

Evalueringsrapport

Udarbejdet for Socialstyrelsen
August 2017



Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser Social Færdighedstræning

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Indhold udarbejdet af DEFACTUM
for Socialstyrelsen.
August 2017

Redaktion/forfattere:
Mett Marri Lægsgaard
Anders Nørbæk
Emely Ek Blæhr

Kontakt:
Chefkonsulent Mett Marri Lægsgaard
E-mail: metlae@rm.dk

DEFACTUM
Olof Palmes Alle 15
8200 Aarhus N
Hjemmeside: www.defactum.dk

DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2017

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

ISBN: 978-87-93407-80-0

Indhold

1	Indledning	1
1.1	Introduktion til projektet	1
1.2	Læsevejledning	2
1.2.1	Oversigt over kapitlernes indhold	2
1.2.2	Begrebsafklaring	2
2	Sammenfatning af projektets resultater.....	3
2.1	Resultater på borgerniveau	4
2.2	Implementeringserfaringer.....	5
2.3	Evaluering af metoden.....	7
2.4	Økonomiske konsekvenser	8
3	Evalueringsdesign og datakilder	11
3.1	Evalueringsdesign og strategi	11
3.2	Metoder og datakilder.....	11
3.2.1	Effektevaluering	11
3.2.2	Implementeringsevaluering.....	11
3.2.3	Økonomisk analyse.....	12
4	Projektkommuner	13
4.1	Kommuner der har afprøvet SFT	13
4.2	Rammer for projektet.....	13
5	Metode og målgruppe.....	15
5.1	Social Færdighedstræning i gruppe	15
5.1.1	Teoretisk baggrund	15
5.1.2	Forståelsen af sociale færdigheder	15
5.1.3	Baggrund for brugen af metoden i dette projekt	15
5.1.4	Evidens og erfaringer med metoden.....	16
5.1.5	Overordnet formål med SFT	16
5.2	Uddannelse af gruppetrænere.....	16

5.3	Rammer for SFT i gruppe.....	17
5.4	Manual og øvrigt materiale	17
5.4.1	Manual	18
5.5	Inklusionskriterier og visitation	18
5.5.1	Visitationsproces	19
5.6	Aktuel målgruppe.....	20
6	Metodeafprøvningens resultater	23
6.1	Datakilder.....	24
6.2	Effekt.....	24
6.2.1	Datagrundlag	26
6.2.2	Frafald	26
6.2.3	PSP	27
6.2.4	MHRM	29
6.2.5	WHO-5	30
6.2.6	Antal bostøttetimer	31
6.2.7	Opsummering	32
6.3	Influerende faktorer	33
6.3.1	Køn.....	34
6.3.2	Alder	35
6.3.3	Diagnosetidspunkt	35
6.3.4	Hoveddiagnose	35
6.3.5	Borgerens udgangspunkt.....	36
6.3.6	Fremmøde og tilfredshed	36
6.3.7	Opsummering	36
6.4	Borgernes og gruppetræneres vurdering af udbytte	37
6.4.1	Borgernes tilfredshed med SFT	37
6.4.2	Borgernes vurdering af udbytte	38
6.4.3	Gruppetræneres vurdering af udbytte.....	39
6.5	Samlet evaluering af resultater	40
7	Implementering	43
7.1	Datakilder.....	43

7.2	Organisering og ledelse.....	44
7.2.1	Værdier og sammenhæng	44
7.2.2	Ledelsesopbakning.....	46
7.2.3	Projektorganisering og styring	47
7.2.4	Borgerinddragelse.....	48
7.2.5	Spredning af kendskab til projektet.....	48
7.2.6	Samarbejde med myndighedsafdeling og beskæftigelse	49
7.2.7	Rekruttering og fastholdelse af borgere.....	50
7.2.8	Gruppetrænerens arbejdsbetingelser	52
7.2.9	Praktiske forhold	53
7.3	Kompetencer	54
7.3.1	Gruppetrænerens baggrund og motivation.....	54
7.3.2	Gruppetrænerens kompetenceudvikling.....	55
7.3.3	Gruppetrænerens parathed	56
7.4	Metodefidelitet	58
7.4.1	Fidelitetsstøtte og certificering	58
7.4.2	Gruppetrænerens selvevaluering	60
7.5	Samlet evaluering af implementeringen	61
8	Forankring og tilpasning af indsatsen.....	63
8.1	Datakilder.....	63
8.2	Forankring i projektkommunerne.....	63
8.2.1	Ledelsesopbakning	64
8.2.2	Kendskab og opbakning fra kolleger	64
8.2.3	Integration med øvrig indsats	64
8.2.4	Kompetencer og motivation	65
8.2.5	Dokumentation	66
8.3	Tilpasning af målgruppe	66
8.4	Evaluering af metoden.....	67
8.4.1	Borgernes vurderinger	68
8.4.2	Gruppetrænerens vurderinger	74
8.4.3	Samlet vurdering af metodens elementer	76

9	Økonomiske konsekvenser	79
9.1	Tilgangen til den økonomiske evaluering	79
9.2	Datagrundlag	80
9.3	Omkostningsanalyse	80
9.3.1	Implementeringsomkostninger	81
9.3.2	Driftsomkostninger	82
9.3.3	Omkostninger til anden indsats	83
9.3.4	Ressourceforbrug til sundhedsydelser	83
9.3.5	Samlede omkostninger	84
9.4	Effekter og QALY	86
9.5	Cost-effectiveness (CEA) og Cost-utility analyse (CUA)	86
9.5.1	Cost-effectiveness analyser	87
9.5.2	Cost-utility analyse	90
9.6	Undersøgelse af arbejdsmarkedstilknytning	91
9.7	Samlet vurdering af SFTs økonomiske konsekvenser	95
9.8	Resultaternes anvendelse og begrænsninger	95

1 Indledning

1.1 Introduktion til projektet

Mennesker med psykiske lidelser er ikke kun ramt af en række belastende symptomer. Generelt gælder det for personer med psykiske lidelser, at de har en lavere tilknytning til arbejdsmarkedet, et lavere uddannelsesniveau, et højere forbrug af sundhedsydelser, en højere dødelighed, samt en livskvalitet, som ligger langt under end den øvrige befolknings.

Tilsammen fortæller ovenstående, at der påhviler det offentlige en vigtig men også udfordrende opgave med at finde virksomme veje til inklusion af mennesker med psykiske lidelser. Både for at undgå en marginalisering, som truer de ekskluderedes livskvalitet, og for at understøtte et mere velfungerende arbejdsmarked.

De senere års forskning om skizofreni og anden svær psykisk sygdom har bidraget til, at kronicitetstænkningen er blevet afløst af en viden om, at selv mennesker med svære psykiske lidelser kan komme sig.¹ Der kan være tale om *fuld recovery* eller *social recovery*. International forskning viser, at cirka 25 % kommer sig helt fra svære psykiske vanskeligheder, mens 35 % kommer sig socialt.² Borgerens recovery understøttes af fagprofessionelles rehabiliteringsindsats gennem brug af de mest virksomme psykosociale metoder.³

I forbindelse med Fremrykningspuljen er der afsat 19 mio. om året til at udvikle kvaliteten i indsatsen over for mennesker med svære psykiske lidelser. Puljen har fokus på at løfte kvaliteten i den kommunale sociale indsats ved at afprøve evidensbaserede metoder, der understøtter rehabiliterende indsatser, og derved borgernes recoveryproces.

En af de afprøvede metoder er Social Færdighedstræning (SFT) i gruppe. Metoden er afprøvet i ni kommuner i tidsrummet 2014-2016. DEFACTUM har evalueret metodeafprøvningen af SFT. Denne rapport præsenterer resultaterne vedrørende effekt, implementering og økonomi. Rapporten henvender sig til læsere, der ønsker dybdegående viden om projektet. Rapporten suppleres af to øvrige produkter. Det drejer sig om:

- Et kort **vidensdokument**, som indeholder korte beskrivelser af metodens indhold og målgruppe, samt af metodens effekt, implementering og økonomiske konsekvenser. Vidensdokumentet henvender sig primært til ledere og medarbejdere i kommuner, som overvejer at implementere metoden, og som har brug for et første hurtigt overblik.
- En **metode- og implementeringsguide**, som indeholder en beskrivelse af metoden, af implementeringens faser, trin og de relevante erfaringer fra metodeafprøvningen. Guiden henvender sig til aktører, som overvejer eller skal i gang med at implementere SFT.

¹ Topor, A. (2001): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*. Ph.D.-afhandling. Stockholms Universitet. Topor, A. et al. (2011): Not just an individual journey – social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. 57:90.

² Juliussen, F.B. et al. (2013): *Mennesker med psykiske vanskeligheder*. Socialstyrelsen, s. 7.

³ Liberman, R.P. (2008): *Recovery from disability. Manual of psychiatric rehabilitation*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

1.2 Læsevejledning

1.2.1 Oversigt over kapitlernes indhold

Ud over dette første kapitel, som introducerer projektet og de planlagte produkter, består rapporten af følgende kapitler:

Kapitel	Indhold
Kapitel 2 Sammenfatning	Dette kapitel indeholder en opsummering af de vigtigste resultater og erfaringer fra projektet med relevans for aktører, som vil implementere SFT.
Kapitel 3 Evalueringsdesign og datakilder	Dette kapitel indeholder en kort beskrivelse af evalueringsdesignet og de anvendte metoder og datakilder.
Kapitel 4 Projektkommuner	I dette kapitel præsenteres de ni projektkommuner og de rammer, kommunerne har haft for projektet.
Kapitel 5 Metode og målgruppe	I dette kapitel beskrives den afprøvede metode og manualen, kompetenceudviklingen af medarbejderne, der skal udføre metoden, samt inklusionskriterierne for målgruppen og projektets faktiske målgruppe.
Kapitel 6 Metodeafprøvningens resultater	Dette kapitel indeholder resultaterne af effektstudiet, samt en analyse af hvilke faktorer der kan påvirke effekten. Desuden indeholder det borgernes og medarbejdernes vurdering af borgernes udbytte af SFT.
Kapitel 7 Implementering	I dette kapitel belyses implementeringsprocessen i projektkommunerne, og hvilke faktorer der har haft betydning for implementeringen. Desuden redegøres der for fidelitetsmonitoreringen og dens resultater.
Kapitel 8 Forankring og tilpasning	Dette kapitel præsenterer projektkommunernes planer for forankring og tilpasning af indsatsen og de faktorer, som de vurderer betydningsfulde i denne proces. Desuden evalueres metoden på baggrund af borgernes og medarbejdernes vurderinger.
Kapitel 9 Økonomiske konsekvenser	I dette kapitel præsenteres metodens økonomiske konsekvenser i form af en omkostningsvurdering og cost-effectiveness analyser.

1.2.2 Begrebsafklaring

I rapporten anvendes en række begreber, hvis betydning defineres i nedenstående tabel:

Begreb	Forklaring
Projektkommuner	De ni kommuner, som indgår i projektet, og afprøver metoden
Projektmedarbejdere	De ni projektledere og 33 gruppetrænere, som udfører projekterne
Kompetenceleverandør	Leverandør af kompetenceudviklingen af gruppetrænerne
Indsatsteori	En figur og tekst, som illustrerer indsatsens ressourcer og aktiviteter (implementeringsmodellen) og de forventede resultater (forandringsteorien)
Metoden	Den afprøvede metode – Social Færdighedstræning i gruppe
Fidelitet	Den overensstemmelse der er mellem den manualiserede metode og dens udførelse – beskrives også ofte som programtrofasthed

2 Sammenfatning af projektets resultater

Ni kommuner har i perioden 2014-2016 afprøvet metoden Social Færdighedstræning (SFT) som gruppetilbud over for borgere med svære psykiske lidelser. Projektet er finansieret af 19M-puljen og DEFACTUM har evalueret projektet på vegne af Socialstyrelsen.

Som afsæt for metodeafprøvningen er der udarbejdet en metodebeskrivelse og en manual, og gennemført en kompetenceudvikling og certificering af 33 gruppetrænere, som har udøvet metoden igennem projektperioden.

Projektkommunerne har gennemført 46 gruppeforløb inden for projektperioden, heraf har de 19 gruppeforløb været genstand for evalueringen. Et gruppeforløb består af ugentlige møder over en ni-måneders periode.

Evalueringsens formål er at dokumentere:

- **Resultaterne** af SFT for de borgere, der har gennemført forløbene
- Hvilke forudsætninger der skal indfries for at sikre en vellykket **implementering**
- **Økonomiske konsekvenser** af den afprøvede metode

Resultaterne af SFT er undersøgt gennem et RCT-studie af metodens effekt, en række analyser af hvilke variable der har indflydelse på effekten, og en kvalitativ vurdering af borgernes udbytte.

RCT-studiet inkluderer 304 borgere, som er randomiseret til henholdsvis en indsatsgruppe og en kontrolgruppe. Borgerne bliver vurderet og udfylder en række spørgeskemaer ved forløbets start, afslutning og ved opfølgning seks måneder efter. Der er afslutningsmåling på op til 234 borgere og opfølgningsmåling på op til 194 borgere (afhængigt af spørgeskema).

Implementeringen er monitoreret gennem spørgeskemaundersøgelser blandt projektmedarbejderne og opfølgende interview tre gange i løbet af projektperioden. Desuden gennem fidelitets-spørgeskemaer og en certificeringsproces af SFT-gruppetrænerne.

Som supplement til implementeringsevalueringen er der gennemført en evaluering af metoden og borgernes udbytte på baggrund af borgernes og gruppetrænerens vurderinger indhentet gennem spørgeskemaer og interview.

De økonomiske konsekvenser af metoden er analyseret dels ud fra et omkostningsperspektiv, dels gennem analyser af omkostningerne set i forhold til metodens effekt. Desuden foreligger en beskrivelse af borgernes arbejdsmarkedstilknæytning på baggrund af registerdata.

I det følgende sammenfattes evalueringens vigtigste resultater og de erfaringer, evalueringen kan pege på har relevans for aktører, som overvejer at implementere metoden.

2.1 Resultater på borgerniveau

SFT har positiv effekt på borgernes sociale funktionsniveau og graden af recovery

RCT-studiet viser, at SFT i gennemsnit har haft en lille effekt ved afslutningen af gruppeforløbet på borgernes sociale funktionsniveau⁴ og graden af mental recovery⁵. De deltagere, der har modtaget SFT, har haft en statistisk signifikant større udvikling på disse to indikatorer, end de borgere, der i samme periode har modtaget traditionel indsats. Effekten målt ved afslutning af gruppeforløbet aftager imidlertid i perioden op til opfølgningstidspunktet et halvt år efter for både socialt funktionsniveau og graden af recovery.⁶

Omkring en tredjedel af deltagerne i SFT-forløbet udvikler sig i en grad, der betragtes som klinisk signifikant. Det gælder både på socialt funktionsniveau og graden af recovery, og både på afslutningstidspunktet og opfølgningstidspunktet. For socialt funktionsniveau er der en større andel deltagere i SFT-forløbet, der udvikler sig klinisk signifikant, end i kontrolgruppen. Det gælder både ved afslutningstidspunktet og opfølgningstidspunktet.

Effekten er afhængig af diagnosetidspunkt, alder, diagnose og socialt funktionsniveau

Effekten af SFT på både socialt funktionsniveau og recovery gælder i særlig grad de borgere, der er diagnosticeret senest, samt unge mellem 25-34 år. Evalueringen kan ikke afklare, om alder i sig selv er afgørende, eller om det er diagnosetidspunktet, som indikerer, hvor længe borgeren har levet med vanskelighederne, der har størst indflydelse på borgerens udvikling. Effekten af SFT på socialt funktionsniveau gælder desuden i særlig grad de borgere, der har en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mv.), samt de deltagere, der ved startmålingen havde henholdsvis det næstbedste og næstdårligste niveau på skalaen for socialt funktionsniveau. I forhold til recovery er det i særlig grad borgere, der ved baselinemålingen vurderede sig selv på det næstdårligste niveau samt deltagere med en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mv.) eller F4 (Nervøse og stressrelaterede tilstande).

Der er sammenhæng mellem borgernes fremmøde og udvikling

Resultaterne viser desuden, at der er signifikant sammenhæng mellem fremmøde og udviklingen i både socialt funktionsniveau (PSP) og recovery (MHRM) ved afslutningen. Begge sammenhænge er positive, hvilket betyder, at jo højere fremmøde borgeren har haft i SFT-forløbet, jo større positiv udvikling har borgeren haft på både socialt funktionsniveau og graden af recovery. Dette resultat underbygger gruppetrænerens oplevelse af, at mødestabilitet er en vigtig, men vanskelig, faktor, og at arbejdet med at sikre fremmøde må indgå som et fokuspunkt for implementeringen og udøvelsen af metoden.

Borgerne oplever stort udbytte af SFT

Borgernes tilfredshed med gruppeforløbet er høj. 97 % er enten tilfredse eller meget tilfredse med den SFT-behandling, de har fået. Borgerne vurderer også deres udbytte af SFT-forløbet meget positivt. De fremhæver små forbedringer, såsom bedre at kunne tale med andre, og et øget overblik over egne symptomer, som har umiddelbar betydning i deres hverdag.

⁴ Socialt funktionsniveau måles ved hjælp af *Personal and Social Performance (PSP)*, som er et klinisk måleinstrument, der måler graden af social dysfunktion. Morosini, P. et al. (2000): Development, reliability, and acceptability of a new version of the DSM-IV social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101:323-329.

⁵ Graden af mental recovery måles ved hjælp af *Mental Health Recovery Measure (MHRM)*, som er et spørgeskema udviklet til at måle mental recovery hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Bullock, W.A. (2005): Mental Health Recovery Measure (MHRM). I: Campbell-Orde, T. et al. (Prepared by) *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures. Volume II*. The Evaluation Center@HSRI: Cambridge, MA.

⁶ Statistisk signifikans anvendes til at påvise, at et resultat (fx en forskel mellem grupper) ikke alene skyldes en tilfældighed. Effekttørrelse anvendes til at vurdere størrelsen på en observeret forskel. Klinisk signifikans forholder sig til spørgsmålet om, hvor stor/vigtig en given forskel er i klinisk forstand.

Gruppetrænerens vurdering af deltagernes udbytte er også meget positiv. Samtlige gruppetrænere vurderer, at borgerne i høj grad eller nogen grad har udbytte af SFT. De nævner en lang række områder, som SFT fokuserer på, og hvor de kan se forbedringer hos borgerne: borgerne bliver bedre til at sætte ord på følelser og symptomer og at handle på det, borgerne bliver bedre til at lytte og til at koncentrere sig, borgerne bliver bedre til at tackle konflikter og borgerne får mere selvtillid.

Gruppetrænerne fortæller også om, hvordan borgerne kan overføre færdighederne til hverdagen og har succes med at bruge øvelser og modeller i det daglige liv. Nogle bliver bedre til at deltage i sociale sammenhænge og får større netværk og de melder sig i stigende grad til aktiviteter, for eksempel på værestedet.

Deltagernes og gruppetrænerens vurderinger peger på, at SFT også skaber nogle umiddelbare forbedringer i borgernes hverdag, som de kan bygge videre på. Disse vurderinger er et meget relevant supplement til RCT-studiet, fordi de anvendte måleinstrumenter formentlig ikke i tilstrækkelig grad kan indfange disse små forbedringer.

2.2 Implementeringserfaringer

Projektkommunernes implementeringsproces udpeger fokusområder

Evalueringen af implementeringen af SFT i projektet tegner i overvejende grad et billede af, at kommunerne har fulgt implementeringsmodellerne i forhold til organisering, ledelse og kompetenceudvikling. Der er dog også forhindringer, som har vanskeliggjort dele af implementeringen. De vigtigste implementeringserfaringer fra projektet, som kan have relevans for andre, som måtte ønske at implementere SFT, beskrives i det følgende.

Kendskab til metoden mindsker modstand

SFT som metode vil harmonere fint med de fleste kommuners værdier i forhold til recoverytænkning. Der kan dog sagtens være mere eller mindre skjult modstand mod at introducere en ny metode, mod tankegangen bag metoden eller de konsekvenser metoden kan have. En eventuel modstand mod metoden kan skyldes manglende kendskab til metoden og dens fordele. Projektkommunerne har oplevet, at spredning af kendskab til metoden kan sikre større grad af opbakning fra kolleger og samarbejdspartner.

Kendskab og opbakning til metoden blandt kolleger er essentiel, både i forhold til at sikre forståelse for gruppetrænerens ændrede opgaver, men i høj grad også for at sikre støtte til rekruttering og fastholdelse af borgere i gruppetræningen. Flere projektkommuner har besluttet sig for at uddanne alle relevante medarbejdere i SFT, både for at sikre opbakning og for at kunne tilrettelægge en samlet indsats for borgeren, som bygger på SFT-principper og værktøjer.

Samarbejde fordrer ledelsesopbakning på tværs af relevante enheder

Projekterne har sikret sig overvejende god ledelsesopbakning på relevante niveauer. De steder, hvor medarbejderne rapporterer om manglende ledelsesopbakning, handler det om ledelsesopbakning på tværs af enheder, for eksempel manglende ledelsesopbakning til at prioritere VUM-udredninger i myndighedsafdelingen. Denne problemstilling tydeliggør, at det er vigtigt allerede i planlægningen af implementeringen af metoden, at undersøge nøje hvordan forankringen skal være, og hvilke parter, der vil blive involveret i rekruttering og støtte til borgeren – og at sikre sig ledelsesopbakning i disse enheder.

Opbakning på tværs af enheder har også vist sig betydningsfuld i forhold til beskæftigelsesindsatsen. Et SFT-forløb bryder på flere måder med kommunernes sædvanlige tilgang til visitation

til tilbud og aktiviteter, blandt andet ved at vare ni måneder. Det er vigtigt, at kommunen tager stilling til, hvordan tilbuddet om SFT kan tilrettelægges, så borgeren kan sikres ro til at gennemføre forløbet.

Motiveringsarbejde tager tid og ressourcer

Rekrutteringen af borgere til projektet er stødt på en række problemstillinger, hvoraf nogle er projektspecifikke, mens andre også vil have relevans for øvrige aktører. Projektmedarbejderne fortæller, at motivering af borgere tager tid og at rekruttering og fastholdelse kræver opbakning fra øvrige fagpersoner omkring borgeren. En specifik udfordring for SFT i gruppe er, at der skal findes et antal borgere, der er klar på samme tidspunkt.

Eksisterende samarbejde og tillid som drivkræfter

Projektkommunerne har været forpligtede på en særlig projektorganisering, med styregruppe, arbejdsgruppe, projektleder, og udarbejdelse af en række implementeringsværktøjer. Projektlederne fortæller, at de til en vis grad ville benytte disse eller lignende værktøjer, hvis de skulle implementere i almindelig drift, men at de i større grad ville benytte sig af eksisterende fora og samarbejder. Flere fremhæver, at det har været en drivkraft i implementeringen at benytte sig af allerede eksisterende samarbejde og tillid mellem parter, og at nærhed mellem enheder, geografisk og/eller samarbejds-mæssigt, er en stor fordel, som skal udnyttes i implementeringen. Projektlederne understreger, at en af de største risici mod samarbejdet er ledelses- og personaleudskiftninger.

Borgerne som ressourcer i udbredelsen af metoden

Der har ikke været høj grad af borgerinddragelse i planlægningen af projektet, fordi rammerne var fastlagt på forhånd. Flere projektmedarbejdere nævner dog borgernes rolle i spredning af kendskab til metoden som en vigtig ressource. Når de gode historier om metoden og dens konsekvenser opstår, er borgeren den bedste til at formidle overbevisende til andre borgere og til medarbejdere og samarbejdsparter.

Supervision er en uomgængelig del af kompetenceudviklingen

Kompetenceudviklingsprogrammet har tilsyneladende været tilstrækkeligt til at gøre gruppetrænerne i stand til at udføre SFT i gruppe med en tilfredsstillende grad af fidelitet. Projektmedarbejderne vurderer, at supervision er en vigtig og uomgængelig del af kompetenceudviklingen, da det er gennem supervisionen, at trænerne bliver klogere på og udvikler egne kompetencer. I sidste del af projektperioden har projektkommunerne videreuddannet et antal trænere til supervisorer og enkelte til undervisere, for at sikre fortsat mulighed for supervision og uddannelse af flere trænere.

Arbejdet med metoden skaber øget arbejdsglæde og motivation blandt medarbejderne

Gruppetrænerne rapporterer projektet igennem om en øget arbejdsglæde og stor tiltro til, at metoden skaber resultater. 96 % af gruppetrænerne angiver, at de i høj grad er motiverede for at arbejde videre med metoden efter projektperiodens ophør og mange kommentarer vidner om, at det er yderst motiverende at se, hvad metoden kan gøre for borgerne.

SFT til andre målgrupper?

Samtlige projektkommuner planlægger forankring af indsatsen og vil tilbyde SFT til en bredere målgruppe end i projektet. Nogle viderefører tilbuddet i samme form, mens andre planlægger forskellige tilpasninger. Evalueringen kan naturligvis ikke afgøre, om SFT også vil skabe effekt hos andre målgrupper, men projektmedarbejderne er dog overbeviste om, at SFT også vil gavne andre målgrupper, end den projektet har defineret.

2.3 Evaluering af metoden

Som supplement til implementeringsevalueringen og fidelitetsmonitoreringen er der gennemført en evaluering af metoden på baggrund af borgernes og gruppetrænerens vurderinger. Resultaterne viser, at det er relevant fremadrettet at overveje følgende:

Antal gruppedeltagere

Ved projektets start var det et krav, at der skulle indgå 8-10 deltagere i hver gruppe. I praksis har tallet været lidt lavere på grund af rekrutteringsvanskeligheder. Ved gruppestart har der typisk været 7-9 deltagere. Ifølge både gruppetrænere og borgere har det været godt: Borgerne vurderer, at 4-8 deltagere er optimalt, mens gruppetrænerne siger i gennemsnit syv. De vurderer, at for mange deltagere går ud over den tid, der er til den enkelte, og over trykkniveauet i gruppen. Fremadrettet kan det overvejes, om et deltagerantal på 8-10 er for højt. Samtidig må antallet ikke blive for lavt, da gruppen så bliver sårbar over for frafald. Frafaldet i grupperne har været i gennemsnit 1,5 pr. gruppe (varierende mellem nul og fire), og der ses ingen sammenhæng mellem gruppestørrelse og frafald.

Modulernes længde

Der er delte meninger om modulernes længde, men især konfliktmodulet vurderer borgerne for kort. Det kan ikke afvises, at denne vurdering hænger sammen med, at konfliktmodulet er det sidste, og at det skal afslutte hele forløbet. Blandt gruppetrænerne er der forskellige holdninger til, hvilke moduler der er hhv. for korte og for lange. Som beskrevet i fidelitetsafsnittet har gruppetrænerne i projektet tilpasset modulernes længde efter gruppedeltagernes behov - og det giver metoden netop også plads til - så de tilpasninger, der efterspørges, kan sandsynligvis rummes af metoden, som den foreligger. Det kan dog overvejes, om konfliktmodulet er så væsentligt, at der skal skabes plads til forlængelse, i hvert fald i de grupper, hvor emnet fylder ekstra meget.

Hjemmearbejde

Hjemmearbejdet er den aktivitet, som færrest borgere oplever udbytte af, sandsynligvis fordi det volder store vanskeligheder at få lavet. Borgerne nævner selv flere metoder, som kunne understøtte hjemmearbejdet: At lave hjemmearbejdet sammen med andre deltagere, påmindelser fra andre gruppedeltagere eller bostøttemedarbejdere, aktiv støtte fra bostøttemedarbejdere i forhold til at lave hjemmearbejdet og øve sig i sociale færdigheder. Det tyder således på, at gruppetræning med fordel kan sammentænkes med anden indsats, så borgerne oplever støtte til forløbet fra de øvrige fagprofessionelle omkring dem.

Støtte til borgerens arbejde og fastholdelse

Gruppetrænerne vurderer, at højere grad af støtte til borgeren vil højne udbyttet. Både gennem større mødestabilitet (dette understøttes af effektevalueringens fund af sammenhæng mellem fremmøde og effekt) og gennem træning af de sociale færdigheder i hverdagen. Det vil ikke kræve en ændring af metoden, men snarere fordre et fokus på en sammenhængende indsats, hvor borgerens bostøttemedarbejder og eventuelt andre fagprofessionelle omkring borgeren støtter borgerens forløb. Denne støtte kan se forskellig ud. Fra den rent praktiske støtte, til at komme af sted og blive mindet om hjemmeopgaver, til en mere aktiv støtte, hvor bostøttemedarbejderen også har kendskab til SFT og anvender denne viden aktivt sammen med borgeren.

Efterfølgende vedligeholdelse

Både borgere og gruppetrænere nævner risikoen for, at borgerne ikke formår at holde fast ved de nye og bedre tanke- og handlemåder. Flere gruppetrænere vurderer, at det vil styrke indsatsen, hvis der etableres opfølgning efter gruppeforløbets afslutning, for eksempel i form af må-

nedlige brush-up sessioner, peergrupper eller lignende. I forlængelse af ovenstående kunne vedligeholdelsen også være en del af en eventuelt fortsat bostøtteindsats.

Især de to sidste punkter rækker ud over metoden og peger på organisatoriske forhold, som muligvis vil kunne understøtte metoden og dens resultater. Evalueringen kan ikke sige noget om, hvorvidt øget støtte fra for eksempel bostøtter til fastholdelse og til borgernes arbejde med SFT vil forstærke effekten, eller om en efterfølgende vedligeholdelse vil kunne modvirke tendensen til, at effekten aftager. Det forekommer dog at være gode bud, som bygger på projektmedarbejdernes erfaring med metoden. Det vil derfor være relevant for aktører, som vil implementere SFT, at overveje, i hvilken grad SFT som gruppetræning skal stå alene, eller skal være en del af og underbygges af den samlede kommunale rehabiliterende indsats over for borgeren.

2.4 Økonomiske konsekvenser

Omkostningerne til implementering, drift og sundhed

Omkostningsvurderingen viser, at der i projektet har været implementeringsomkostninger til i gennemsnit 30.329 kr. pr. borger og driftsomkostninger til i gennemsnit 47.667 kr. Prisen for implementering og drift af SFT kan af forskellige årsager sandsynligvis være lavere ved implementering af SFT, som ikke er underlagt de samme betingelser som i projektet.

En sammenligning af omkostninger til sundhedsydelser i interventions- og kontrolgruppe viser et signifikant merforbrug af psykiatriske sengedage i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen i 15-måneders perioden. Forskellen skyldes primært få borgers lange indlæggelser. Øvrige forskelle i sundhedsydelser er ikke signifikante.

Cost-effectiveness og cost-utility analyser

Cost-effectiveness analyserne viser, at fra en sundhedsøkonomisk vinkel vil en meromkostning på kun 20.000 DKK pr. borger (ni-måneders perioden) være tilstrækkelig til at øge sandsynligheden for effekt i forhold til sociale færdigheder (1 PSP-point) til 80 %. Tælles implementerings- og driftsomkostninger til SFT med, er investeringen større – omkring 30.000 DKK for at opnå en sandsynlighed for effekt på 80 %.

Ses der på hele perioden (15 måneder) inklusiv drifts- og implementeringsomkostninger er sandsynligheden for, at SFT er omkostningseffektiv i forhold til borgerens sociale funktionsniveau over 80 %, hvis beslutningstager er villig til at betale 100.000 DKK. mere i gennemsnit pr. borger. Halveres dette beløb til 50.000 2015-DKK er sandsynligheden 60 %. For recovery og trivsel er sandsynligheden lavere ved samme beløb.

Resultaterne af afprøvningen viser ingen udvikling målt ved hjælp af spørgeskemaet EQ-5D. En cost-utility analyse baseret på disse data viser ingen omkostningseffektivitet.

Borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet

En analyse af ændringer i borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet viser, at de største ændringer ses i perioden, hvor SFT-forløbet var i gang. De mest bemærkelsesværdige ændringer vedrørte et fald i andelen på passiv forsørgelse og en stigning i andelen i revalidering, jobafklaring eller ressourceforløb, om end forskellene mellem interventions- og kontrolgruppen ikke kunne vises at være statistisk signifikante på nogen af tidspunkterne.

Resultaterne skal dog læses med det forbehold, at de er lavet på baggrund af enkelt-uges nedslag ved henholdsvis start, afslutning og opfølgning af SFT-forløbet. Grundet den aktive arbejdsmarkedspolitik er det forventeligt, at der sker et vist skifte mellem passiv og aktiv forsørgelse alt efter, hvilke uger der ses på. Det kan dog formentligt ses som positivt, at en større

andel er kommet i revalidering, jobafklaring eller ressourceforløb med henblik på afklaring af arbejdsevne og muligheder for tilbagevenden til arbejdsmarkedet, samt at andelen på førtidspension er relativt stabil over perioden. Tallene indikerer, at der er sket større ændringer for borgerne i interventionsgruppen end i kontrolgruppen i typen af ydelser, som de modtager, selvom forskellene mellem grupperne i de udvalgte uger ikke kan vises at være statistisk signifikant med det givne antal observationer.

Den økonomiske evaluering skal læses med forbehold

Vurderingerne af metodens økonomiske konsekvenser har en række væsentlige begrænsninger, som skal tages i betragtning i anvendelsen af resultaterne.

- Omkostninger til implementering og drift i metodeafprøvningen er sandsynligvis højere, end de vil være i en efterfølgende implementering – det vil også have indflydelse på beregningen af cost-effectiveness.
- Forskellen i omkostninger til sundhedsydelser skyldes primært få borgeres meget lange indlæggelser, som påvirker sammenligningen markant.
- Rammerne for projektet medfører, at SFT er givet som en supplerende indsats, og at sammenligningen med kontrolgruppen derfor viser en stor forskel i omkostninger. Hvis SFT gives som erstatning for anden indsats, bør omkostningerne til SFT sammenlignes med omkostningerne til den indsats, borgeren ellers ville modtage.
- Ændringer i borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet er monitoreret over en forholdsvis kort tidshorisont i forhold til at kunne forvente væsentlige ændringer.

Endelig er det vigtigt at slå fast, at den økonomiske analyse ikke fortæller, om SFT kan betale sig økonomisk. Langt fra alle relevante variable indgår i analyserne – og det er ikke muligt at prissætte de effekter, som metodeafprøvningen viser. Analyserne bør derfor kun være vejledende og indgå som ét element af flere i beslutningen om at implementere SFT.

3 Evalueringsdesign og datakilder

3.1 Evalueringsdesign og strategi

Evalueringen af SFT skal overordnet set bidrage til vidensbaseringen af indsatsen over for borgere med svære psykiske lidelser. Konkret skal evalueringens resultater kunne anvendes til at vurdere, om SFT er en virksom metode – og hvordan den bedst implementeres.

Evalueringens formål er at dokumentere:

- Hvilken **effekt** Social Færdighedstræning har i forhold til de borgere, der har gennemført forløbene
- Hvilke **forudsætninger** der skal indfries for at sikre en vellykket **implementering**
- **Økonomiske konsekvenser** af den afprøvede metode

Som grundlag for evalueringen udarbejdede DEFACTUM ved evalueringens start - i samarbejde med Socialstyrelsen og leverandøren - tre indsats teorier: En for den borgerrettede indsats (Social Færdighedstræning i gruppe), en for organisering og ledelse af projektet i projektkommunerne og en for kompetenceudviklingen af de medarbejdere, der har udført gruppetræningen. Indsats teorierne beskriver indsatsens nødvendige ressourcer og aktiviteter (implementeringsmodellen) og de forventede resultater (forandringsteorien), og på denne baggrund udledes indikatorer for evalueringen af implementering og resultater. I samarbejde med Socialstyrelsen udvalgte DEFACTUM derefter de bedst egnede måleinstrumenter, hvor det var muligt, og udviklede øvrige dataindsamlingsinstrumenter.

3.2 Metoder og datakilder

Evalueringen har fulgt tre hovedspor: en effektevaluering, en implementeringsevaluering og en økonomisk analyse.

3.2.1 Effektevaluering

Social Færdighedstræning er en velafprøvet og manualiseret metode, og det antages derfor, at metoden kan implementeres med en tilstrækkelig grad af sammenlignelighed på tværs af projektkommunerne. Effektevalueringen af Social Færdighedstræning blev derfor tilrettelagt som et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT-studie) med en interventionsgruppe, der modtager bostøtte samt SFT, og en kontrolgruppe, som kun modtager bostøtte. Alle borgere indgår i en baselinemåling, en måling ved gruppeforløbets afslutning og 6 måneder efter afslutning. Dette design gør det muligt at afgøre, om en eventuel effekt kan tilskrives indsatsen.

Analysen af effekt suppleres med en analyse af en række udvalgte variables indflydelse på effekten. Vi undersøger, om alder, køn, diagnose, diagnosetidspunkt, sværhedsgrad og mødestabilitet har en indflydelse på effekten.

Udover den kvantitative effektevaluering er der samlet kvalitative data ind gennem spørgeskemaer og interview med borgere og medarbejdere, hvor de vurderer effekten af SFT. Disse supplerer den kvantitative effektevaluering

3.2.2 Implementeringsevaluering

Implementeringsevalueringen skal dels svare på, om implementeringsmodellen er fulgt, dels afdække hvilke faktorer der har væsentlig indflydelse på implementeringen af metoden.

Implementeringsevalueringen har følgende to fokusområder:

1. Fidelitetsmåling - selve metodens implementering med passende grad af fidelitet
2. Konteksten eller rammebetingelserne for implementeringen

Evalueringen af i hvilken grad metoden er implementeret med fidelitet, bygger dels på beskrivelse af og resultater fra certificeringsprocessen af de involverede gruppetrænere, dels på spørgeskemaundersøgelser og interview blandt borgere og trænere.

Evalueringen af kontekst- og rammebetingelser tager udgangspunkt i eksisterende viden om, hvilke faktorer der generelt synes at påvirke implementering af nye metoder - det vil sige både hæmmende og fremmende faktorer – og en mere specifik undersøgelse af hvilke faktorer, der formodes at spille en rolle for implementeringen af den konkrete metode.

Dataindsamlingen består af tre runder spørgeskemaundersøgelser blandt SFT-gruppe-trænere og projektledere, samt opfølgende interview. Referater, fra Socialstyrelsens implementeringsstøttemøder med projektkommunerne og fra projektkommunernes netværksmøder, har suppleret dataindsamlingen

3.2.3 Økonomisk analyse

De økonomiske konsekvenser af metoden er undersøgt gennem en omkostningsvurdering og cost-effectiveness analyser. Dataindsamlingen har haft primært fokus på monitorering af medarbejdernes forbrugte timer til kompetenceudvikling, visitation og udførelse af SFT. Desuden er der foretaget et registertræk på udvalgte variable.

På baggrund af disse data kan der foretages en omkostningsvurdering, hvor omkostningerne ved at implementere og drive metoden samt omkostningerne til sundhedsydelse gøres op.

Resultaterne fra omkostningsvurderingen sættes derefter i forhold til effekten af metoden i en cost-effectiveness analyse. Cost-effectiveness analysen har et kommunaløkonomisk perspektiv, og udgangspunktet er derfor, hvor meget effekt der opnås, for hver krone kommunen bruger. Der suppleres dog med en cost-effectiveness analyse, hvor kun det sundhedsøkonomiske perspektiv indgår.

Der gennemføres også en Cost utility analyse, hvor effekten beregnes i form af kvalitetsjusterede leveår (QALY - Quality Adjusted Life Years). QALY er et generaliseret effektmål, hvor levetid og funktionelt helbred sammenvejes som en nytteværdi, der kan måles og værdisættes, hvilket muliggør sammenligning af vidt forskellige sundhedsindsatser.

Endelig udføres en analyse af arbejdsmarkedstilknytning med udgangspunkt i registerdata.

4 Projektkommuner

4.1 Kommuner der har afprøvet SFT

SFT afprøves som gruppeforløb i følgende ni kommuner:

- Jammerbugt Kommune
- Aalborg Kommune
- Silkeborg Kommune
- Norddjurs Kommune
- Fredericia Kommune
- Esbjerg Kommune
- Rudersdal Kommune
- Halsnæs Kommune
- Høje Taastrup Kommune

4.2 Rammer for projektet

Projektkommunerne har hver især indgået en kontrakt med Socialstyrelsen om afprøvningen af SFT. Kontrakten indeholder blandt andet en beskrivelse af en række rammeforhold, hvoraf de væsentligste er gengivet nedenfor:

- SFT skal tilbydes som et supplerende tilbud til det eksisterende bostøttetilbud i hele projektperioden. Uanset hvilken udvikling eller status borgeren vil undergå eller opleve ændret undervejs i gruppeforløbet, så skal vedkommende sikres deltagelse i gruppeforløbet i samtlige ni måneder, såfremt denne ønsker dette.
- Alle projektkommuner følger de centralt definerede inklusionskriterier i forhold til den definerede målgruppe.
- Alle borgere udredes ved hjælp af Voksenudredningsmetoden (VUM) af en myndighedsperson.
- Projektkommunerne skal etablere en styregruppe og en projektgruppe.
- Den enkelte projektkommune udpeger en projektleder/-koordinator, der er kommunens gennemgående person i projektets 2½-årige periode.
- Alle projektkommuner udpeger et antal gruppetrænere, som skal deltage i og gennemføre kompetenceudviklingsprogrammet, samt certificeringsprocessen.
- Projekterne modtager implementeringsstøtte fra Socialstyrelsen og projektmedarbejdere deltager i Socialstyrelsens netværksmøder med fokus på implementeringsstøtte, information omkring evalueringen og på erfaringsudveksling kommunerne imellem.
- Alle projektkommuner er forpligtede til at deltage i evalueringen af projektet.

5 Metode og målgruppe

Ved projektets start udarbejdede Socialstyrelsen i samarbejde med leverandøren en metodebeskrivelse for SFT, samt definerede en målgruppe for projektet. Leverandøren udviklede desuden en manual og en plan for kompetenceudviklingen af de medarbejdere, der skulle udføre SFT i projektkommunerne. Disse produkter definerer og afgrænser den afprøvede version af SFT, og de skal derfor indgå som grundlag for evalueringen.

Dette kapitel indeholder følgende:

- En sammenfatning af den oprindelige metodebeskrivelse samt en beskrivelse af manual og kompetenceplan.
- En beskrivelse af den indledende målgruppeafgrænsning, visitationsprocessen og den konkrete målgruppe, evalueringen bygger på.

5.1 Social Færdighedstræning i gruppe

5.1.1 Teoretisk baggrund

Professor i psykiatri, Robert Paul Liberman, udviklede Social Færdighedstræning i 1960'erne, dels med inspiration fra psykolog og professor Albert Banduras sociale læringsteorier og Joseph Wolpes assertionstræning, og dels med afsæt i kognitiv adfærdsteori. Banduras sociale læringsteorier handler om, hvordan adfærd generelt kan indlæres ved iagttagelse af andres adfærd⁷. Kognitiv adfærdsteori rummer en tilgang, der involverer hjælp til personer til at se konsekvenser af egen adfærd, forstå egne motiver og udvikle nye måder at kontrollere egen adfærd på, og inkluderer træning i sociale færdigheder. Der lægges således vægt på, at deltageren er aktiv og tager stilling til forskellige sociale situationer.⁸

5.1.2 Forståelsen af sociale færdigheder

Metoden Social Færdighedstræning bygger på en grundlæggende antagelse om, at sociale færdigheder skal forstås i lyset af socialt samvær. Det er gennem færdighederne, at mennesker opfatter hinanden, og det er gennem samværet, at færdighederne opstår, udvikles og forstærkes. Sociale færdigheder sætter os med andre ord i stand til at fungere sammen med andre i sociale sammenhænge.⁹

Sociale færdigheder er komplekse, og når vi indgår i socialt samvær, bliver sociale færdigheder vævet ind i sociale normkoder omkring, hvad der er socialt acceptabelt at gøre og sige i bestemte situationer. Disse sociale normkoder er kontekst- og situationsbestemte, og personers adfærd kan derfor ikke undersøges uafhængigt af konteksten.

Den kliniske psykolog og professor Kim T. Mueser m.fl. viderebringer det adfærdsteoretiske perspektiv på sociale færdigheder i den praktiske guide til Social Færdighedstræning "Social Skills Training for Schizophrenia".¹⁰

5.1.3 Baggrund for brugen af metoden i dette projekt

SFT er blevet tilpasset en skandinavisk kontekst af blandt andre den svenske psykolog Per Borell. I en dansk kontekst er SFT yderligere blevet tilpasset af Allan Fohlmann og Merete Nor-

⁷ Se for eksempel *Social Learning Theory* (1977) og *Self-Efficacy. The Exercise of Control* (1997).

⁸ Fohlmann, A. (2009): Social færdighedstræning. I: Nordentoft, M. et al. (red) *Psykyse hos unge – symptomer, behandling og fremtid*. København. Psykiatrifonden: Kapitel 12, s. 161-168.

⁹ Ibid.

¹⁰ Bellack et al. (2004): *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by-Step Guide*. New York: Guilford Press.

dentoft til behandlingspsykiatrien. Afprøvning af metoden i den danske behandlingspsykiatri har fundet sted i regi af OPUS, og metoden har været underlagt et randomiseret effektstudie.¹¹

5.1.4 Evidens og erfaringer med metoden

SFT er en af de bedst undersøgte metoder til forbedring af funktionsevne og evne til selvstændig livsførelse. Evidensen for SFT er afdækket i en række internationale studier. Metoden er primært undersøgt i forhold til personer med skizofreni, men der er ingen forbehold i selve metoden der betinger, at den udelukkende skulle være anvendelig i forhold til personer med skizofreni.

Studierne og undersøgelserne af SFT viser følgende:

- Ifølge de svenske nationale retningslinjer viser forskningen, at borgernes sociale færdigheder forbedres og negative symptomer reduceres.¹²
- Ifølge en metaanalyse viste SFT sig at have stor effekt på indlærte sociale færdigheder, moderat effekt på sociale færdigheder i hverdagssituationer, moderat effekt på psykosocial funktion, samt moderat effekt på negative symptomer.¹³
- Syv ud af otte amerikanske reviews¹⁴ af forskningen i effekterne af SFT fra perioden 1988-2002 viser bemærkelsesværdige ens resultater:
 - Deltagerne kan lære sociale færdigheder
 - Deltagerne kan opretholde sociale færdigheder over tid og efter afslutning af træningsforløbet
 - Der sker en vis grad af spontan generalisering af færdigheder fra træningssituationer til nye situationer
 - SFT øger det sociale funktionsniveau og kvaliteten og antallet af sociale kontakter
 - SFT har begrænset effekt på sværhedsgraden af symptomer, tilbagefald og genindlæggelser.

5.1.5 Overordnet formål med SFT

Ved at træne en række psykosociale færdigheder støttes borgerne i at leve et selvstændigt liv og bedre deres livskvalitet. Sociale færdigheder defineres her overordnet som de færdigheder, der sætter individet i stand til at klare sig i en given social sammenhæng, det vil sige at løse praktiske problemer, engagere andre mennesker i en relation, mobilisere et støttende netværk, bo selvstændigt og klare et arbejde.¹⁵

Social Færdighedstræning fokuserer på at træne borgeren i at tage medansvar i den medicinske behandling, at mestre symptomer, at opdage tidlige tegn på eksempelvis psykose, samt at forbedre kommunikative færdigheder og evne til konfliktløsning.

5.2 Uddannelse af gruppetrænere

Projektet indebærer kompetenceudvikling af et antal gruppetrænere. Planen for kompetenceudvikling beskrives kort her og uddybes i senere afsnit om implementering.

Kompetenceudviklingsforløbet i SFT består af:

1. Fire dages grundkursus, hvor elementerne i SFT gennemgås grundigt

¹¹ Fohlmann, A. (2009): Social færdighedstræning. I: Nordentoft, M. et al. (red) *Psykose hos unge – symptomer, behandling og fremtid*. København. Psykiatrifonden: Kapitel 12, s. 161-168.

¹² Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen SE. 2011.

¹³ Kurtz, M.M. & Mueser, K.T (2008): A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol.* 76:491-504.

¹⁴ Bellack et al. (2004): *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by-Step Guide*. New York: Guilford Press.

¹⁵ Statens referenceprogram for skizofreni. Sundhedsstyrelsen 2004

2. Supervision en dag månedligt, hvor der lægges vægt på understøttelse af den fortsatte faglige og personlige udvikling som gruppetræner.

Grundkurset har følgende indhold:

- Baggrund for og erfaringerne med SFT
- Kognitive deficit og deres betydning for tilrettelæggelsen af SFT
- Den kognitive referenceramme i SFT
- Psykoedukation som et kerneelement i SFT
- Teori og pædagogiske overvejelser omkring sociale færdigheder
- Teori og øvelser ift. visitation og assessment til SFT
- Teori og øvelser ift. SFTs moduler medicin, symptommestring, samtale og konfliktløsning
- Teori og øvelser ift. metoderne i SFT: rollespil, brainstorm, problemløsning, hjemmeøvelser
- Resultater fra forskningen i SFT
- Gennemgang og diskussion af praksiserfaringer ved SFT.

Supervisionen indeholder flere former for supervisionsfokus:

- **Metodesupervision.** Fokus på metoden. Hvorledes kan metoderne i den kognitivt baserede sociale færdighedstræning give refleksions- og handlemuligheder, og hvilke metoder og teknikker kan anvendes ved forskellige problemstillinger og modulelementer, samt over for forskellige deltagere?
- **Sagssupervision.** Fokus på borgeren. Der tages udgangspunkt i den konkrete borger og dennes historie og reflekteres over borgerens problemer, og hvorledes borgeren kan forstås, samt hvorledes der bedst kan samarbejdes ud fra denne forståelse.
- **Proces- og relationssupervision.** Fokus på samspelet mellem borger og træner, relationen, relationens historie, hvad relationen gør ved borgeren og ved træneren.

5.3 Rammer for SFT i gruppe

I den version af SFT, som er afprøvet i dette projekt, gælder følgende rammer:

- Gruppen skal ledes af to gruppetrænere
- Antallet af deltagere i gruppen er 8-10
- Faste og samme lokaler gennem hele forløbet
- Grupperne er lukkede – ingen løbende optag
- Forløbet varer ni måneder
- Grupperne mødes i 1½ time, en gang om ugen.

5.4 Manual og øvrigt materiale

Leverandøren har henvist til følgende materiale i kompetenceudviklingen af gruppetrænerne, som baggrund for kompetenceudvikling i og udøvelse af SFT:

Baggrundsmateriale:

- Kompendium (metodeleverandørens undervisningssides)
- Kapitlet "Social færdighedstræning" ved Allan Fohlmann i bogen: Psykose hos unge. Symptomer, behandling og fremtid. Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T. & Kjær, S. (2009). København. Psykiatrifondens Forlag.

Metoderedskaber:

- Manual (udarbejdet af metodeleverandøren)
- Arbejdsbog (med øvelser etc.)

- Tre øvelser til visitationssamtalen: Visitationstjekliste, skema 47 og "klassiske mål".

5.4.1 Manual

Manualen er målrettet de ni måneders samlede gruppeforløb. Den beskriver metodens kernelementer, som ikke må ændres ved, og de justerbare elementer, der kan tilpasses det konkrete gruppeforløb. Desuden indeholder den en konkret beskrivelse af de 36 ugentlige sessioner, med forslag, øvelser og redskaber. Manualens indhold beskrives kort i det efterfølgende.

Kerneelementerne består af:

- Fire tematiske moduler
 - Medicinmodul
 - Symptommestringsmodul
 - Samtalemodul
 - Konfliktløsningsmodul
- En fast opbygning af hver ugentlig session
 - Runde
 - Hjemmeøvelse fra sidst
 - Oplæg/undervisning
 - Deltagererfaring med temaet inddrages
 - Rollespil eller problemløsning
 - Ny hjemmeøvelse
 - Afslutning
- En obligatorisk forberedelse og efterbehandling af sessionerne, hvor trænerne (altid mindst to pr. gruppe) forbereder sig mindst en halv time før hver session og samler op en halv time efterfølgende. Der anvendes logbog og skema for programtrofasthed.

De justerbare elementer indebærer:

- Manualen er et oplæg til, hvilke metoder og hjemmeøvelser man med fordel kan bruge i hver session. Manualen kommer med konkrete eksempler til hver af de 36 ugentlige sessioner, men disse kan varieres.
- Hvis gruppen har brug for det, kan man en ekstra gang dvæle ved en metode eller et oplæg. De enkelte moduler kan forlænges eller forkortes efter behov.
- Oplæg kan både være længere oplæg, for eksempel 5-10 minutter, eller et spørgsmål ud til gruppen om dagens tema. Hvis gruppen selv kan generere vigtige pointer, er det ofte bedre end at de får dem serveret først. Oplægget kan da samle op efter deltagererfaringerne.
- Hvis man er tryk og godt inde i metoder og SFT-elementer, kan man være mere fri, hvis man er usikker, kan man gå tilbage og gøre mere præcist, hvad der foreskrives.

5.5 Inklusionskriterier og visitation

Socialstyrelsen har defineret målgruppen for afprøvningen som borgere med svære psykiske lidelser. De konkrete inklusionskriterier fremgår af nedenstående boks:

Målgruppe for afprøvning af SFT

- **Alder:** over 18 år
- **Køn:** Mænd og kvinder
- **Sprog:** Minimum funktionelt dansk
- **Støtte:** Borgeren får bostøtte efter SEL § 85, eller anden støtte med lignende mål

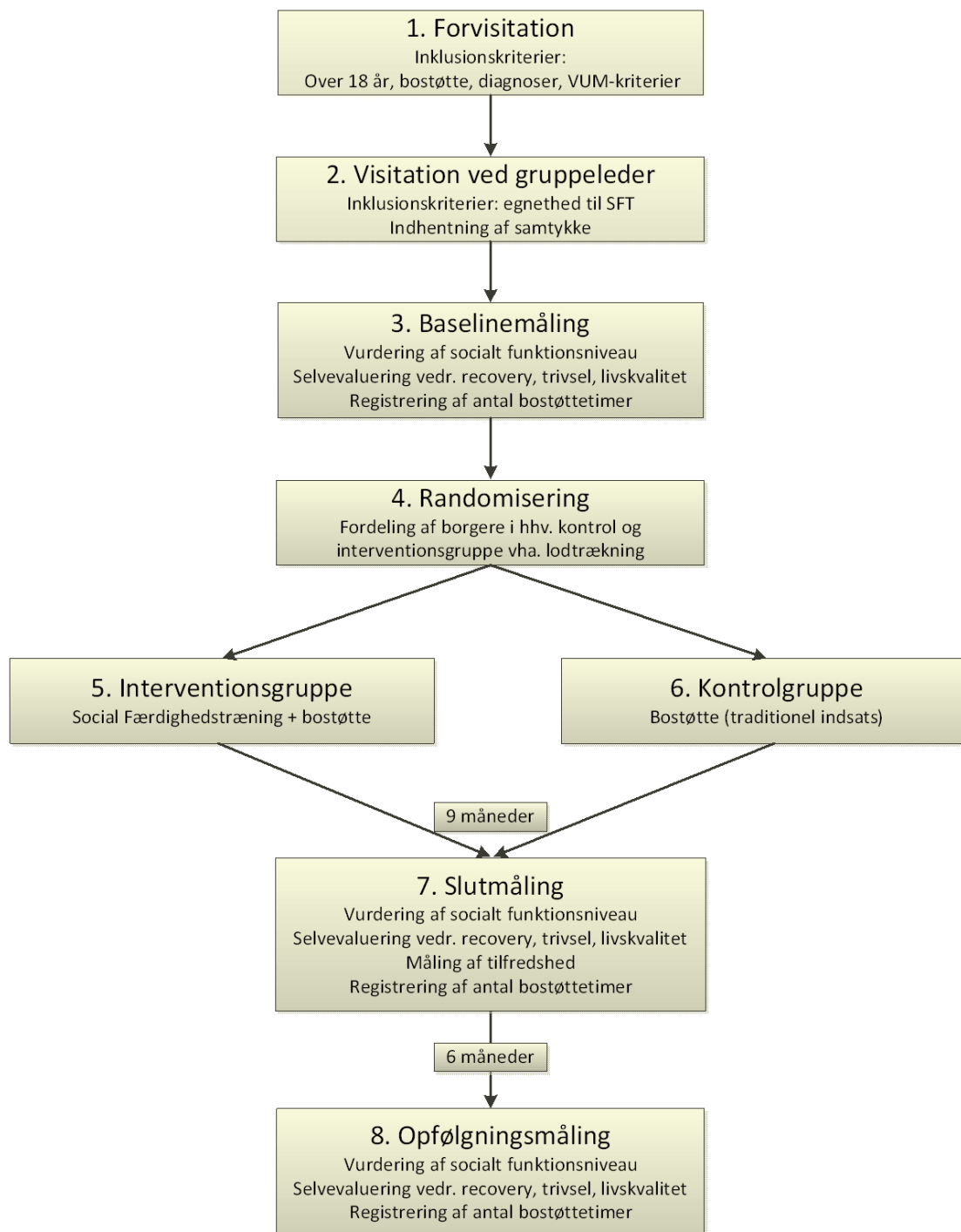
- **Diagnose:** Borgeren har en eller flere af diagnoserne F2 Skizofreni mm (20-29), F3 Af-fektive sindslidelser (30, 31, 33.2, 33.3, 34), F4 Nervøse og stress-relaterede tilstande (40, 41, 42, 43 (dog ikke 43.0 og 43.2), 44, 45), F6 Personlighedsforstyrrelser
- **VUM (Voksenudredningsmetoden)**
 - Borgeren er i VUM vurderet til at have en sindslidelse, herunder en eller flere af flg. problemer: Angst, depression, personlighedsforstyrrelse og forandret virkelighedsopfattelse
 - Borgeren vurderes i VUM, tema 4-10 (Praktiske opgaver i hjemmet, Egenomsorg, Kommunikation, Mobilitet, Samfundsliv, Socialt liv og Sundhed) til at ligge inden for vurderingerne 2-4 (moderat problem, svært problem, fuldstændigt problem) på minimum 3 ud af de 7 parametre/temaer
 - Den samlede vurdering af borgeren vurderes i VUM til at ligge på C, D eller E (moderat problem, svært problem eller fuldstændigt problem)

5.5.1 Visitationsproces

De borgere, der indgår i projektet, har gennemgået en visitationsproces, hvor det i første omgang er blevet vurderet, om de opfylder ovenstående inklusionskriterier – og dernæst, om de er egnede til SFT i gruppe. Efter visitation foretages en baseline-måling af alle deltagerne. Herefter randomiseres borgerne til enten SFT-forløb eller traditionel indsats. Der foretages en slutmåling efter forløbets afslutning, samt en opfølgingsmåling seks måneder efter forløbets afslutning.

Figur 1 illustrerer processen:

Figur 1: Visitations- og randomiseringsproces



5.6 Aktuel målgruppe

Alle ni projektkommuner gennemfører minimum to gruppeforløb, som indgår i dataindsamlingen til RCT-studiet af SFT. Som det fremgår af tabellen herunder, har de ni projektkommuner gennemført yderligere tre SFT-gruppeforløb, ud over dem der indgår i RCT-studiet, således at alle projektkommuner i alt har gennemført 5-6 gruppeforløb (nogle af dem er først afsluttet efter projektperioden).

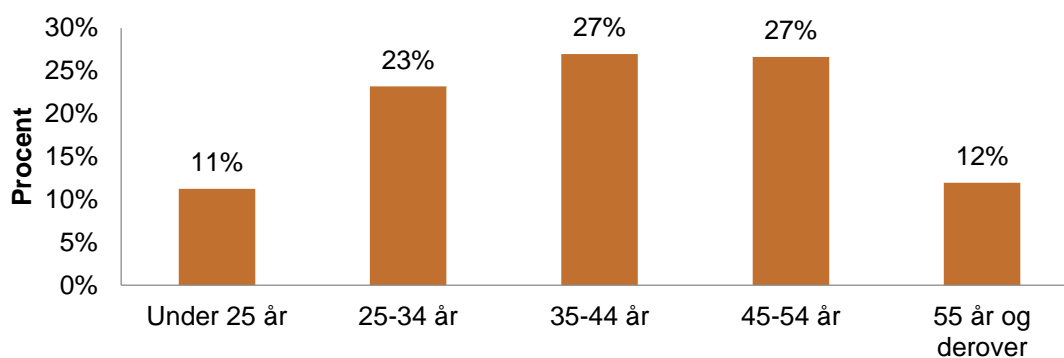
Tabel 1: Antal gruppeforløb i projektkommunerne

Kommune	Antal SFT-grupper i RCT-studie	Antal ekstra SFT-grupper
Esbjerg	2	3

Fredericia	2	3
Halsnæs	2	3
Høje-Taastrup	3	3
Jammerbugt	2	3
Norddjurs	2	3
Rudersdal	2	3
Silkeborg	2	3
Aalborg	2	3

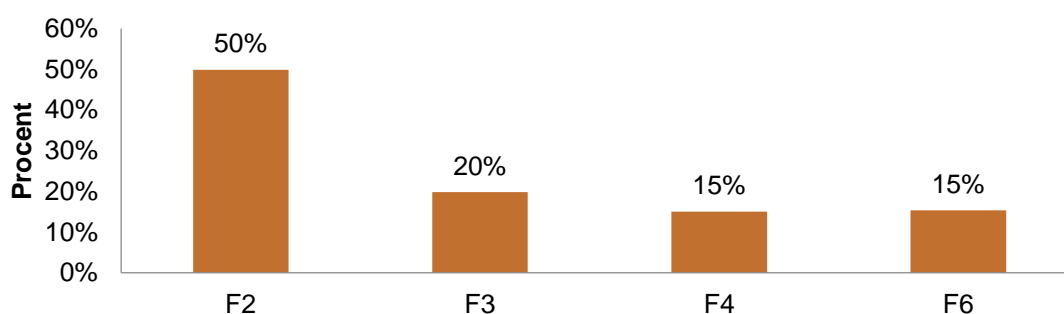
Der er således gennemført i alt 46 gruppeforløb, heraf indgår 19 gruppeforløb i RCT-studiet. Der er udfyldt stamskema for og registreret i alt 407 borgere i projektet. Heraf er i alt 304 borgere blevet randomiseret til enten SFT-forløb eller traditionel indsats. Der mangler samtykke for 11 borgere, hvilket betyder, at i alt 293 borgere indgår i det endelige RCT-studie. Af disse borgere er 57 % kvinder og 43 % mænd. Aldersfordelingen fremgår af figuren herunder. Deltagerne er nogenlunde ligeligt fordelt mellem 25 og 54 år, mens der er lidt færre af de yngste og de ældste.

Figur 2: Aldersfordeling blandt borgere i RCT-studiet



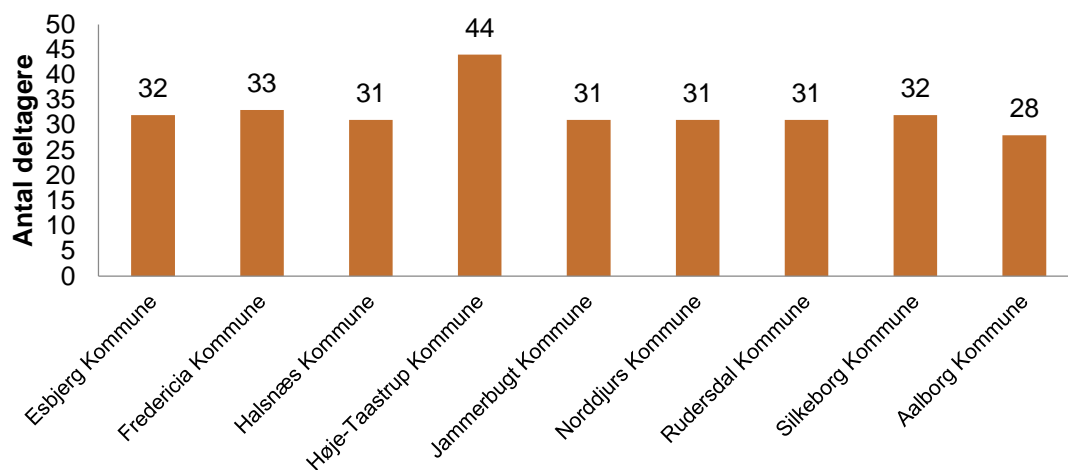
Det fremgår af figuren herunder, at halvdelen af deltagerne har en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mv.). Den anden halvdel er nogenlunde ligeligt fordelt mellem hoveddiagnoserne F3 (Affektive sindslidelser), F4 (Nervøse og stress-relaterede tilstande) og F6 (Personlighedsforstyrrelser).

Figur 3: Hoveddiagnose for borgere i RCT-studiet



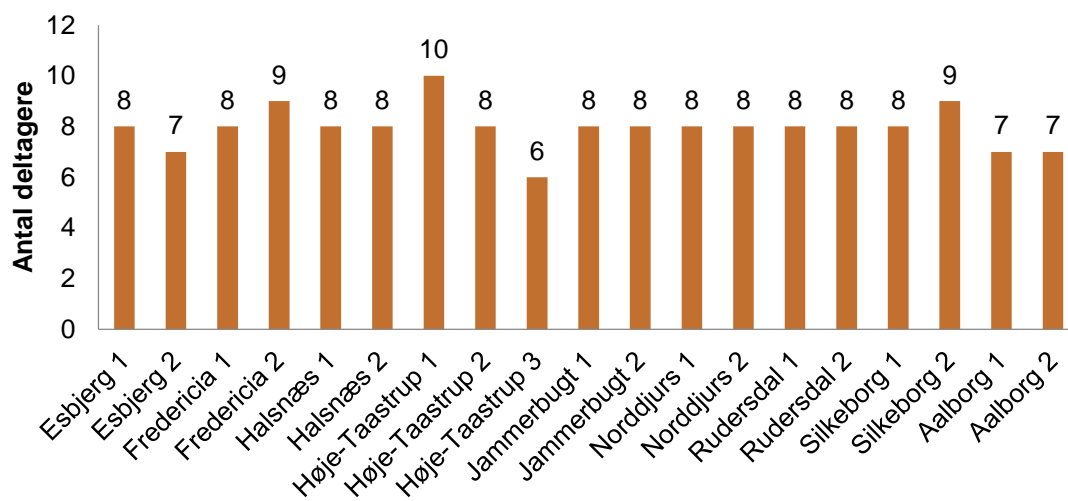
Figuren herunder viser fordelingen af RCT-studiets borgere på de ni projektkommuner. Høje-Taastrup har lidt flere borgere med i RCT-studiet end de øvrige kommuner, hvilket skyldes, at de som den eneste kommune har gennemført tre gruppeforløb i den periode, hvor dataindsamlingen til RCT-studiet foregik.

Figur 4: Antal borgere fra hver kommune i RCT-studiet



Figuren herunder viser, hvor mange deltagere, der har været i de enkelte SFT-gruppeforløb i RCT-studiet. De fleste grupper har på starttidspunktet haft 7-9 deltagere.

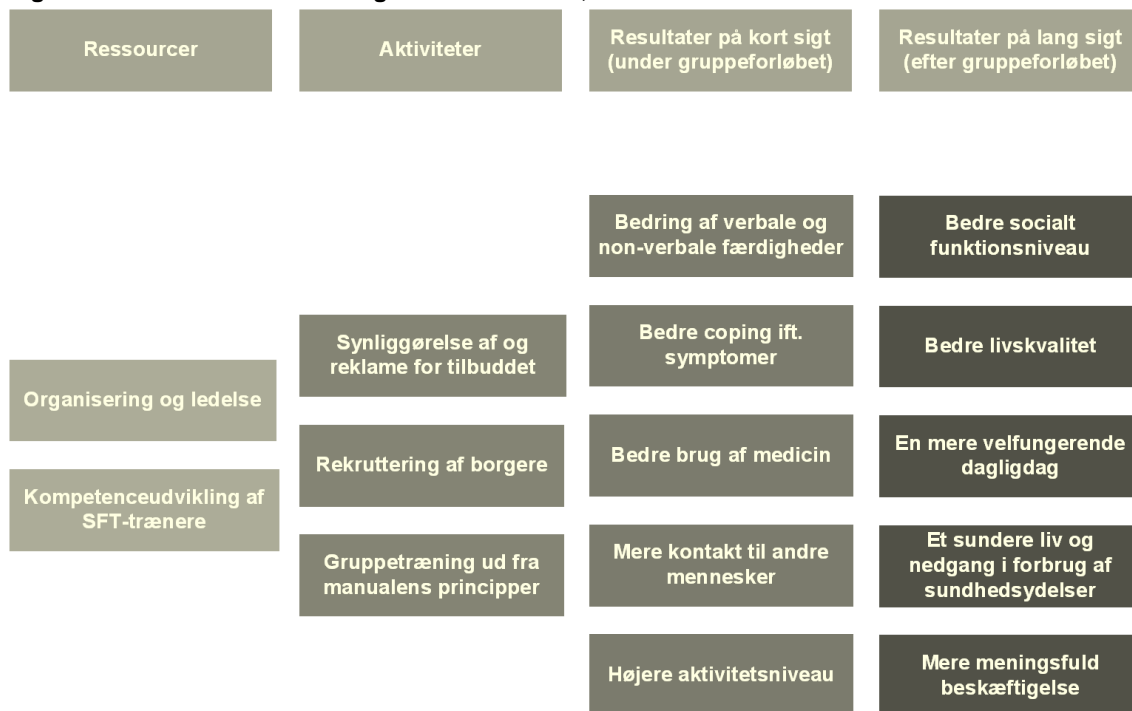
Figur 5: Antal deltagere i SFT-grupper i RCT-studiet



6 Metodeafprøvningens resultater

Ved projektets start udarbejdede DEFACTUM, i samarbejde med Socialstyrelsen og metodeleverandøren, en indsats teori for den borgerrettede indsats, det vil sige den konkrete udøvelse af SFT. Figur 6 viser en forsimplet version af den indledende indsats teori.

Figur 6: Indsats teori for den borgerrettede indsats, SFT



Ressourcerne for den borgerrettede indsats består af projektkommunernes organisering og ledelse, samt kompetenceudvikling. Disse beskrives i kapitel 7 om implementering.

Aktiviteterne udgør den konkrete udøvelse af SFT. Monitoreringen af disse er dækket af implementerings- og fidelitetsovervågningen, som ligeledes beskrives i kapitel 7.

Dette kapitel handler om resultaterne af metodeafprøvningen – indsats teoriens anden og tredje kolonne. Resultaterne undersøges først og fremmest ved hjælp af et RCT-studie, der dokumenterer metodens effekt på borgerne i forhold til de langsigtede mål i indsats teorien (operationaliseringer af klinisk og social recovery). De konkrete indikatorer og måleinstrumenter er udvalgt på baggrund af de forventede resultater på lang sigt, og måler samlet set på socialt funktionsniveau, graden af recovery og graden af mental og fysisk trivsel.¹⁶

RCT-studiet kan imidlertid kun opfange den effekt, der lader sig måle ved hjælp af de udvalgte måleinstrumenter. Projektet definerer en målgruppe af borgere med svære psykiske lidelser, og som ofte har været belastede i en længere årrække. For denne målgruppe kan recovery være en længere proces, og enkeltstående indsatser kan måske kun bidrage med små skridt. For at imødekomme dette, er det også relevant at belyse selv de mindre forandringer, der sker i bor-

¹⁶ I forbindelse med den økonomiske evaluering, som tilføjes rapporten i maj 2017, indgår et registertræk på udvalgte variable, som vil vise, hvorvidt borgerne får nedsat forbrug af sundhedsydelse og øget tilknytning til uddannelse og beskæftigelse.

gernes liv under og efter SFT-forløbene. Evalueringen tilvejebringer derfor også borgernes og gruppetrænerens vurderinger af metodens resultater.

Kapitlet indeholder følgende:

- En præsentation af resultaterne af RCT-studiet, herunder en frafaldsanalyse, en beregning af metodens effekt for borgerne, en test af sammenhæng mellem effektmål og en test og vurdering af blindingen i forhold til det primære effektmål
- En undersøgelse af udvalgte faktoreres indflydelse på effekten
- En vurdering af metodens resultater baseret på borgernes tilfredshed med metoden samt borgernes og gruppetrænerens vurdering af borgernes udbytte af metoden
- En samlet drøftelse af metodens resultater

6.1 Datakilder

Data til vurdering af resultater baserer sig på følgende kilder:

Tabel 2: Datakilder resultater

Datakilde	Tidspunkt	Data
Stamskemaer for borgerne	Ved rekruttering til projektet og løbene	Baggrunds- og kontekstfaktorer
PSP-interview med borgere	Ved SFT-forløbets start, slutning og opfølgning	Borgerens udvikling
Selvrapporterings spørgeskemaer til borgerne	Ved SFT-forløbets start, slutning og opfølgning	Borgerens udvikling
Spørgeskemaundersøgelse	Efter SFT-forløbet	Borgernes tilfredshed med forløbet
Spørgeskemaundersøgelse og interview med borgerne	Under SFT-forløbet	Borgernes vurdering af udbytte
Spørgeskemaundersøgelse blandt gruppetrænere	Ved projektperiodens slutning	Vurdering af borgernes udbytte
Individuelle interview blandt udvalgte projektledere	Midt i projektperioden	Vurdering af borgernes udbytte

6.2 Effekt

Effekten af SFT evalueres via et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor det er muligt at afgøre, om SFT er mere effektivt end traditionel indsats for målgruppen. Metoden indebærer, at målgruppen efter visitation tilfældigt inddeles i en interventionsgruppe, der modtager SFT, og en kontrolgruppe, der modtager traditionel bostøtte-indsats.

Der er foretaget baselinemåling af alle deltagere inden opdelingen i interventions- og kontrolgruppe. De samme målinger foretages for begge grupper ved afslutning af forløbet (ni mdr.), samt et halvt år efter forløbets afslutning. Dermed kan udviklingen for de borgere, der har modtaget SFT sammenlignes med udviklingen for de borgere, der har modtaget traditionel indsats.

Analyserne foretages efter princippet *Intention-To-Treat (ITT)*. Det betyder, at alle borgere, der er blevet randomiseret til at indgå i enten interventions- eller kontrolgruppe, indgår i evalueringen, uanset om de har gennemført forløbet eller er faldet fra. Der skal dog være udfyldt både en baselinemåling og henholdsvis en afslutningsmåling eller opfølgningsmåling, før borgeren kan indgå i analyserne af effekt.

Effekten undersøges ved forskellige måleinstrumenter som vist i tabellen:

Tabel 3: Oversigt over indikatorer, måleinstrumenter og måletidspunkter

Indikatorer	Måleinstrumenter	Måletidspunkter
Socialt funktionsniveau	PSP	Baseline, afslutning og opfølgning
Grad af recovery	MHRM	Baseline, afslutning og opfølgning
Trivsel/mental sundhed	WHO-5	Baseline, afslutning og opfølgning
Antal bostøttetimer	Projektkommunernes opgørelse	Baseline, afslutning og opfølgning

Måleinstrumenterne indfanger forskellige aspekter af borgernes udvikling, og de udfyldes alle ved både baseline, afslutning og opfølgning.

Den primære effektindikator er borgernes sociale funktionsniveau. Det måles ved hjælp af *Personal and Social Performance* (PSP), som er et klinisk måleinstrument med fokus på socialt funktionsniveau inden for fire domæner. PSP udfyldes af gruppetrænerne efter interview med borgeren. Gruppetrænerne er i forbindelse med projektet uddannet i at gennemføre en PSP-vurdering af borgere med svære psykiske lidelser. For at sikre at PSP-vurderingerne er konsistente på tværs af medarbejdere, er der to gange foretaget samrating blandt gruppetrænerne. I samratingen har gruppetrænerne set en video, hvor en borger bliver interviewet, og gruppetrænerne har hver især udfyldt PSP-vurderinger. Efterfølgende er vurderingerne blevet sammenlignet med henblik på at analysere, i hvilket omfang gruppetrænerne vurderer konsistent. En Krippendorff's Alpha viste en acceptabel grad af reliabilitet i første samrating, men en mindre acceptabel grad i anden samrating. Gruppetrænerne har også undervejs i projektet udtrykt bekymring over, om de vurderede borgerne ens, da de ikke har følt sig tilstrækkeligt klædt på til dette af undervisningen i PSP. På baggrund af disse omstændigheder traf DEFACTUM og Socialstyrelsen en beslutning om, at gruppetrænerne skulle være to om at PSP-vurdere hver enkelt borger i både interventions- og kontrolgruppen, da det reducerer usikkerheden omkring den enkelte vurdering.

Ved baseline er borgeren interviewet i egen kommune, mens borgeren ved afslutning og opfølgning er vurderet af gruppetrænere fra en anden projektkommune for at sikre blinding.¹⁷

Ud over PSP anvendes følgende måleinstrumenter, som borgerne selv udfylder:

- MHRM, som måler graden af recovery i forhold til svære psykiske lidelser
- WHO-5, som er et mål for trivsel med fokus på mental sundhed.

I effektmålingen indgår desuden en analyse af udviklingen i antallet af bostøttetimer pr. uge, som borgerne tildeles. Timetallet registreres af projektmedarbejderne. Derudover inddrages registerdata, der viser borgernes forbrug af sundhedsydelser og tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked.

Læsevejledning til analyser

Effekten af SFT analyseres ved hjælp af begreberne *statistisk signifikans*, *effektstørrelse* og *klinisk signifikans*. Tabellen indeholder en læsevejledning til de tre begreber.¹⁸

¹⁷ Blinding anvendes i RCT-studier for at undgå, at vurderingerne påvirkes af viden om deltagernes tilknytning til hhv. interventions- eller kontrolgruppe. I denne sammenhæng betyder det, at de gruppetrænere, der vurderer borgerens funktionsniveau via PSP ikke ved, om borgeren har modtaget SFT eller traditionel indsats.

¹⁸ Se diskussion af begreberne og deres anvendelse i følgende:

Ellis, P.D. (2010): *The Essential Guide to Effect Sizes: An Introduction to Statistical Power, Meta-Analysis and the Interpretation of Research Results*. United Kingdom: Cambridge University Press.

Tabel 4: Læsevejledning til analyse

Begreb	Forklaring og anvendelse
Statistisk signifikans	Anvendes til at påvise, at et resultat (fx en forskel mellem grupper) ikke alene skyldes tilfældighed. Bygger på p-værdier, som angiver sandsynligheden for, at den observerede forskel er reel og ikke tilfældig. En statistisk signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppe betyder, at der er forskel. Begrebet siger derimod ikke noget om, hvor stor en evt. forskel er.
Effektstørrelse	Anvendes til at vurdere størrelsen på en observeret forskel. Effektstørrelse kan sige noget om, hvorvidt interventionen gjorde en forskel OG hvor stor forskel, den gjorde. Er baseret på gennemsnit og standardafvigelser, og anvendes derfor primært på gruppe-effekter. Effektstørrelse er særligt velegnet ved små datamængder, som tilfældet er i denne evaluering.
Klinisk signifikans	Forholder sig til spørgsmålet om, hvor stor/vigtig en given forskel er i klinisk forstand. Dvs. hvor meget rykker individet sig ift. sine klinisk bestemte vanskeligheder (som fx er konstateret ifm. udredning). Klinisk signifikans anvendes mest på det enkelte individ. Der er oftest tale om subjektivt bestemte niveauer for udvikling. I analyserne i denne evaluering forholder vi os til de udviklingsniveauer, som ophavsmændene til måleredskaberne definerer, eller som er anvendt i tidligere studier.

6.2.1 Datagrundlag

Datagrundlaget for effektevalueringen omfatter i alt 304 borgere, som er blevet randomiseret, heraf 153 til SFT-forløb og 151 til traditionel indsats. For 11 borgere er det ikke lykkedes at indhente samtykke til at indgå i evalueringen. Disse 11 borgere udgår af analyserne. Derudover er yderligere 46 borgere frafaldet undervejs i evalueringen. Der er afslutningsmåling på op til 234 borgere og opfølgningsmåling på op til 194 borgere (forskelligt antal for forskellige spørgeskemaer).

6.2.2 Frafald

Samlet set er der ikke et systematisk frafald, som skævvrider resultaterne af denne evaluering.

Der må forventes et vist frafald fra et forholdsvis ressourcerkrævende og langvarigt træningsforløb, som SFT er, ligesom man generelt må forvente udfordringer med fastholdelse i denne målgruppe. Frafaldets omfang er forholdsvis beskedent, og de frafaldne borgeres fordeling på de undersøgte baggrundsvariable er forholdsvis tæt på fordelingen i undersøgelsesgruppen.

De hyppigste årsager til frafald er, at borgeren ikke længere ønsker at deltage, eller at borgeren ikke har tid/ressourcer til træningen. Andre mindre hyppige årsager er fraflytning eller sygdom.

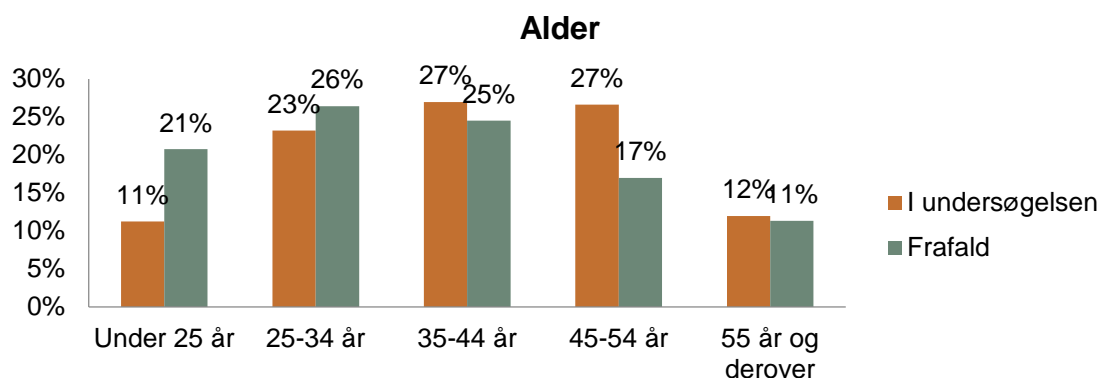
De frafaldne fordeler sig med 31 fra interventionsgruppen (20 %) og 15 fra kontrolgruppen (10 %). Det er ikke overraskende, at lidt flere fra interventionsgruppen er faldet fra, idet mange angiver manglende tid og ressourcer til træningen som årsag.

Der er et lidt større frafald blandt kvinder end mænd. 68 % af de frafaldne er kvinder, mens 32 % er mænd. Fordelingen skal dog ses i sammenhæng med fordelingen i undersøgelsesgruppen, hvor der også var flere kvinder (57 %) end mænd (43 %).

I figuren herunder sammenlignes aldersfordelingen for henholdsvis undersøgelsesgruppen og gruppen af frafaldne borgere. Som det fremgår, er der især en overrepræsentation af frafaldne blandt de unge.

Peterson, L. (2008): "Clinical" Significance: "Clinical" Significance and "Practical" Significance are NOT the Same Things. Online Submission, Paper presented at the Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association (New Orleans, LA, Feb. 7, 2008).

Figur 7: Aldersopdeling i undersøgelsesgruppen og hos frafaldne



De frafaldne borgeres hoveddiagnose fordeler sig næsten identisk med undersøgelsesgruppen. De frafaldne borgere har en lidt lavere gennemsnitlig PSP-score ved baselinemålingen end undersøgelsesgruppen. Undersøgelsesgruppen ligger ved baseline på 40,6 i gennemsnit, mens gruppen af frafaldne borgere ligger på 38,4 i gennemsnit ved baselinemålingen.

6.2.3 PSP

PSP måler graden af social dysfunktion inden for de fire domæner *socialt nyttige aktiviteter inkl. arbejde og uddannelse, personlige og sociale relationer, egenomsorg og forstyrrende og aggressiv adfærd*. Sværhedsgraden af borgerens vanskeligheder vurderes inden for hvert domæne til at være let, manifest, udtalt, svær eller meget svær. Ud fra operationelle kriterier omsættes vurderingen til en samlet score for borgerens funktionsniveau. Skalaen går fra 1 til 100, hvor 100 repræsenterer det bedste funktionsniveau.

Ved baselinemålingen ligger borgerne i interventions- og kontrolgruppen meget tæt på hinanden. Borgerne i interventionsgruppen blev i gennemsnit vurderet til 40,11, mens borgerne i kontrolgruppen i gennemsnit blev vurderet til 41,08.

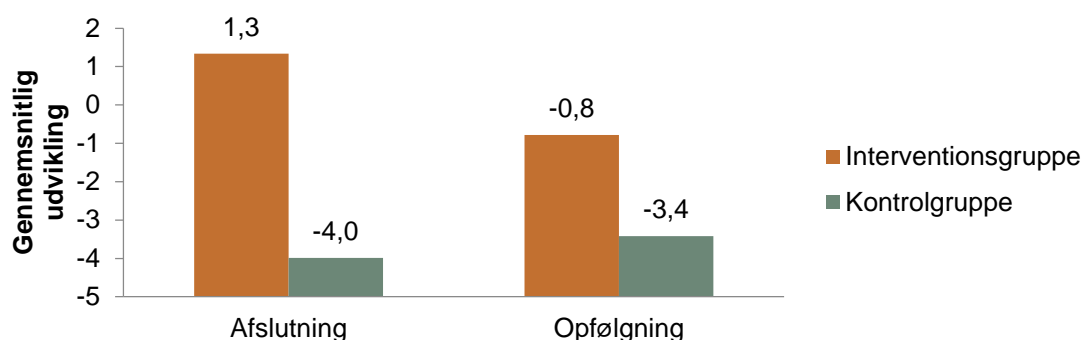
Figuren viser de to gruppers udvikling på PSP-skalaen fra baseline til henholdsvis afslutning og opfølgning. Gruppen af borgere, der har modtaget SFT-træning, er i gennemsnit vurderet til at have udviklet sig 1,3 point i positiv retning på PSP-skalaen ved afslutning af forløbet. I samme periode har de borgere, der har modtaget traditionel indsats, i gennemsnit bevæget sig 4,0 point i negativ retning på PSP-skalaen. Sammenligningen baserer sig på i alt 234 borgere, der er gennemført afslutningsmåling på.

Statistisk signifikant udvikling

Forskellen mellem interventionsgruppens og kontrolgruppens udvikling fra baseline til afslutning af forløbet er statistisk signifikant.¹⁹ Det vil sige, at den observerede forskel mellem de to grupper ikke skyldes tilfældigheder, og ud fra den betragtning har SFT haft en effekt. Den gennemsnitlige udvikling for interventionsgruppen er forholdsvis beskeden, men den skal ses i forhold til kontrolgruppens negative udvikling i samme periode.

¹⁹ Deltagernes udvikling er beregnet som forskellen mellem den gennemsnitlige score ved baseline og henholdsvis afslutning og opfølgning. Forskellen mellem de to grupper er undersøgt ved hjælp af en dobbeltsidet parvis t-test, hvor det undersøges, om forskellen er statistisk signifikant.

Figur 8: Udvikling fra baseline til afslutning og opfølgning målt ved PSP



Udviklingen fra baseline til opfølgningsmålingen et halvt år efter afslutningen af forløbet viser det samme mønster: At udviklingen i gennemsnit er mere positiv for gruppen af borgere, der har modtaget SFT, end for gruppen af borgere, der har modtaget traditionel indsats. Interventionsgruppen har i gennemsnit haft en negativ udvikling på -0,8 point, mens kontrolgruppen har haft en negativ udvikling på -3,4 point. Sammenligningen baserer sig på i alt 194 borgere, der er gennemført opfølgningsmåling på. Forskellen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen på opfølgningstidspunktet er ikke statistisk signifikant.

Lille effekt ved afslutning

Ud over statistisk signifikans er det relevant også at se på effektstørrelsen vedrørende SFT. Effektstørrelsen angiver dels, om der er en forskel mellem de to grupper, og dels hvor stor forskellen, og dermed effekten, er. Effektstørrelsen beregnes ved Cohen's D^{20} , som er et mål for størrelsen af forskellen mellem to gruppers gennemsnit.

Cohen's D er ved afslutning beregnet til 0,35 og ved opfølgning til 0,19. Det betyder, at SFT ud fra en traditionel tolkning af Cohen's D har haft en lille effekt ved afslutning, mens effekten ved opfølgning ligger lige under det niveau, hvor man traditionelt tager den i betragtning.

Det betyder, at SFT har haft en effekt ved afslutningstidspunktet, men at den er aftaget ved opfølgningstidspunktet. Deltagerne er ved afslutningen målt umiddelbart efter et intensivt træningsforløb med jævnlig kontakt og støtte, hvorimod de på opfølgningstidspunktet ikke har haft samme intensive tilknytning i det foregående halve år. Det kan være en forklaring på, at effekten aftager over tid.

Tabel 5: Tolkning af effektstørrelse ved Cohen's D^{21}

Effektstørrelse	Tolkning
0,2-0,5	Lille effekt
0,5-0,8	Medium effekt
0,8 -	Stor effekt

Klinisk signifikant udvikling hos et stort mindretal

I en række tidligere studier af PSP betragtes en udvikling på 7-9 point som en klinisk signifikant udvikling.²² Ud fra den betragtning er den gennemsnitlige positive udvikling hos borgere, der har modtaget SFT-indsatsen forholdsvis beskeden.

²⁰ Cohen J. (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second ed. Lawrence Erlbaum Associates.

²¹ Ibid.

Gennemsnittet dækker imidlertid over store individuelle forskelle i udviklingen. Således har 43 ud af 120 borgere (36 %) fra interventionsgruppen ved afslutningen haft en positiv udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant. Til sammenligning har 22 ud af 116 borgere (19 %) fra kontrolgruppen ved afslutningen haft en positiv udvikling, der er klinisk signifikant. På opfølgningstidspunktet har 31 ud af 94 borgere (33 %) fra interventionsgruppen haft en positiv udvikling, der er klinisk signifikant. I kontrolgruppen er det til sammenligning 24 ud af 102 borgere (24 %).

Selvom den gennemsnitlige udvikling i PSP-score er forholdsvis beskeden, så fremgår det, at det er lykkedes at opnå en klinisk signifikant udvikling for en relativt stor gruppe borgere i den undersøgte periode. Det fremgår videre, at SFT-indsatsen har bevirket en klinisk signifikant udvikling for markant flere borgere end en traditionel indsats.

Blinding er tilfredsstillende gennemført

Som beskrevet tidligere er PSP-vurderingerne ved afslutning og opfølgning foretaget af medarbejdere fra en anden projektkommune for at sikre, at vurderingen ikke påvirkes af viden om, hvorvidt borgeren har modtaget SFT eller en traditionel indsats. Selvom de medarbejdere, der vurderer borgeren, ikke kender vedkommende, er der alligevel risiko for, at de bliver bekendt med, om borgeren har tilhørt den ene eller den anden gruppe. Medarbejderne har derfor, sammen med deres vurdering, skulle svare på, om de har været vidende om den pågældende borgers tilknytning til den ene eller anden gruppe.

I alt har medarbejderne i 47 tilfælde på tværs af PSP-vurderingerne ved afslutning og opfølgning angivet, at de er blevet vidende om, hvorvidt borgeren har modtaget SFT eller traditionel indsats. Analyserne af deres svar viser ikke et svarmønster, der er entydigt anderledes, end dem der ikke har været vidende om borgerens tilknytning. Dem der ved afslutning har været vidende om, at borgeren har modtaget SFT, vurderer i gennemsnit borgerne til at have haft lidt mindre udvikling, end dem der ikke har kendt borgerens tilknytning. Ved opfølgning vurderes borgere med kendt tilhørsforhold derimod til at have haft lidt større udvikling, end borgere hvor tilhørsforholdet ikke har været kendt. De medarbejdere, der har været vidende om borgerens tilknytning til kontrolgruppen, har ved afslutning vurderet borgerne til at have haft en lidt mindre udvikling, end dem der ikke har kendt tilhørsforholdet, hvorimod de ved opfølgning har vurderet borgerne til at have en lidt mere positiv udvikling.

De forskelle, der er fundet, opvejer således i en vis udstrækning hinanden. Ingen af forskellene er signifikante. Konklusionen er således, at de tilfælde, hvor medarbejderne er blevet vidende om borgerens tilknytning, ikke har påvirket PSP-vurderingerne i evalueringen systematisk.

6.2.4 MHRM

MHRM er et spørgeskema udviklet til at måle recovery hos personer med svære psykiske lidelser. Spørgeskemaet udfyldes af borgeren selv. Det består af 30 udsagn, som skal besvares på en 5-punkt-skala. 28 af udsagnene falder inden for syv kategorier med hvert sit tema; *overvinde fastlåsthed, styrkelse af selvet, læring og ny selvforståelse, grundlæggende funktionsniveau, generelt velbefindende, nye muligheder og overskud/engagement*. De resterende to udsagn måler, om religiøs og/eller spirituel tro spiller en rolle i recovery-processen. Der beregnes en samlet score for MHRM, som kan gå fra 0 til 120. Jo højere score, des højere niveau af recovery.

²² Se blandt andet Juckel G. et al. (2008): Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 104:287-293.

Nasrallah H.A. et al. (2008): Schizophrenia, "Just the Facts" What we know in 2008. *Schizophrenia Research*. 102:1-18.

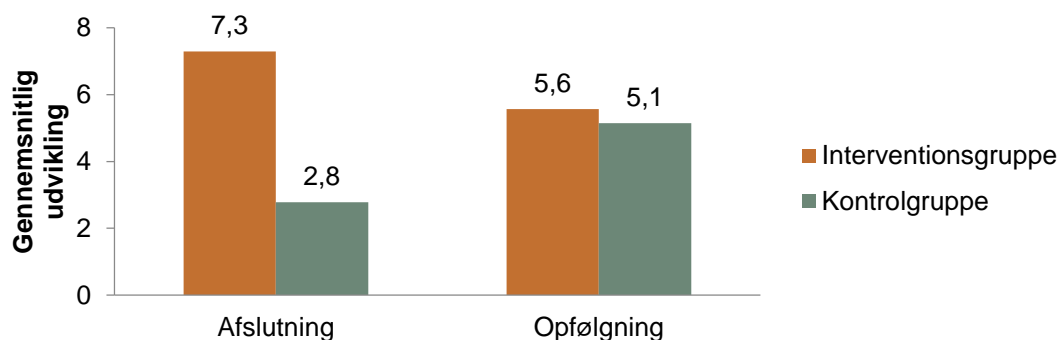
Ved baselinemålingen havde gruppen af borgere, der skulle modtage SFT, en gennemsnitlig MHRM-score på 60,7, mens de borgere, der skulle modtage traditionel indsats havde en gennemsnitlig MHRM-score på 62,1. I en amerikansk kontekst er gennemsnitsscoren på tværs af forskellige grupper af personer med psykiske lidelser 80 point.²³

Figuren herunder viser de to gruppers udvikling i MHRM-scoren efter henholdsvis SFT og traditionel bostøtteindsats. Ved afslutningen af forløbet har interventionsgruppen haft en positiv udvikling på 7,3 point på MHRM-skalaen, mens kontrolgruppen kun har haft en positiv udvikling på 2,8 point i samme periode.

Ved afslutningen af forløbet er forskellen mellem de to grupper statistisk signifikant, og ud fra den betragtning har SFT en større effekt på *mental health recovery*, end en traditionel bostøtteindsats. Effektstørrelsen er ved hjælp af Cohen's D beregnet til 0,36 ved afslutningen af forløbet. Jævnfør skemaet ovenfor er der tale om en lille effekt.

Spørgeskemaets ophavsmænd betragter en udvikling på 10 point som klinisk signifikant²⁴. Ved afslutningen har 39 ud af 108 borgere (36 %) i interventionsgruppen haft en positiv udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant, mens det i kontrolgruppen drejer sig om 31 ud af 107 borgere (29 %).

Figur 9: Udvikling fra baseline til afslutning og opfølgning målt ved MHRM



Effekten af SFT målt ved MHRM ser imidlertid ud til at aftage over tid. Både interventionsgruppen og kontrolgruppen har udviklet sig positivt på MHRM-skalaen ved opfølgningsmålingen et halvt år efter forløbets afslutning. Forskellen mellem de to grupper er ikke statistisk signifikant, og Cohen's D viser ikke en effektstørrelse, der er stor nok til at tage i betragtning. Effekten af SFT på mental recovery fastholdes således ikke et halvt år efter afslutningen af forløbet. Andelen af borgere med en klinisk signifikant udvikling på opfølgningstidspunktet er den samme for både interventions- og kontrolgruppen (cirka 32 %).

6.2.5 WHO-5

WHO-5 er et mål for trivsel med vægt på den mentale sundhed. Det er et spørgeskema med fem spørgsmål, som borgeren udfylder ved baseline, afslutning og opfølgning. Spørgsmålene handler om, hvordan borgeren har følt sig tilpas de seneste to uger, og de måler dermed graden af positive oplevelser for borgeren.

Scoren på WHO-5 kan gå fra 0 til 100, jo højere score, des bedre trivsel. Placeringen på skalaen betragtes ud fra følgende standarder:

²³ Bullock, W.A. (2005): Mental Health Recovery Measure (MHRM). I: Campbell-Orde, T. et al. (Prepared by) *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures. Volume II*. The Evaluation Center@HSRI: Cambridge, MA.

²⁴ Bodine M.N. (2013): *Validation of the Mental Health Recovery Measure as a clinical assessment*. Theses and dissertations. Paper 27. University of Toledo.

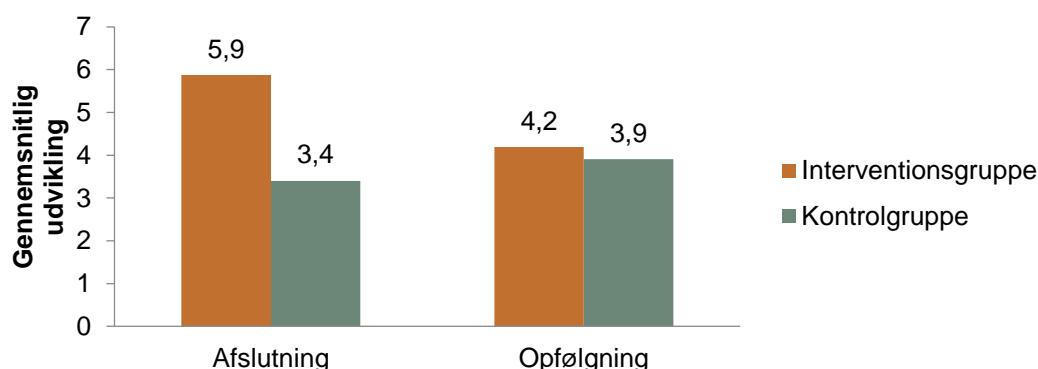
- 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning
- 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning
- over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning.

Den gennemsnitlige placering på skalaen for befolkningen som helhed er på 68 point, og en bevægelse på 10 point betragtes som klinisk signifikant.²⁵

Ved baselinemålingen havde interventionsgruppen og kontrolgruppen en gennemsnitlig placering på WHO-5 på henholdsvis 46,8 og 47,6. Figuren herunder viser de to gruppers udvikling på skalaen ved afslutningen og opfølgningen. De borgere, der har modtaget SFT, har ved afslutning af forløbet bevæget sig 5,9 point i positiv retning på WHO-5 skalaen, mens de borgere, der har modtaget traditionel indsats, kun har haft en positiv udvikling på 3,4 point.

Forskellen på interventions- og kontrolgruppe er ikke statistisk signifikant. Cohen's D er på 0,14 hvilket betyder, at effektstørrelsen heller ikke angiver en forskel mellem de to grupper. Ved afslutningen har 39 ud af 112 borgere (35 %) i interventionsgruppen haft en udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant, mens det samme er gældende for 34 ud af 109 borgere (31 %) i kontrolgruppen.

Figur 10: Udvikling fra baseline til afslutning og opfølgning målt ved WHO-5



Ved opfølgningsmålingen ses der kun en ganske lille forskel mellem de to gruppers udvikling. Forskellen er ikke statistisk signifikant, ligesom beregningen af effektstørrelse heller ikke angiver en forskel mellem grupperne. Ved opfølgningen har lidt flere borgere fra kontrolgruppen (34 ud af 84) end fra interventionsgruppen (26 ud af 85) haft en positiv udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant.

6.2.6 Antal bostøttetimer

Den sidste effektindikator er borgernes behov for bostøttetimer. Projektkommunerne har, for hver borger i både interventions- og kontrolgruppen, registreret det gennemsnitlige antal bostøttetimer om ugen inden for den seneste måned. Registreringen er foretaget ved baseline, afslutning og opfølgning.

Nogle projektkommuner har angivet visiteret tid, mens andre har angivet den direkte brugertid (ATA-tid). Hver enkelt kommune har dog været konsistente og har angivet på samme måde ved de tre måletidspunkter.

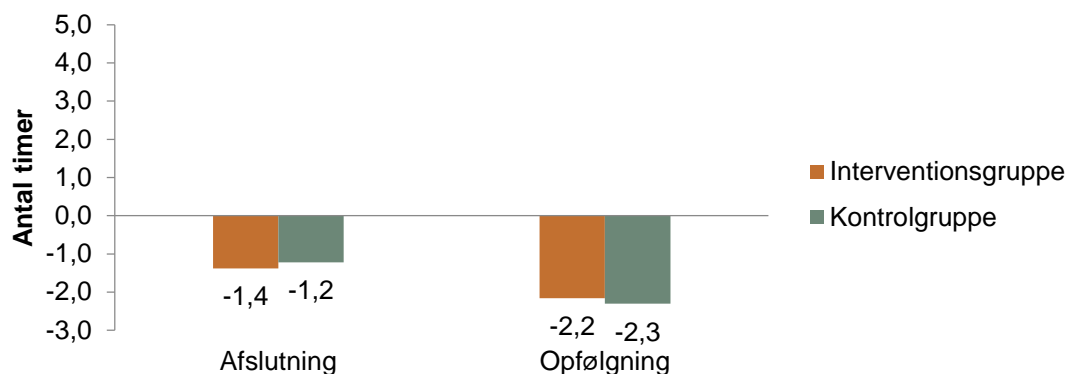
Ved baselinemålingen havde både borgerne i SFT-gruppen og i kontrolgruppen i gennemsnit haft fire bostøttetimer pr. uge. Figuren herunder viser, hvor stor reduktionen i det gennemsnitli-

²⁵ Guide til trivselsindekset: WHO-5. Sundhedsstyrelsen.

<https://www.sst.dk/-/media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>

ge antal bostøttetimer pr. uge der har været for de to grupper ved henholdsvis afslutning og opfølgning.

Figur 11: Udvikling i antal bostøttetimer pr. uge



Det fremgår, at antallet af bostøttetimer pr. uge ved afslutningen er reduceret med henholdsvis 1,4 time og 1,2 time for de to grupper. Reduktionen er lidt større for begge grupper ved opfølgningstidspunktet.

Der er ikke signifikant forskel på den gennemsnitlige reduktion i de to grupper, hverken ved afslutning eller opfølgning, og Cohen's D viser heller ikke nogen effekt ved de to måletidspunkter.

Den forholdsvis begrænsede reduktion i antallet af bostøttetimer pr. uge skal blandt andet ses i lyset af, at nogle kommuner anvender bostøtte-pakker, hvor borgeren tildeles bostøtte inden for et interval, for eksempel 2-5 timer om ugen. Her kan det forventes, at der maksimalt vil være en udvikling, som ligger inden for den givne bostøtte-pakke. Derudover er det i rammerne for at indgå i projektet af Socialstyrelsen angivet, at afprøvningen af SFT skal indgå som en supplerende indsats til de eksisterende indsatser, herunder bostøtte. Det har nogle af projektkommunerne tolket sådan, at SFT ikke måtte træde i stedet for bostøtteindsatsen i projektperioden. Set i det lys er det ikke overraskende, at reduktionen i antallet af bostøttetimer pr. uge har været forholdsvis begrænset.

6.2.7 Opsummering

Tabellen herunder sammenfatter resultaterne af effektevalueringen. Analyserne viser, at SFT **ved afslutningen** af forløbet har en positiv effekt på både socialt funktionsniveau og graden af mental recovery, sammenlignet med en traditionel bostøtte-indsats. Derimod kan der ikke ud fra dette datamateriale påvises en positiv effekt af SFT i forhold til trivsel.

Ved opfølgningen et halvt år efter forløbets afslutning er effekten på både socialt funktionsniveau og graden af mental recovery aftaget. Her findes ikke statistisk signifikant forskel på interventions- og kontrolgruppe, og heller ikke Cohen's D viser en effekt. Der er heller ikke effekt af SFT på de øvrige indikatorer et halvt år efter forløbets afslutning.

Tabel 6: Effekten af SFT

Indikator	Ved afslutning af forløbet (9 mdr. efter start)		Ved opfølgning (6 mdr. efter afslutning)	
	Statistisk signifikans	Cohen's D	Statistisk signifikans	Cohen's D
Socialt funktionsniveau	Signifikant forskel	Lille effekt	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt

Grad af recovery	Signifikant forskel	Lille effekt	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt
Trivsel/mental sundhed	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt
Antal bostøttetimer	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt

Resultaterne skal ses i relation til, at PSP er det primære effektmål for SFT. SFT har specifikt fokus på at udvikle borgernes sociale funktionsniveau, og derfor var forventningen også, at PSP ville være det redskab, der bedst indfanger de forandringer, som træningsforløbet måtte medføre.

Ved afslutningen er der statistisk signifikant positiv sammenhæng mellem udviklingen for alle tre indikatorer. Det betyder, at det er de samme borgere, der udvikler sig henholdsvis positivt og negativt på de tre effektmål.

Det er ofte en udfordring at fastholde effekten af en social indsats over tid. Det ser også ud til at være tilfældet med SFT, jævnfør ovenstående. Som nævnt kan en forklaring ligge i forskellen på at måle deltagerne umiddelbart efter et intensivt træningsforløb og på et tidspunkt, hvor de ikke har haft samme intensive tilknytning i det foregående halve år.

De statistiske analyser er lavet ud fra gennemsnitsberegninger. Det vil sige, at der ses på, hvor stor udvikling deltagerne i henholdsvis interventions- og kontrolgruppe har haft i gennemsnit. Det er imidlertid væsentligt også at se på, hvor mange borgere der har haft en klinisk signifikant udvikling. Tabellen herunder sammenfatter andelen af borgere med klinisk signifikant udvikling i henholdsvis interventionsgruppen og kontrolgruppen. Det fremgår, at der for alle indikatorer er cirka en tredjedel af borgerne, der udvikler sig klinisk signifikant. I forhold til socialt funktionsniveau er der en større andel med klinisk signifikant udvikling i interventionsgruppen, end tilfældet er i kontrolgruppen. Her kan det altså konstateres, at SFT-forløbet har været bedre end traditionel bostøtteindsats til at rykke borgerne i en grad, der betragtes som klinisk signifikant. Andelen og forskellen i forhold til traditionel indsats ses også ved opfølgningstidspunktet, hvad angår socialt funktionsniveau.

Tabel 7: Andel borgere med klinisk signifikant udvikling

Indikator	Ved afslutning af forløbet (9 mdr. efter start)		Ved opfølgning (6 mdr. efter afslutning)	
	Interventionsgr.	Kontrolgr.	Interventionsgr.	Kontrolgr.
Socialt funktionsniveau	36 %	19 %	33 %	24 %
Grad af recovery	36 %	29 %	32 %	32 %
Trivsel/mental sundhed	35 %	31 %	31 %	41 %

6.3 Influerende faktorer

I de foregående afsnit har fokus været på, om SFT har haft en effekt på socialt funktionsniveau, grad af recovery og trivsel. Analyserne har vist, at SFT har en effekt på socialt funktionsniveau og grad af recovery ved afslutningen af gruppeforløbet. I dette afsnit vil fokus være på at undersøge, hvilke faktorer der spiller en rolle i forhold til effekten. Det gøres ved hjælp af stratificerede analyser af, hvordan effekten ser ud på tværs af udvalgte baggrundsfaktorer.

Vi har undersøgt effekten på følgende baggrundsfaktorer:

- Køn
- Alder
- Diagnosetidspunkt
- Hoveddiagnose

- Niveau på hhv. PSP og MHRM i baselinemåling
- Fremmøde
- Tilfredshed med forløb

Ved at inddrage disse faktorer, kan vi undersøge, om der er forskel i effekt mellem mænd og kvinder, unge og ældre, om diagnosetidspunktet har en betydning, om borgerens hoveddiagnose har en betydning, om effekten varierer afhængig af borgerens niveau i udgangspunktet, borgerens fremmøde eller borgerens tilfredshed med forløbet. Dermed bidrager denne analyse med viden om, hvem SFT især virker overfor.

Tabellen herunder sammenfatter resultatet af en stratificeret analyse af effekten på henholdsvis PSP og MHRM ved afslutning. Der er i analysen fortsat fokus på, om borgerne fra interventionsgruppen udvikler sig mere end borgerne i kontrolgruppen. Analysen er her blot gentaget for hver enkelt baggrundsfaktor, hvilket giver et billede af, om der er undergrupper, hvor effekten af SFT er særligt stor. Tabellen angiver effektstørrelsen (Cohen's D) for hver kategori på den enkelte baggrundsfaktor. Den gule farve markerer en lille effekt, den røde farve en middel effekt og den grønne en stor effekt. Derudover er det markeret med stjerner, hvor der er tale om en statistisk signifikant forskel.

Effektstørrelse i undergrupper (Cohen's D)

Baggrundsfaktor	Kategorier	PSP ved afslutning	MHRM ved afslutning
Køn	Mænd	0,40*	0,41*
	Kvinder	0,31	0,44*
Alder	Under 25 år	0,44	0,62
	25-34 år	0,91**	0,48
	35-44 år	0,11	0,46
	45-54 år	0,02	0,26
	55 år og derover	0,49	0,29
Diagnosetidspunkt	Op til år 2000	-0,24	0,23
	År 2001-2006	0,56	0,49
	År 2007-2009	-0,01	0,16
	År 2010-2012	0,77**	0,60*
	År 2013 el. senere	0,72	0,71
Hoveddiagnose	F2	0,50**	0,53**
	F3	0,19	0,03
	F4	0,28	0,58
	F6	0,30	0,31
PSP baseline	Niveau 1	0,28	
	Niveau 2	0,55*	
	Niveau 3	0,10	
	Niveau 4	0,80*	
	Niveau 5	0,13	
MHRM baseline	Niveau 1		0,32
	Niveau 2		0,82**
	Niveau 3		0,27
	Niveau 4		0,39
	Niveau 5		0,11

** Signifikant v. 0,01-niveau

* Signifikant v. 0,05-niveau

6.3.1 Køn

Når effekten af SFT på PSP ved afslutning splittes op på køn, fremgår det, at både mænd og kvinder har en Cohen's D, der angiver en lille effekt. Effekten er beregnet som forskellen i udviklingen på PSP mellem mænd i interventionsgruppen og mænd i kontrolgruppen, samt forskellen mellem kvinder i interventionsgruppen og kvinder i kontrolgruppen. Både mænd og kvinder opnår altså en bedre udvikling i socialt funktionsniveau ved at deltage i SFT end ved traditionel indsats.

Cohen's D er større for mænd end for kvinder. Det betyder, at forskellen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen er større for mænd end for kvinder. Det betyder også, at mænd i lidt højere grad end kvinder profiterer af SFT, når det kommer til udvikling i socialt funktionsniveau.

Effekten af SFT på graden af recovery (MHRM) ved afslutning gælder også både mænd og kvinder. Her er der kun en meget lille forskel i retning af, at kvinder profiterer lidt bedre af SFT end mænd.

6.3.2 Alder

Det fremgår, at der er relativt store forskelle på effekten på PSP ved afslutning på tværs af aldersgrupper. Der er ikke nogen effekt blandt de 35-54 årige; de profiterer således lige så godt af traditionel indsats. Både de yngre og de ældre har derimod en effekt af SFT i forhold til socialt funktionsniveau, og i særlig grad profiterer de 25-34 årige af SFT-forløbet. Blandt denne aldersgruppe er der en stor effekt.

Billedet er lidt anderledes hvad angår effekten af SFT på graden af recovery. Her profiterer de yngre mere end de ældre af SFT-forløbet.

6.3.3 Diagnosetidspunkt

Det fremgår, at det især er de borgere, der er diagnosticeret senest, der profiterer af SFT, både i forhold til sociale færdigheder (PSP) og recovery (MHRM). Således er effektstørrelsen størst for de grupper, der er diagnosticeret (hoveddiagnose) i perioden 2010-2012 eller i 2013 eller senere.²⁶ Det tyder altså på, at dem der har været syge i kortest tid profiterer mest af SFT-forløbet.

Dette resultat nuancerer også resultaterne omkring alder. Yderligere analyser viser, at det i forhold til udviklingen målt på MHRM især er de yngre nydiagnosticerede, der profiterer af SFT. I forhold til PSP er det både de yngre (25-34 årige) og de ældre (45 år og derover) nydiagnosticerede, der især profiterer af SFT. Resultatet målt på PSP betyder, at det formentlig i højere grad er borgerens diagnositidspunkt, og dermed hvor længe de har haft psykiske vanskeligheder, end det er borgerens alder, der er afgørende for, i hvilken grad han/hun profiterer af SFT-forløbet.

Det er således ikke muligt at afgøre, om alder i sig selv har en indflydelse, eller om det udelukkende er et spørgsmål om, at de borgere, der har været påvirket af vanskelighederne i kortest tid, responderer bedst på SFT.

6.3.4 Hoveddiagnose

Tabellen viser også, at det navnlig er borgere med F2 (Skizofreni mv.) som hoveddiagnose, der profiterer af SFT i forhold til socialt funktionsniveau, idet der her er større forskel mellem interventions- og kontrolgruppe, end tilfældet er for borgere med de øvrige hoveddiagnoser.

I forhold til effekten målt på graden af recovery, er det især borgere med hoveddiagnoser inden for F2 (Skizofreni mv.) og F4 (Nervøse og stressrelaterede tilstande), der profiterer af SFT.

Deltagere med en hoveddiagnose inden for F3 (Affektive sindslidelser) profiterer tilsyneladende ikke af SFT, hverken i forhold til socialt funktionsniveau eller i forhold til graden af recovery.

²⁶ I forbindelse med rekruttering til projektet har medarbejderne indhentet borgerens hoveddiagnose og tidspunkt for denne. Beregningerne er foretaget på baggrund af disse data. Der er således ikke taget højde for, at borgeren kan have haft psykiske vanskeligheder i kortere eller længere tid før vedkommende er blevet diagnosticeret, eller om hoveddiagnosen eventuelt afløser andre tidligere diagnoser.

6.3.5 Borgerens udgangspunkt

I analyserne er baselinemålingen for henholdsvis PSP og MHRM inddraget for at se, om effekten afhænger af, hvilket niveau borgeren starter fra inden indsatsen. Borgerne er grupperet i fem niveauer ud fra deres baselinemåling på henholdsvis PSP og MHRM. Niveau 1 omfatter de 20 %, der har den laveste score ved baseline.

Tabellen viser ikke et entydigt billede af, at enten borgerne med dårligst eller bedst udgangspunkt profiterer mest af SFT i forhold til socialt funktionsniveau. Resultatet viser, at to grupper, som man kan karakterisere som henholdsvis de næstdårligste og de næstbedste især profiterer af SFT, hvorimod dem på det højeste og på et middel niveau ikke profiterer af SFT.

De samme to grupper skiller sig ud, som dem der især profiterer af SFT, når der måles på graden af recovery; her dog med lidt større forskel i retning af, at det især er de næstdårligste, der profiterer mest. Her fremgår det også, at dem der ved baseline er på det bedste niveau ikke profiterer af SFT frem for traditionel indsats.

6.3.6 Fremmøde og tilfredshed

Betydningen af fremmøde og tilfredshed på effekten af SFT kan ikke analyseres på samme måde som de øvrige baggrundsvariable ovenfor. Det skyldes, at der kun er oplysninger om borgere i interventionsgruppen for disse to baggrunds faktorer.

Det er alligevel interessant at se på, om der er sammenhæng mellem henholdsvis fremmøde og tilfredshed og de to effektmål. En test af korrelationen viser, at der er signifikant sammenhæng mellem fremmøde og udviklingen i både PSP og MHRM ved afslutningen²⁷. Begge sammenhænge er positive, hvilket betyder, at jo højere fremmøde borgeren har haft i SFT-forløbet, jo større positiv udvikling har borgeren haft på både socialt funktionsniveau og graden af recovery.

Korrelationstesten viser derimod, at der ikke er signifikant sammenhæng mellem borgerens samlede tilfredshed med SFT-forløbet og udviklingen på PSP eller MHRM ved afslutning.

6.3.7 Opsummering

Den stratificerede analyse af effekten viser således et mere nuanceret billede af den effekt af SFT, der er fundet på socialt funktionsniveau og graden af recovery. SFT virker ikke lige godt for alle deltagere. For nogle deltagere er effekten af SFT stor, mens der for andre deltagere slet ikke er nogen effekt.

De deltagere, der i særlig grad profiterer af SFT i forhold til forbedring af deres sociale funktionsniveau, er de deltagere, der ved PSP baselinemålingen blev vurderet på det næstbedste og næstdårligste niveau, deltagere med en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mv.), de borgere, der er diagnosticeret senest, samt unge mellem 25-34 år

De deltagere der i særlig grad profiterer af SFT i forhold til forbedring af graden af recovery er dem, der ved MHRM baselinemålingen vurderede sig selv på det næstdårligste niveau, deltagere med en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mv.) eller F4 (Nervøse og stressrelaterede tilstande), de borgere, der er diagnosticeret senest, samt unge mellem 25-34 år,

Evalueringen kan ikke med sikkerhed afklare, om alder i sig selv er afgørende, eller om det er diagnostetidspunktet, som indikerer, hvor længe borgeren har levet med vanskelighederne, der har størst indflydelse på borgerens udvikling.

²⁷ Der er foretaget en korrelationstest med Pearson's R.

Deltagere inden for de ovennævnte grupper har haft en medium eller stor effekt af SFT sammenlignet med de samme grupper, der har modtaget traditionel indsats.

Endelig tyder resultaterne på, at borgernes grad af fremmøde til træningen har en positiv effekt på deres udvikling.

Evalueringsresultater peger på, hvilke grupper af borgere der profiterer bedst af SFT. Det er dog vigtigt at understrege, at disse resultater selvfølgelig skal anvendes med omtanke og under hensyntagen til de begrænsninger, evalueringen er underlagt.

Ovenstående resultater er således begrænset af valget af måleinstrumenter. DEFACTUM har i samarbejde med Socialstyrelsen udvalgt de måleinstrumenter, vi fandt bedst egnede, men vi forestiller os ikke, at disse instrumenter er i stand til at indfange alle relevante forandringer i borgerens tilstand og liv. For at imødekomme dette er det også relevant at belyse de forandringer, der sker i borgernes liv under og efter SFT-forløbene, ved hjælp af kvalitative data. Evalueringen tilvejebringer derfor også borgernes og gruppetrænerens vurderinger af borgernes udbytte af SFT.

6.4 Borgernes og gruppetrænerens vurdering af udbytte

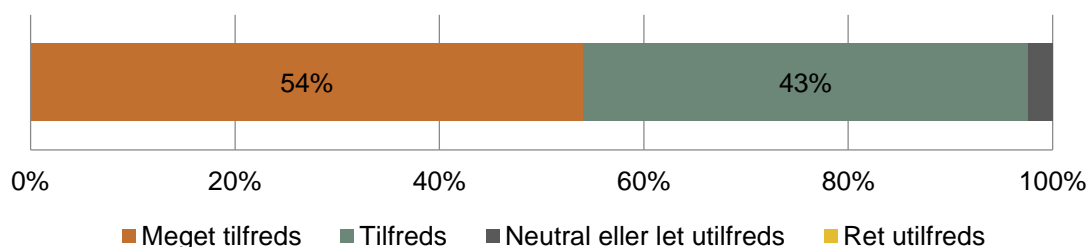
Borgernes vurdering af eget udbytte er undersøgt dels gennem en spørgeskemaundersøgelse af generel tilfredshed med indsatsen, dels gennem en spørgeskemaundersøgelse og opfølgende fokusgruppeinterview med fokus på borgerens vurdering af udbytte af gruppetræningen.

6.4.1 Borgernes tilfredshed med SFT

Alle borgere, der har gennemført SFT-forløbet, er blevet bedt om at udfylde Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)²⁸ ved afslutningen af forløbet. CSQ måler borgernes tilfredshed med forløbet. Skemaet består af 8 spørgsmål, der vedrører forskellige aspekter af SFT-forløbet. 122 af deltagerne i SFT-forløbene har besvaret CSQ-skemaet. Oprindeligt var 236 randomiseret til et SFT-forløb. Heraf er 63 frafaldet undervejs. Det giver en svarprocent for CSQ på 71 %.

Figuren herunder viser svarfordelingen på det spørgsmål i CSQ-skemaet, hvor deltagerne skal angive deres overordnede tilfredshed med behandlingen. Det fremgår, at 97 % enten er tilfredse, eller meget tilfredse med den behandling, de har fået. Ingen borgere svarer, at de er ret utilfredse med den behandling, de har modtaget.

Figur 12: Borgernes samlede tilfredshed med den SFT-behandling de har fået



98 % af deltagerne bedømmer kvaliteten af behandlingen til enten at være god eller fremragende. 96 % svarer, at de overordnet set eller helt sikkert fik den hjælp, de ønskede. 89 % svarer,

²⁸ Angående Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) se følgende:
http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=94:client-satisfaction-questionnaire-csq-8&Itemid=56

at de fleste eller næsten alle deres behov er blevet opfyldt i forløbet. 98 % svarer *ja, det tror jeg eller ja, helt bestemt* til at ville anbefale behandlingen til en ven med lignende behov.

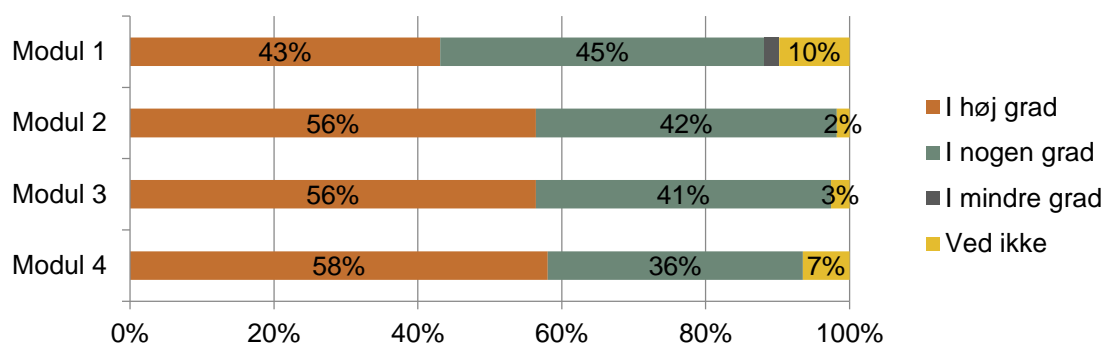
93 % er enten tilfredse eller meget tilfredse med den hjælp, de har fået. 93 % svarer *ja, det har hjulpet i nogen grad* eller *ja, det har virkelig hjulpet* til spørgsmålet om, hvorvidt behandlingen har hjulpet borgeren til at håndtere sine problemer mere effektivt. 95 % svarer enten at de tror, eller at de helt bestemt ville vende tilbage, hvis de skulle få behov for hjælp igen.

6.4.2 Borgernes vurdering af udbytte

Borgerne i otte SFT- grupper har besvaret et kort spørgeskema efter hvert af de 4 moduler (medicin, symptomstrøring, samtale og konfliktløsning). Som opfølgning på spørgeskemaundersøgelsen er der udført gruppeinterview i to grupper inden for hvert modul (i alt otte interview) for at uddybe forståelsen af besvarelsene fra spørgeskemaundersøgelsen inden for det netop afsluttede modul. De detaljerede spørgsmål til udbyttet af enkeltelementer i metoden belyses i afsnit 8.4, evaluering af metoden. Her vises svarene på de overordnede spørgsmål, hvor borgerne er blevet bedt om at vurdere deres udbytte af det samlede forløb, om de har lært noget og om de er i stand til at overføre det til dagligdagen.

Et meget stort flertal af borgerne vurderer, at SFT er en god metode for dem. Andelen der vurderer, at SFT i høj grad er en god metode, er størst ved forløbets afslutning.

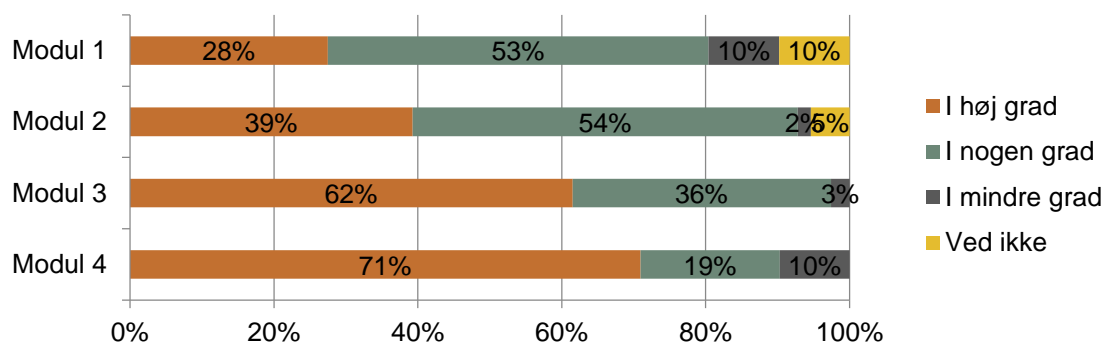
Figur 13: Oplever du, at social færdighedstræning er en god metode for dig



Modul 1: N=51, modul 2: N=55, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Samme billede tegner sig ved spørgsmålet, om deltageren har lært noget ved at deltage.

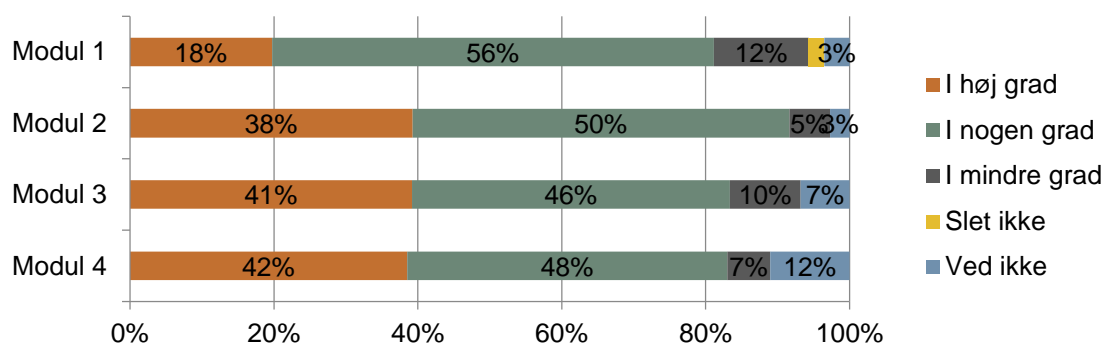
Figur 14: Har du lært noget ved at deltage i social færdighedstræning



Modul 1: N=51, modul 2: N=56, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Der er også et stort flertal af deltagerne, der kan bruge det, de har lært, i hverdagen. Her er andelen, der svarer i høj grad, også størst ved forløbets afslutning.

Figur 15: Kan du bruge det, du har lært, i hverdagen



Modul 1: N=50, modul 2: N=56, modul 3: N=39, modul 4: N=31

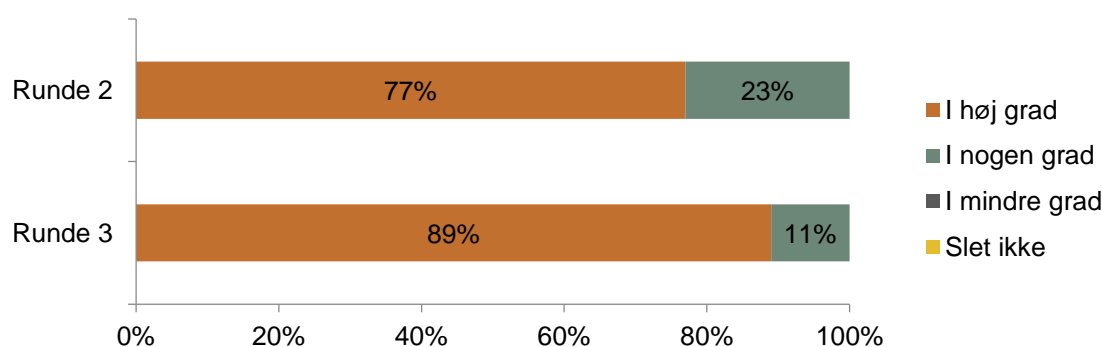
Af interviewene fremgår det, at borgerne har langt overvejende positive vurderinger af forløbets udbytte. Nogle af borgerne har forventninger om, at forløbet fører til styrket selvværd, at de bliver bedre til at tage ordet og tale med andre mennesker og til at komme mere ud. Flere deltagere er allerede begyndt at sige ja til flere sociale ting. Andre nævner bedre overblik over egne symptomer og mulighed for at reagere på dem og til at håndtere symptomer i hverdagen. I en gruppe fortæller de om positive tilbagemeldinger fra omverden: Deltagerne har fået at vide, at de har udviklet sig. En borger i en anden gruppe siger, at forløbet giver noget at tænke over og arbejde med, men at det endnu er svært at vurdere udbyttet, fordi vedkommende ikke taler med så mange mennesker.

Der er således ikke tvivl blandt deltagerne om, at SFT skaber resultater for dem, og at de små skridt, de bliver bedre til at tage, er betydningsfulde i deres hverdag.

6.4.3 Gruppetrænerens vurdering af udbytte

Gruppetrænerne er meget enige i borgernes vurderinger. Samtlige gruppetrænere vurderer således, at borgerne i høj eller nogen grad har udbytte af SFT.

Figur 16: Vurderer du alt i alt, at borgerne har udbytte af SFT



Runde 2: N=30, runde 3: N=28

Gruppetrænerne nævner en lang række eksempler på, hvordan de kan se, at borgerne har fået positivt udbytte af gruppetræningen, blandt andet.:

- Borgerne bliver bedre til at sætte ord på følelser og symptomer og at handle på det
- Borgerne bliver bedre til at lytte og til at koncentrere sig
- Borgerne bliver bedre til øjenkontakt, at samtale og at være i gruppesammenhænge
- Borgerne bliver bedre til at tackle konflikter

- Borgerne bliver bedre til at reflektere over egen og andres situation
- Borgerne får mere selvtillid
- Borgerne bliver bedre til at deltage i sociale sammenhænge og får større netværk
- Borgerne fortæller om succeser med at bruge øvelser og modeller i det daglige liv
- Borgerne melder sig i stigende grad til aktiviteter, for eksempel på værestedet.

En enkelt kommentar rummer gruppetrænerens meget store begejstring over de resultater, de ser:

Vi har så mange gode historier! Borgere som er kommet i job, i uddannelse, borgere som bliver i stand til at tage ansvar i eget liv, i forhold til deres medicin, møder på rådhuset, bliver bedre til at håndtere konfliktfyldte forhold i familien, i forhold til naboer. En bedre forståelse af dem selv, og hvordan de tackler, de udfordringer de har. De får redskaber til at handle i svære situationer.

En projektleders kommentar fortæller, at de også ser resultater, som slet ikke dækkes af den indledende forståelse af indsatsen, både for medarbejdere og borgere:

Jeg synes også, det her, det har jo virkelig rørt alle. Det rører jo også mange af medarbejderne, at det har så stor en effekt, at borgerne får så meget ud af. Så er vi generelt stor tilhænger af gruppearbejde, fordi det er utroligt, så meget som det gør for folks eget selv bærende sociale netværk. De får faktisk meget bedre grundlag for at etablere nogle og fastholde dem. Det er jo alfa omega i vores liv, altså at vi ikke kan klare os uden dette og vi tænker slet ikke over, at vi har det. Det at vi har nogle børn og nogle venner, at det er en del af et socialt selv bærende netværk. Det er så afgørende for at vi kan klare os, for at vi ikke bryder sammen hver gang, at der sker det mindste for os. Det er jo noget af det, som de også får ud af det her. Og så det der med, at de lærer sig selv bedre at kende, større mulighed for at lære at leve med at have nogle ting, der er besværlige for dem i deres liv, men at kunne tackle dem på en anden måde og ikke blive så frustreret, og måske også have nogle redskaber til at arbejde med noget af det. Altså, det er jo også noget af det, som de giver udtryk for alle sammen.

Borgernes og gruppetrænerens vurderinger af borgernes udbytte peger på, at metoden også skaber nogle af de kortsigtede resultater, som evalueringen måske ikke kan fange, fordi de ikke giver tilstrækkeligt udslag på de anvendte måleinstrumenter.

6.5 Samlet evaluering af resultater

I dette kapitel er resultaterne af de ni projektkommuners afprøvning af SFT analyseret. Der har været fokus på både kortsigtede og langsigtede resultater for de borgere, der har været en del af metodeafprøvningen. Hovedvægten i kapitlet har været på resultaterne af RCT-studiet, som dokumenterer effekten af SFT på borgerne i forhold til udvikling i socialt funktionsniveau, graden af recovery, trivsel og antallet af bostøttetimer. Resultaterne af effektmålingen er efterfølgende nuanceret ved at se på udvalgte faktorer betydning for effekten.. Borgernes tilfredshed med metoden og gruppetrænerens vurdering af borgernes udbytte af metoden er inddraget for at supplere resultaterne.

Det primære effektmål i RCT-studiet er borgernes udvikling i socialt funktionsniveau, målt ved hjælp af PSP-vurderinger. RCT-studiet viser, at SFT i gennemsnit har haft en lille effekt ved afslutningen af gruppeforløbet. De deltagere, der har modtaget SFT, har således haft en større udvikling i socialt funktionsniveau end de borgere, der i samme periode har modtaget traditionel indsats. SFT har også haft en lille effekt ved afslutningstidspunktet på borgernes grad af recovery, sammenlignet med kontrolgruppeborgerne. På de øvrige måleinstrumenter har der ikke vist sig nogen effekt.

Effekten målt ved afslutning af gruppeforløbet aftager imidlertid i perioden op til opfølgningstidspunktet et halvt år efter for både socialt funktionsniveau og graden af recovery. Det er ikke så overraskende ud fra en betragtning af, at det ofte er en udfordring at fastholde effekten af sociale indsatser over tid.

Cirka en tredjedel af deltagerne i SFT-forløbet udvikler sig i en grad, der betragtes som klinisk signifikant. Det gælder både på socialt funktionsniveau, graden af recovery samt trivsel, og både på afslutningstidspunktet og opfølgningstidspunktet. For socialt funktionsniveau er der en større andel deltagere i SFT-forløbet, der udvikler sig klinisk signifikant end i kontrolgruppen. Det gælder både ved afslutningstidspunktet og opfølgningstidspunktet.

De stratificerede analyser viste, at effekten af SFT på socialt funktionsniveau i særlig grad gælder de borgere, der er diagnosticeret senest, unge mellem 25 og 34 år, de deltagere der havde henholdsvis det næstbedste og næstdårligste udgangsniveau, samt deltagere med en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mm.). I forhold til recovery er det i særlig grad borgere, der ved MHRM baselinemålingen vurderede sig selv på det næstdårligste niveau, deltagere med en hoveddiagnose inden for F2 eller F4, de borgere, der er diagnosticeret senest, samt unge mellem 25-34 år der profiterer af forløbet.

Resultaterne viser desuden, at der er signifikant sammenhæng mellem fremmøde og udviklingen i PSP ved afslutning. Sammenhængen er positiv: jo højere fremmøde borgeren har haft i SFT-forløbet, jo større positiv udvikling har borgeren haft på social funktionsniveau.

Borgernes tilfredshed med gruppeforløbet er høj. 97 % er enten tilfredse eller meget tilfredse med den SFT-behandling, de har fået. Borgerne vurderer også deres udbytte af SFT-forløbet meget positivt. De fremhæver små kortsigtede forbedringer, såsom bedre at kunne tale med andre og et øget overblik over egne symptomer, som har umiddelbar betydning i deres hverdag. Gruppetrænerens vurdering af deltagerens udbytte er også meget positiv. Samtlige gruppetrænere vurderer, at borgerne i høj grad eller nogen grad har udbytte af SFT.

Deltagerens og gruppetrænerens vurderinger peger på, at SFT også skaber nogle væsentlige kortsigtede forbedringer i borgernes hverdag, som de kan bygge videre på. Disse vurderinger er et relevant supplement til RCT-studiet, fordi måleinstrumenterne heri formentlig ikke i tilstrækkelig grad kan indfange disse forbedringer.

7 Implementering

Metodeafprøvningen af SFT er tilrettelagt som et RCT-studie, og denne type effektevaluering kan i sig selv afgøre, om den udførte indsats har haft en effekt. Det er imidlertid yderst relevant at undersøge, i hvilken grad metoden er implementeret og anvendt som foreskrevet. Dels for at kunne sandsynliggøre at det er metoden, som beskrevet i metodebeskrivelse og manual, som borgerne har været udsat for, dels for at undersøge, hvilke faktorer der understøtter en succesfuld implementering.

Dette kapitel indeholder følgende:

- En belysning af i hvilken grad faktorer med formodet relevans for implementeringen har været til stede på tværs af projektkommunerne
- En belysning af i hvilken grad metoden er implementeret med fidelitet.

Afsnit 7.2 og 7.3 beskriver, i hvilken grad de faktorer, som antages at være afgørende for implementeringen af SFT (jævnfør indsatssteoriene for organisation og ledelse og for kompetenceudvikling), har været til stede i de ni kommuner gennem projektperioden. Afsnittene dækker to temaer: organisation og ledelse, samt kompetencer.

Afsnit 7.4 beskriver leverandørens vurdering af metodefidelitet gennem monitorering, støtte og en certificeringsproces af gruppetrænerne

7.1 Datakilder

Data til monitorering og evaluering af implementeringen baserer sig på følgende kilder:

Tabel 8: Datakilder implementering

Datakilde	Tidspunkt	Data
Projektkommunernes ansøgninger	Før projektstart	Beskrivelse af organisering, etc.
Individuelle interview blandt projektledere (9)	Ved projektperiodens start	Afgrænsning af dataindsamlingen
Spørgeskemaundersøgelse blandt projektledere (9)	Ved projektperiodens start, midt og slutning.	Status for implementeringen Centrale implementeringsfaktorer
Fokusgruppeinterview blandt projektledere (9)	Ved projektperiodens start	Opfølgning på spørgeskemabesvarelser
Individuelle interview blandt udvalgte projektledere (3)	Midt i projektperioden	Opfølgning på spørgeskemabesvarelser
Spørgeskemaundersøgelse blandt gruppetrænere	Ved projektperiodens start, midt og slutning.	Status for implementeringen Centrale implementeringsfaktorer
Diverse referater fra Socialstyrelsens møder med kommunerne	Løbende	Erfaringer med implementeringen af SFT
Skriftligt materiale fra og 2 interview med leverandøren af kompetenceudviklingen	Før og efter certificering af gruppetrænerne	Beskrivelse af fidelitetsmåling og certificeringsproces

7.2 Organisering og ledelse

Indsatsteorien for organisation og ledelse beskriver de formodede nødvendige ledelses- og organisatoriske betingelser for at sikre en tilfredsstillende implementering.

Figur 17: Indsatsteori for organisering og ledelse, SFT

Ressourcer	Aktiviteter	Resultater på kort sigt (i projektperioden)	Resultater på lang sigt (ved projektets afslutning og efterfølgende – forankring)
Overensstemmelse mellem projektet og kommunens værdier/strategi	Udarbejdelse af implementeringsplan mm		SFT er afprøvet på det planlagte antal borgere
Ledelsesopbakning på relevant niveau (overordnet og fagligt)	Borgerinddragelse i projektplanlægning	Kendskab til SFT og metodens fordele blandt borgere, samarbejdsparter og kolleger	Ledelsen i kommunen og hos samarbejdsparter bakker op om fortsat SFT
Tydelig projektorganisering med klar rollefordeling	Dialog og samarbejde med relevante samarbejdsparter	Opbakning til SFT blandt ledere, samarbejdsparter og kolleger	Planer om at SFT indgår som fast del af kommunens tilbud
(Ledelses)opbakning fra samarbejdsparter	Spredning af kendskab til projektet	Gennemførelse af SFT-forløb	Øvrige medarbejdere bakker op om rekruttering til og deltagelse i SFT
Efterspørgsel blandt borgerne	Motivering og rekruttering af borgere	Øget arbejdsglæde	Planer om at bruge SFT overfor andre målgrupper
Tilstrækkelige lønmidler til SFT-medarbejdere	Skabe gode arbejdsbetingelser for SFT-medarbejderne	SFT-medarbejdere kan integrere SFT med øvrige arbejde	SFT-medarbejdere er motiverede for at fortsætte SFT-arbejdet
Adgang til passende lokaler, mulighed for IT-understøttelse og registrering	Dokumentation		Planer om fortsat monitorering/dokumentation af resultater

Overordnet set handler det om overensstemmelse mellem projektet og kommunens grundlæggende værdier, om efterspørgslen efter metoden og opbakningen fra ledere, medarbejdere og samarbejdsparter, den konkrete projektorganisering og de praktiske forhold omkring udførelsen af metoden. I det følgende beskrives projektlederes og gruppetræneres vurdering af, hvorvidt disse ledelses- og organisatoriske betingelser har været til stede, og hvad det har betydet for implementeringen af metoden. De langsigtede resultater behandles særskilt i kapitel 9 om videreførsel af tilbud og forankring.

7.2.1 Værdier og sammenhæng

Ifølge projektlederne i de ni projektkommuner har der fra projektets start været overensstemmelse mellem projektet og kommunens grundlæggende værdier og strategi inden for det sociale område. Helt overordnet er der overensstemmelse mellem den recoveryorientering, alle pro-

jektkommunerne bekender sig til, og målene for SFT, og det har betydning for implementeringen, her ifølge en projektleder:

For os har det været rigtig vigtigt, at det har lagt sig op af nogle principper, som vi havde formuleret i forvejen omkring recovery og rehabilitering, at vi ligesom kan hægte det op på det, både i forhold til medarbejdere og opadtil.

På det metodemæssige plan har en del af projektkommunerne også tidligere prioriteret uddannelse inden for den kognitive referenceramme, så der er kendskab til og erfaring med denne, både blandt de medarbejdere der er involveret i projektet og blandt kolleger. Det har ifølge både projektledere og gruppetrænere været en fordel at kende til denne referenceramme, når metoden skulle "sælges" til kolleger og samarbejdsparter i forbindelse med rekrutteringen.

Endelig er der blandt en del af projektkommunerne et generelt ønske om at omlægge flere tilbud til gruppeforløb, da der er forventning om både en faglig og ressourcemæssig gevinst ved dette, og det har højet interessen for implementeringen af SFT i gruppe.

Indledende tyder det altså på, at SFT som metode passer godt til kommunernes eksisterende værdier og strategier. Igennem projektperioden bliver det dog tydeligt, at der i flere af projektkommunerne også eksisterer en modstand mod metoden og mod at rekruttere borgere til projektet. Modstanden har, ifølge projektledere og gruppetrænere, grobund i eksisterende kultur blandt nogle af bostøttemedarbejderne, der ikke ønsker at henvise "deres" borgere til en indsats, de dels vurderer som for krævende for borgerne, dels frygter vil skabe forstyrrelse i den relation, de har til borgeren, og måske udstille den form for bostøtte, de praktiserer. En projektleder udtrykker det således:

Ja, altså jeg vil sige, vi har jo to bostøttegrupper (teams af bostøttemedarbejdere) og den ene bostøttegruppe er ikke så varm på det, men det handler meget om dem som personer. Vi har jo meget arbejdet som enkelt bostøtter og nu vil vi jo gerne flytte os til, at de både kan dele borgere og at vi arbejder meget mere med noget grupperelateret. Det er der nogle, som der ikke er interesseret i, og der bakker de altså lidt mere der end de gør i den anden bostøttegruppe. Det kan vi godt mærke, der er forskel på, hvordan man ser på det her projekt og det er noget, der skal arbejdes med. Ingen tvivl om det.

Denne problematik dukker op i forskellige sammenhænge i projektet, og har for eksempel indflydelse på rekrutteringen og for opbakningen til borgeren under SFT-indsatsen. Det kan også have betydning for, om de øvrige medarbejdere vil ønske at uddanne sig til at udføre SFT. Samme projektleder fortsætter således:

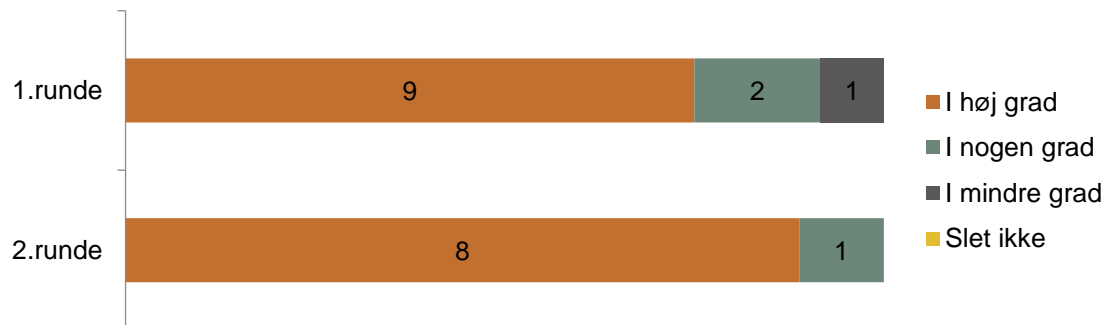
Det er da det der med, at hvis du kører enkeltmandsvirksomhed, det er sådan set det, som de gør, så er der jo ikke nogle, der kigger dig over skulderen, nu skal du jo ligesom tænke, at det er nogen, der kan finde på at gøre, der godt måske kan undre sig over den måde, som du arbejder på. Du skal stille din egen måde at arbejde på til skue (gruppetrænerne). Hos os der laver de jo videooptagelser hver eneste gang. Det jo ikke noget problem, men det kan det jo sagtens være til at starte med – nu er jeg overvåget, hvad så? Det er ikke nødvendigvis metoden, som de har noget i mod, det er det der med, at de kommer til at sætte deres egen faglighed lidt i spil? Det gør man da.

Problemstillingen understreger, at der, til trods for tilsyneladende overensstemmelse mellem værdier og en ny tilgang, kan være mere eller mindre kulturmæssige barrierer mod implementeringen, som det er nødvendigt at sætte fokus på og arbejde med, for at give implementeringen de bedste betingelser. De projektkommuner, der har identificeret denne type modstand, peger for eksempel på, at det kan være nødvendigt at undervise alle i SFT – på et eller andet niveau – for at skabe forståelse for metodens fordele.

7.2.2 Ledelsesopbakning

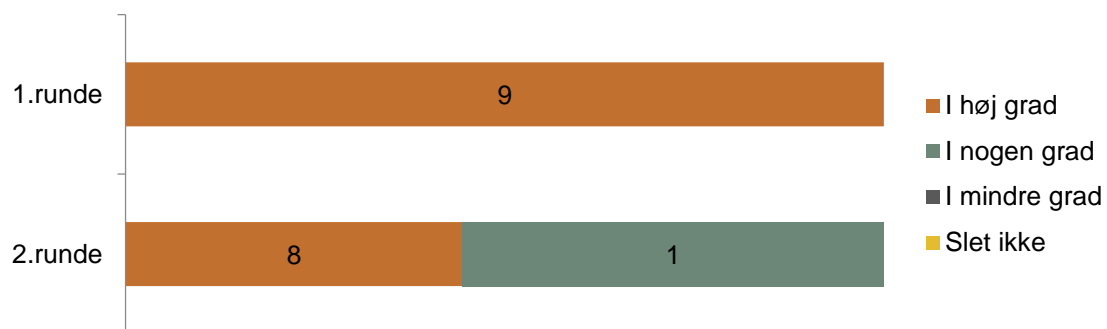
Projektlederne rapporterer overvejende om god ledelsesopbakning på både overordnet niveau og på nærmeste faglige niveau.

Figur 18: Er der opbakning fra det relevante overordnede ledelsesniveau til tilbuddet om SFT



Runde 1: N=9, runde 2: N=9

Figur 19: Er der opbakning fra det relevante faglige ledelsesniveau til tilbuddet om SFT



Runde 1: N=9, runde 2: N=9

Der er dog forskelle projektkommunerne imellem i forhold til, hvad det betyder at have god opbakning, jævnfør nedenstående udtalelser fra to projektledere ved et fokusgruppeinterview udført kort efter projektets opstart (nov. 2014).

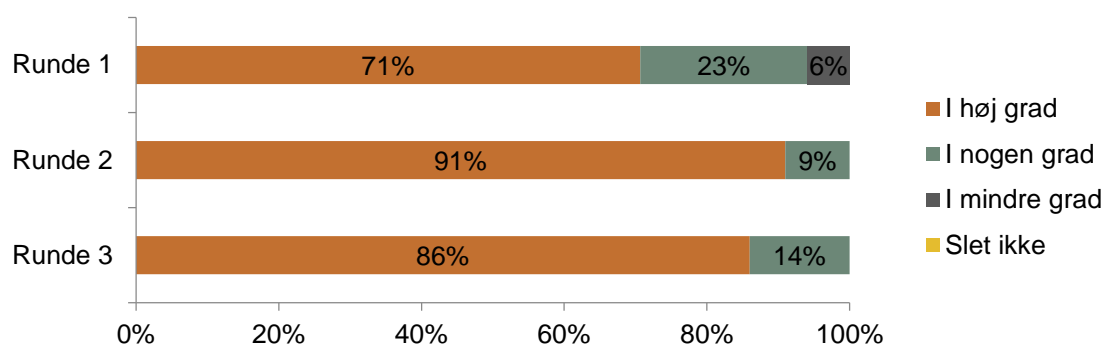
Interviewer: I har alle sammen en god opbakning fra ledelsen. De fleste siger i høj grad eller i nogen grad, men hvad betyder det?

Kommune 1: De bakker op, og så gør de sådan set ikke så meget mere. De er ikke modstandere af det. Hvad skal man sige, de kommer ikke og spørger til det. De regner bare med, at det kører. Det er i hvert fald sådan, at det er hjemme ved mig.

Kommune 2: Hos os der betyder det, at hvis der er nogle ting, der lige stopper eller ikke lige glider så nemt, så kan jeg bare lige gå ind og banke på. Der er en chef, en områdeleder, og en dagligleder, som jeg har samarbejde med, og der er de rigtig gode til at få tingene skubbet i den rigtige retning. Det er den måde jeg oplever opbakningen på.

Gruppetrænerne vurderer også, at de har god ledelsesopbakning projekttiden igennem.

Figur 20: Har du opbakning fra relevante ledere til at udføre dit arbejde med SFT



Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

I løbet af den første projektfase bliver det dog tydeligt, at der trods formel ledelsesopbakning kan opstå problemer med samarbejdet mellem forskellige enheder. Projektet fordrer hurtig VUM-udredning af borgerne i forbindelse med rekrutteringen til projektet, og det viser sig at udgøre en forhindring i nogle af projektkommunerne. I flere kommuner er VUM-udredningen ikke fuldt implementeret endnu, i andre er der problemer med sygemeldinger og generelt pres på myndighedsafdelingen, så denne del af rekrutteringsprocessen kommer til at fungere som en flaskehals. Enkelte projektledere og gruppetrænere angiver her, at det ikke fra relevant ledelsesniveau er blevet prioriteret at løse dette problem.

Problemstillingen tydeliggør, at det er vigtigt fra implementeringens start også at tænke ledelsesopbakning på tværs af forskellige enheder. Flere projektmedarbejdere peger således på, at det er nødvendigt at have ledelsesopbakning hos samarbejdsparter og ved Myndighedsafdelingen, der skal visitere borgerne.

7.2.3 Projektorganisering og styring

Samtlige projektkommuner har etableret en styregruppe og en projekt- eller arbejdsgruppe. Grupperne har været forskelligt sammensat, og det har varieret, hvor meget brug der har været for styregruppen, og om det primære samarbejde på tværs og beslutninger har ligget i styregruppe eller arbejdsgruppe. Det overvejende indtryk er dog, at organiseringen med en styregruppe og en projektgruppe har fungeret og understøttet implementeringen.

De ni kommuner forpligtede sig ved projektstart på at anvende en række redskaber til understøttelse af implementeringen. Det drejer sig primært om en implementeringsplan, suppleret af eller indeholdende planer for rekruttering, motivering og visitation af borgere og en risikoanalyse. Projektkommunerne blev også opfordret til at udarbejde en interessentanalyse og en kommunikationsplan for formidling af tilbuddet til relevante målgrupper.

Samtlige projektkommuner har udarbejdet en implementeringsplan i løbet af projektets første måneder. Hovedparten af projektlederne vurderer, at implementeringsplanen i høj eller nogen grad er et nyttigt redskab for dem. Planerne bruges mest ved projektstart, senere bliver planerne tilsyneladende ikke så nødvendige. En projektleder skriver således, at planerne var nyttige i starten, til at få drøftet mulige løsninger igennem og sikre designet, til at få drøftet de forskellige elementer af projektet og til at få forventningsafstemt og sikre fælles forståelse. En anden tilføjer, at det især har været processen med at udarbejde planerne, der har været nyttig, men at de ikke er blevet anvendt som dynamisk redskab. Endelig fortæller en projektleder, at i nogle tilfælde udvikler virkeligheden sig hurtigere, end det er muligt at opdatere planerne, så de med tiden bruges mindre og mindre som dagligt referencepunkt.

Alle projektkommuner udarbejder også en plan for rekruttering, motivering og visitation af borgeren og en risikoanalyse og otte kommuner udarbejder en kommunikationsplan for formidling af tilbuddet til relevante målgrupper, og flertallet af projektlederne finder disse redskaber nyttige undervejs i forløbet. syv projektkommuner udarbejder en interessentanalyse og 6 af disse vurderer, den er i høj eller nogen grad nyttig. Overordnet set vurderes planer for rekruttering og for kommunikation som mest nyttige.

Samtlige projektkommuner har ved projektstart udpeget en projektleder. Projektlederne er som udgangspunkt ansat på projektet i 5½ time om ugen, men flere projektledere angiver, at det ikke har været tilstrækkeligt. Projektlederens beslutningskompetence har i de fleste projektkommuner, ifølge både projektlederne selv og gruppetrænerne, været på et passende niveau i forhold til behovet og i forhold til rollefordelingen mellem projektleder, arbejdsgruppe og styregruppe. Endelig rapporterer projektledere og gruppetrænere, at kommunikations- og beslutningsgange har været i høj eller nogen grad kendte og anvendelige.

Samlet set har organiseringen i de enkelte projektkommuner i store træk fulgt den model, som Socialstyrelsen har lagt op til i beskrivelsen af projektet og i implementeringsstøtten. Organiseringen har båret meget præg af, at det var et projekt, der skulle implementeres. Men projektlederne fortæller, at de til en vis grad følger lignende modeller, når de implementerer nye indsatser, men i højere grad benytter sig af eksisterende fora og mindre omfattende arbejde med implementeringsredskaber. De væsentligste udfordringer i organiseringen har været udskiftning af medlemmer af styregruppe/arbejdsgruppe og udskiftning af projektleder.

7.2.4 Borgerinddragelse

Fire projektkommuner har i større eller mindre grad samarbejdet med borgere i planlægning og udførelse af projektet. En kommune, der ikke har gjort dette, vurderer at projektet har været så fastlagt fra start, at det ikke har været relevant at invitere borgere ind i udvikling og udførelse.

I nogle projektkommuner har brugerrådet været involveret eller borgere har indgået i udarbejdelse af planer med videre. I andre kommuner har borgere medvirket til udarbejdelse af informationspjece og/eller fortalt om projektet i forskellige sammenhænge.

Der har altså ikke været megen formel borgerinddragelse i planlægningen, men af projektmedarbejdernes kommentarer fremgår det flere steder, at borgerne med fordel kan tænkes som en ressource i forhold til spredning af kendskab til projektet. Borgere, der fortæller positivt om deres erfaring med og udbytte af metoden, er gode til at "sælge" produktet, både i forhold til andre borgere og i forhold til de øvrige fagpersoner, som er omkring dem.

7.2.5 Spredning af kendskab til projektet

Igennem hele projektet har projektkommunerne arbejdet med at informere borgere, kolleger og samarbejdsparter om tilbuddet, primært med rekruttering for øje, men også for at skabe forståelse for dels gruppetrænerens ændrede arbejdsopgaver, dels borgerens behov for fokus på og støtte til at indgå i gruppetræningen og til at arbejde med SFT også mellem møderne.

Projektkommunerne har benyttet sig af en række fora og redskaber til at informere om projektet: Egentlige informationsmøder for kolleger og samarbejdsparter, information som punkt på allerede eksisterende møder, information i nyhedsbreve og kollegial undervisning. En del af kommunerne har udarbejdet en pjece om tilbuddet til uddeling.

Informationsarbejdet er i overvejende grad lykket. Projektlederne rapporterer midt i projektperioden, at der er høj eller nogen grad af kendskab til projektet blandt relevante samarbejdsparter, og ved projektets afslutning vurderer de, at de relevante medarbejdere i kommunen i høj eller

nogen grad har opnået et kendskab til tilbuddet om SFT og har støttet op om rekrutteringen i løbet af projektperioden.

De væsentligste forhindringer i forhold til spredning af kendskabet til metoden er udskiftning af ledere og medarbejdere. Som en projektleder udtrykker det, så starter informationsprocessen forfra. I det hele taget er erfaringen, at i en travl hverdag skal kolleger og samarbejdspartner mindes om tilbuddet: Der må foregå en kontinuerlig informationsproces. Flere kommentarer peger på, at det bliver lettere at sprede budskabet, da projektet har kørt et stykke tid og de kan se de gode resultater og formidle dem. Det virker mere overbevisende, især over for de kolleger, som ikke kender til metoden og derfor ikke har det samme engagement som de involverede medarbejdere.

7.2.6 Samarbejde med myndighedsafdeling og beskæftigelse

Rekruttering og visitation af borgere har nødvendiggjort samarbejde med myndighedsafdelingen i forhold til at få lavet eller opdateret VUM-udredninger. I hovedparten af projektkommunerne har samarbejdet fungeret tilfredsstillende, men for nogle af kommunerne har det voldt problemer, da myndighedsafdelingen ikke har haft ressourcer til at udføre VUM-udredningerne så hurtigt, som det var påkrævet. Projektmedarbejderne angiver forskellige årsager til dette: sygemeldinger, stort arbejdspress, manglende rutine i forhold til VUM-udredninger og endelig at der ikke på tilstrækkelig højt ledelsesniveau har været klar aftale om prioritering.

Ved projektets start har tre af de ni projektkommuner indgået en samarbejdsaftale med beskæftigelsesområdet. Flere af de øvrige kommuner vurderer det ikke relevant, da de ikke mener, området har borgere, der opfylder inklusionskriterierne. I løbet af projektperioden indgår to kommuner mere samarbejdsaftaler med beskæftigelsesområdet. Samarbejdet handler ikke så meget om rekruttering, men mere om en smidighed i forhold til at borgerne kan indgå i forløb på ni måneder (normen er seks måneder) og i forhold til kravet om aktivering, mens borgeren er i SFT-forløb. I et fokusgruppeinterview med projektlederne lyder det:

Jeg vil sige, at en kæmpe udfordring i forhold til vores system det er, at vi kører så meget med kortere tidshorisonter, og det er altså et ni måneders program vi snakker. Vi har mange, der kun får det der hedder en rehabiliteringsydelse i en kort periode, i 3 måneder, så skal der opfølgning igen. Dvs. vi kan faktisk ikke love, at de kan fortsætte i et forløb, hvis vi starter det op, hvis ikke det er nogen, der har det som hedder et udviklingspotentiale. Så der kan jeg se nogle forhindringer i det for andre kommuner også, for jeg tror, at de er begyndt at køre efter noget af det samme.

Flere medarbejdere nævner, at det er vigtigt at samarbejde med jobcenteret om at give borgeren ro til at gennemføre forløbet og ikke for eksempel erklære borgeren jobparat undervejs.

Et par projektmedarbejdere nævner, at et samarbejde med OPUS kunne være relevant, og i et par tilfælde har OPUS også henvist borgere til projektet.

Flere projektmedarbejdere fortæller, at eksisterende forhold kan medvirke til at facilitere kommunikationen og samarbejdet omkring projektet – og dermed implementeringen. En projektleder mener således, at der i deres lille kommune er en nærhed mellem forskellige enheder, både geografisk og samarbejdsmæssigt, og at det gør det nemmere at have det samlede overblik. I en større kommune fortæller en projektleder, at det har været en stor fordel, at de involverede enheder alle var samlet i ét hus. En tredje projektleder vurderer, at allerede eksisterende samarbejde og tillid mellem de relevante medarbejdere på tværs af enheder har banet vejen for en smidig implementering.

7.2.7 Rekruttering og fastholdelse af borgere

Projektkommunerne angav i den oprindelige projektansøgning, hvor mange borgere de forventede kunne indgå i projektet, og dermed hvor mange grupper de forventede at kunne gennemføre. Allerede ved projektets start blev det dog tydeligt, at det ville blive vanskeligt at nå disse mål, af flere årsager, hvoraf nogle er meget projektspecifikke. Først og fremmest indebar valget af evalueringsdesign, at kun halvdelen af de rekrutterede borgere kunne indgå i grupper fra projektets start, den anden halvdel skulle indgå i kontrolgruppen og kunne først senere i projektet blive tilbudt gruppebehandling. Desuden indskrænkede inklusionskriterierne til projektet målgruppen i højere grad end projektkommunerne havde forventet, og besværliggjorde visitationen til grupperne.

Rekruttering af borgere til projektet har således været en omfattende proces, da borgerne i første omgang skulle vurderes i forhold til inklusionskriterierne for projektet, hvilket blandt andet indebar myndigheds VUM-udredning, og derefter visiteres af en gruppetræner i forhold til egnethed for SFT i gruppe.

Rekrutteringen har da også mødt store udfordringer. Primært på grund af projektspecifikke forhold som tidligere er nævnt: Kravet om VUM-udredning og indhentning af diagnose.²⁹ I en del af projektkommunerne var VUM-udredningen ikke implementeret endnu, eller der var generelt pres på myndighedsafdelingen og ventetid i forhold til at få udredninger. Desuden vurderer en del af projektmedarbejderne, at VUM-udredningerne ikke foregår ensartet kommunerne imellem, og at der derfor er forskel på, hvilke borgere der inkluderes i projektet. Indhentning af borgernes diagnose fra psykiatrien har også været tidskrævende og i nogle tilfælde meget vanskelig. Flere projektmedarbejdere har desuden reageret på brugen af diagnoser som udgangspunkt. De fortæller, at de normalt ikke anvender diagnoser i det daglige samarbejde med borgeren, da deres tilgang er at se på muligheder fremfor begrænsninger, og de finder det problematisk, at diagnoser skal definere, om en borger kan få tilbudt SFT eller ej.

Projektledernes og gruppetrænerens besvarelser peger dog også på begrænsende faktorer, som ikke kun har med det aktuelle projekt at gøre, men som også vil have betydning for muligheden for at visitere borgere til gruppebehandling efterfølgende, og som vil gælde i andre sammenhænge i forbindelse med visitation til SFT.

Helt grundlæggende skal der informeres om tilbuddet til de relevante parter, på en måde som gør, at de husker tilbuddet og henviser de relevante borgere. Denne problemstilling er tidligere beskrevet.

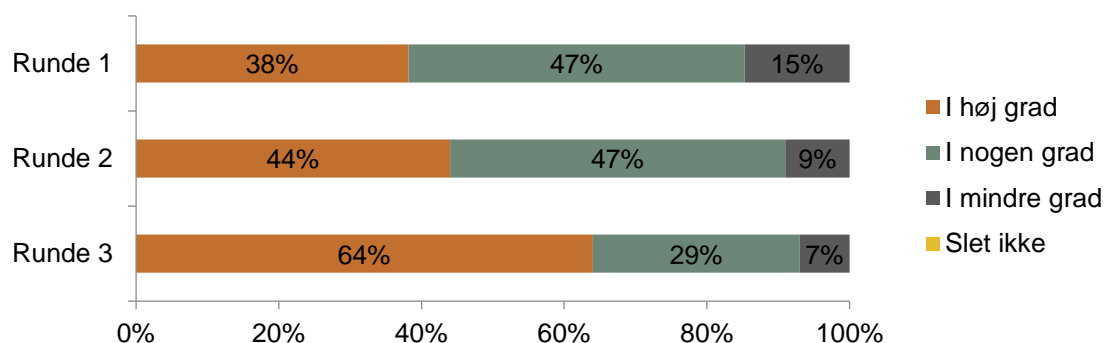
Derudover udgør det, at SFT foregår som gruppetræning, en specifik udfordring, da det er nødvendigt at samle et antal borgere til gruppestart. Det betyder, at motiverede borgere nogle gange skal vente på, at andre borgere bliver motiverede. I projektet har det også betydet, at det har været nødvendigt at starte grupper op med lavere startantal end det anbefalede (8-10 deltagere).

Endelig fortæller projektledere og gruppetrænere, at den konkrete motivering af borgere til at indgå i SFT tager tid og koster engagement. Der skal ofte flere besøg og samtaler til for at motivere borgeren til at deltage. Gruppetrænerne har i forbindelse med grundkurset fået en række redskaber og øvelser, som de skal bruge i forbindelse med motiveringen og den egentlige visi-

²⁹ Evalueringsdesignet som indebærer et RCT-studie var ikke kendt for kommunerne, da de ansøgte om projektmidler. Kommunerne forventede således, at alle de borgere, de havde indenfor målgruppen, kunne indgå i grupperne, men halvdelen af dem blev i første omgang randomiseret til kontrolgruppen. Det betød, at kommunerne skulle rekruttere flere borgere, end de havde regnet med, og det gjorde naturligvis rekrutteringsprocessen vanskeligere.

tationssamtale, som skal afgøre, om borgeren egner sig til SFT-gruppeforløb. Gruppetrænerne finder øvelserne overvejende nyttige.

Figur 21: Har øvelserne til visitationssamtalen været nyttige



Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

Gruppetrænerne rapporterer en række forhindringer i forhold til borgernes deltagelse:

- Borgerens funktionsniveau og symptomer. Selvom borgeren har et ønske om at deltage, kan angst og problemer med overhovedet at komme ud af døren være en stor udfordring. For mange borgere vil det at træningen foregår i gruppe være en ekstra udfordring.
- Manglende støtte fra omgivelserne. Flere gruppetrænere fortæller, at borgernes egne bostøtter eller evt. medarbejdere i psykiatrien kan undlade at bakke op eller lige frem fraråde borgeren at deltage, fordi de mener, borgeren er for dårlig til det.
- "Konkurrence" fra andre tilbud. I nogle projektkommuner fortæller de, at der kan opstå kamp om borgerne, hvis der er flere projekter eller nye indsatser i gang, som sigter på de samme målgrupper.
- Krav fra andre instanser. Det kan være vanskeligt at få bevilget et ni-måneders forløb, og vanskeligt at "få fred" til at gennemføre det, uden for eksempel krav fra jobcentret.
- Deltagelse i andre forløb. Samtidig deltagelse i for eksempel OPUS-forløb kan blive for meget, så borgeren ikke overkommer begge dele.
- Transportforhindringer. For nogle borgere kan transporten til gruppetræningen udgøre en stor forhindring – både rent praktisk og økonomisk.

I nogle projektkommuner er det ikke lykkedes at rekruttere det forventede antal borgere. Endelig har inklusionskriterierne defineret en gruppe af borgere med omfattende vanskeligheder og med udpræget grad af angst og social isolation, og det har afgjort været udfordrende for medarbejderne at motivere og fastholde disse borgere i forhold til SFT-forløbene.

I den del af projektiden som evalueringen har fulgt, er det lykkedes projektmedarbejderne at starte 31 grupper op, med 238 deltagere. I projektet har fremmødet i gennemsnit været 75 % og i alt 72 borgere er frafaldet undervejs. 6 % af gruppetrænerne rapporterer i høj grad problemer med udeblivelser og frafald, for 61 % har det i nogen grad været et problem og for 29 % i mindre grad. Gruppetrænerne fortæller om sygdom, indlæggelser, for højt angstniveau, opstart af andre aktiviteter eller længerevarende ferie som årsager til udeblivelser og frafald. For nogle borgere bliver det for vanskeligt at komme ud af døren og møde op regelmæssigt, for andre bliver det for svært at være til stede i en gruppesammenhæng.

Gruppetrænerne har brugt mange ressourcer på at motivere borgerne til at blive i forløbet, for eksempel ved at ringe til dem mellem sessionerne. Mange gruppetrænere nævner, at noget af det vigtigste i forhold til at fastholde borgerne i forløbet er, at de oplever støtte fra deres bostøt-

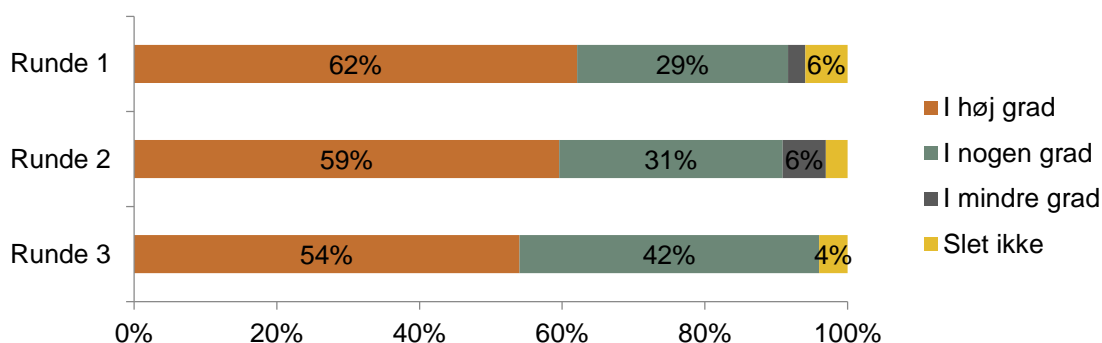
temedarbejder eller øvrige fagpersoner omkring dem. Flere gruppetrænere fortæller specifikt, at manglende opbakning fra fagpersoner omkring borgeren har resulteret i frafald. Omvendt fortæller andre, at det at deres bostøttekolleger har kendt til metoden og været positivt indstillede overfor den, har understøttet arbejdet med metoden, og nogle steder har bostøttemedarbejderne konkret understøttet borgernes arbejde med hjemmeopgaverne mellem gruppetræningssessionerne.

Også den rent praktiske støtte har betydning. I flere af projektkommunerne har de tilbudt transport af borgerne til og fra gruppetræningen, og gruppetrænerne fortæller, at det for nogle borgere er helt afgørende for, om de møder op.

7.2.8 Gruppetrænerens arbejdsbetingelser

En række organisatoriske forhold udover de hidtil nævnte har skullet understøtte gruppetrænerens arbejde med SFT. Først og fremmest har der været lønmidler til gruppetrænerne, så de har været frikøbt fra deres sædvanlige arbejde i de timer, de har beskæftiget sig med SFT, og der er blevet ansat andre medarbejdere til at dække deres arbejde. Gruppetrænerne vurderer da også i overvejende grad, at de øvrige medarbejdere løfter gruppetrænerens tidligere opgaver uden at have fået merarbejde.

Figur 22: Kan dine kolleger løfte dine tidligere arbejdsopgaver uden at de samlet set har fået mere arbejde

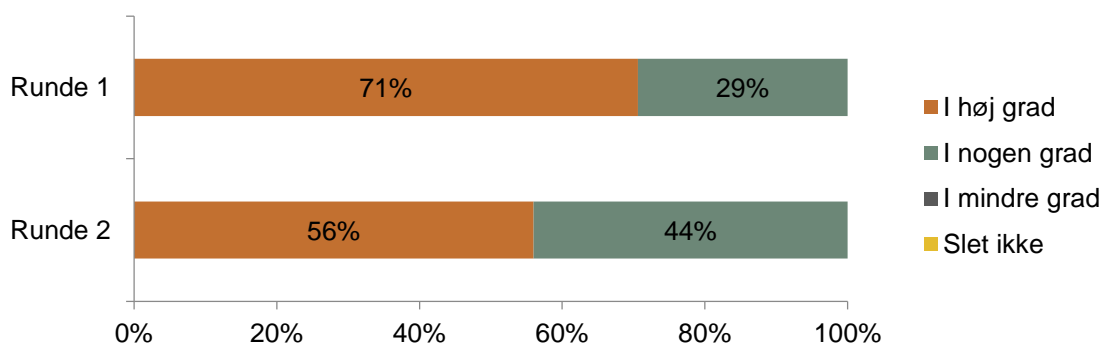


Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

Gruppetrænerne rapporterer også overvejende høj grad af klarhed omkring hvordan de har skullet løse egne arbejdsopgaver i projektperioden samt en høj grad af ledelsesmæssig opbakning til udførelsen af SFT.

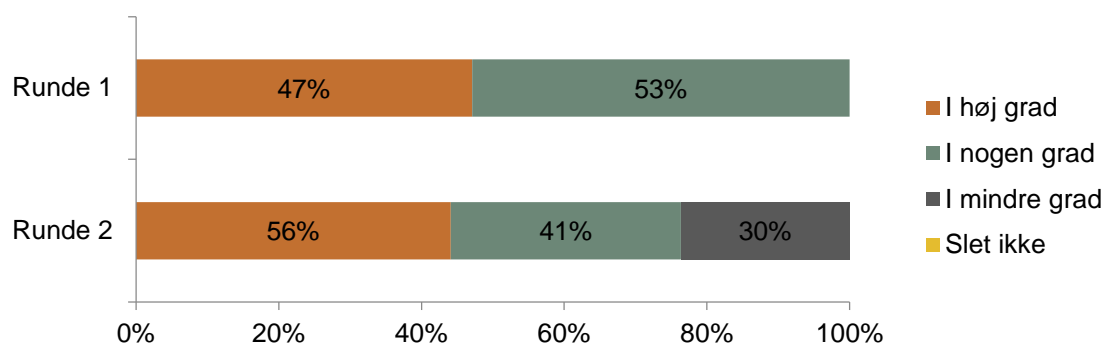
Gruppetrænerne vurderer, at fordelene ved SFT er formidlet til deres kolleger og at de i høj eller nogen grad bakker op om afprøvningen af SFT.

Figur 23: Er fordelene ved at afprøve SFT formidlet til de af mine kolleger, det er relevant for



Runde 1: N=34, runde 2: N=32

Figur 24: Vurderer du, at dine kolleger bakker op om afprøvningen af SFT



Runde 1: N=34, runde 2: N=32

En del af gruppetrænerne har kommentarer til spørgsmålet om, hvorvidt kollegerne bakker op, og det er tydeligt, at det udgør en vigtig problemstilling. En del af kommentarerne viser, at gruppetrænerne har mærket opbakningen som noget meget positivt, der har fremmet implementeringen, og de fleste gruppetrænere kæder den positive indstilling sammen med kollegernes kendskab til metoden.

En anden del af kommentarerne handler derimod om kolleger, der ikke bakker op, fordi SFT er noget nyt, de ikke kender til, og at de kan være bange for den udvikling, der sker med deres borger, og som de ikke kan følge med i.

Overordnet set vurderer gruppetrænerne dog, at kollegernes interesse og indsats i forhold til SFT har fremmet implementeringen, og at der har været mindre behov for motivation af støttepersoner til at medvirke end forudset. Der er en interesse og tro på, at det er et godt tilbud til borgerne. Men det gælder også om at sikre, at kollegerne bliver overbeviste om metodens fordele. En projektkommune har for eksempel god erfaring med kollegial undervisning (i SFT-principper). De fortæller, at når kolleger ser hvor godt det er, bliver de også tændte, og der bliver næsten kamp om at få borgere med. Større indblik i metoden gør det også nemmere at formidle til borgeren, hvad det er.

7.2.9 Praktiske forhold

Medarbejderne rapporterer ganske få problemer i forhold til praktiske forhold, generelt har der været adgang til passende lokaler og til det nødvendige IT-udstyr.

De største praktiske udfordringer har handlet om transport af borgere til og fra gruppetræning, især i de projektkommuner, hvor afstandene er store eller transportmulighederne begrænsede. Flere kommuner har tilbudt transport til de borgere, som havde behov for det. I nogle af de kommuner der ikke har haft mulighed for dette, er der borgere, som ikke har kunnet deltage i gruppetræningen, fordi de ikke selv kunne klare transporten.

7.3 Kompetencer

Indsatsteorien for kompetenceudvikling beskriver de formodede nødvendige betingelser og planlagte aktiviteter for at sikre en tilfredsstillende kompetenceudvikling.

Figur 25: Indsatsteori for kompetenceudvikling, SFT

Ressourcer	Aktiviteter	Resultater på kort sigt (i projektperioden)	Resultater på lang sigt (ved projektets afslutning)
Medarbejdere med relevant uddannelsesmæssig baggrund og grundlæggende viden	Undervisning i SFT – fire dages grundkursus	Fortrolighed med manual og øvrige redskaber	Kommunerne råder over et passende antal uddannede medarbejdere
Medarbejdere der er motiverede for at arbejde med SFT	Supervision, sparring	Tilegnelse af viden og kompetencer	SFT-medarbejderne er motiverede for at fortsætte SFT-arbejdet
Tid til kompetenceudvikling	Erfaringsudveksling	Gennemførelse af gruppeforløb	Andre medarbejdere er interesserede i at få SFT-kompetencer
Manual	Certificering	SFT er en værdsat metode blandt gruppetrænere	

Overordnet set handler det om gruppetrænerens baggrund og motivation, deres arbejdsbetingelser og de konkrete kompetenceudviklingsaktiviteter. I det følgende præsenteres gruppetrænerens vurdering af, om de tilstrækkelige ressourcer har været til stede og de nødvendige aktiviteter er udført, og om det har haft de formodede resultater i projektperioden. De langsigtede resultater behandles særskilt i kapitel 9 om videreførsel af tilbud/forankring.

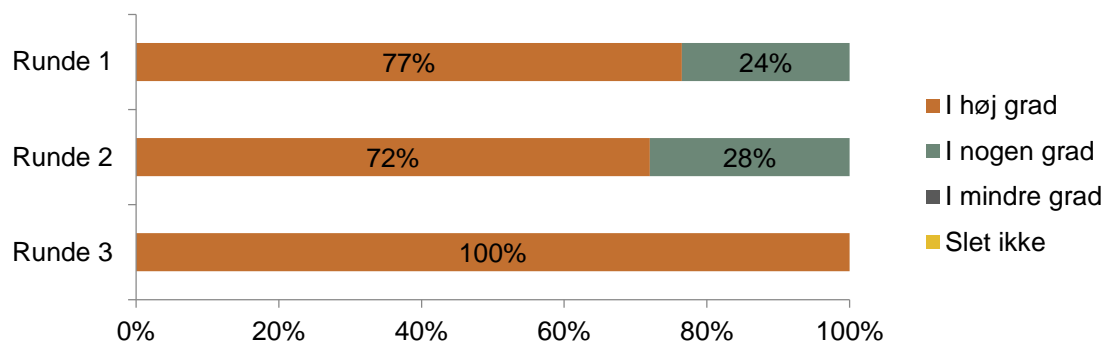
7.3.1 Gruppetrænerens baggrund og motivation

Fra projektets start var det et krav, at de medarbejdere, der skulle uddannes til gruppetrænere, skulle have relevant uddannelsesmæssig baggrund og en grundlæggende viden om psykiatrisk behandling. Af de 33 gruppetrænere, som indgår i projektet, har 10 en baggrund som pædagog eller socialpædagog. De øvrige har en uddannelse som social- og sundhedsassistent, socialrådgiver, sygeplejerske, ergoterapeut, lærer eller psykoterapeut.

Det var ikke et krav, at medarbejderne skulle kende til SFT ved projektstart, men 80 % angiver, at de har lidt eller nogen kendskab til metoden. Kun få har dog modtaget egentlig undervisning eller har konkret erfaring med metoden. 60 % angiver at have erfaring med anden gruppebaseret træning.

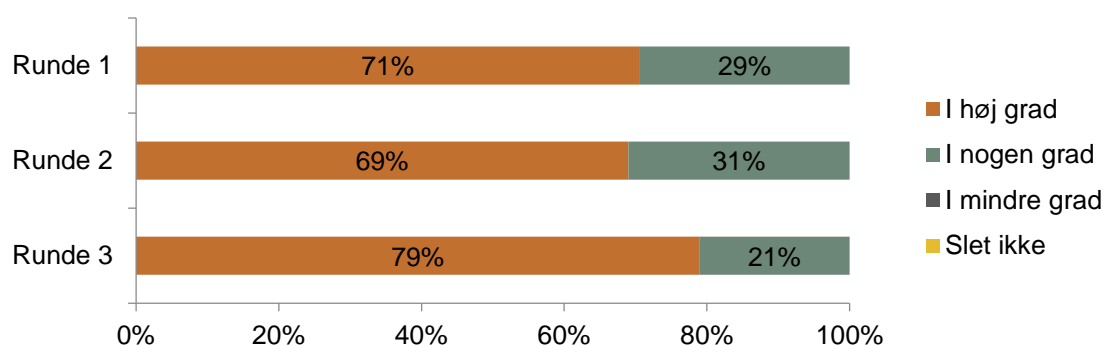
Ved projektets start blev der lagt vægt på at finde medarbejdere, der var motiverede for arbejdet med SFT. En del af projektkommunerne valgte at slå stillingen op, for derved at tiltrække de mest engagerede medarbejdere. Øvrige kommuner udvalgte medarbejdere, der selv ønskede at afprøve SFT. Data afspejler denne udvælgelsesproces. Samtlige medarbejdere var ved projektstart i høj eller nogen grad overbeviste om, at det ville løfte kvaliteten af deres arbejde at arbejde med SFT og at de involverede borgere ville mene, at det var et godt tilbud. Denne overbevisning holder projektet igennem.

Figur 26: Tror du, at det vil løfte kvaliteten af dit arbejde med borgerne, at I anvender SFT



Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

Figur 27: Tror du, at de involverede borgere vil mene, at det er godt, at I anvender SFT



Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

Flere projektledere kæder gruppetrænerens engagement sammen med motivationen for at arbejde med SFT helt fra start. En projektleder fortæller i et fokusgruppelinterview:

Jeg sidder lige og tænker på, at en af de ting vi gjorde, og som jeg også tror, er noget af det, der er lykkedes ved, at de er så tændte. Det var jo egentlig, at vi slog stillingerne op. Man skulle faktisk søge og være tændt på at arbejde på denne her måde, så det var ikke nogen vi var ude at prikke..

Samtlige gruppetrænere vurderer undervejs i projektet, at det de lærer i uddannelsesprogrammet om SFT, i øvrigt er brugbart i deres hverdag. Flere af de trænere, som også arbejder som bostøtter, bruger det de har lært angående SFT i arbejdet med den enkelte borger.

Ved projektets afslutning vurderer alle gruppetrænere, at de i høj (59 %) eller nogen grad (41 %) har oplevet øget arbejdsglæde under projektperioden.

7.3.2 Gruppetrænerens kompetenceudvikling³⁰

Fra 2014 til 2016 har SFT-trænerne trænet, øvet og fået supervision på SFT-metoderne. 33 gruppetrænere har fulgt hele uddannelsen og er blevet certificerede, denne proces beskrives i et senere afsnit om fidelitet. Kun to gruppetrænere er frafaldet og først mod slutningen af projektperioden.

Der har i 2014 været afholdt et firedages grundkursus i SFT for alle projektkommuners SFT-gruppetrænere. Der har været ét forløb i Jylland og ét på Sjælland, og der har været afholdt opfølgende temadage.

³⁰ Beskriver kun kompetenceudvikling for gruppetrænere, ikke supervisorer og undervisere.

Gruppetrænerne har vurderet nytten af forskellige elementer i undervisningen ved projektstart og midtvejs i projektet. Elementerne vurderes alle som overvejende nyttige, vægtningen er lidt forskellig afhængig af tidspunkt, hvilket sandsynligvis afspejler, at de forskellige elementer understøtter forskellige tidspunkter i SFT-gruppeforløbet.

Samlet set vurderer gruppetrænerne, at grundkurset har givet en tilfredsstillende faglig baggrund for at udføre SFT. Andelen af gruppetrænerne, der svarer i høj eller nogen grad til dette spørgsmål, er 87 % ved runde 1 og 100 % ved runde 2.

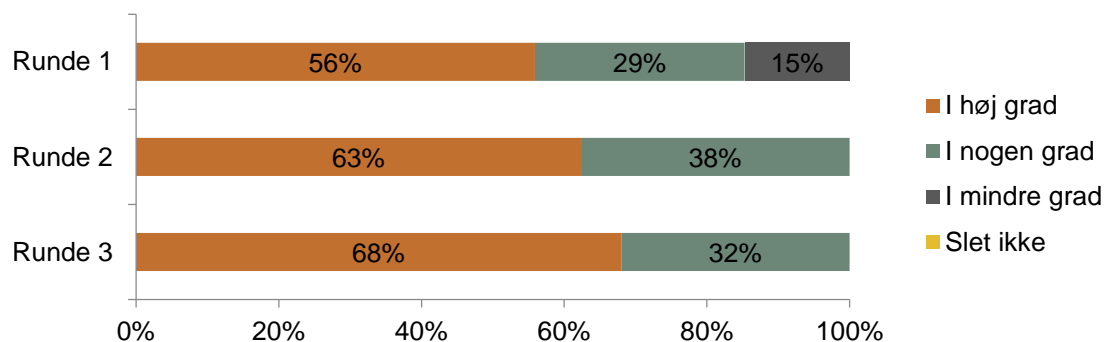
Denne udvikling afspejles fint af et par af kommentarerne. En gruppetræner skriver således, at hun har opnået viden, men ikke færdighed, efter grundkurset, og en anden skriver, at man først lærer det, når man er i gang.

Efter kurset har gruppetrænerne deltaget i gruppesupervision en gang om måneden. Supervisionen skal understøtte gruppetrænerens udøvelse af SFT og sikre, at deltagerne laver en enslydende, SFT-trofast indsats og deler erfaringer og vanskeligheder med hinanden, samt får kvalificeret støtte til at løse disse vanskeligheder. I projektets sidste år (2016) har supervisionen desuden fokuseret på, at trænerne mere selvstændigt kunne supervisere hinanden og give feedback.

Der har været afholdt 52 supervisionsdage (26 for hver gruppe). Alle gruppetrænere har deltaget i gruppesupervision (min. 70 % af tiden) Udover gruppesupervision har gruppetrænerne haft adgang til individuel supervision face to face, over telefon eller over Skype.

Gruppetrænerne vurderer, at supervisionen afgjort har været nyttig, især efter at gruppeforløbene er kommet i gang. Ved projektets afslutning vurderer samtlige gruppetrænere således, at supervisionen har været i høj eller nogen grad nyttig.

Figur 28: Har supervisionen været nyttig for dig



Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

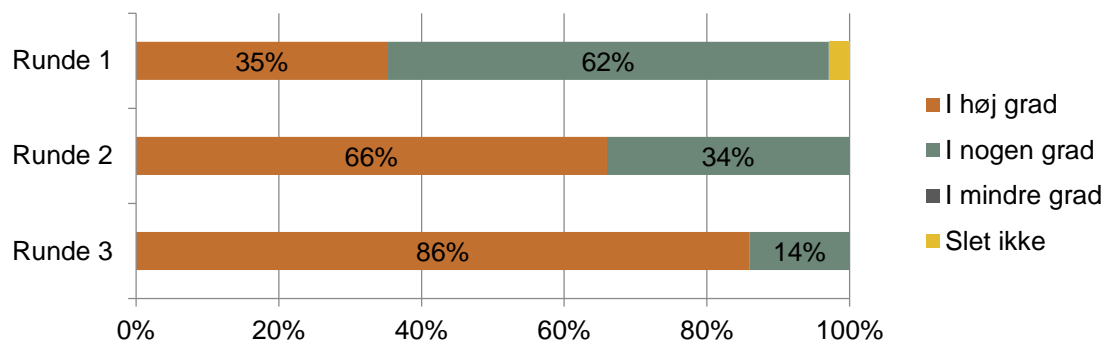
Gruppetrænerens kommentarer vidner om, at leverandørens supervision har været nyttig, men at det også har været meget lærerigt at dele erfaringer med de øvrige gruppetrænere.

I den ene gruppe, hvor der har været seks kommuner, angiver flere dog, at det store antal deltagere har betydet, at de har brugt for lang tid på runder. Desuden mener nogle af gruppetrænerne, at der i starten blev brugt for lang tid på de forskellige deltagers organisatoriske problemstillinger.

7.3.3 Gruppetrænerens parathed

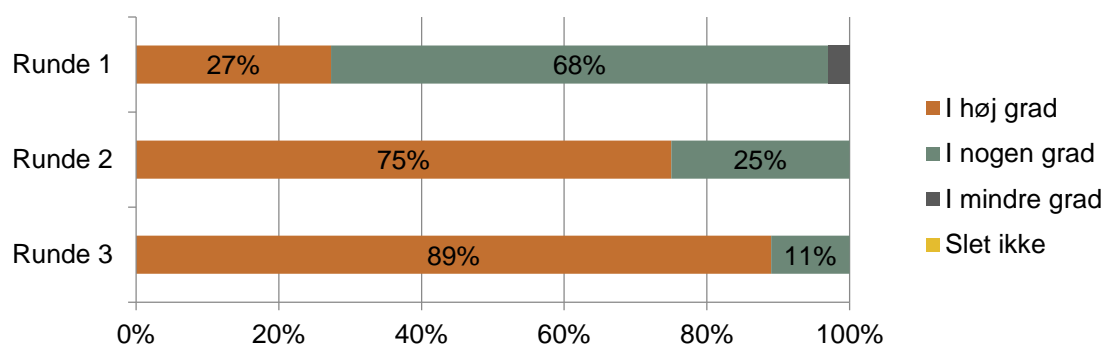
Som tidligere nævnt vurderer gruppetrænerne, at grundkurset har givet en tilfredsstillende baggrund for at udføre SFT, og at supervisionen har været nyttig. Fortroligheden med de materialer, de skal anvende, vokser forventeligt nok også gennem projektiden.

Figur 29: Er du fortrolig med det baggrundsmateriale, underviseren har præsenteret dig for



Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

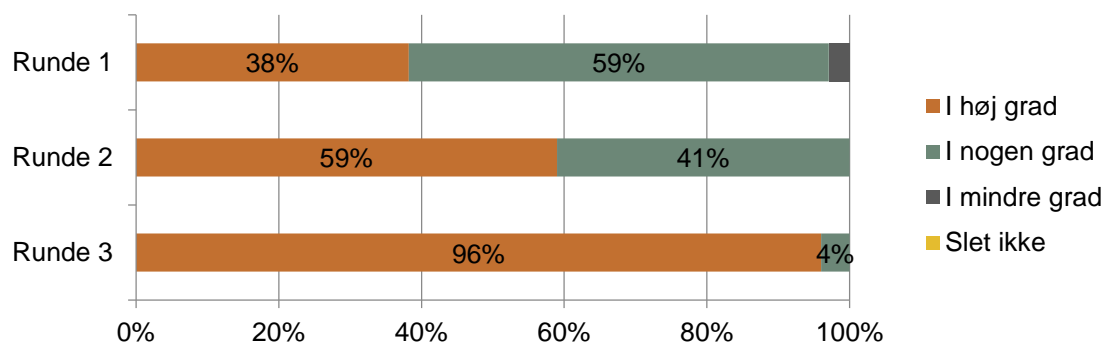
Figur 30: Er du fortrolig med de redskaber, du kan/skal anvende



Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

Gruppetrænerens selvoplevede parathed i forhold til at udføre SFT er stor allerede ved projektets start og vokser gennem projekttiden.

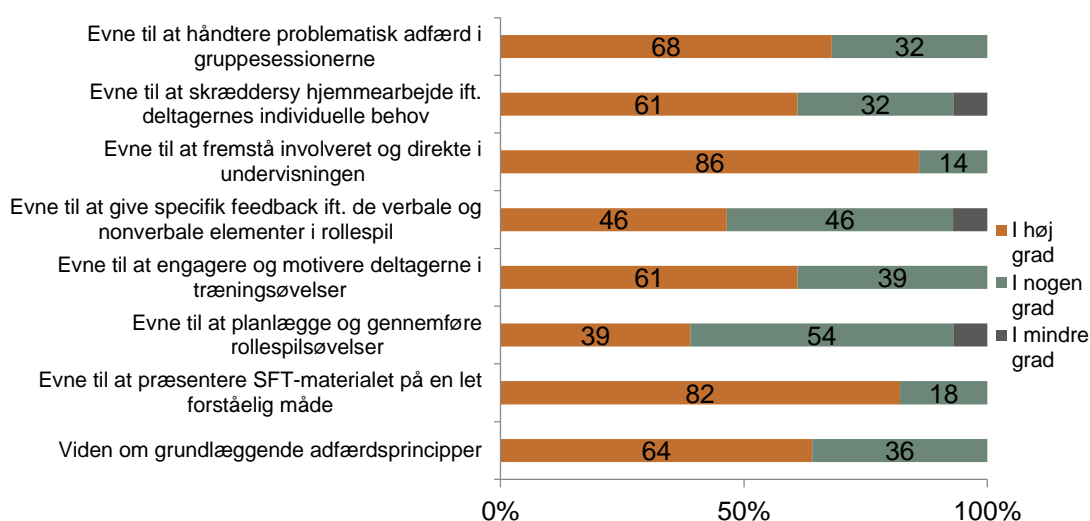
Figur 31: Alt i alt, føler du dig i stand til at gennemføre et SFT-træningsforløb



Runde 1: N=34, runde 2: N=32, runde 3: N=28

Ved projektets afslutning vurderer gruppetrænerne, i hvilken grad arbejdet med SFT har givet dem de nødvendige kompetencer.

Figur 32: I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med SFT har givet dig følgende kompetencer



Runde 3: N=28

Helt overordnet tyder resultaterne således på, at kompetenceudviklingen er udført som planlagt, og at det ifølge gruppetrænerne selv har resulteret i, at de er i stand til at udføre SFT. Næste afsnit om metodefidelitet belyser netop, hvorvidt gruppetrænerne er lykkedes med at anvende metoden som foreskrevet.

7.4 Metodefidelitet

Afprøvningen af SFT har som forudsætning, at gruppetrænerne uddannes og superviseres i SFT, samt certificeres som SFT-trænere. Kompetenceudviklingen og kompetenceleverandørens fidelitetsstøtte og certificering er derfor at betragte som en del af den metode, der afprøves. Dette afsnit indeholder en beskrivelse af leverandørens fidelitetsstøtte og certificeringsproces, samt en præsentation af gruppetrænerens egen vurdering af en række spørgsmål med betydning for fideliteten.

7.4.1 Fidelitetsstøtte og certificering

Kompetenceleverandøren har understøttet fideliteten gennem undervisning, supervision og gennem monitorering af gruppetrænerens aktiviteter. Manualen for SFT beskriver en række kerneelementer, som er centrale i udøvelsen af metoden og ikke kan fraviges. Desuden indeholder manualen et oplæg til plan for alle sessioner, som kan tilpasses efter den konkrete gruppes behov. Leverandøren har, på baggrund af metodens kerneelementer og tilpasningsmuligheder, udarbejdet en række redskaber, der anvendes til at sikre fideliteten løbende og til at understøtte vurderingen i forbindelse med certificering.³¹ Redskaberne består af fire skemaer: To til leverandørens vurdering af den enkelte træners kompetencer og to til trænerens selvevaluering. Skemaerne er beskrevet nedenfor:

Skema 1: Tjekliste til brug for metodeleverandørens godkendelse af den enkelte gruppetræners tilfredsstillende deltagelse i grundkurset og dermed certificering på niveau 1.

Skema 2: Tjekliste til brug for metodeleverandørens godkendelse af den enkelte gruppetræners tilfredsstillende deltagelse i supervision og dermed certificering på niveau 2.

³¹ Redskaberne er kvalitetssikrede af en ekspert i SFT (Per Borell).

Skema 3 og 4: Tjeklister til brug for den enkelte gruppetræner for at registrere inddragelsen af centrale elementer i SFT-træningen.

Skema 3 og 4 har fungeret som gruppetrænerens egne redskaber, som de har anvendt i planlægning og evaluering af de enkelte gruppetræningssessioner som en hjælp til at fokusere på metodens kerneelementer og blive opmærksom på eventuelle udeladelser. Som en del af metoden har gruppetrænerne skullet føre logbog før og efter hver session (½ time), hvor de har noteret, hvad de gjorde sidst og hvad de skal gøre i dag. I forbindelse med udfyldelse af logbogen har de samtidig udfyldt skema 3 og 4 og snakket om, hvorvidt de fik brugt de rigtige elementer (rollespil, lavet brainstorm, fører vi logbog, får vi forberedt os, har vi huske pædagogiske overvejelser om, hvor er de nu osv.). Metodeleverandøren har spurgt ind til disse tjeklister i forbindelse med supervisionen, for at få en fornemmelse af, om trænerne inddrager de centrale elementer i tilstrækkelig grad, og hvis ikke, så er der sat fokus på disse elementer i supervisionen. Metodeleverandøren har således også holdt øje med, om trænerne fulgte metodens anvisninger om fælles forberedelse og opfølgning efter hver træningssession.

Skema 1 og 2 er anvendt i forbindelse med certificeringen af gruppetrænerne, som er foregået på to niveauer:

Tabel 9: Certificering af gruppetrænere

Certificeringsniveau	Certificeringskrav
Niveau 1	<p>Efter gennemførelsen af grundkurset foretog leverandøren en første certificering. Kravene i forhold til certificering på niveau 1 er, at gruppetræneren har læst baggrundsmaterialet, samt deltaget i grundkurset. Metodeleverandøren har anvendt fidelitetsskema 1), som beskriver de elementer, grundkurset består af. Disse elementer skal de have modtaget undervisning i og de skal alt i alt ikke have vist en præstation under et gennemsnitligt karakterniveau svarende til karakterskalaen 7. Leverandøren har vurderet og godkendt hver enkelt gruppetræners deltagelse i grundkurset. Kriterierne for godkendelse er således dels tilstedeværelse, dels leverandørens vurdering af, om den enkelte gruppetræner har forstået grundtankerne i SFT og vil være i stand til at fungere som SFT-gruppetræner. Leverandøren vurderer dette gennem spørgsmål til den enkelte gruppetræner, observation af rollespil og andre øvelser, samt en opmærksomhed på den enkelte træners aktivitetsniveau i undervisningen. En gruppetræner kan godt bestå dette niveau, hvis leverandøren vurderer, at vedkommende kan fungere som gruppetræner sammen med en anden, men måske ikke alene.</p>
Niveau 2	<p>Efter at alle gruppetrænere har gennemført første gruppeforløb, har leverandøren foretaget certificering på niveau 2. Kriterierne for at bestå er gennemførelsen af mindst ét SFT-gruppeforløb, deltagelse i mindst 70 % af det samlede supervisionsforløb eller modtaget supplerende supervision, så det svarer til dette niveau, samt leverandørens godkendelse af trænerens gruppeterapeutiske færdigheder. De gruppeterapeutiske færdigheder er følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evne til at præsentere materialet i en let forståelig form • Evne til at planlægge og gennemføre rollespilsøvelser • Evne til at engagere og motivere deltagerne i træningsøvelser • Evne til at give specifik feedback i forhold til de verbale og nonverbale elementer i rollespil • Evne til at fremstå direktiv, involveret og direkte i undervisningen • Evne til at tilrettelægge skræddersyet hjemmearbejde i forhold til deltagernes individuelle behov • Evne til at håndtere problematisk adfærd, som måtte opstå i gruppesessionerne.

Fidelitetsskema 2 indeholder de samlede krav til certificering på niveau 2. Leverandøren har vurderet den enkelte træners færdigheder i supervisionen. Dels gennem stikprøvetjek og løbende vurdering og feedback, hvor leverandøren spørger trænerne, hvordan de udfører specifikke elementer af SFT, dels ved brug af rollespil og videooptagelser. Det er således et krav, at hver enkelt gruppetræner skal medbringe mindst én sag til gennemgang og mindst en videooptagelse til supervision og metodeleverandøren skal anvende disse i supervisionen og samtidig

vurdere trænerens færdigheder. Hvis det vurderes, at træneren ikke udøver SFT på tilfredsstillende vis, superviseres vedkommende og må derefter medbringe en ny videooptagelse. For at bestå på niveau 2, skal de som minimum kunne vise en god præstation, svarende til karakter-skalaens niveau 7 inden for alle fidelitetsskema 2's elementer.

Samtlige gruppetrænere er certificeret på niveau 2 efter gennemførelsen af den første gruppe.

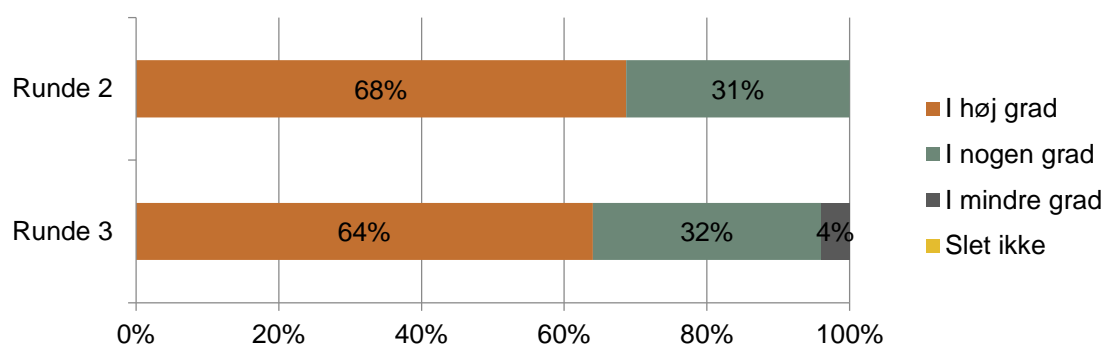
Leverandøren rapporterer desuden ved projektets afslutning, at alle gruppetrænerne har benyttet programtrofasthedsskemaerne (skema 3 og 4), deltaget aktivt i supervisionen og fremvist evner til at varetage SFT-træning af borgerne. Udover deltagernes mundtlige fremlæggelse af problemer, udfordringer og løsningsforslag i supervisionsgangene, så er deres niveau afdækket ved gennemgang af 55 videoer af træningssessioner med borgerne.

7.4.2 Gruppetrænerens selvevaluering

Som nævnt i tidligere afsnit vurderer gruppetrænerne i overvejende grad, at de er fortrolige med det materiale og de redskaber, de skal anvende, og at arbejdet med SFT har givet dem de nødvendige kompetencer i forhold til at varetage gruppetræningen.

De er også blevet spurgt, ved midtvejs- og afslutningsevalueringen (runde 2 og 3), hvorvidt de følger manualen. Nedenstående figur illustrerer, at den selvrapporterede fidelitet er høj:

Figur 33: I hvor høj grad følger du manualen



Runde 2: N=56, runde 3: N=39

Gruppetrænerne blev desuden spurgt: Hvor afviger du eventuelt fra manualen og hvorfor? Kommentarerne fordeler sig på fire temaer:

- Modulerne forkortes eller forlænges, hvis der er behov for det i gruppen
- Der byttes om på rækkefølgen af forskellige elementer inden for modulerne
- Gruppetrænerne tilføjer materiale, for eksempel andre redskaber (konflikttrappen, 4 kolonneskema etc.) eller mere dybdegående undervisning inden for bestemte temaer
- Gruppetrænerne "griber nogle gange det der kommer": Hvis en borger rejser en problemstilling eller et emne, der er vigtigt, kan gruppetrænerne afvige fra den aktuelle dagsorden, fordi de vurderer det relevant for gruppen.

Gruppetrænerens selvevalueringer tyder således på, at de har implementeret metoden med høj grad af fidelitet, og at de afvigelser, de rapporterer, ikke overskrider de anvisninger manualen giver i forhold til tilpasninger af de enkelte forløb. Kernelementerne – de fire moduler og den faste dagsorden til hver session – er ikke blevet udsat for tilpasninger. Gruppetrænerne har blot udnyttet de tilpasningsmuligheder, manualen beskriver: variation af modulernes længde samt frihed til at følge de forslag, manualen kommer med.

7.5 Samlet evaluering af implementeringen

Monitoreringen og evalueringen af implementeringen tegner i overvejende grad et billede af, at projektkommunerne har fulgt implementeringsmodellerne i forhold til organisering, ledelse og kompetenceudvikling, men at der også er opstået forhindringer undervejs, som har vanskeliggjort dele af implementeringen. Selve metoden er, ifølge kompetenceleverandørens og gruppetræneres egne vurderinger, udført med tilfredsstillende grad af fidelitet.

De vigtigste implementeringserfaringer fra projektet med relevans for aktører, som ønsker at implementere SFT, kan opsummeres således:

- SFT som metode vil harmonere fint med de fleste kommuners værdier i forhold til recovery-tænkning. Der kan dog sagtens være mere eller mindre skjult modstand mod at introducere en ny metode, mod tankegangen bag metoden eller de konsekvenser, metoden kan have.
- En eventuel modstand mod metoden kan skyldes manglende kendskab til metoden og dens fordele. Projektkommunerne har oplevet, at spredning af kendskab til metoden kan sikre større grad af opbakning fra kolleger og samarbejdsparter.
- Kendskab og opbakning til metoden blandt kolleger er essentiel, både i forhold til at sikre forståelse for gruppetræneres ændrede opgaver, men i høj grad også for at sikre støtte til rekruttering og fastholdelse af borgere i gruppetræningen. Flere projektkommuner har besluttet sig for at uddanne alle relevante medarbejdere i SFT. Både for at sikre opbakning og for at kunne tilrettelægge en samlet indsats for borgeren, som bygger på SFT-principper og værktøjer.
- Projektkommunerne har sikret sig overvejende god ledelsesopbakning på relevante niveauer. De steder hvor medarbejderne rapporterer manglende ledelsesopbakning, handler det om ledelsesopbakning på tværs af enheder, for eksempel manglende ledelsesopbakning til at prioritere VUM-udredninger i myndighedsafdelingen. Denne problemstilling tydeliggør, at det er vigtigt allerede i planlægningen af implementeringen af metoden, at undersøge nøje hvordan forankringen skal være, og hvilke parter der vil blive involveret i rekruttering og støtte til borgeren, og at sikre sig ledelsesopbakning i disse enheder.
- Opbakning på tværs af enheder har også vist sig betydningsfuld i forhold til beskæftigelsesindsatsen. Et SFT-forløb bryder på flere måder med kommunernes sædvanlige tilgang til visitation til tilbud og aktiviteter, blandt andet ved at vare ni måneder. Det er vigtigt, at kommunen tager stilling til, hvordan tilbuddet om SFT kan tilrettelægges, så borgeren kan sikres ro til at gennemføre forløbet.
- Rekrutteringen af borgere til projektet er stødt på en række problemstillinger, hvoraf nogle er projektspecifikke, mens andre også vil have relevans for forankringen af metoden og for øvrige aktører. Projektmedarbejderne fortæller, at motivering af borgere tager tid og at det kræver opbakning fra øvrige fagpersoner omkring borgeren, hvis rekruttering og fastholdelse skal have de bedste betingelser. En specifik udfordring for SFT i gruppe er, at der skal findes et antal borgere, der er klar på samme tidspunkt. Endelig kan "konkurrence" fra andre tilbud eller krav fra andre instanser gøre det vanskeligt at sikre borgeren tid og ro til forløbet.
- Projektkommunerne har været forpligtede på en særlig projektorganisering, med styregruppe, arbejdsgruppe, projektleder, og udarbejdelse af en række implementeringsværktøjer. Projektlederne fortæller, at de til en vis grad ville benytte disse eller lignende værktøjer, hvis de skulle implementere i almindelig drift, men at de i større grad ville benytte sig af eksiste-

rende fora og samarbejder. Flere fremhæver, at det har været en drivkraft i implementeringen at benytte sig af allerede eksisterende samarbejde og tillid mellem parter, og at nærhed mellem enheder, geografisk og/eller samarbejds-mæssigt, er en stor fordel, som skal udnyttes i implementeringen. Projektlederne understreger, at en af de væsentligste faktorer, der kan hindre, at samarbejde lykkes, er ledelses- og personaleudskiftninger.

- Der har ikke været høj grad af borgerinddragelse i planlægningen af projektet, fordi rammerne var fastlagt på forhånd. Flere projektmedarbejdere nævner dog borgernes rolle i spredning af kendskab til metoden som en vigtig ressource. Når de gode historier om metoden og dens konsekvenser opstår, er borgeren den bedste til at formidle overbevisende til andre borgere og til medarbejdere og samarbejdsparter.
- Kompetenceudviklingsprogrammet har tilsyneladende været tilstrækkeligt til at gøre gruppe-trænerne i stand til at udføre SFT i gruppe med en tilfredsstillende grad af fidelitet. Projektmedarbejderne vurderer, at supervision er en vigtig og uomgængelig del af kompetenceudviklingen, da det er gennem supervisionen, at trænerne bliver klogere på og udvikler egne kompetencer.

I det næste kapitel om forankring følger medarbejdernes bud på, hvordan de fremadrettet i projektkommunerne vil håndtere nogle af problemstillingerne indeholdt i ovenstående.

8 Forankring og tilpasning af indsatsen

De ni projektkommuner har i løbet af projektperioden forholdt sig til spørgsmålet om forankring af indsatsen fremadrettet. De har blandt andet forholdt sig til, om de vil videreføre metoden, som den er anvendt i projektet, eller vil tilpasse den, og til hvilken målgruppe de vil tilbyde metoden til.

Evalueringen blev desuden, undervejs i projektet, udvidet med en evaluering af den anvendte metodes delelementer, baseret på spørgeskemaundersøgelser og interview blandt borgere og gruppetrænere.

Dette kapitel indeholder:

- En præsentation af medarbejdernes vurdering af vilkårene for forankringen
- Medarbejdernes forslag til tilpasning/udvidelse af målgruppen
- En evaluering af metoden på baggrund af gruppetræneres og borgeres vurdering af elementerne.

Det er vigtigt at understrege, at denne evaluering udelukkende kan vurdere resultaterne af den version af SFT, som projektkommunerne har praktiseret over for den målgruppe, som har indgået i projektet.

Evalueringen kan ikke vise, hvilke målgrupper SFT i øvrigt egner sig til, eller hvordan metoden bedst tilpasses, uden at det går ud over resultaterne. Det følgende bygger således primært på borgeres og medarbejderes vurdering af metodens muligheder.

8.1 Datakilder

Data vedrørende forankring og tilpasning baserer sig på følgende kilder:

Tabel 10: Datakilder forankring og tilpasning

Datakilde	Tidspunkt	Data
Individuelle interview blandt projektledere (9)	Ved projektperiodens start	Afgrænsning af dataindsamlingen
Spørgeskemaundersøgelse blandt projektledere (9)	Ved projektperiodens start, midt og slutning.	Status for implementeringen Centrale implementeringsfaktorer
Fokusgruppeinterview blandt projektledere (9)	Ved projektperiodens start	Opfølgning på spørgeskemabesvarelser
Individuelle interview blandt udvalgte projektledere (3)	Midt i projektperioden	Opfølgning på spørgeskemabesvarelser
Spørgeskemaundersøgelse blandt gruppetrænere	Ved projektperiodens start, midt og slutning.	Status for implementeringen Centrale implementeringsfaktorer
Spørgeskemaundersøgelse blandt borgerne i 9 SFT-grupper	Efter hvert af de fire moduler i gruppeforløbet	Vurdering af kernelementer og virksomme faktorer i SFT
Fokusgruppeinterview blandt borgere i 8 forskellige SFT-grupper	2 grupper efter hvert af de fire moduler	Vurdering af kernelementer og virksomme faktorer i SFT

8.2 Forankring i projektkommunerne

Alle projektkommunerne har forholdt sig til spørgsmålet om forankring af indsatsen og er blevet spurgt til planer og vilkår i implementeringsevalueringens runde 3. Indsatsteoriene for organisering

ring og ledelse og kompetenceudvikling peger på de relevante temaer: kendskab og opbakning fra ledelse og medarbejdere, sammenhæng med øvrig indsats, et passende antal trænere og motivation blandt trænerne til at fortsætte tilbuddet, og planer for et system til monitorering og opfølgning.

Overordnet set har de fleste projektkommuner nået de mål, indsatsteoriene beskriver, og har altså både planer om at tilbyde SFT fremadrettet og fokus på de faktorer, der er essentielle for forankringen.

8.2.1 Ledelsesopbakning

Samtlige projektkommuner planlægger at videreføre SFT som et tilbud i kommunen. I en enkelt kommune er det, på tidspunktet for afslutningsevalueringen, endnu ikke afklaret, om der er fuld ledelsesopbakning. De øvrige kommuner rapporterer ledelsesopbakning fra både overordnet niveau og fagligt niveau til at videreføre SFT efter projektperioden.

8.2.2 Kendskab og opbakning fra kolleger

Alle projektkommuner vurderer, at de relevante medarbejdere i kommunen til en vis grad har opnået kendskab til metoden og støttet op om rekruttering af borgere i projektperioden. Nogle kommuner vurderer i høj grad, andre i nogen grad, og denne variation spænder over en opfattelse af stor åbenhed fra ledelse og medarbejdere til en oplevelse af, at de øvrige medarbejdere ikke har haft samme engagement i projektet, og at nogle kolleger har haft en opfattelse af, at SFT var for svært for deres borgere. I den pågældende kommune bliver disse medarbejdere nu også uddannet i metoden. Flere gruppetrænere påpeger, at det er vigtigt, at deres kolleger også får viden om eller konkret uddannelse i SFT, for at sikre engagement i forhold til henvisning af borgere og for at sikre, at det øvrige professionelle netværk omkring borgeren kan støtte op om borgerens gruppetræningsforløb.

8.2.3 Integration med øvrig indsats

Det er i det hele taget en central problemstilling, både gennem projektperioden og ved dens afslutning, hvordan SFT kan integreres med den øvrige indsats omkring borgeren. I projektperioden har det været et krav, at SFT ikke måtte stå i stedet for den indsats, som borgeren i øvrigt var berettiget til, for eksempel bostøtte. Det har været et væsentligt tema, hvorvidt bostøtten støttede op omkring borgerens deltagelse i SFT-forløbet. I nogle projektkommuner har det fungeret godt, i andre ikke. Projektmedarbejderne tilskriver denne forskel deres kollegers kendskab til metoden og den eksisterende kultur i forhold til bostøttearbejdet. Medarbejdere uden kendskab til SFT, med tradition for at arbejde meget lukket omkring den enkelte borger og med et syn på borgeren som for dårlig til at indgå i forløbet, har ifølge projektmedarbejderne støttet mindre op om forløbet end medarbejdere med kendskab til metoden, med tradition for at arbejde mere teambaseret og for at vurdere borgerens muligheder fremfor begrænsninger.

Kommentarer fra projektmedarbejderne peger på, at det er meget vigtigt, at det professionelle netværk støtter op omkring borgerens deltagelse i SFT. Flere projektkommuner har planer om at uddanne de relevante medarbejdere i SFT for at sikre engagement og opbakning. Og flere kommuner fortæller også om planer om på mere formelt niveau at integrere SFT-forløbet med den øvrige indsats. Her siger en projektleder:

Fremadrettet vil vi arbejde på en mere sammenhængende plan for social færdighedstræning i grupper væk fra hjemmet og det en voksenstøtte arbejder med i hjemmet. Så der bliver yderligere mulighed for at skabe en læringsplatform.

Det fremgår også af evalueringen, at det er vigtigt at etablere et samarbejde og en fælles forståelse i forhold til den eventuelle beskæftigelsesindsats, som borgeren indgår i. Flere kommentarer

tarer fra både medarbejdere og borgere peger på, at borgeren har brug for ro til at indgå i SFT-forløbet, og derfor ikke skal stilles over for krav om for eksempel jobtræning. Det er også problematisk, hvis borgeren bliver erklæret jobparat under forløbet.

Nogle projektledere angiver, at kommunens myndighedsafdeling er indstillet på fremadrettet at visitere direkte til SFT, men at det kan skabe modstand fra medarbejdere i socialpsykiatrien, som vil holde fast i, at der er metodefrihed på tilbuds niveau. Andre kommuner beskriver problemstillingen omkring finansiering af gruppeforløbet, når borgeren er visiteret til et individuelt bostøtteforløb: Kan en del af dette forløb så konverteres til gruppeforløb?

Endelig eksisterer der en problemstilling i forhold til SFT-forløbets længde. Bevillingens længden på en aktivitet er typisk 3-6 måneder, og det kan derfor være vanskeligt at få et typisk SFT-forløb på ni måneder til at passe med de eksisterende systemer. Enkelte projektledere angiver denne problemstilling som årsag til, at kommunen vil tilbyde SFT i moduler eller som del af anden indsats.

Projektlederne vurderer, at der efter projektperioden vil komme en tid, hvor kommunerne må eksperimentere med organisering, visitation med videre, idet kommunernes organisatoriske betingelser er forskellige og forankringen af SFT vil afspejle dette.

8.2.4 Kompetencer og motivation

96 % af gruppetrænerne angiver, at de i høj grad er motiverede for at arbejde videre med metoden efter projektperiodens ophør. Mange kommentarer vidner om, at det er yderst motiverende at se, hvad metoden kan gøre for borgerne. For eksempel skriver en gruppetræner:

Vi har været så heldige at få forankret metoden i vores kommune, så vi kan fortsætte det gode arbejde! Det er en kæmpe glæde at arbejde med en metode, som man kan se gør en forskel for vores ofte meget forpinte borgere.

En enkelt gruppetræner er kun i nogen grad motiveret, og forklarer det således:

Svag opbakning fra kollegaer i forhold til at motivere borgere kan virke demotiverende på lysten til at kæmpe for indførelsen af SFT, som en fast del af kommunens tilbud.

Fra projektets start var der opmærksomhed på, at det ikke var tilstrækkeligt at uddanne et antal gruppetrænere, nogle af disse skulle også videreuddannes til supervisor og undervisere, for at sikre fortsat drift af SFT. Ifølge planen skulle ni gruppetrænere videreuddannes til supervisor og 4 af disse til undervisere.

Efterspørgslen efter videreuddannelserne har imidlertid været så stor, at 15 gruppetrænere har fuldt supervisoruddannelsen og syv af disse videreuddanner sig til undervisere. Kompetenceleverandøren forestår videreuddannelsen af medarbejderne. Ved projektets afslutning er ni gruppetrænere superviseret som supervisor og de resterende seks mangler blot formel godkendelse, mens de syv undervisere forventes at blive certificeret i løbet af foråret 2017.

Udover videreuddannelsen af de eksisterende gruppetrænere har mindst to af projektkommunerne allerede igangsat undervisning af et større antal medarbejdere i SFT, for at de kan støtte op om borgernes deltagelse i SFT. Nogle af disse oplæres desuden til trænere gennem side- og samløb, som supplement til grunduddannelsen.

Alle projektlederne vurderer ved projektets afslutning, at deres kommune har medarbejdere med de fornødne kompetencer til at videreføre SFT. De er opmærksomme på, at der skal være et tilstrækkeligt antal trænere til at kunne bære sygdom og udskiftning uden videns-tab, og at

det er en fordel at have egne supervisorer og evt. undervisere, så de fortsat kan uddanne og supervisere egne trænere og eventuelt tilbyde denne ydelse til andre kommuner.

8.2.5 Dokumentation

Projektet har stillet omfattende dokumentationskrav til medarbejderne og borgerne og det har givet udfordringer. Dette til trods svarer seks af ni projektledere ved afslutningsevalueringen, at der er planer om at etablere et system til monitorering af erfaringer og resultater med SFT. De øvrige projektledere ved ikke endnu, om det er planlagt i deres kommune.

8.3 Tilpasning af målgruppe

Projektkommunerne planlægger at udvide målgruppen for tilbuddet om SFT. De otte projektledere, der har besvaret afslutningsevalueringen, beskriver de fremtidige målgrupper således:

Tabel 11: Fremtidige målgrupper

Kommune	Målgruppe
1	Alle borgere, der har udfordringer med sociale færdigheder.
2	Borgere i botilbud og bostøtte, uden at skele så meget til diagnose. Vi har primært borgere med komplekse psykiatriske diagnoser, eks. skizofreni, bipolar mv. Vi bruger elementer af socialfærdighedstræning til borgere med spiseforstyrrelse i gruppe.
3	A og B (VUM).
4	Alle målgrupper i psykiatrien.
5	Alle der er tilknyttet kommunens Handicap og Socialpsykiatri, og som kan arbejde kognitivt.
6	Vi vil ikke have samme diagnose- og VUM-krav, men udgangspunktet er stadig sindslidende. På sigt vil der evt. blive udvidet med andre typer målgrupper end sindslidende fx sårbare unge.
7	Alle der har behov for at optræne sociale færdigheder.
8	De målgrupper vi ser i Socialt rehabiliteringscenter.

Evalueringsens resultater giver naturligvis ingen svar på, om SFT vil have en effekt over for de ovennævnte målgrupper, men projektledere og gruppetrænere, der har arbejdet med SFT, har en formodning om, at metoden vil have positiv virkning over for de ovenfor nævnte grupper. De nævner desuden en række målgrupper, som de også vurderer kunne profitere af SFT:

- Nydanskere
- Alle borgere med kognitive vanskeligheder
- Borgere med personlighedsforstyrrelse
- Borgere med spiseforstyrrelse
- Borgere med ADHD
- Borgere under jobsøgning
- Borgere med misbrug
- Borgere med erhvervet hjerneskade
- Borgere med Asperger.

I et interview med en projektleder kommer et bud på, hvordan SFT kan tilpasses en anden målgruppe:

Vi har den samme tanke, fordi vi er ved at udvikle indsats til borgere med spiseforstyrrelser. Der er det helt klart, at sådan som det vælter ind over, så kommer vi aldrig til at kunne give individuel støtte til dem, så der skal vi også lave nogle spisegrupper, hvor man også skal se rigtig

meget af det, som vi har været rundt at kigge på. Der skal vi selvfølgelig kigge på, der kan vi jo ikke tage udelukkende socialfærdighedstræning konceptet, som det er nu. Jeg tænker, at de medarbejdere, som jeg har, der kører det nu, de kan godt være kreative og hjælpe i forhold til at sige, vi har den her ramme og den setting, vi plejer at bruge, hvad er det så, at vi skal snakke om. Vi skal ikke snakke medicin, vi skal måske snakke mad. Så på den måde bliver det jo noget med at tilpasse. Det bliver selvfølgelig ikke sådan, som det har kørt nu i projektet, men egentlig at bruge rammen og settingen, at det ligesom er det, der er med til at sætte strukturen, men at vi måske laver lidt om på indholdet i forhold til hvad er det så, at man som spiseforstyrret har brug for at snakke om.

I forhold til målgruppen spænder projektmedarbejdernes forslag således vidt. Flere går langt videre end til at beskrive konkrete, diagnosebestemte målgrupper og vurderer, at alle med kognitive vanskeligheder eller alle berettigede til bestemte tilbud kunne være i målgruppen. Medarbejderne nævner dog også forhold, der kan hæmme borgernes udbytte, for eksempel misbrug, massive symptomer eller for omfattende kognitive vanskeligheder. Der er dog ikke belæg for at bruge disse som egentlige eksklusionskriterier, da en del kommentarer tyder på, at det kan være vanskeligt at bedømme borgernes mulighed for at deltage og få udbytte på forhånd. Flere er blevet overraskede over, at en borger, der blev vurderet som meget dårlig, kunne indgå i og profitere af SFT, og andre, som var vurderet egnede, kunne ikke gennemføre. En projektleder siger:

Jeg vil da sige, vi er også blevet overrasket af, at vi troede nogle var dårligere, end de var. Altså hvor vi tænker, hvorfor har vi tænkt, at de var så dårlige og så har vi også haft nogle, hvor vi ikke troede at de var så dårlige, hvor det har vist sig, at det var meget sværere end vi havde forestillet os. Så vi har også fået vendt nogle ting på hovedet, vi er kommet til at se anderledes på borgerne.

De kvantitative opgørelser af sammenhænge mellem borgerkarakteristika og effekt giver nogle få holdepunkter i forhold til målretning af tilbuddet til dele af den inkluderede målgruppe. I forhold til udvikling af socialt funktionsniveau har de 25-34 årige deltagere med det næstbedste og næstdårligste udgangsniveau, samt deltagere med en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mm), i særlig grad profiteret af SFT. Derimod kan der ikke påvises effekt af SFT på de 35-54 årige, deltagere på middel og højeste udgangsniveau, samt deltagere med en hoveddiagnose inden for F3 (Affektive sindslidelser).

I forhold til udvikling af graden af recovery har unge under 25 år, deltagere på det næstdårligste udgangsniveau, samt deltagere med en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mm) eller F4 (Nervøse og stress-relaterede tilstande) i særlig grad profiteret af SFT. Deltagere på det højeste udgangsniveau, samt deltagere med en hoveddiagnose inden for F3 (Affektive sindslidelser), ser derimod ikke ud til at have profiteret af SFT.

8.4 Evaluering af metoden

4 projektkommuner vil videreføre tilbuddet i sin nuværende form, mens de øvrige kommuner arbejder med forskellige former for tilpasning af metodens form:

- Tilbud om ni måneders forløb suppleret med et udslusningsforløb, hvor borgerne mødes en gang om måneden for at holde fast i det tillærte
- Tilbud om SFT som modultilbud opdelt efter temaerne i SFT
- SFT indgår som element i øvrige gruppetilbud.

Implementeringsevalueringen har haft fokus på at undersøge hvilke elementer i den afprøvede version af SFT, som de involverede borgere og fagpersoner vurderer som mest virksomme.

Borgerne og fagpersonerne er blevet bedt om at vurdere metodens kerneelementer. Besvarelserne kan anvendes til en evaluering af metodens tilpasningsmuligheder.

8.4.1 Borgernes vurderinger

Borgerne i otte SFT- grupper har besvaret et kort spørgeskema efter hvert af de 4 moduler (medicin, symptommestring, samtale og konfliktløsning). Som opfølgning på spørgeskemaundersøgelsen er der udført gruppeinterview i to grupper inden for hvert modul (i alt 8 interview) for at uddybe forståelsen af besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen inden for det netop afsluttede modul. Formuleringen af de konkrete spørgsmål til brug for spørgeskemaundersøgelse og interview tager afsæt i metodebeskrivelsen og manualen for SFT. Undersøgelsen har således fokuseret på følgende elementer:

Tabel 12: Gruppetræningens elementer

Gruppetræningens elementer	
Gruppetræningens rammer	Introduktion til gruppetræning
	Træning i gruppe
	Antal deltagere
	Grupperegler (fx tavshedspligt)
Gruppetræningens omfang	Sessionernes hyppighed
	Sessionernes længde
	Modulernes længde
Gruppetræningens indhold	Runde
	Undervisning
	Erfaringsudveksling
	Øvelser
	Hjemmearbejde

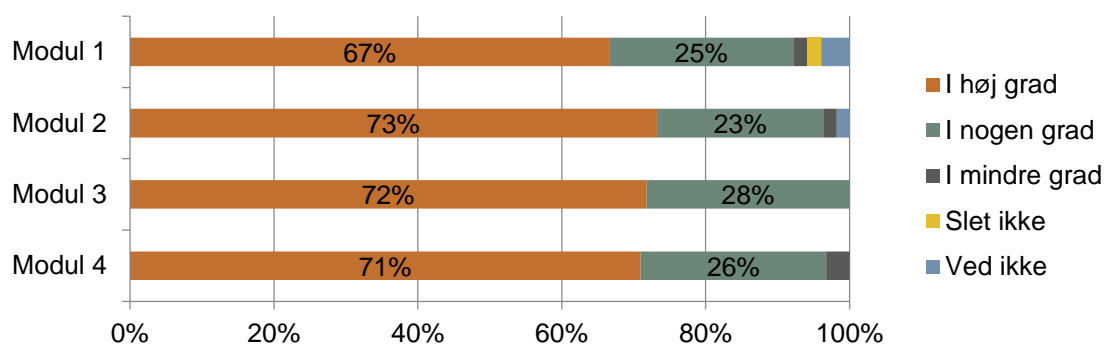
Borgerne er desuden blevet bedt om at vurdere deres udbytte af det samlede forløb, om de har lært noget og om de er i stand til at overføre det, de har lært, til dagligdagen. Svarene på disse spørgsmål er præsenteret i afsnit 6.4 om kvalitativ effektivvurdering, men vil blive ridset kort op her, så de kan sammenholdes med borgernes vurdering af metoden.

Gruppetræningens rammer

Efter første modul svarer 67 % af borgerne, at de i høj grad har fået en god introduktion til gruppetræningen. 29 % svarer i nogen grad og 4 % i mindre grad. Et stort flertal af borgerne vurderer altså, at de har fået en god introduktion til gruppetræningen.

Et flertal af borgerne mener, at det er godt, at træningen foregår i gruppe, og der er ikke store udsving i svarfordelingerne afhængigt af modul.

Figur 34: Er det godt, at træningen foregår i en gruppe

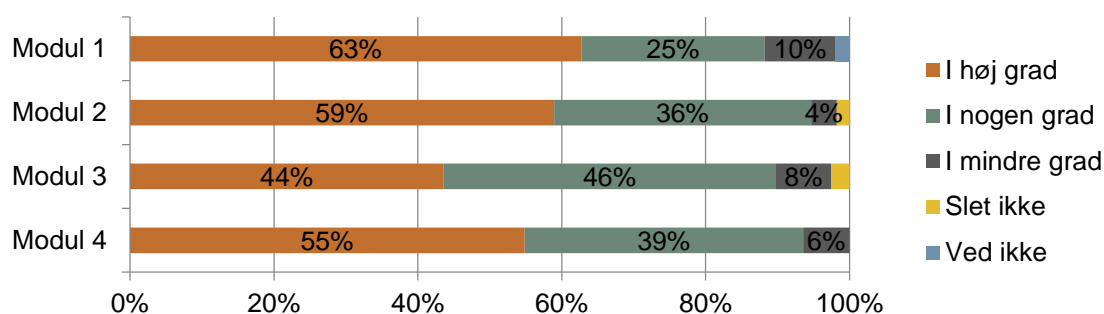


Modul 1: N=51, modul 2: N=56, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Under gruppeinterviewene fremhæver deltagerne fordelene ved, at SFT foregår som gruppetræning: Det er rart at møde andre, som har en psykisk lidelse, og dele erfaringer. Der er en højere grad af forståelse hos andre borgere, der befinder sig i samme livssituation: Det skaber tryghed. Sparring og spejling fører til, at deltagerne nærer omsorg for hinanden. Det giver mulighed for at øve sig sammen og for at udvide netværk. Det kan dog også være overvældende at træningen foregår i en gruppe. For nogle deltagere tager det tid at lære de andre at kende og føle tryghed. De mener, at der skal arbejdes meget med at sikre tryghed og gruppedannelse.

De fleste deltagere er i høj eller nogen grad tilfredse med antallet i gruppen. Der ses dog en tendens til, at tilfredsheden daler en smule med tiden, muligvis pga. frafald.

Figur 35: Er I et passende antal i gruppen

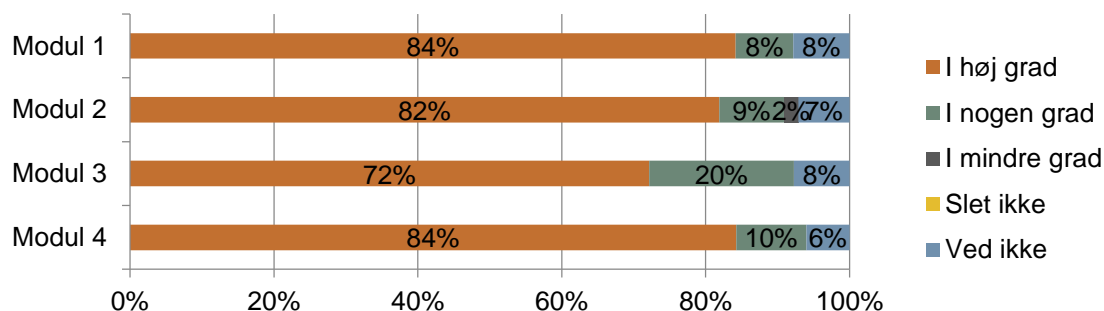


Modul 1: N=51, modul 2: N=56, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Af interviewene fremgår det, at tilfredsheden dækker over forskellige holdninger til det optimale antal. En enkelt borger mener således, at fire er passende i en gruppe, da for mange deltagere gør det svært at åbne sig. Andre siger 5-6, og endnu andre at 6-8 deltagere er det optimale, blandt andet fordi der skal kalkuleres med frafald, og gruppen ikke må blive for lille.

Et stort flertal af borgere oplever, at gruppemedlemmerne respekterer reglerne for gruppetræningen, for eksempel regler for tavshedspligt, og der er ikke nævneværdig variation afhængig af tidspunkt.

Figur 36: Respekterer gruppemedlemmerne reglerne for gruppetræningen

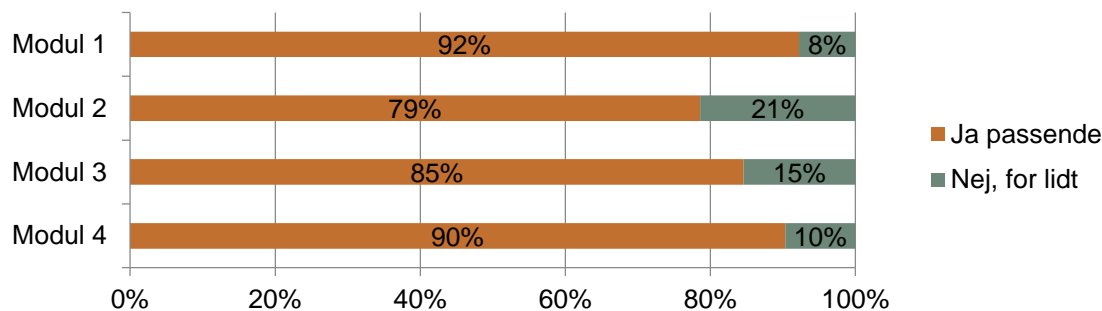


Modul 1: N=51, modul 2: N=56, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Gruppetræningens omfang

Langt de fleste deltagere vurderer, at det er passende at mødes én gang om ugen. Ingen synes, det er for meget, men 8-21 % mener, at det er for lidt, afhængig af tidspunktet i forløbet.

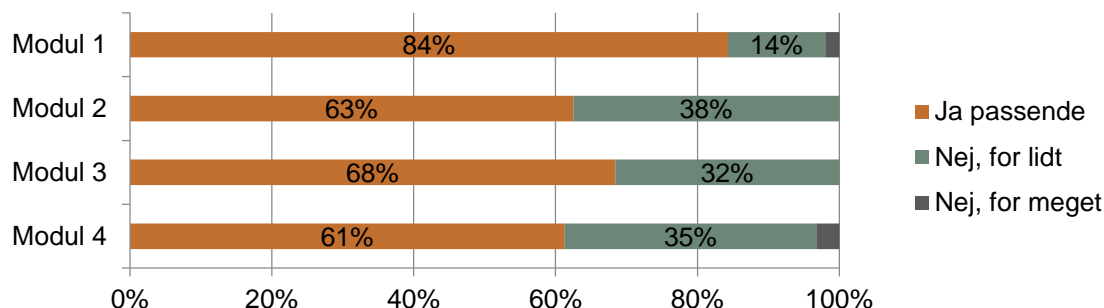
Figur 37: Er det passende, at I mødes én gang om ugen



Modul 1: N=51, modul 2: N=56, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Flertallet af deltagerne vurderer også, at det er passende at mødes i 1½ time af gangen. Et stort mindretal mener dog, det er for lidt og ganske få mener, det er for meget.

Figur 38: Er det passende, at I er samlet i 1½ time af gangen

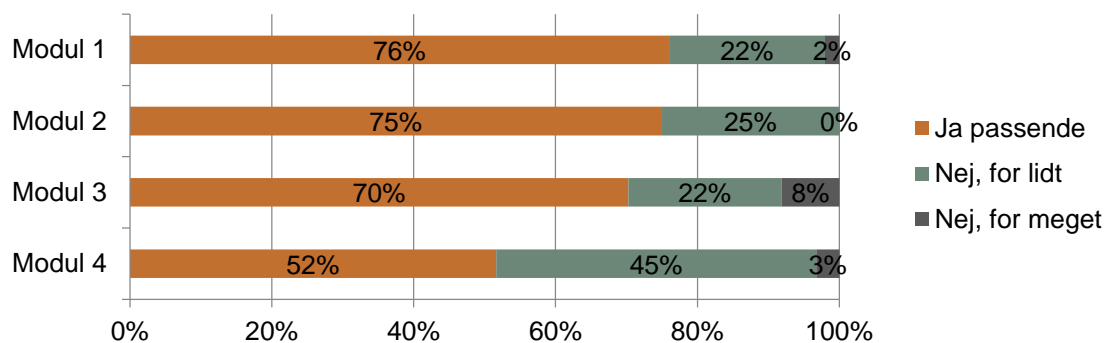


Modul 1: N=51, modul 2: N=56, modul 3: N=38, modul 4: N=31

Af interviewene fremgår det, at de, der ønsker mere tid mener, at tiden går hurtigt, og at de især savner mere tid til startrunden. De vurderer, at to timer ville være passende. Det er der dog andre, der mener at de ikke ville kunne holde til.

Vurderingen af, hvorvidt der har været et passende antal træningsgange i hvert af de fire moduler, afhænger af, hvilket modul der spørges til.

Figur 39: Har der været et passende antal undervisningsgange om medicin/symptomer/konflikt/samtale



Modul 1: N=50, modul 2: N=52, modul 3: N=37, modul 4: N=31

Efter de tre første moduler (medicinhåndtering, symptommestring, samtalemodul) vurderer 70-76 %, at der har været et passende antal undervisningsgange i det pågældende modul, mens hovedparten af de øvrige mener, der har været for få. Efter det sidste modul (konfliktløsning)

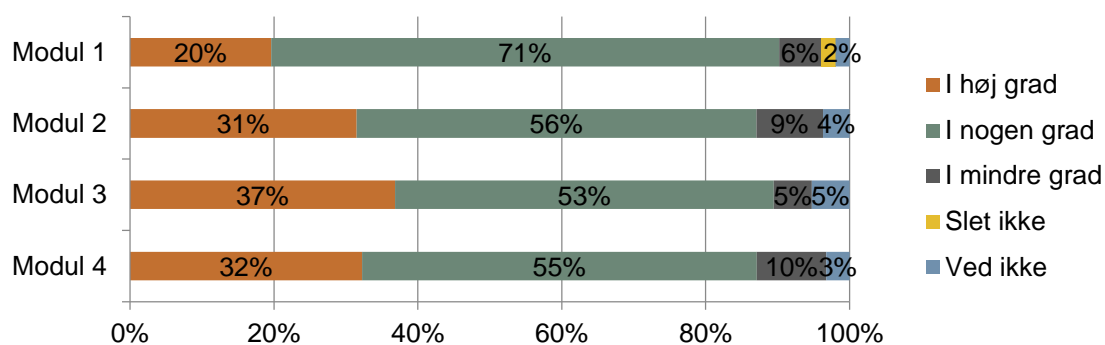
vurderer en væsentligt større andel af deltagerne, at der har været for få undervisningsgange. Dette går igen i interviewene, hvor deltagerne blandt andet siger, at emneområdet fylder meget i hverdagen, og at de kunne ønske sig mere tid til at lære at bruge redskaberne.

Der er delte meninger om det samlede forløbs længde. Som nævnt er der borgere, der finder nogle af modulerne for korte, men samtidig tyder kommentarerne i interviewene på, at ni måneder er lang tid for borgerne, og at løsningen derfor ikke kan være at forlænge det samlede forløb.

Gruppetræningens indhold

Deltagerne har vurderet deres udbytte af de enkelte elementer, som indgår i hver gruppetræning. Vurderingen af den indledende runde ses i nedenstående figur:

Figur 40: Har du haft udbytte af runden

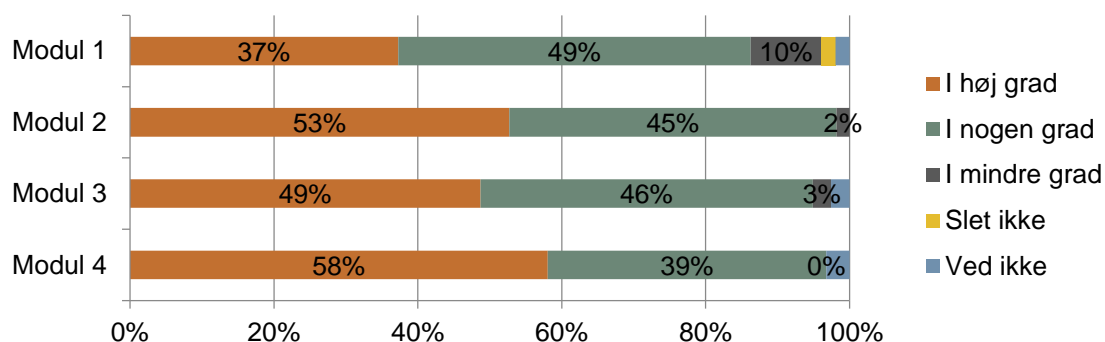


Modul 1: N=51, modul 2: N=54, modul 3: N=38, modul 4: N=31

De fleste vurderer runden positivt. Andelen der vurderer, at de i høj grad har udbytte af runden, er størst efter andet, tredje og fjerde modul, hvilket tyder på, at deltagerne skal lære hinanden lidt at kende, før de kan få udbytte af runden. Af interviewene efter de første moduler fremgår det også, at det kan være udfordrende at tale foran andre. Efter tredje og fjerde modul siger deltagerne, at runden er det mest udbytterige, fordi det hjælper deltagerne til at få en følelse af, at andre har det på samme måde.

Vurderingen af gruppetrænerens undervisning inden for de enkelte moduler fremgår af nedenstående figur:

Figur 41: Har du haft udbytte af gruppetrænerens undervisning omkring medicin/symptomer/samtale/konflikt



Modul 1: N=51, modul 2: N=55, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Overordnet set oplever langt de fleste deltagere i høj eller nogen grad udbytte af undervisningen. Der er mindst tilfredshed med medicinmodulet og mest tilfredshed med konfliktløsningsmodulet.

Af interviewene fremgår det, at deltagerne generelt er tilfredse med den måde, undervisningen er foregået på, og at trænerne har været meget engagerede. Interviewene giver ikke svar på, hvorfor undervisningen i medicin vurderes som mindst udbytterigt. Enkelte borgere mener, modulet var for kort. Andre fremhæver, at de har fået ny viden om medicin og bivirkninger og er blevet introduceret til hjælperekskaber til håndteringen af medicin.

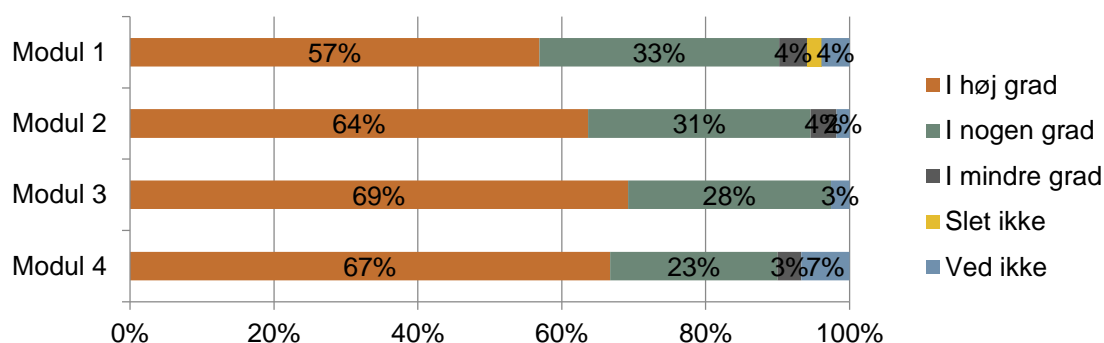
Om undervisningen i symptommestring siger deltagerne blandt andet, at det er positivt, at de anvendte eksempler er konkrete oplevede situationer, det gør det lettere at relatere sig til. Deltagerne fortæller i øvrigt, at de er blevet introduceret til relevante værktøjer, for eksempel Diamanten og Sol-modellen. Det kan dog være vanskeligt at benytte modellerne selv i hverdagen. Deltagerne oplever desuden, at de har fået mere viden om hvilke advarselstegn, de skal være opmærksomme på.

Af interviewene fremgår det, at nogle deltagere vurderer samtalemodulet mere relevant end de foregående. Redskaberne i forhold til at snakke med andre giver godt udbytte. En borger nævner, at det er vigtigt først at blive klogere på egne reaktioner og svagheder, før man kan arbejde med det. En anden borger synes, at samtalemodulet har været for kort.

Konfliktløsningsmodulet bliver også i interviewene vurderet som værende for kort. Det bliver fremhævet, at modellen med de fire trin har været et godt værktøj, som man kan bruge i mange sammenhænge.

Deltagerne har haft stort udbytte af at lytte til og dele erfaringer med de andre deltagere. Det er det element i gruppetræningen, som flest borgere har haft høj grad af udbytte af.

Figur 42: Har du haft udbytte af at lytte til og dele erfaringer med de andre gruppedeltagere



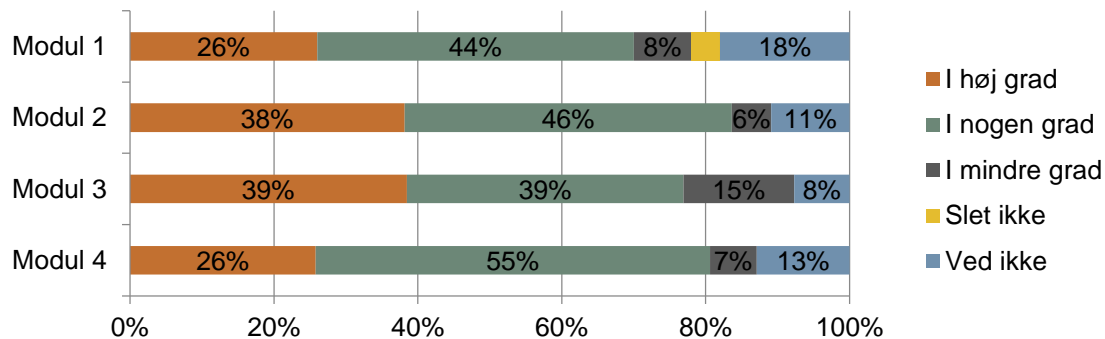
Modul 1: N=51, modul 2: N=55, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Af interviewene fremgår det, at erfaringsudveksling med ligesindede, der har samme udfordringer i dagligdagen, er meget givende og lærerigt. Deltagerne giver udtryk for, at de får meget ud af at dele erfaringer med de andre og at høre de andres erfaringer. Det hjælper dem til at få en følelse af, at de ikke er de eneste, der har det sådan.

Borgerne oplever, at de har mulighed for selv at sætte dagsordenen og definere, hvad der fylder hos dem selv på det pågældende tidspunkt, og få sparring på dette. Fremlæggelsen af egne erfaringer er også en god måde at øve det at tale med andre mennesker på.

Vurderingerne af udbyttet af øvelser er mere blandet. Overordnet set mener et stort flertal, at de i høj eller nogen grad har udbytte af øvelserne, men der er også en del, der ikke synes udbyttet er stort, eller som svarer "ved ikke".

Figur 43: Har du haft udbytte af øvelser lavet i gruppen, fx rollespil, brainstorm, solmodel

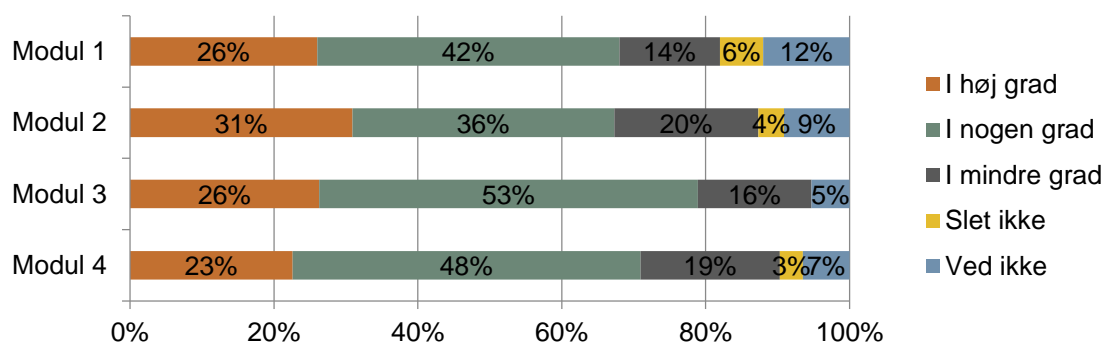


Modul 1: N=50, modul 2: N=55, modul 3: N=39, modul 4: N=31

Af interviewene fremgår det, at deltagerne i hvert fald på de første moduler mener, brugen af øvelser har været begrænset. Flere nævner, at de kun har anvendt rollespil en eller få gange, og at det har virket lidt kunstigt og grænseoverskridende. I andre sammenhænge fremhæves flere af øvelserne dog som nyttige, for eksempel solmodellen.

Hjemmearbejdet, hvor deltagerne har skullet tænke over og skrive ned mellem møderne eller lave konkrete praktiske opgaver, er den aktivitet, som færrest deltagere vurderer højt udbytte af, men der er stadig et stort flertal, som har i høj eller nogen grad udbytte af det.

Figur 44: Har du haft udbytte af hjemmearbejde fra gang til gang



Modul 1: N=50, modul 2: N=55, modul 3: N=38, modul 4: N=31

Under interviewene er der delte meninger om hjemmearbejdet. Nogle mener, at udbyttet af hjemmearbejdet har været for lavt og at opgaverne i for høj grad minder om det der foregår på sessionen. Flere finder, at det er uoverskueligt at få lavet opgaverne hjemme. Andre mener, at det giver god mening. Oplevelsen er, at det understøtter deres egen refleksion og giver repetition, men at det kan være svært at få gjort alene. Det er en god ide at få hjælp fra de øvrige i gruppen (for eksempel påmindelser) eller fra bostøtten. Nogle deltagere foreslår, at opgaverne ikke laves hjemme men i fællesskab, inden sessionen starter.

Udbytte og overførsel

Som beskrevet tidligere, i afsnit 6.4. om borgernes egen vurdering af metodens resultater, har et meget stort flertal af de adspurgte borgere oplevet, at SFT er en god metode for dem, at de har lært noget af metoden, og at de kan bruge det, de har lært, i hverdagen. Andelen der vurderer, at metoden i høj grad er virksom og kan overføres til hverdagen, vokser i løbet af forløbet.

I interviewene fremhæver deltagerne igen den erfarings- og vidensudveksling, der har fundet sted i grupperne. Undervisningen har også givet dem øget viden inden for de forskellige emneområder, samt gode og anvendelige redskaber til at øve sociale færdigheder. Deltagerne nævner en række områder, hvor de mærker, at gruppetræningen får dem til at handle anderledes i hverdagen, for eksempel i forhold til konflikter, til at forstå symptomer og handle på dem, og i forhold til at komme mere ud blandt andre mennesker. Enkelte borgere nævner ved forløbets afslutning, at de frygter at glemme det hele igen, men de nævner mappen og bostøtten, som kan hjælpe til at huske og til at holde fast i målsætninger.

Samlet set tegner der sig et billede af, at borgerne helt overvejende vurderer metoden som virksom. De peger på enkelte forhold, som med fordel kunne tilpasses, disse samles op i en samlet vurdering af metoden.

8.4.2 Gruppetrænerens vurderinger

Gruppetrænerne er ligeledes blevet bedt om at vurdere metodens elementer, tilpasningsmuligheder og deltagerens udbytte ved både midtvejs – og slutevalueringen (runde 2 og 3 i implementeringsevalueringen).

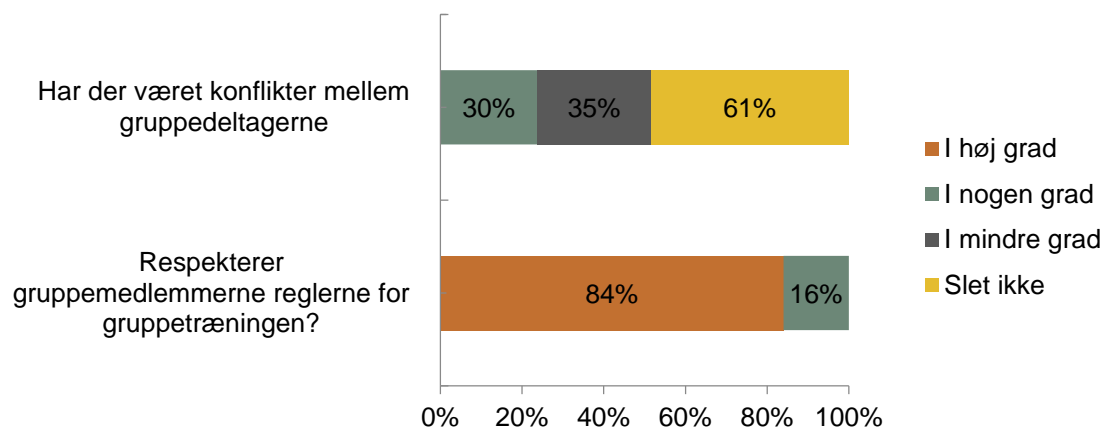
Gruppetræningens rammer og omfang

De er blandt andet blevet spurgt om, hvad et passende antal deltagere i en SFT-gruppe er. Udgangspunktet i projektet har, som tidligere nævnt, været at etablere grupper med 8-10 deltagere. I nogle grupper har der dog været et lavere antal fra start pga. rekrutteringsvanskeligheder, og ifølge gruppetrænerne er 8-10 deltagere også for mange. Deres bud på passende antal går fra fire til otte deltagere, gennemsnittet ligger på syv. De gruppetrænere der foretrækker 4-6 deltagere i grupperne begrundet det med, at borgerne ikke føler sig trygge, hvis der er for mange deltagere, og at det bliver for vanskeligt at nå omkring og give tid og plads til alle. De gruppetrænere der argumenterer for 6-8 deltagere mener, at grupperne bliver for sårbare over for afbud og frafald, hvis der er for få deltagere fra start.

I forhold til varighed og frekvens af gruppetræningen vurderer samtlige gruppetrænere, at det er passende at mødes én gang om ugen. 68 % af gruppetrænerne mener, at 1½ times sessioner er passende, mens 32 % synes, det er for lidt. Det begrundes primært i, at det kan være svært at nå alle dagsordenspunkterne og nå omkring den enkelte borger på 1 ½ time. To timer ville passe disse gruppetrænere bedre, men de er opmærksomme på, at det nok er mere, end borgerne kan holde til.

Gruppetrænerne har vurderet, i hvilken grad gruppedeltagerne har overholdt gruppereglerne samt vurderet konfliktniveauet i grupperne:

Figur 45: Regler og konfliktniveau



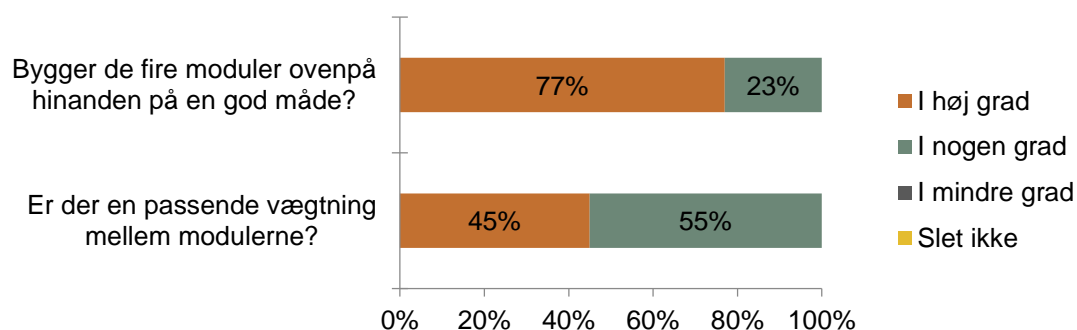
Runde 2: N=31

Ifølge trænerne har enkelte borgere været utrygge ved, om de øvrige deltagere overholdt tavshedspligten. De konflikter der har været, tilskriver gruppetrænerne, at der er nogle deltagere, der passer bedre sammen end andre, og at det kan være svært for enkelte at respektere den store forskellighed i gruppen.

Gruppetræningens indhold

Gruppetrænerne vurderer, at de fire moduler bygger ovenpå hinanden på en god måde, men de er lidt mindre tilfredse med vægtningen af modulerne:

Figur 46: Gruppetrænerenes vurdering af de fire moduler



Runde 2 N=31

Kommentarerne til svarene afslører forskellige erfaringer med modulerne: Flere nævner, at det kan være vanskeligt at starte med medicinmodulet, fordi borgerne ikke kender hinanden så godt og måske ikke vil fortælle om eget medicinforbrug, og fordi nogle borgere ikke er så motiverede for modulet eller finder det irrelevant i denne sammenhæng.

Andre vurderer, at de tre øvrige moduler er for korte eller for lange og har forslag til at korte eller forlænge disse, og endnu andre skriver, at de netop har foretaget disse tilpasninger, så forløbet passer til den enkelte gruppe.

Gruppetrænerne har også vurderet de enkelte elementer i træningen. Samtlige gruppetrænere vurderer, at erfaringsudvekslingen og øvelserne i høj grad er nyttige. Undervisningen vurderer 65 % er i høj grad og 35 % i nogen grad nyttig. Hjemmearbejdet vurderes mindst nyttigt, 58 % siger i høj grad og 42 % i nogen grad. Kommentarerne vidner om, at det kan være svært for deltagere at lave hjemmearbejdet, og at det ikke altid lykkes at motivere dem til det.

Udbytte af træningen

Som beskrevet tidligere, i afsnit 6.4, vurderer samtlige gruppetrænere, at borgerne har udbytte af SFT. Gruppetrænerne nævner en lang række eksempler på, hvordan de kan se, at borgerne har fået positivt udbytte af gruppetræningen.

Gruppetrænerne nævner også en række forhold, som de vurderer kan fremme borgernes udbytte af SFT. Kommentarerne falder inden for tre temaer:

- Metodespecifikke elementer: Erfaringsudvekslingen, trygheden i gruppen, den faste struktur, ny viden, hjemmeopgaverne
- Støtte til træningen: Støtte og opbakning fra bostøtten eller andre i privat eller professionelt netværk til at komme til træning hver gang og til at lave hjemmearbejde, rent praktisk for eksempel sms-påmindelser og hjælp til transport
- Efterfølgende vedligeholdelse: Især ved den sidste evalueringsrunde nævner en del gruppetrænere, at det vil styrke indsatsen, hvis der etableres formel opfølgning efter gruppeforløbets afslutning, for eksempel i form af månedlige brush-up sessioner, selvhjælpsgrupper el. lign.

De faktorer som, ifølge gruppetrænerne, kan hæmme borgernes udbytte er til dels modsætningerne til ovenstående, altså manglende mødestabilitet, manglende hjemmearbejde, manglende støtte til træningen, manglende sammenhæng med øvrig indsats og manglende opfølgning. Derudover nævner gruppetrænerne yderligere forhold, som kan hæmme borgernes udbytte:

- Gruppedynamikken: Hvis gruppens interne relationer er konfliktfyldte, der er uro og deltagerne er utrygge og stemningen i gruppen er dårlig, kan det influere negativt på resultaterne
- Borgerens vanskeligheder: Misbrug, lav IQ, store kognitive vanskeligheder, massive symptomer og dårlig søvn kan påvirke borgerens mulighed for at deltage og få udbytte af træningen.

Samlet set ses manglende mødestabilitet som en af de største trusler mod udbyttet, dette bakkes op af effektstudiets påvisning af sammenhæng mellem fremmøde og udbytte. Manglende mødestabilitet rammer desuden ikke kun den enkelte borger, der ikke møder op, men kan også virke demotiverende på både de øvrige gruppedeltagere og gruppetrænerne. Gruppetrænerne vurderer, at det kræver samarbejde om den enkelte borger at sikre mødestabiliteten. En gruppetræner udtrykker det således:

Den største udfordring jeg ser, er umiddelbart at mange i borgergruppen ikke er så mødestabile. Det kræver en høj grad af involvering af vores kolleger, hvilket er tidskrævende både for trænere og kolleger. På den anden side giver det også borgeren en følelse af at forløbet er vigtigt og værd at investere tid og kræfter i.

Gruppetrænerens vurderinger af metoden peger således i samme retning som borgernes på flere punkter, disse beskrives i næste afsnit.

8.4.3 Samlet vurdering af metodens elementer

På baggrund af borgernes og gruppetrænerens vurderinger er det relevant fremadrettet at overveje følgende:

Antal gruppedeltagere: Ved projektets start var det et krav, at der skulle indgå 8-10 deltagere i hver gruppe. I praksis har tallet været lidt lavere, fordi projektkommunerne havde svært ved at rekruttere nok borgere, ved gruppestart har der typisk været 7-9 deltagere. Ifølge både gruppe-

trænere og borgere har det imidlertid været godt. Borgerne vurderer, at 4-8 deltagere er optimalt, mens gruppetrænerne siger i gennemsnit syv. De vurderer, at for mange deltagere går ud over den tid, der er til den enkelte, og over trykniveauet i gruppen. Fremadrettet kan det derfor overvejes, om et deltagerantal på 8-10 er i overkanten. Samtidig må antallet ikke blive for lavt, da gruppen så er sårbar over for frafald. Frafaldet i grupperne har været i gennemsnit 1,5 pr. gruppe (varierende mellem 0 og 4), og der ses ingen sammenhæng mellem gruppestørrelse og frafald.

Modulernes længde: Der er delte meninger om modulernes længde, men især konfliktmodulet vurderer borgerne for kort. Det kan ikke afvises, at denne vurdering hænger sammen med, at konfliktmodulet er det sidste, og at det skal afslutte hele forløbet. Blandt gruppetrænerne er der forskellige holdninger til, hvilke moduler der er hhv. for korte og for lange. Som beskrevet i fidelitetsafsnittet har gruppetrænerne i projektet tilpasset modulernes længde efter gruppedeltagerens behov, og det giver metoden netop også plads til, så de tilpasninger der efterspørges, kan sandsynligvis rummes af metoden som den foreligger. Det kan dog overvejes, om konfliktmodulet er så væsentligt, at der skal skabes plads til forlængelse, i hvert fald i de grupper, hvor emnet fylder ekstra meget.

Hjemmearbejde: Hjemmearbejdet er den aktivitet, som færrest borgere oplever udbytte af, sandsynligvis fordi det volder så store vanskeligheder at få lavet. Borgerne nævner selv flere metoder, som kunne understøtte hjemmearbejdet: At lave hjemmearbejdet sammen med andre deltagere, påmindelser fra andre gruppedeltagere eller bostøttemedarbejdere, aktiv støtte fra bostøttemedarbejdere i forhold til at lave hjemmearbejdet og i det hele taget øve sig i sociale færdigheder. Det tyder således på, at gruppetræning med fordel kan sammentænkes med anden indsats, så borgerne oplever støtte til forløbet fra de øvrige fagprofessionelle omkring dem.

Borgere og gruppetrænerne peger også på forhold, som ikke hører under metoden, men som muligvis kan understøtte dens resultater og dermed er relevante at overveje:

Støtte til borgerens arbejde og fastholdelse: Gruppetrænerne vurderer, at højere grad af støtte til borgeren vil højne udbyttet, både gennem større mødestabilitet og fastholdelse og gennem træning af de sociale færdigheder i hverdagen. Det vil ikke kræve en tilpasning af metodens kerneelementer, men snarere fordre et fokus på en sammenhængende indsats, hvor borgerens bostøttemedarbejder og eventuelt andre fagprofessionelle omkring borgeren støtter borgerens forløb. Denne støtte kan se forskellig ud, fra den rent praktiske støtte til at komme af sted og blive mindet om hjemmeopgaver, til en mere aktiv støtte, hvor bostøttemedarbejderen også har kendskab til SFT og anvender denne viden aktivt sammen med borgeren.

Efterfølgende vedligeholdelse: Både borgere og gruppetrænere nævner risikoen for, at borgerne ikke formår at holde fast ved de nye og bedre tanke- og handlemåder. Flere gruppetrænere vurderer, at det vil styrke indsatsen, hvis der etableres formel opfølgning efter gruppeforløbets afslutning, for eksempel i form af månedlige brush-up sessioner, selvhjælpsgrupper el. lign. I forlængelse af ovenstående kunne vedligeholdelsen også være en del af en eventuelt fortsat bostøtteindsats.

9 Økonomiske konsekvenser

I dette kapitel belyses de økonomiske konsekvenser af at implementere og anvende SFT. Beskrivelser og analyser bygger på data indsamlet i det konkrete projekt, men det drøftes også, hvilke omkostninger der vil være sandsynlige i en fremtidig kommunes implementering og drift af metoden.

De økonomiske konsekvenser omhandler dels de direkte omkostninger forbundet med at give borgerne et SFT-forløb, dels effekterne af indsatsen, som formodes at stille borgerne bedre på en række områder og i sidste instans have indflydelse på både statslige, regionale og kommunale udgifter.

Dette kapitel indeholder:

- En præsentation af tilgangen til og datagrundlaget for den økonomiske evaluering
- En omkostningsvurdering og sammenligning af indsats- og kontrolgruppe
- Økonomiske analyser af cost-effectiveness og cost-utility
- En analyse af arbejdsmarkedstilknnytning baseret på registerdata
- En samlet vurdering af resultaterne, deres anvendelse og begrænsninger

9.1 Tilgangen til den økonomiske evaluering

De økonomiske konsekvenser af indsatsen er analyseret ud fra et omkostningsperspektiv, hvor omkostninger pr. gennemført forløb sammenlignes med omkostninger forbundet med de indsatser, som borgere med lignende problematikker traditionelt modtager (kontrolgruppen).

Som grundlag for denne sammenligning kortlægges ressourceforbrug og omkostninger i forbindelse med somatiske og psykiatriske sengedage, somatiske og psykiatriske ambulante besøg, definerede døgn doser receptpligtig medicin; antipsykotika, anxiolytika, hypnotika, antidepressiva og psykostimulerende. Omfang og omkostninger af sengedage og ambulante besøg er hentet fra landspatientregistret og receptpligtig medicin er hentet fra lægemiddelstatistikregistret. Priser er justeret efter nettoprisindeks med prisår 2015 og med en diskonteringsrate på 3 %.

Desuden indgår implementerings – og driftsomkostninger i form af timeforbrug i forbindelse med SFT-forløbene i omkostningsvurderingen.

Der benyttes indeks fra spørgeskemaerne anvendt i den kvantitative effektmåling som effektmål. For alle faktorer benyttes der målinger ved opstart, ved afslutning af interventionen (ni måneder efter opstart) og ved opfølgning (15 måneder efter opstart).

Omkostningsvurderingen og effektmålingen anvendes i en cost-effectiveness analyse, hvor omkostningerne pr. borger sættes i forhold til effekterne målt ved hjælp af MHRM, WHO-5 og PSP. Cost-effectiveness analysen har et kommunaløkonomisk perspektiv, og udgangspunktet er derfor, hvor meget effekt der opnås for hver krone, kommunen bruger. Der suppleres dog med en cost-effectiveness analyse, hvor kun det sundhedsøkonomiske perspektiv indgår.

For at supplere de skitserede cost-effectiveness analyser med et mål, der kan bruges til at sammenligne med andre interventioner på tværs af område, bruger- og målgruppe, er der udført en cost-utility analyse. Datamaterialet for denne analyse består af borgernes besvarelse af

et spørgeskema til måling af helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne ud fra borgerens egen vurdering af helbredet (EQ-5D).³²

Der er yderligere lavet en analyse af arbejdsmarkedstilknytning, hvor information indhentes fra registret DREAM. Da kun få ud af de 293 borgere er selvforsørgende, er det ikke relevant at lave en økonomisk analyse af tabt arbejdsfortjeneste. Der laves i stedet en analyse af ændring i arbejdsrelateret aktivitet.

9.2 Datagrundlag

Analysen af de økonomiske konsekvenser tager udgangspunkt i kommunernes løbende dokumentation af omkostninger til implementering og drift, budget for kompetenceudvikling, den kvantitative effektmåling samt i et registertræk foretaget ved projektets afslutning. Dataindsamlingen i kommunerne knytter sig til de første to gruppeforløb i hver kommune – i alt 19 gruppeforløb.³³ Tabel 13 indeholder en oversigt over datakilder.

Tabel 13: Oversigt over datakilder, økonomisk evaluering

Datakilde	Tidspunkt	Data
Implementeringsinterview	Ved projektstart	Kvalitativ afgrænsning af implementerings- og driftsomkostninger
Budget for kompetenceudvikling	Løbende	Pris for kompetenceudvikling
Gruppetrænerens timeregistreringer	Løbende (de første 2 gruppeforløb)	Forbrugte timer til implementering og drift
Gruppetrænerens registreringer	Ved hver gruppeafslutning	Øvrige udgifter (lokaler mm.)
Registrering af borgernes basisdata	Løbende	Forbrug af bostøtte
Effektmåling (PSP, MHRM, WHO, EQ-5D)	Gruppestart, afslutning og opfølgning	Effekt af indsatsen
Registertræk	Projektets afslutning	Sundhedsydelser Beskæftigelsesstatus

Datagrundlaget for den økonomiske analyse omfatter de i alt 293 borgere, der har givet samtykke. De er blevet randomiseret henholdsvis til Social Færdighedstræning (n=151) og til kontrolgruppen (n=142). Der manglede enkelte besvarelser for effekt eller nyttemål for i alt 166 borgere. Ved mangler til baseline, men hvor alle andre tidspunkter var udfyldt, blev den manglende baselinemåling erstattet af gennemsnittet af alle baselinemålinger. Mangler til afslutning eller opfølgning blev erstattet af den foregående måling for den pågældende borger. Dette vurderes ikke at have skævvredet resultatet, da den tidligere præsenterede effektmåling viser samme resultat ved en complete caseanalyse (se kapitel 6). Da data ikke er normalfordelt, er alle standardfejl bootstrappet med 10.000 gentagelser, for at kontrollere for ekstreme værdier.

9.3 Omkostningsanalyse

Omkostningsanalysen indebærer en sammenligning mellem det forbundne ressourceforbrug pr. gennemført forløb i indsatsgruppen og forbundne ressourceforbrug pr. borger i kontrolgruppen.

I beregningen af ressourceforbruget pr. gennemført forløb skelnes mellem implementeringsomkostningerne og driftsomkostningerne. Implementeringsomkostningerne er afgrænset til de omkostninger, der udelukkende hører til implementeringen, og ikke til metodeafprøvningen (f.eks. implementeringsstøtte, evaluering med videre).

³² <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html>

³³ Fra Høje-Taastrup Kommune indgår de første tre gruppeforløb

De følgende afsnit redegør for, hvilke omkostninger indgår i beregningerne samt resultaterne af beregningerne af henholdsvis implementerings- og driftsudgifterne i projektet.

9.3.1 Implementeringsomkostninger

Implementeringsomkostningerne er afgrænset til omkostninger forbundet med kompetenceudvikling af de gruppetrænere, der har udført SFT i projektperioden – i alt 33 gruppetrænere. Øvrige udgifter forbundet med implementeringen – for eksempel til projektlederens løn, eventuelle ekstra møder og timer til ledelse, samarbejde på tværs, udarbejdelse af informationsmateriale og afholdelse af informationsmøder med henblik på rekruttering i den enkelte kommune - er ikke registreret, da det ikke er muligt at vurdere, hvilke af disse aktiviteter er projektspecifikke, og hvilke vil være nødvendige for en given kommune, der ønsker at implementere SFT. En kommune vil givetvis skulle afsætte midler til dette arbejde, men omfanget vil afhænge af den konkrete kommunes organisering, eksisterende arbejdsgange, behovet for information etc. Tabel 14 viser, hvilke specifikke omkostninger, der indgår i beregningen, og prisen for de enkelte aktiviteter.

Tabel 14: Implementeringsomkostninger

Aktivitet	Beskrivelse	Pris i kr.
Leverandørydelser	Grundkursus ophold	136.000
	Manual og program	29.850
	Forberedelse og undervisning	130.835
	Månedlig supervision. 2 supervisionsgrupper á 25 supervisionsdage	1.222.500
	Administration mv.	250.000
Gruppetrænerens deltagelse	4-dages grundkursus + månedlig supervision 176 timer pr. gruppetræner. Timepris beregnet til 358 kr. ³⁴	2.079.264
	Forberedelse til grundkursus og supervision 55 timer pr. gruppetræner. Timepris beregnet til 358 kr.	649.770
Total		4.498.219

Beløbene i tabellen ovenfor summeres til i alt kr. 4.498.219, som er de samlede implementeringsomkostninger for deltagerne. Som nævnt har i alt 33 gruppetrænere udført SFT i projektperioden. Det betyder, at de samlede implementeringsomkostninger pr. gruppetræner udgør kr. 136.310. Ved at gange dette beløb med antallet af gruppetrænere i den enkelte kommune findes de samlede implementeringsomkostninger pr. kommune. De samlede implementeringsomkostninger pr. kommune divideres herefter med antallet af visiterede borgere for den pågældende kommune, for at finde implementeringsomkostningen pr. borger i hver kommune, som beløber sig til i gennemsnit 30.329 kr. Dette beløb indgår i beregningen af de samlede omkostninger pr. borger og i den økonomiske analyse.

Som det fremgår, er implementeringsomkostningerne beregnet ud fra kompetenceudvikling af samtlige gruppetrænere og efter gennemførelse af kun to gruppeforløb i hver kommune. Det medfører, at implementeringsomkostningen pr. borger bliver forholdsvis høj. Det er vigtigt at pointere, at for en kommune, der ønsker at implementere SFT, vil implementeringsomkostningerne pr. borger falde ved gennemførelse af flere gruppeforløb, da omkostninger til kompetenceudvikling med mere så fordeles på flere borgere.

³⁴ Timeprisen er beregnet som et vægtet gennemsnit ud fra lønsatser fra fldnet.dk for de uddannelsesbaggrunde, gruppetrænerne har. Der er regnet med 1418 fuldtidstimer pr. år. Der er lagt et overhead på 20 % til den beregnede timeløn.

9.3.2 Driftsomkostninger

Driftsomkostninger er afgrænset til omkostninger direkte forbundet med visitation og løbende motivering af borgere samt forberedelse til og udførelse af gruppeforløb. Øvrige udgifter forbundet med driften – f.eks. til projektlederens løn, eventuelle ekstra møder og timer til ledelse, samarbejde på tværs, udarbejdelse af informationsmateriale og afholdelse af informationsmøder med henblik på rekruttering i den enkelte kommune er ikke registreret, da det ikke er muligt at vurdere, hvilke af disse aktiviteter, der er projektspecifikke, og hvilke der vil være nødvendige for en given kommune, der ønsker at implementere SFT.

Omkostninger til transport af trænere og borgere er heller ikke medregnet, da det vil variere i forhold til kommunernes geografi og mulighed for at tilbyde borgerne transport til gruppetræningen. Eventuelle omkostninger til lokaler og materialer er ikke medregnet.

Omkostninger til evaluering af forløbene er ikke medregnet. I projektet har dokumentationskravet været omfattende, og trænerne har brugt meget tid på at foretage målinger, indberette data med videre. Denne tid er ikke talt med i de samlede omkostninger, da en kommune, der ønsker at implementere og drive SFT, sandsynligvis ikke vil stille så omfattende krav til dokumentationen. Kommuner, der ønsker at implementere SFT, bør derfor overveje, hvordan de vil dokumentere indsatsen og estimere omkostningerne dertil.

Tabel 15 beskriver de enkelte poster i beregningen af driftsomkostninger. Efterfølgende er beregningen af hver post udspecificeret.

Tabel 15: Driftsomkostninger

Aktivitet	Beskrivelse	Pris i kr
Visitation	Gennemsnitlige omkostninger pr borger forbundet med motivering og visitation	3961
Forberedelse, træning og opfølgning	Gennemsnitlige omkostninger pr. borger forbundet med gruppetræneres forberedelse til og afholdelse af gruppetræning	39.730
Løbende motivation af borgere	Gennemsnitlige omkostninger pr. borger forbundet med den løbende motivation af borgere	3976
Total		47.667

Visitation: Alle gruppetrænere har udfyldt et spørgeskema, hvor de blandt andet angiver, hvor mange timer de i gennemsnit har brugt på at motivere borgere til deltagelse samt på at gennemføre visitationssamtaler. På baggrund af dette er der beregnet et gennemsnitligt timeforbrug pr. borger på tværs af alle gruppetræneres svar. Timeforbruget er ganget med den gennemsnitlige timepris (358 kr.).

Forberedelse og træning: Via et spørgeskema har hver enkelt gruppetræner hver uge registreret, hvor mange timer de har brugt på SFT-træning af gruppen. Dette inkluderer forberedelse til træning, træning, opfølgning på træning, intern sparring omkring SFT, samt forberedelse til og deltagelse i supervision. Manglende registreringer er efterfølgende erstattet af et gennemsnit af den pågældende gruppetræners registreringer inden for det pågældende 10-ugers interval. Summen af hver enkelt gruppetræners registreringer er beregnet. På baggrund af dette er der beregnet et gennemsnitligt timeforbrug pr. borger på tværs af alle gruppetræneres svar. Timeforbruget er ganget med den gennemsnitlige timepris (358 kr.).

Løbende motivation: Gruppetrænerne registrerer i det omtalte spørgeskema desuden, hvor mange timer de hver uge har brugt på løbende at motivere borgerne til fortsat deltagelse i gruppen. Her er manglende registreringer også erstattet af et gennemsnit af den pågældende grup-

petræners registreringer inden for det pågældende 10-ugers interval. Den enkelte gruppetræners registreringer er summeret. På baggrund af dette er der beregnet et gennemsnitligt timeforbrug pr. borger på tværs af alle gruppetræneres svar. Timeforbruget er ganget med den gennemsnitlige timepris (358 kr.).

Endelig kan den gennemsnitlige driftsomkostning pr. borger beregnes til summen af ovenstående: 47.666,69 kr.³⁵

Som det fremgår, er driftsomkostninger beregnet ud fra gennemførelse af de første to gruppeforløb. Gruppetrænerne i projektet vurderer, at tidsforbruget til forberedelse med videre bliver mindre, jo flere grupper de gennemfører. En kommune, der ønsker at implementere SFT, skal derfor være opmærksom på, at også driftsomkostningerne pr. borger kan forventes at blive lavere over tid

9.3.3 Omkostninger til anden indsats

Da det er et inklusionskriterium, at borgerne modtager bostøtte, gælder dette for samtlige borgere i både interventions- og kontrolgruppen. Som beskrevet i afsnit 6.2.6 er der ikke registreret signifikant reduktion i antallet af bostøttetimer. Der er heller ikke signifikant forskel på antallet af bostøttetimer givet i henholdsvis interventionsgruppen og kontrolgruppen i hele måleperioden. Denne variabel er derfor ikke talt med i beregningerne.

Det har været en præmis for projektet, at SFT ikke måtte tilbydes i stedet for anden indsats, men som et supplement. Det er derfor ikke overraskende, at interventionsgruppen ikke modtager færre bostøttetimer i interventionsperioden. For kommuner, der fremover vil tilbyde SFT i gruppe som hel eller delvis erstatning for individuelle bostøttetimer eller anden indsats, skal omkostningerne til SFT selvfølgelig sammenlignes med, hvad borgerens sædvanlige indsats koster – både i forhold til kompetenceudvikling af medarbejdere og til drift af indsatsen - for at få en reel vurdering af omkostningsniveauet for SFT sammenlignet med den indsats, borgeren ellers modtager.

9.3.4 Ressourceforbrug til sundhedsydelser

Ressourceforbruget til sundhedsydelser i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen fremgår af

Tabel 16 (interventionsperioden, ni måneder) og Tabel 17 (den samlede måleperiode, 15 måneder).

I interventionsgruppen ses et lavere forbrug af medicin end kontrolgruppen ved tre ud af fem psykofarma over 15 måneder. Dette var dog ikke tilfældet over ni måneder, hvor brugen af anti-psykotika og hypnotika var en smule lavere, mens de resterende var en smule højere for borgerne i SFT-forløb. Generelt havde interventionsgruppen et højere ressourceforbrug i de ni måneder, interventionen var i gang. Udvides denne periode til interventionsperiode plus opfølgningsperioden (15 måneder) ses samme billede på nær medicin. Interventionsgruppen havde et højere forbrug af især psykiatriske sengedage, hvor interventionsgruppen har mindst dobbelt så mange i begge perioder. I forhold til 15-måneders perioden er forskellen mellem antal psykiatriske sengedage signifikant på et 5 % niveau.

³⁵ De beregnede driftsomkostninger afspejler udførelsen af SFT indenfor rammerne af et projekt og i en implementeringsfase. Det er sandsynligt, at driften af SFT kan blive billigere med tiden, for eksempel på grund af gruppetræneres større erfaring. Denne problemstilling tages op i afsnit 9.7.

Tabel 16: Gennemsnitlig ressource forbrug over 9 måneder

	Interventionsgruppe n = 150 Gennemsnit (standard fejl)	Kontrolgruppe n = 137 Gennemsnit (standard fejl)	Difference Gennemsnit (standard fejl)
Antal sengedage, somatik	0,81 (0,31)	0,67 (0,24)	0,14 (0,40)
Ambulante besøg, somatik	2,16 (0,36)	1,83 (0,29)	0,32 (0,46)
Antal sengedage, psykiatri	7,70 (1,85)	3,75 (1,07)	3,95 (2,14)
Ambulante besøg, psykiatri	12,20 (1,37)	9,81 (1,23)	2,39 (1,84)
Receptpligtig medicin (DDD)			
Antipsykotika	25,55 (2,43)	30,30 (3,37)	-4,75 (4,13)
Anxiolytika	4,08 (0,93)	3,82 (0,98)	0,25 (1,34)
Hypnotika	10,70 (2,29)	10,90 (2,94)	-0,19 (3,65)
Antidepressiva	58,32 (5,70)	50,42 (5,09)	7,90 (7,58)
Psykostim	2,61 (0,95)	2,28 (0,97)	0,34 (1,34)

*=p<0,05.

Tabel 17: Gennemsnitlig ressource forbrug over 15 måneder

	Interventionsgruppe n = 150 Gennemsnit (standard fejl)	Kontrolgruppe n = 137 Gennemsnit (standard fejl)	Difference Gennemsnit (standard fejl)
Antal sengedage, somatik	1,22 (0,45)	0,96 (0,27)	0,26 (0,53)
Ambulante besøg, somatik	4,09 (0,68)	3,38 (0,44)	0,71 (0,81)
Antal sengedage, psykiatri	12,72 (2,91)	5,02 (1,24)	7,70 (3,15)*
Ambulante besøg, psykiatri	19,01 (2,08)	16,09 (1,99)	2,91 (2,87)
Receptpligtig medicin (DDD)			
Antipsykotika	51,79 (5,10)	59,14 (6,41)	-7,34 (8,14)
Anxiolytika	7,05 (1,73)	7,18 (1,76)	-0,12 (2,45)
Hypnotika	17,49 (3,92)	21,66 (5,12)	-4,17 (6,46)
Antidepressiva	107,30 (10,64)	96,26 (9,75)	11,04 (14,30)
Psykostim	5,04 (1,83)	4,35 (1,91)	0,68 (2,61)

*=p<0,05.

9.3.5 Samlede omkostninger

Tabel 18 og Tabel 19 viser de samlede omkostninger for henholdsvis ni og 15 måneder. Her opgøres implementeringsomkostninger til i gennemsnit 30.329 kr. pr. borger og driftsomkostninger til i gennemsnit 47.667kr.

Tabel 18: Gennemsnitlige omkostninger (2015-DKK) over 9 måneder

	Interventionsgruppe n = 150 Gennemsnit (standard fejl)	Kontrolgruppe n = 137 Gennemsnit (standard fejl)	Difference Gennemsnit (standard fejl)
Sengedage, somatik	8577 (4572)	4383 (1140)	4194 (4716)
Ambulante besøg, somatik	3202 (499)	3250 (543,25)	38,47 (738,35)
Sengedage, psykiatri	26 890 (6339)	13 120 (3704)	13771 (7366)
Ambulante besøg, psykiatri	19 953 (2245)	16 316 (2083)	3637 (3059)
Medicin			
Antipsykotika	7438 (1044)	6439 (942)	999 (1405)
Anxiolytika	88 (23)	173 (55)	-85 (59)
Hypnotika	69 (17)	59 (15)	11 (22)
Antidepressiva	523 (104)	791 (172)	-268 (202)
Psykostim	515 (250)	436 (216)	79 (330)
Totale sundhedsydelser	67 255 (8845)	44 965 (5730)	22 290 (10 485)*
Implementering	30 380(555)	0 (0)	30 380 (555)*
Drift	47 663 (1191)	0 (0)	47 663 (1197)*
Total	145 299 (8940)	44 965 (5730)	100 333 (10 542)*

*=p<0,05.

Tabel 19: Gennemsnitlige omkostninger (2015-DKK) over 15 måneder

	Interventionsgruppe n = 150	Kontrolgruppe n = 137	Difference
	Gennemsnit (standard fejl)	Gennemsnit (standard fejl)	Gennemsnit (standard fejl)
Sengedage, somatik	11 687 (4788)	8940 (2605)	2747 (5451)
Ambulante besøg, somatik	6238 (1060)	6409 (1068)	-171 (1496)
Sengedage, psykiatri	48 310 (11 570)	17 741 (4384)	30 569 (12 335)*
Ambulante besøg, psykiatri	31 223 (3400)	26 853 (3384)	4370 (4797)
Medicin			
Antipsykotika	11 101 (1629)	9493 (1440)	1608 (2169)
Anxiolytika	140 (34)	285 (92)	-145 (98)
Hypnotika	103 (25)	129 (32)	-26 (40)
Antidepressiva	765 (151)	1210 (265)	-445 (306)
Psykostim	953 (447)	769 (381)	184 (587)
Totale sundhedsydelse	110 520 (14 724)	71 828 (7954)	38 692 (16 692)*
Implementering	30 380(555)	0 (0)	30 380 (555)*
Drift	47 663 (1191)	0 (0)	47 663 (1197)*
Total	188 563 (14 599)	71 828 (7954)	116 735 (16 643)*

*=p<0,05.

De totale omkostninger for interventionsgruppen er for både ni og 15 måneder signifikant højere end omkostningerne for kontrolgruppen. Dette skyldes først og fremmest drifts- og implementeringsomkostninger, men også i høj grad omkostninger til psykiatriske sengedage. Der er således stor forskel mellem interventions- og kontrolgruppe i antal sengedage i psykiatrien – i gennemsnit knap fem dage mere i ni-måneders perioden og knap 10 dage mere i 15-måneders perioden, og denne forskel ses selvfølgelig på omkostningsniveau. For 15-måneders perioden er forskellen statistisk signifikant. Dette resultat skyldes primært, at nogle få borgere i interventionsgruppen har meget lange indlæggelser indenfor tidsperioden.

Ud over disse omkostninger adskiller de to grupper sig også betydeligt fra hinanden på ambulante besøg i psykiatrien. Her er forskellen 3.637 kr. for ni måneder og 4.370 kr. for 15 måneder. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Resultaterne vedrørende de samlede omkostninger viser således, at borgerne i interventionsgruppen i gennemsnit er dyrere. En række kommentarer er vigtige i forhold til fortolkningen af disse resultater:

- Som tidligere nævnt er omkostninger til implementering og drift beregnet ud fra gennemførelse af forholdsvis få borgerforløb pr. kommune – flere borgerforløb vil betyde lavere omkostninger pr. borger
- Rammerne for projektet medfører, at SFT er givet som en supplerende indsats, og at sammenligningen med kontrolgruppen derfor viser en stor forskel i omkostninger. Hvis SFT gives som erstatning for anden indsats, vil bør omkostningerne til SFT sammenlignes med omkostningerne til den indsats, borgeren ellers ville modtage
- Sammenligningen af omkostninger til sundhedsydelser bærer præg af, at nogle få borgere i interventionsgruppen har lange indlæggelser indenfor tidsperioden, og at omkostningerne til indsatsgruppen derved bliver markant højere end omkostningerne til kontrolgruppen
- Sammenligningen af omkostninger til sundhedsydelser viser alene, at interventionsgruppen samlet set har et højere forbrug og dermed bliver mere omkostningstung. Sammenligningen kan ikke afgøre, om det er et godt eller dårligt resultat – et højere forbrug af medicin kan for eksempel også skyldes højere grad af compliance blandt de borgere, der deltager i SFT, og som måske herigennem har fået bedre sygdomserkendelse og taget mere ansvar for egen

medicinering. Det skal understreges, at resultaterne ikke kan bruges til at drage denne slutning – men at det er en mulig fortolkning af data, som nuancerer betydningen af omkostningsvurderingen

9.4 Effekter og QALY

Som resultaterne af effektmålingen viser, ses en signifikant forhøjet grad af socialt funktionsniveau (målt ved PSP) hos borgere, der har modtaget SFT. Fra opstart til afslutning er udviklingen på 5,26 og fra opstart til opfølgning på 2,43. Derudover ses der en signifikant forhøjet grad af recovery (målt ved MHRM) i perioden fra opstart til afslutning ($p < 0,05$). Denne effekt udlignes, når hele perioden tages i betragtning. Der er ikke signifikant udvikling i generel trivsel (målt ved WHO-5).

Tabel 20: Effektmål for 9 og 15 måneder

	Interventionsgruppe n = 150 Gennemsnit (standard fejl)	Kontrolgruppe n = 137 Gennemsnit (standard fejl)	Difference Gennemsnit (standard fejl)
Socialt funktionsniveau (PSP)			
9 måneder	1,26 (1,09)	-3,99 (1,15)	5,26 (1,58)**
15 måneder	-0,87 (0,91)	-3,30 (0,98)	2,43 (1,34)*
Trivsel (WHO5)			
9 måneder	5,90 (1,35)	3,30 (1,15)	2,60 (1,77)
15 måneder	4,11 (1,21)	3,94 (1,13)	0,16 (1,65)
Recovery (MHRM)			
9 måneder	7,20 (0,90)	2,83 (0,85)	4,36 (1,24)**
15 måneder	5,76 (0,94)	5,08 (0,76)	0,67 (1,21)

Signifikant indicerede med **= $p < 0,05$ og *= $p < 0,1$.

Udviklingen målt ved hjælp af spørgeskemaet EQ-5D kan omregnes til Quality-Adjusted Life Years (QALY), så sammenhængen mellem omkostninger og nytte i princippet kan sammenlignes med andre indsatser.

I tabel 21 vises gennemsnit af EQ-5D indekset til hvert af de tre måletidspunkter i metodeafprøvningen og til sidst det samlede QALY indeks. Der er ingen signifikant forskel mellem interventions og kontrolgruppe. Ved afslutning, opfølgning og ved den samlede QALY er tendensen, at indekset er en smule højere for interventionsgruppen, men der er ikke en statistisk forskel.

Tabel 21: Utility mål (EQ-5D) inkl. imputerede missings

	Interventionsgruppe n = 150 Gennemsnit (standard fejl)	Kontrolgruppe n = 137 Gennemsnit (standard fejl)	Difference Gennemsnit (standard fejl)
Baseline indeks	0,658 (0,01)	0,665 (0,02)	-0,007 (0,02)
Afslutningindeks (9 mdr.)	0,665 (0,02)	0,660 (0,02)	0,005 (0,02)
Opfølgningindeks (15 mdr.)	0,670 (0,02)	0,668 (0,01)	0,002 (0,02)
QALY (hele perioden)	0,830 (0,02)	0,829 (0,02)	0,0009 (0,03)

*= $p < 0,05$.

9.5 Cost-effectiveness (CEA) og Cost-utility analyse (CUA)

Formålet med CEA og CUA er at finde frem til det bedste alternativ, det vil sige det alternativ, hvor man får mest sundhed pr. krone. Der udføres cost-effectiveness analyser med hver af de tre effektmål: Socialt funktionsniveau (PSP), recovery (MHRM) og generel trivsel (WHO-5) og cost-utility analyse med QALY.

Der udføres to analyser for hvert effektmål: En hvor de samlede omkostninger til både sundhedsydelser og til implementering og drift af SFT indgår, og en hvor kun omkostninger til sundhedsydelser indgår. Analysen, som kun medregner sundhedsydelser, er primært interessant fra et hospitalsperspektiv, da den fortæller, hvilken meromkostning en aktør skal være villig til at betale (her i form af øgede omkostninger til sundhedsydelser) for at opnå den samme effekt

som i metodeafprøvningen. Analysen som medregner både omkostninger til sundhedsydelse og til implementering og drift af SFT er primært interessant for den aktør, der vil implementere SFT, da den fortæller, hvilken meromkostning aktøren skal være villig til at betale for at opnå samme effekt som i metodeafprøvningen.

9.5.1 Cost-effectiveness analyser

Samlet set er omkostningerne i interventionsgruppen højere end i kontrolgruppen. Samtidig har SFT vist sig at have en positiv effekt på deltagere i interventionsgruppen. I denne situation er det svært at se, hvilket alternativ man umiddelbart skal vælge. I stedet for må det vurderes, om den ekstra effekt, der vindes ved SFT, er de ekstra omkostninger værd, som kræves. Her beregnes den inkrementelle cost-effectiveness ratio (ICER), der netop udtrykker, hvad omkostningen er for en ekstra effektenhed produceret med SFT, for eksempel prisen for at opnå et ekstra PSP-point. Formlen for ICER er:

$$\text{ICER} = \frac{\text{omkostning}_{\text{STF}} - \text{omkostning}_{\text{kontrol}}}{\text{effekt}_{\text{STF}} - \text{effekt}_{\text{kontrol}}}$$

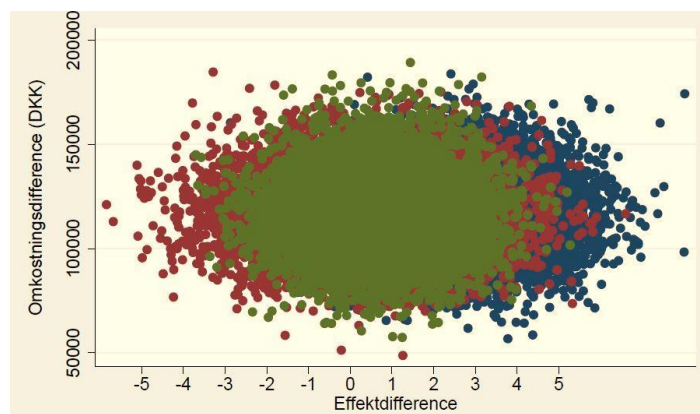
Tabel 22: Omkostninger, effekter og inkrementel cost-effectiveness ratio ved effektmålene

Effektmål	Omkostning		Effekt		ICER
	STF	Kontrol	STF	Kontrol	
PSP	188 563	71 828	-0,87	-3,30	48 039
WHO 5	188 563	71 828	4,11	3,94	729 593
MHRM	188 563	71 828	5,76	5,08	174 231
QALY	188 563	71 828	0,830	0,829	116 735 000

Det vil sige at ekstraomkostninger pr. ekstra PSP-point ved at anvende STF frem for kontrol er 48.039 kr. Spørgsmålet er så, hvorvidt man synes, at disse ekstra omkostninger er værd at betale i forhold til de ekstra PSP-point, man opnår.

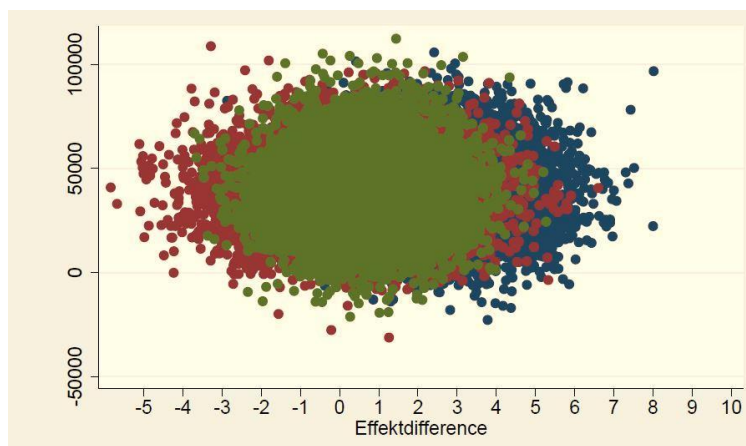
Valget af bedste alternativ kan også præsenteres på en anden måde, som samtidig kan fungere som en del af en visualisering, der fører frem til den såkaldte acceptkurve (acceptability curve).

Figur 47: Grafisk fremstilling af omkostninger for hele perioden (inkl. drift og implementering) og effekter (PSP, WHO5 og MHRM) i cost-effectiveness plot



Rød: WHO-5, Grøn: MHRM, Blå: PSP.

Figur 48: Grafisk fremstilling af omkostninger for hele perioden (uden drift og implementering) og effekter (PSP, WHO5 og MHRM) i cost-effectiveness planet



Rød: WHO-5, Grøn: MHRM, Blå: PSP.

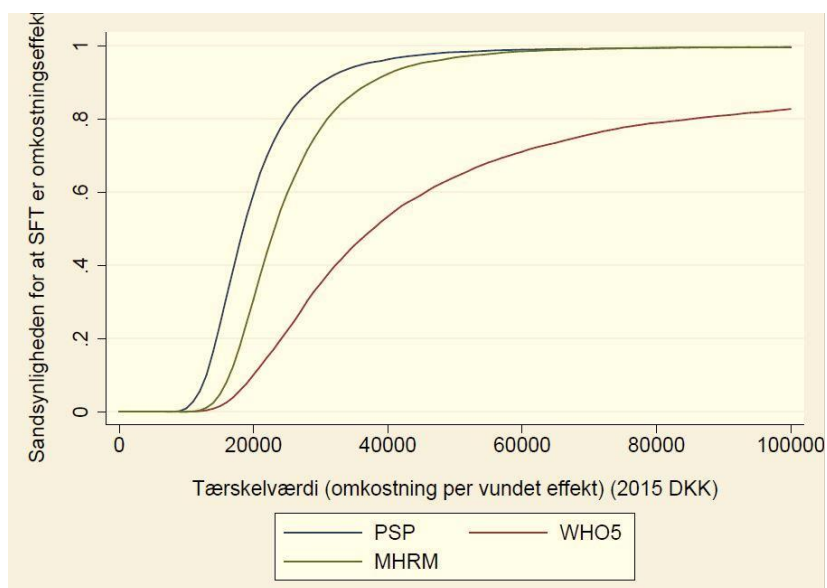
Det undersøges nu, hvad sandsynligheden er for, at Social Færdighedstræning er omkostningseffektiv sammenlignet med kontrolgruppen. Resultatet vises i form af acceptkurver, Figur 49,

Figur 50, Figur 51 og

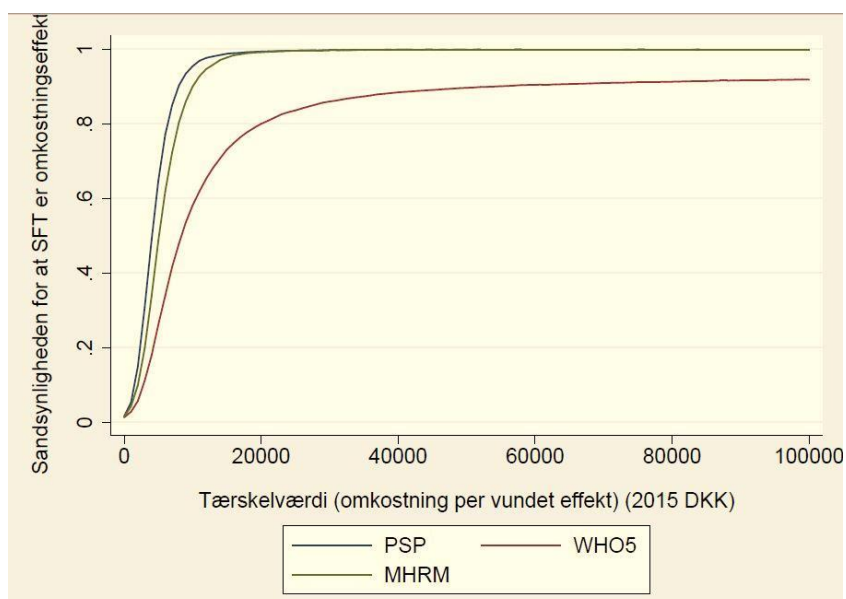
Figur 52.

Først analyseres tilfældet, hvor alle omkostninger er inkluderet, det vil sige omkostninger til sundhedsydelser og til implementering og drift af SFT. Ses der på perioden fra opstartsmåling til afslutningsmåling ni måneder senere, er sandsynligheden for omkostningseffektivitet for effektmålene socialt funktionsniveau og recovery over 80 %, hvis tærskelværdien er 30.000 kr. per vundet PSP-point. Hvis tærskelværdien er 50.000 kr. per vundet WHO-5, er sandsynlighed for at SFT anses som omkostningseffektiv nu 60 %.

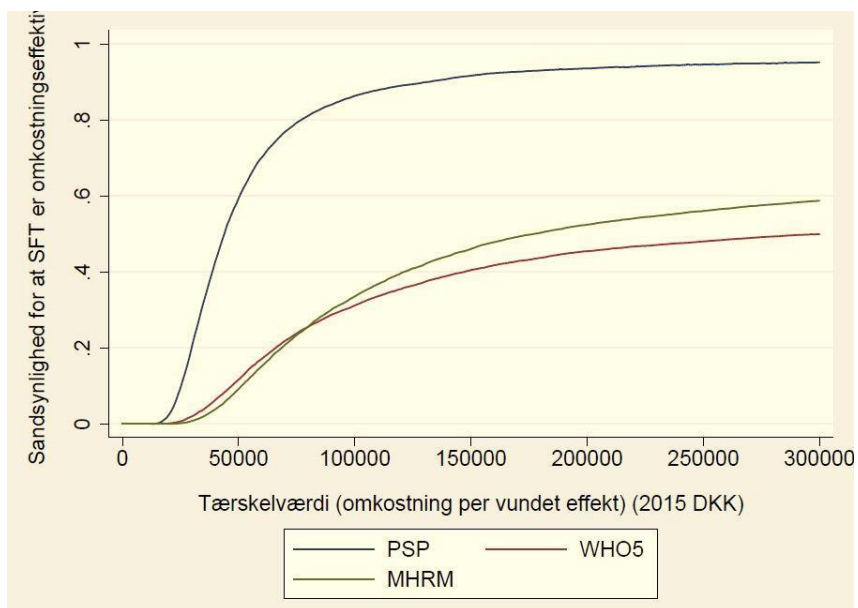
Figur 49: Cost-effectiveness acceptability curve 9 måneder opfølgning (inkl. drifts- og implementeringsomkostninger)



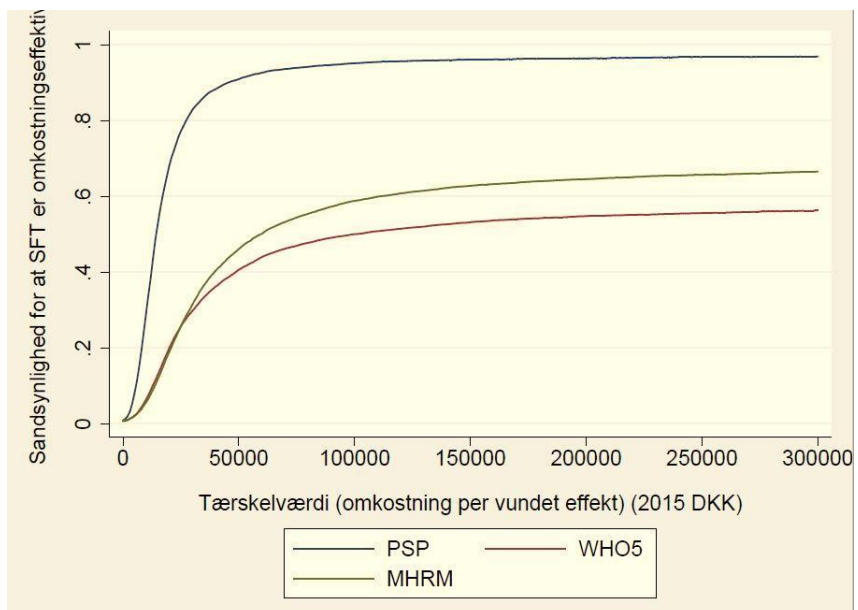
Figur 50: Cost-effectiveness acceptability curve 9 måneder opfølgning (uden drifts- og implementeringsomkostninger)



Figur 51: Cost-effectiveness acceptability curve, 15 måneder opfølgning (inkl. drifts- og implementeringsomkostninger)



Figur 52: Cost-effectiveness acceptability curve, 15 måneder opfølgning (uden drifts- og implementeringsomkostninger)



SFT medfører en meromkostning på knap 130.000 2015-DKK pr. borger. Ser man på de fire opstillede tilfælde vil SFT i forhold til socialt funktionsniveau (PSP) derfor være omkostningseffektiv i alle tilfælde med en sandsynlighed over 80 %.

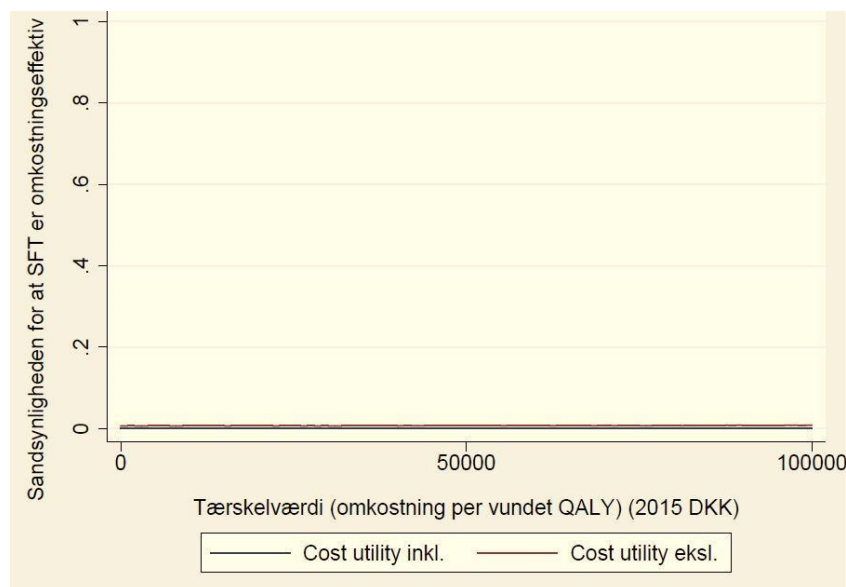
9.5.2 Cost-utility analyse

En cost-utility analyse undersøger sammenhængen mellem omkostninger og nytten af interventionen.

Da der stort set ingen udvikling ses ved målingen ved hjælp af spørgeskemaet EQ-5D, som ligger til grund for cost-utility-analysen, viser analysen, en meget lav sandsynlighed for, at interventionen er omkostningseffektiv i forhold til nyttemålet (tæt på 0) for både tilfældet med og uden drifts- og implementeringsomkostninger (

Figur 53). SFT er derfor ikke omkostningseffektiv i forhold til nyttemålet QALY.

Figur 53: Cost-utility acceptability curve inkl. imputerede missings



9.6 Undersøgelse af arbejdsmarkedstilkn ytning

Formålet med analyserne er at undersøge, om der er sket en ændring i borgernes relation til arbejdsmarkedet i forbindelse med deltagelse i SFT.

Til undersøgelsen af arbejdsmarkedstilkn ytning for de 293 inkluderede borgere i SFT-forsøget anvendes data fra DREAM-databasen. Der indgår oplysninger til og med uge 47, år 2016. Til kodning af data er der taget udgangspunkt i beskrivelsen af DREAM Version 36 26, april 2016.

DREAM er en forløbsdatabase, der indeholder oplysninger på ugeniveau om modtagelse af offentlige ydelser. Der registreres kun én ydelsesoplysning i registret pr. uge for den enkelte person, hvorfor databasen har en rangering af de forskellige ydelsestyper. Eksempelvis vil en person, der både har modtaget kontanthjælp og sygedagpenge i samme uge, kun være registreret med sygedagpenge, da dette har en højere prioritet i databasen.

Af de 293 borgere i SFT mangler der oplysninger på inklusionsuge for seks personer. Det betyder, at det for disse seks personer ikke har været muligt at identificere, hvilke uger i DREAM-databasen, der er relevante at se på i forhold til modtagelse af eventuelle offentlige ydelser. De seks personer indgår derfor ikke i analyserne af arbejdsmarkedstilkn ytning/type af offentlig for s rgelse. Analyserne er således baseret på de resterende 287 personer fordelt med 150 personer i interventionsgruppen og 137 personer i kontrolgruppen.

Fokus i analyserne er på ændringer i arbejdsmarkedsstatus fra opstart af SFT (uge 0), til afslutning af SFT efter ni måneder (regnet som uge 39) og ved opfølgning seks måneder efter afslutning (regnet som uge 65).

Enkelte af de 287 borgere har et starttidspunkt i SFT, der ligger 63 uger forud for de sidste DREAM-oplysninger. Det betyder, at der for disse personer mangler oplysninger om arbejdsmarkedsstatus i de sidste to ugers opfølgning (uge 64 og 65). For alle tre personer ses en stabil ydelsesstatus i ugerne op til. Til analyserne anvendes derfor deres sidste kendte status, dvs. i uge 63, som estimat på status i uge 64 og uge 65. Dette vurderes ikke at have nogen betydning for resultaterne.

DREAM-databasen indeholder oplysninger om mange udspecificerede ydelsestyper. Det er til disse analyser ikke muligt at anvende de detaljerede oplysninger, da der vil optræde for få observationer i mange af kategorierne. Ydelsestyperne inddeles derfor i større hovedkategorier til brug i analyserne.

Eksempelvis samles ikke-aktiverede modtagere af arbejdsløshedsdagpenge (herefter benævnt dagpenge), kontanthjælp og uddannelseshjælp (herefter benævnt kontanthjælp) samt ledighedsydelse under én samlet kategori, kaldet *passiv forsørgelse*. Hovedparten af personer i denne kategori er modtagere af kontanthjælp, hvor uddannelseshjælp gives i stedet for kontanthjælp til unge under 30 år, der ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse. Modtagere af dagpenge og ledighedsydelse, som gives til ubeskæftigede fleksjobbere i stedet for dagpenge, grupperes med modtagerne af kontanthjælp, da de ellers bliver for få til at afrapportere.³⁶

Tilsvarende grupperes personer i aktivering, der modtager dagpenge, kontanthjælp, uddannelseshjælp eller ledighedsydelse, under kategorien *aktiv forsørgelse*.

Modsat er personer i revalidering, jobafklaring eller ressourceforløb samlet i én gruppe uanset, om de er aktiverede eller ikke-aktiverede. Det skyldes, at disse personer vurderes at være et andet sted i deres tilknytning til arbejdsmarkedet end grupperne inddelt i passiv og aktiv forsørgelse. Der er dog for få observationer til at opdele i henholdsvis aktiverede og ikke-aktiverede eller de enkelte ydelsestyper.

Personer, der modtager sygedagpenge, udgør for lille en gruppe til at afrapportere – disse borgere er derfor fordelt på ovenstående kategorier i henhold til deres seneste status før sygedagpengeperioden.

Tabel 23 viser, hvor stor en andel af alle deltagere i SFT, og hvor stor en andel af henholdsvis interventions- og kontrolgruppen, der modtog de forskellige ydelsestyper ved opstart af SFT (uge 0).

Tabel 23: Fordeling på ydelsesgrupper ved opstart af SFT, målt i procent.

	Hele gruppen (n = 287)	Interventionsgruppen (n = 150)	Kontrolgruppen (n = 137)
Total	100	100	100
Førtidspension, folkepension, død	58	54	62
Revalidering, jobafklaring, ressourceforløb	6	5	6
Passiv forsørgelse (1)	23	27	18
Aktiv forsørgelse (2)	8	7	8
Uddannelse, beskæftigelse, selvforsørgende (3)	6	7	6

Der er testet for statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen, men ikke fundet nogen.

(1) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – ikke aktiverede.

³⁶ Se evt. følgende for nærmere information om ydelsestyperne:

<https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie>.

- (2) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – i aktivering. Aktivering dækker vejledning og opkvalificering, ordinær uddannelse, løntilskud samt virksomhedspraktik.
- (3) SU-berettigede personer (både med og uden udbetaling af SU), fleksjob, skånejob og selvforsørgende. Selvforsørgende er personer, der ikke er registreret i DREAM til at modtage nogen ydelse, hvilket både kan dække over personer i beskæftigelse og personer, der på anden måde er selvforsørgende.

Det fremgår af tabel 23, at 58 % af borgerne modtog førtidspension ved opstart af SFT. I interventionsgruppen var det mere end hver anden borger, og i kontrolgruppen var det cirka tre ud af fem. Cirka hver femte modtog passiv forsørgelse i form af dagpenge, kontanthjælp eller ledighedsydelse. Der er en større andel i interventionsgruppen end kontrolgruppen i denne kategori, men forskellen er ikke statistisk signifikant på et 5 % -niveau. Førtidspension og passiv forsørgelse danner tilsammen grundlaget for fire ud af fem borgere ved opstart af SFT, hvilket er markant højere end for befolkningen generelt.

Omkring en ud af 18 er ved opstart af SFT enten i uddannelse, beskæftigelse eller på anden måde selvforsørgende, hvilket tilsvarende er markant lavere end for befolkningen generelt. De største forskelle mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen ved starten af SFT ses ved andelen på førtidspension og passiv forsørgelse. Ingen af forskellene er dog statistisk signifikante.

Fordelingen på ydelsesgrupperne ved afslutning af SFT (uge 39) ses af Tabel 24.

Tabel 24: Fordeling på ydelsesgrupper ved afslutning af SFT, målt i procent.

	Hele gruppen (n = 287)	Interventionsgruppen (n = 150)	Kontrolgruppen (n = 137)
Total	100	100	100
Førtidspension, folkepension, død	60	57	62
Revalidering, jobafklaring, ressourceforløb	11	13	8
Passiv forsørgelse (1)	15	15	14
Aktiv forsørgelse (2)	9	10	9
Uddannelse, beskæftigelse, selvforsørgende (3)	6	4	7

Der er testet for statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen, men ikke fundet nogen.

- (1) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – ikke aktiverede.
- (2) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – i aktivering. Aktivering dækker vejledning og opkvalificering, ordinær uddannelse, løntilskud samt virksomhedspraktik.
- (3) SU-berettigede personer (både med og uden udbetaling af SU), fleksjob, skånejob og selvforsørgende. Selvforsørgende er personer, der ikke er registreret i DREAM til at modtage nogen ydelse, hvilket både kan dække over personer i beskæftigelse og personer, der på anden måde er selvforsørgende.

Af Tabel 24 ses der en større forskel i andelen i revalidering, jobafklaring eller ressourceforløb mellem interventions- og kontrolgruppen, end der sås ved opstart af SFT i Tabel 23. Modsat ses der ved afslutning af SFT i Tabel 24 en mindre forskel i andelen på passiv forsørgelse, end der fremgik ved start af SFT. Igen er ingen af forskellene mellem interventions- og kontrolgruppen dog statistiske signifikante.

I tabel 25 sammenlignes opgørelserne fra Tabel 23 og Tabel 24. Forskellen beregnes som andelen ved afslutning af SFT fratrullet andelen ved start af SFT, begge målt i procent.

Tabel 25: Forskel i fordelingen af ydelsesgrupperne ved afslutning af SFT i forhold til ved opstart af SFT (uge 39 – uge 0).

	Hele gruppen (n = 287)	Interventionsgruppen (n = 150)	Kontrolgruppen (n = 137)
Total	100	100	100

Førtidspension, folkepension, død	2	3	0
Revalidering, jobafklaring, ressourceforløb	5	8	2
Passiv forsørgelse (1)	-8	-11	-4
Aktiv forsørgelse (2)	2	3	1
Uddannelse, beskæftigelse, selvforsørgende (3)	-1	-3	1

(1) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – ikke aktiverede.

(2) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – i aktivering. Aktivering dækker vejledning og opkvalificering, ordinær uddannelse, løntilskud samt virksomhedspraktik.

(3) SU-berettigede personer (både med og uden udbetaling af SU), fleksjob, skånejob og selvforsørgende. Selvforsørgende er personer, der ikke er registreret i DREAM til at modtage nogen ydelse, hvilket både kan dække over personer i beskæftigelse og personer, der på anden måde er selvforsørgende.

Af tabel 25 ses det, at andelen af borgere, der modtog passiv forsørgelse, faldt med otte procentpoint fra starten af SFT til afslutningen af SFT. Faldet var større i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Modsat skete der en stigning i andelen i revalidering, jobafklaring eller ressourceforløb – særligt i interventionsgruppen – samt en stigning i andelen på aktiv forsørgelse.

Det er vigtigt at pointere, at ovennævnte forskelle viser forskellen mellem andelen af borgere i de enkelte kategorier ved de enkelte tidspunkter – ikke hvor mange borgere, der har ændret ydelsesstatus. Der kan således godt være mange flere borgere, end det der svarer til procentpointene, der har skiftet status mellem de forskellige kategorier. Eksempelvis vil der ikke være registreret nogen ændring i størrelsen af en given gruppe, hvis 10 borgere er skiftet *fra* gruppen til andre kategorier, men der samtidig er 10 andre borgere, der er skiftet *til* gruppen.

Seks måneder efter afslutningen af SFT blev der lavet en opfølgning (uge 65). Borgernes fordeling på de forskellige ydelsesgrupper ved opfølgningen ses af Tabel 26, mens forskellen mellem opfølgningstidspunktet (uge 65) og afslutningstidspunktet (uge 39) ses af Tabel 27.

Tabel 26: Fordeling på ydelsesgrupper ved seks måneders opfølgning efter afslutning af SFT, målt i procent.

	Hele gruppen (n = 287)	Interventionsgruppen (n = 150)	Kontrolgruppen (n = 137)
Total	100	100	100
Førtidspension, folkepension, død	60	59	61
Revalidering, jobafklaring, ressourceforløb	12	14	9
Passiv forsørgelse (1)	15	14	15
Aktiv forsørgelse (2)	8	9	7
Uddannelse, beskæftigelse, selvforsørgende (3)	6	4	8

Der er testet for statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen, men ikke fundet nogen.

(1) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – ikke aktiverede.

(2) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – i aktivering. Aktivering dækker vejledning og opkvalificering, ordinær uddannelse, løntilskud samt virksomhedspraktik.

(3) SU-berettigede personer (både med og uden udbetaling af SU), fleksjob, skånejob og selvforsørgende. Selvforsørgende er personer, der ikke er registreret i DREAM til at modtage nogen ydelse, hvilket både kan dække over personer i beskæftigelse og personer, der på anden måde er selvforsørgende.

Tabel 27: Forskel i fordelingen af ydelsesgrupperne ved seks måneders opfølgning i forhold til afslutning af SFT (uge 65 – uge 39).

	Hele gruppen (n = 287)	Interventionsgruppen (n = 150)	Kontrolgruppen (n = 137)
Total	100	100	100
Førtidspension, folkepension, død	1	2	-1
Revalidering, jobafklaring, ressourceforløb	1	1	1

Passiv forsørgelse (1)	0	-1	1
Aktiv forsørgelse (2)	-2	-1	-2
Uddannelse, beskæftigelse, selvforsørgende (3)	0	0	1

(1) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – ikke aktiverede.

(2) Dagpenge, kontanthjælp (kontanthjælp og uddannelseshjælp) samt ledighedsydelse – i aktivering. Aktivering dækker vejledning og opkvalificering, ordinær uddannelse, løntilskud samt virksomhedspraktik.

(3) SU-berettigede personer (både med og uden udbetaling af SU), fleksjob, skånejob og selvforsørgende. Selvforsørgende er personer, der ikke er registreret i DREAM til at modtage nogen ydelse, hvilket både kan dække over personer i beskæftigelse og personer, der på anden måde er selvforsørgende.

Det fremgår af Tabel 26 og tabel 27, at der ikke er sket betydelige ændringer i borgernes modtagelse af offentlige ydelser fra den uge, hvor SFT sluttede, og til ugen, hvor opfølgningen er beregnet ud fra. De største ændringer sås i perioden, hvor SFT-forløbet var i gang, jævnfør tabel 25. De mest bemærkelsesværdige ændringer i interventionsperioden vedrørte et fald i andelen på passiv forsørgelse og en stigning i andelen i revalidering, jobafklaring eller ressourceforløb, om end forskellene mellem interventions- og kontrolgruppen ikke kunne vises at være statistisk signifikante på nogen af tidspunkterne.

Resultaterne her skal dog læses med det forbehold, at de er lavet på baggrund af enkelt-uges nedslag ved henholdsvis start, afslutning og opfølgning af SFT-forløbet. Grundet den aktive arbejdsmarkedspolitik må det formodes, at det er forventeligt, at der sker et vist skifte mellem passiv og aktiv forsørgelse alt efter, hvilke uger der ses på. Det kan dog formentligt ses som positivt, at en større andel er kommet i revalidering, jobafklaring eller ressourceforløb med henblik på afklaring af arbejdsevne og muligheder for tilbagevenden til arbejdsmarkedet, samt at andelen på førtidspension er relativt stabil over perioden. Tallene indikerer, at der er sket større ændringer for borgerne i interventionsgruppen end i kontrolgruppen i typen af ydelser, som de modtager, selvom forskellene mellem grupperne i de udvalgte uger ikke kan vises at være statistisk signifikant med det givne antal observationer.

Endvidere er det et relevant spørgsmål, om det er realistisk at forvente markante ændringer i borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet indenfor den anvendte tidsperiode, da ændringer i arbejdsmarkedstilknytning ofte er længere tid om at slå igennem.

9.7 Samlet vurdering af SFTs økonomiske konsekvenser

Kortlægningen og analysen af ressourceforbrug og omkostninger viser, at der er langt højere gennemsnitlige omkostninger i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Det skyldes primært, at interventionen er en omkostning – der indgår både implementerings- og driftsomkostninger i forbindelse med SFT-forløbene. Derudover har interventionsgruppen også et højere ressourceforbrug af psykiatriske sengepladser i interventions- og opfølgningsperioden. Det forhøjede ressourceforbrug i interventionsgruppen skyldes primært få borgeres lange indlæggelser. For den samlede periode – 15 måneder, er forskellen mellem kontrol- og interventionsgruppe statistisk signifikant.

Cost-effectiveness analyserne viser, at fra en sundhedsøkonomisk vinkel vil en meromkostning på kun 20.000 DKK pr. borger (ni-måneders perioden) være tilstrækkelig til at øge sandsynligheden for effekt i forhold til sociale færdigheder (1 point på PSP-skalaen) til 80 %. Tælles implementerings- og driftsomkostninger til SFT med, er investeringen større – omkring 30.000 DKK for at opnå en sandsynlighed for effekt på 80 %.

Ses der på hele perioden (15 måneder) inklusiv drifts- og implementeringsomkostninger er sandsynligheden for, at SFT er omkostningseffektiv i forhold til borgerens sociale funktionsniveau over 80 %, hvis beslutningstager er villig til at betale 100.000 DKK. mere i gennemsnit pr.

borger. Halveres dette beløb til 50.000 2015-DKK er sandsynligheden 60 %. For recovery og trivsel er sandsynligheden lavere ved samme beløb.

Resultaterne af metodeafprøvningen viser ingen udvikling målt ved hjælp af spørgeskemaet EQ-5D. En cost-utility analyse baseret på disse data viser ingen omkostningseffektivitet.

Analysen af borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet viser kun små ændringer. Tallene indikerer dog, at der er sket større ændringer for borgerne i interventionsgruppen end i kontrolgruppen i typen af ydelser, som de modtager, selvom forskellene mellem grupperne i de udvalgte uger ikke kan vises at være statistisk signifikant med det givne antal observationer.

9.8 Resultaternes anvendelse og begrænsninger

Vurderingerne af metodens økonomiske konsekvenser har en række væsentlige begrænsninger, som skal tages i betragtning i anvendelsen af resultaterne. I forhold til omkostningsvurderingen skal kommuner, der ønsker at implementere SFT, således være opmærksomme på følgende:

- Beregningen af drifts- og implementeringsomkostninger beror i høj grad på gruppetræneres tidsregistreringer. Disse har i nogle tilfælde været mangelfulde eller er første foretaget et stykke tid efter aktiviteternes udførelse – der kan således være unøjagtigheder i disse data
- Tidsregistreringerne afspejler meget stor variation i tidsforbrug. Driftsomkostninger pr. borger er beregnet til i gennemsnit 47.666,69, men i én kommune er gennemsnittet cirka 22.000 kr., mens det i anden kommune ligger på 81.000. Denne omstændighed afspejler blandt andet, at der har været tre gruppetrænere om en gruppe med henblik på oplæring. På denne måde har projektet muliggjort et omkostningsniveau, som en efterfølgende implementering ikke nødvendigvis vil indebære
- Implementeringsomkostningerne pr. borger er udregnet på baggrund af omkostninger til kompetenceudvikling af samtlige gruppetrænere, fordelt på de borgere, der indgår i evalueringen. Det betyder, at forholdsvis få borgere skal bære omkostningen til implementeringen. Jo flere gruppeforløb, en kommune vil gennemføre, jo lavere vil omkostningerne til implementering blive pr. borger
- Driftsomkostningerne er ligeledes beregnet for de første to gruppeforløb. Gruppetrænerne i projektet vurderer, at tidsforbruget til forberedelse med videre bliver mindre, jo flere grupper de gennemfører. Driftsomkostningerne pr. borger kan derfor også forventes at blive lavere over tid

Disse omstændigheder peger på, at de samlede omkostninger til indsatsen meget vel kan være lavere, når en kommune efterfølgende skal implementere og sætte i drift – selvfølgelig afhængigt af, hvilken kompetenceudvikling gennemføres, hvor mange gruppetrænere uddannes, og hvor mange borgere får et SFT-forløb.

Det er også væsentligt, at evalueringens beregninger bygger på anvendelsen af SFT som en supplerende indsats. Hvis SFT kommer til (helt eller delvist) at erstatte anden indsats, må de lavere omkostninger forbundet med denne indsats indgå i beregningerne.

Evalueringen viser et merforbrug af sundhedsydelser i interventionsgruppen. Det skyldes primært få borgeres lange indlæggelser. Resultaterne kan blot vise en forskel – ikke om merforbruget er udtryk for en god eller dårlig udvikling for borgerne.

Det er de konkrete omkostninger ved implementering og drift i metodeafprøvningen, som indgår i de økonomiske analyser. Beregningerne af cost-effectiveness afspejler altså en omkostnings-

vurdering, som sandsynligvis er højere end den vil være ved fremtidig implementering og drift af SFT. Hvis dette er tilfældet, og implementering og drift af SFT kan gøres billigere end i projektet, sandsynliggør det også en bedre cost-effectiveness, end analyserne viser. Med andre ord er det muligt, at de positive resultater af SFT kan opnås ved en mindre investering end den, der er gjort i projektet – og en mindre investering end analyserne viser.

Endelig er det vigtigt at slå fast, at den økonomiske analyse ikke fortæller, om SFT kan betale sig økonomisk. Langt fra alle relevante variable og effekter indgår i analyserne – og det er ikke muligt at prissætte de effekter, som metodeafprøvningen viser. Det er heller ikke muligt at vurdere konsekvenserne på længere sigt – og for eksempel ændringer i forsørgelsesstatus vil ofte være længere tid om at slå igennem. Alt i alt bør analyserne derfor kun være vejledende og indgå som ét element af flere i beslutningen om at implementere SFT.

