bøstøtte. Overgangen til anden støtte kan betragtes som en langsigtet plan, da der hermed er lagt planer for, hvordan borgeren skal støttes efter CTI-forløbets afslutning. Dette indikerer, at andelen af CTI-forløb, hvor der er udarbejdet en langsigtet plan, reelt er større end det, der er angivet i CTI-skemaerne. Som tidligere nævnt er det et centralt element i CTI-forløbet, at der tages udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. Kerneelementet om en langsigtet udviklingsplan kan derfor betragtes som overvejende opfyldt, da angivelsen af manglende udviklingsplan i nogle tilfælde skyldes borgernes individuelle ønsker om ikke at udarbejde en plan og i andre tilfælde dækker over, at nogle borgere overgår til en ny støtteordning, selvom CTI-medarbejderen har angivet, at der ikke er lavet en udviklingsplan.

I figur 8.3 fremgår et diagram over, i hvilken grad borgeren har bidraget med forslag til indholdet i den langsigtede udviklingsplan blandt alle, der har besvaret spørgsmålet. I 87 pct. af tilfældene har CTI-medarbejderen angivet, at borgeren i en eller anden grad har bidraget med forslag til fx et konkret tilbud eller en fritidsaktivitet, han/hun ønsker at deltage i. Hovedparten angiver således, at borgerne i høj grad kommer med forslag til indholdet i udviklingsplanen. I udarbejdelse af udviklingsplanen mellem CTI-medarbejderen og borgeren ser det altså ud til, at borgeren er blevet inddraget som foreskrevet i CTI-metoden. Dette kerneelement er dermed implementeret med en høj grad af fidelitet.

Figur 8.3 CTI-forløb fordelt efter, i hvilken grad borgeren selv kommer med forslag til planens indhold. Procent



Anm.: (N = 39).

Note: Der er 28, der har angivet, at der er udarbejdet en langsigtet plan, mens der er 39, der har besvaret, i hvor høj grad borgeren er kommet med forslag til planens indhold.

Kilde: CTI-skemaer.

Ved CTI-indsatsens afslutning skal der være etableret et støttenetværk omkring borgeren. CTI-skemaerne viser, at der i 66 pct.¹⁵ af tilfældene er afholdt overdragelsessamtaler med relevante aktører. Dette resultat hænger muligvis sammen med, at det kun er omkring halvdelen af CTI-forløbene, hvor der er udarbejdet en udviklingsplan. Som tidligere nævnt var nogle af årsagerne til den manglende udviklingsplan, at borgeren enten ikke var i stand til at få udarbejdet planen, eller at borgeren havde et ønske om at være selvstændig og derfor ikke ville modtage støtte.

¹⁵ N = 62.

Litteratur

- Baumgartner, J.N. & D.B. Herman (2012): "Community Integration of Formerly Homeless Men and Women With Severe Mental Illness After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 63(5), s. 435-437.
- Benjaminsen, L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M.T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther (2017): *Housing First i Danmark – Evaluering af Implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: Rambøll & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 17:03.
- Henriksen, T.D., L. Mehlsen, A.A. Kjær & A. Amilon (2017): *Exit prostitution – Evaluering af CTI-forløb for borgere med prostitutionserfaringer*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 17:13.
- Herman, D.B., O. Lewis, A. Felix, E. Valencia, R.J. Wyatt & E. Susser (2000): "Critical Time Intervention with Mentally ill Homeless Men: Impact On Psychiatric Symptoms". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), s. 135-140.
- Herman, D.B. & J.M. Mandiberg (2010): "Critical Time Intervention Model Description and Implications for the Significance of Timing in Social Work Interventions". *Research on Social Work Practice*, 20(5), s. 502-508.
- Herman, D.B., S. Conover, P. Gorroochurn, K. Hinterland, L. Hoepner & E. Susser (2011): "Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 62(7), s. 713-719.
- Krabbenborg, M.A.M., S.N. Boersma; J.R.L.M. Wolf (2013): "A Strengths Based Method for Homeless Youths: Effectiveness and Fidelity of Houvast". *BMC Public Health*, 13(1), s.359.
- Lako, D.A.M, R. Vet, M.D. Beijersberger, D.B. Herman, A.M. Hemert & J.R.L.M. Wolf (2013): "The Effectiveness of Critical Time Intervention for Abused Women and Homeless People Leaving Dutch Shelters: Study Protocol of two Randomised Controlled Trials." *BMC Public Health*, 13(6), s. 555.
- Pihl, M.D. (2013): *Mange unge har ikke afsluttet folkeskolen*. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.
- Rapp, C.A. & R.J. Goscha (2006): *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*. New York: Oxford University Press.
- Regeringens udvalg om psykiatri (2013): *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Regeringen (2013): *Aftale om satspuljen på psykiatrimrådet for 2014-2017*.
https://www.sum.dk/Puljer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Satspulje/Satspulje-psykiatri-2014-2017.ashx
https://www.sum.dk/Puljer/~media/FilerPublikationer_i_pdf/2013/Satspulje/Satspulje-psykiatri-2014-2017.ashx (besøgt 2018-02-15)
- Socialstyrelsen (2013): *Critical Time Intervention (CTI) Manual*. København: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017): *Beskrivelse af CTI-metoden*. København: Socialstyrelsen.

Susser, Ezra, E. Valencia, S. Conover, A. Felix, W. Tsai & R.J. Wyatt (1997): "Preventing Recurrent Homelessness among Mentally ill Men: A "Critical Time" Intervention after Discharge from Shelter". *American Journal of Public Health*, 87(2), s. 256-262

SWEMWBS (2011): *Population Norms in Health Survey for England data 2011*. Tilgængelig på: "https://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/researchers/interpretations/wemwbs_population_norms_in_health_survey_for_england_data_2011.pdf" Besøgt: 29-01-2018.

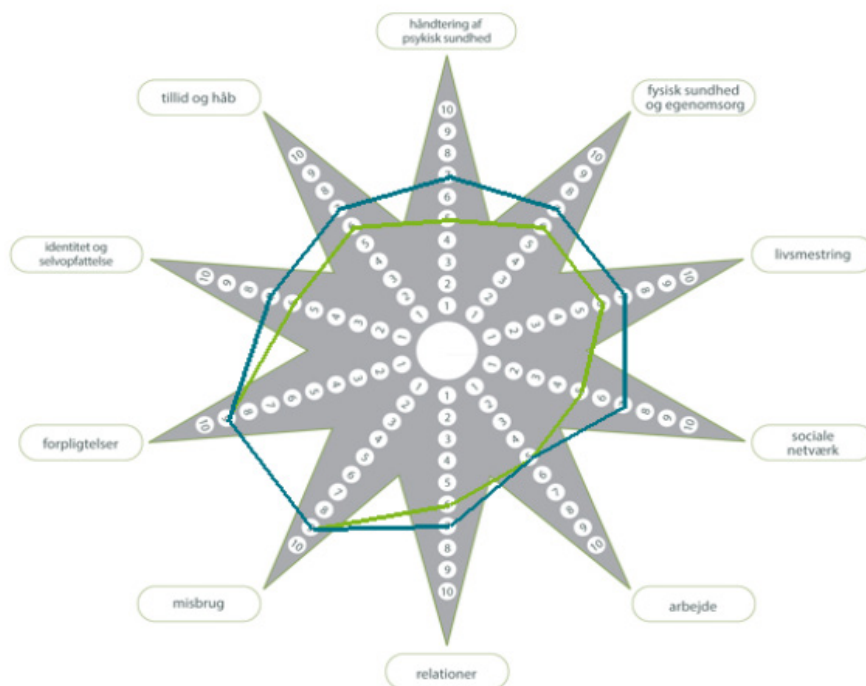
Tomita, A. & D.B. Herman (2012): "The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 63(9), s. 935-937.

Bilag 1 Dokumentationsredskaber

Recovery-stjernen

Recovery-stjernen er et redskab til at registrere borgernes vurdering af egen situation samt oplevelse af muligheder for at håndtere eventuelle udfordringer inden for 10 forskellige dimensioner, som CTI-indsatsen kan støtte borgeren i at håndtere (bilagsfigur B1.1). Recovery-stjernen identificerer og måler på 10 dimensioner – håndtering af psykisk sygdom, fysisk sundhed og egenomsorg, livsmestring, sociale netværk, arbejde, relationer, misbrug, forpligtelser, identitet og selvopfattelse og tillid og håb. Til hver dimension hører en 10-punkts-skala, inden for hvilken borgerens oplevelse af egen situation markeres.

Bilagsfigur B1.1 Mental Health Recovery Star (Recovery-stjernen)



Kilde: Oplysninger fra Star Online.

Redskabet bidrager til, at borgeren gradvist får indsigt i og input til bedre at kunne håndtere sit liv og sin hverdag. Der er tale om et processuelt redskab, som anvendes af CTI-medarbejder og borger i fællesskab¹⁶ for at sikre en tæt dialog omkring borgerens situation samt sikre, at de igangsatte aktiviteter har udgangspunkt i borgerens oplevelse af behov og ønsker. Redskabet understøtter dermed CTI-metodens princip om, at CTI-forløbet skal være en individuelt tilpasset proces. Derudover kan redskabet være med til at styrke opbygningen af en tæt relation mellem borger og CTI-medarbejder, som er karakteriseret ved et ligeværdigt samarbejde.

¹⁶ Kontrolgruppen registrerer ikke på Recovery-stjernen.

I gennem CTI-forløbet anvendte CTI-medarbejderen og borgeren Recovery-stjernen som et samtaleredskab og som et fælles redskab til at monitorere borgerens situation. Ved hver måling udarbejdede borgeren og CTI-medarbejderen en stjerne, hvor hver spids på stjernen symboliserer et livsområde. Ved en stigning på minimum 1 point siden baseline (opstart i forløbet) er der tale om en progression inden for et område.

Brugen af Recovery-stjernen bidrager til at understøtte kognitive erkendelsesprocesser hos borgeren, som kan hjælpe til at styrke borgerens livssituation i de livsdomæner, som Recovery-stjernen dækker. Herved understøtter Recovery-stjernen som et praktisk og metodisk redskab brugen af CTI-metoden i kombination med en styrkebaseret recovery-tilgang. (Krabbenborg m.fl., 2013; Lako m.fl., 2013; Rapp m.fl., 2006).

Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale – (S)WEMWBS

For at måle borgerens mentale trivsel, og udviklingen i denne benyttes det validerede måleredskab WEMWBS, dog i en forkortet udgave (S)WEMWBS. Redskabet består af en liste med 7 (oprindeligt 14) positive udtryk, der samlet set afdækker både oplevet psykisk funktion og oplevet velbefindende¹⁷:

- Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden
- Jeg har følt mig nyttig
- Jeg har følt mig afslappet
- Jeg har klaret problemer godt
- Jeg har tænkt klart
- Jeg har følt mig tæt på andre mennesker
- Jeg har været i stand til at danne mig en mening om ting.

Borgeren skal placere sine svar inden for 5 svarkategorier: aldrig, næsten aldrig, en gang imellem, ofte og meget ofte, ud fra, hvordan han/hun har haft det de sidste 2 uger. Besvarelserne på (S)WEMWBS regnes sammen og kodes på en skala fra 7-35, hvor 35 indikerer det højeste niveau af psykisk trivsel. Desværre er (S)WEMWBS redskabet stadig så nyt, at der endnu ikke findes nogle danske grænseværdier for, hvornår man har høj, mellem eller lav psykisk trivsel, ligesom der ikke findes danske normtal. Dog findes der engelske tal fra 2011, som viser, at gennemsnittet på skalaen for den engelske population er 23,6. Hvis man ligger en standardafvigelse eller mere over den gennemsnitlige score for populationen, kan man betragtes som havende høj psykisk trivsel, ligesom man kan betragtes som havende lav psykisk trivsel, hvis man ligger en standardafvigelse eller mere under populationsgennemsnittet. Således viser engelske normtal, at personer med en psykisk trivsel mellem 19,7 og 27,5 point på (S)WEMWBS-skalaen har "almindelig psykisk trivsel", imens personer, hvis psykiske trivsel ligger under 19,7 point på skalaen, har "lav psykisk trivsel" (SWEMWBS, 2011).

Sheehan Disability Scale (SDS)

Sheehan Disability Scale (SDS) er et spørgeskema, der måler borgerens oplevelse af betydningen af egne funktionsnedsættelser på tre livsområder: arbejde/skole, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. Hvert område scores på en skala fra 0 til 10, ud fra i hvilken grad borgeren oplever, at hans/hendes symptomer har påvirket det enkelte livsområde inden for de seneste 2 uger. Scoren

¹⁷ Socialstyrelsen, 2015: Måleredskaber til dokumentation af rådgivning.

inden for de tre livsområder kan lægges sammen til en samlet score fra 0 til 30. Jo højere score, desto flere udfordringer har borgeren. Der findes ingen grænseværdier for, hvornår en borger har store, små eller ingen funktionsnedsættelser inden for de tre områder, det er borgernes udvikling over tid, der afgør, hvorvidt CTI-metoden har haft de ønskede konsekvenser.

Bilag 2 Tabeller og figurer

Økonomisk analyse

Bilagstabel B2.1 omfatter de langsigtede omkostninger for alle CTI-forløb og alle § 85-bøstøtteforløb for kontrolgruppen i forsøgets kommuner, som har været mindst 9 + 12 = 21 måneder. Det drejer sig om 31 CTI-forløb og 25 § 85-bøstøtteforløb, 56 forløb i alt.¹⁸ For de første 9 måneder har vi, som vist i tabel 7.2, information om 81 CTI-forløb og 75 § 85-bøstøtteforløb. Omkostningerne for de første 9 måneder for disse forløb fremgår af tredje og fjerde række af tabellen og er en gentagelse af oplysningerne fra tabel 7.2. Femte til sjette række viser de gennemsnitlige udgifter for CTI- og kontrolgruppe for de næstfølgende 10-21 måneder. Som det fremgår af tabellen, er de af kommune 2 og 5 angivne udgifter for måned 10-21 ekstremt lave (markeret med grå farve). Vi fokuserer derfor på indberetningerne fra kommune 3 og 4 for 12-måneders perioden efter afsluttede forløb, da vi vurderer, at disse er mest valide. Beregningerne af driftsomkostningerne for måned 10-21 baserer sig dermed på meget få forløb (13 CTI-forløb og 15 kontrolgruppeforløb) og er dermed forbundet med stor usikkerhed. Beregningerne viser, at den gennemsnitlige driftsomkostning for måned 10-21 er ca. 34.000 kr. for CTI-gruppen og ca. 30.000 kr. for kontrolgruppen.

Bilagstabel B2.1 Driftsomkostninger efter 21 måneder for hhv. CTI-forløb og § 85-bøstøtteforløb. Kr.

Række	Kommune	2	3	4	5	I alt
1	Antal CTI-forløb	9	5	8	7	31
2	Antal kontrol forløb	7	6	9	3	25
3	Middel udgift for CTI perioden på 9 mdr. ¹	42.625	62.708	49.732	51.090	51.034
4	Middel udgift for kontrol i de 9 først mdr. ¹	41.073	95.601	55.150	39.655	59.014
5	Middel udgift for CTI-forløb, mdr. 10-21	1.119	43.877	27.807	818	33.988 ²
6	Middel udgift for kontrol forløb, mdr. 10-21	0	45.038	20.280	13.346	30.183 ³
7	CTI 9 mdr. minus kontrol 9 mdr. (diff 9)	1.553	-32.893	-5.418	11.435	-7.980 ¹
8	CTI 10-21 mdr. minus kontrol 10-21 mdr. (diff 21)	-	-1.161	7.527	-	3.805
9	CTI minus kontrol i alt	-	-34.054	2.109	-	-4.715

Note: 1. Disse tal baserer sig på de gennemsnitlige driftsomkostninger for 9 måneders CTI-forløb (N = 81) og 9 måneders § 85 bøstøtteforløb (N = 75). Se tabel 7.2 for detaljer.

2. Beregnet på baggrund af driftsomkostningerne for måned 10-21 for i alt 13 CTI-borgere i kommune 3 og 4.

3. Beregnet på baggrund af driftsomkostningerne for måned 10-21 for i alt 15 borgere i kontrolgruppen i kommune 3 og 4.

Kilde: Driftsskemaer.

¹⁸ Greve kommune er ikke omfattet af tabellen, da kommunen var udgået af forsøget inden 21 måneder.



DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD