

NOTAT

# DOKUMENTEREDE METODER I BOSTØTTEINDSATSEN OVER FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

STATUSNOTAT 2017

ANNA AMILON  
LINE MEHLSSEN  
STEEN BENGTSSON  
KASPER NIELSEN  
METTE NYHOLM JENSEN

KØBENHAVN 2017

DOKUMENTEREDE METODER I BOSTØTTEINDSATSEN OVER FOR Mennesker  
MED PSYKISKE LIDELSER

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen  
Afdelingen for Socialpolitik og Velfærd

© 2017 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd  
Herluf Trolles Gade 11  
1052 København K  
Tlf. 33 48 08 00  
sfi@sfi.dk  
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

SFI-notater skal danne grundlag for en faglig diskussion. SFI-notater er foreløbige resultater, og læseren bør derfor være opmærksom på, at de endelige resultater og fortolkninger fra projektet vil kunne afvige fra notatet.

# INDHOLD

<b>1</b>	<b>SAMMENFATNING</b>	<b>5</b>
	Forsøgskommuner og borgere	6
	Resultater	6
<b>2</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>9</b>
	Notatets struktur	10
<b>3</b>	<b>CTI-METODEN</b>	<b>11</b>
	Indhold i CTI-forløbets tre faser	13
<b>4</b>	<b>ANALYSEMETODE OG DOKUMENTATIONSREDSKABER</b>	<b>15</b>
	Evalueringsdesign	15
	Dokumentationsredskaber	15
	Datagrundlag for midtvejsnotatet	18
<b>5</b>	<b>BESKRIVELSE AF MÅLGRUPPEN</b>	<b>19</b>
	Kort om randomiseringen	20

	Status på borgerne i forsøgskommunerne	21
	Opsamling	25
<b>6</b>	<b>BORGERNES UDVIKLING</b>	<b>27</b>
	Borgernes mentale trivsel	27
	Borgernes funktionsniveau	29
	Recovery-stjernen	32
	Opsamling	34
<b>7</b>	<b>ØKONOMI I INDSATSEN</b>	<b>35</b>
	Økonomisk analyse	35
<b>8</b>	<b>FORSØGSKOMMUNERNES ERFARINGER MED CTI-METODEN</b>	<b>39</b>
	Oplevede fordele ved CTI-metoden frem for § 85 bostøtte	39
	Oplevede udfordringer ved CTI-metoden	40
	Refleksioner over målgruppen for CTI-indsatsen	41
	<b>LITTERATUR</b>	<b>43</b>

## SAMMENFATNING

Dette er statusnotatet for SFI's evaluering af metoden Critical Time Intervention (CTI), som er en del af puljen 'Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser'. Notatet belyser de foreløbige resultater og tendenser i projektet, mens selve undersøgelsen fortsætter til og med december 2017, hvorefter der udarbejdes en endelig evaluering. Dette betyder, at konklusioner og fortolkninger i SFI's endelige evaluering vil kunne være forskellige fra dem, der fremgår af dette notat.

Det overordnede mål med projektet er at afprøve den evidensbaserede, socialfaglige metode Critical Time Intervention (CTI), som i andre undersøgelser er afprøvet med succes i forhold til hjemløse både nationalt og internationalt. I dette projekt afprøves metoden til mennesker med psykiske lidelser, som modtager indsatsen umiddelbart efter indlæggelse på en psykiatrisk afdeling eller efter at være flyttet fra et botilbud til egen bolig. Metodens formål er at understøtte personerne i denne kritiske overgang.

Evalueringen af projektet er designet som et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor borgere, der visiteres til bostøtte efter indlæggelse eller ophold på botilbud, randomiseres enten til et CTI-forløb eller til en kontrolgruppe, der modtager den almindelige bostøtte (SEL § 85). Dette notat har til formål at belyse udviklingen for de borgere, der indtil videre har deltaget/deltager i et CTI-forløb og sammenholde resultaterne for denne gruppe med udviklingen for borgerne i kontrolgruppen. Her lægges vægt på borgernes mentale trivsel og funktionsniveau før og efter henholdsvis et CTI-forløb eller 9 måneders bostøtte. Notatet beskriver desuden borgernes karakteristika i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet og boligforhold.

Den endelige evaluering af projektet vil indeholde data om alle de borgere, der har gennemført et CTI-forløb, såvel som borgere i kontrolgruppen. De endelige analyser vil også indeholde oplysninger om borgere, for både indsats- og kontrolgruppen, 9 måneder efter forløbets afslutning (18 måneder efter deres opstart i projektet). Disse oplysninger, og evalueringsdesignet med en tilfældig inddeling i en indsats- og en kontrolgruppe, gør det muligt at beregne eventuelle effekter af CTI-indsatsen på målgruppens mentale helbred, boligsituation og indlæggelser på psykiatrisk afdeling, samt hvorvidt CTI-indsatsen i givet fald er mere effektiv end almindelig bostøtte.

## FORSØGSKOMMUNER OG BORGERE

I projektet deltager 5 forsøgskommuner (Greve, Hillerød, Roskilde, Vejle og Aalborg), der pr. 1. november 2016 tilsammen har randomiseret 172 borgere, 85 borgere til CTI-gruppen og 87 til kontrolgruppen, og har indsamlet data fra i alt 118 borgere, der enten har modtaget CTI-indsatsen (65 personer) eller deltaget i kontrolgruppen (53 personer). Greve udgik af undersøgelsen i september 2016, men havde indtil da registreringer fra 9 borgere, mens de andre kommuner har registreringer fra hhv. 27, 28, 27 og 26 borgere. Af de 118 borgere, der er indsamlet data på, er 72 mænd, mens 46 er kvinder, og borgerne fordeler sig nogenlunde jævnt mellem tre aldersgrupper: 18-30 år, 31-50 år og 51 år og derover. Cirka halvdelen af borgerne modtager førtidspension, en femtedel får kontanthjælp, mens de resterende borgere enten får folkepension, sygedagpenge, SU eller løn. Langt hovedparten af borgerne bor alene (78 pct.). Størstedelen af borgerne (69 pct.) er vurderet med Voksenudredningsmetoden til at have psykiske problemer i enten moderat eller svær grad.

## RESULTATER

Borgernes mentale trivsel udvikler sig forskelligt, når borgerne, der modtager CTI-indsats, sammenlignes med borgerne i kontrolgruppen. I CTI-gruppen oplever borgerne gennemsnitligt en øget mental trivsel i løbet af de 9 måneder, forløbet varer, mens borgerne i kontrolgruppen ligger på samme niveau 9 måneder efter bostøttens opstart.

Borgernes funktionsniveau måles på de tre livsområder: arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. Resultaterne viser, at der sker en lille positiv udvikling for både CTI- og kontrolgruppen. Hverken ved første eller sidste måling adskiller de to grupper sig bemærkelsesværdigt fra hinanden. CTI-gruppen udvikler sig dog mere positivt i de første 6 måneder af CTI-forløbet.

Resultaterne fra progressionsværktøjet Recovery-stjernen viser en gennemsnitlig fremgang for CTI-gruppen på 7 ud af de 10 dimensioner af borgernes liv i løbet af indsatsen. Især dimensionerne Sociale netværk og Håndtering af psykisk sygdom er forbedrede i forløbet. De resterende tre områder scores til samme niveau ved opstart og afslutning, og ingen af de 10 dimensioner på stjernen har udviklet sig negativt.

Resultaterne fra den kvalitative del af evaluering viser, at CTI-medarbejdere fra forsøgskommunerne erfarer, at den intensive støtte i første fase giver mulighed for at være vedholdende og opsøgende i forhold til målgruppen, og at den tidsafgrænsede indsats gør borgerne mere målrettede. Recovery-stjernen er et progressionsværktøj, der ikke som udgangspunkt er knyttet til CTI-metoden, men medarbejderne oplever stjernen som et brugbart redskab, der er med til at gøre udviklingen synlig for borgeren selv. Nogle CTI-medarbejdere giver udtryk for, at borgeren kan opleve fremskridt, der ikke altid kan måles med Recovery-stjernen. En udvikling i forhold til at blive mere realistisk over for egne problematikker/udfordringer og større grad af selverkendelse kan eksempelvis resultere i en tilbagegang på stjernen, men må betragtes som et egentligt fremskridt hos den enkelte borger.

CTI-medarbejderne angiver, at CTI-metoden har flere fordele, men de oplever, at metoden ikke er lige egnet til alle målgrupper. Flere medarbejdere har den opfattelse, at borgere, som har en meget svingende sindsstemning og en ustabil hverdag, kan være udfordrende at arbejde med i et CTI-forløb.





## INDLEDNING

SFI's evaluering er en del af puljen 'Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser', som har til formål at understøtte mennesker med psykiske lidelser i overgangen fra botilbud eller indlæggelse til egen bolig ved at afprøve den evidensbaserede metode Critical Time Intervention (CTI) i fem forsøgskommuner. Evalueringen skal skabe vidensgrundlag for CTI-metodens implementering, forankring og effekt som grundlag for eventuel videre udbredelse i landets øvrige kommuner.

I projektet afprøves metoden i fem forsøgskommuner – Hillerød, Greve<sup>1</sup>, Roskilde, Vejle og Aalborg – i bostøtteindsatsen for personer over 18 år med psykiske lidelser. Der er tale om en særdeles sammensat gruppe mennesker med forskellige sygdomsforløb bag sig og forskellige støttebehov. CTI er en socialfaglig metode, som netop udmærker sig ved at tage udgangspunkt i borgerens behov, og metoden forventes derfor at have potentiale til at håndtere en række af de udfordringer, målgruppen oplever. CTI-metoden er desuden kendetegnet ved, at en CTI-medarbejder yder en intensiv indsats i en tidsafgrænset periode. Forløbet bliver individuelt tilpasset borgerens behov og planlægges af borger og CTI-medarbejder i fællesskab. Undervejs i forløbet skal CTI-medarbejderen både varetage en koordinerende rolle i forhold til sammensætningen af borgerens forløb og yde social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen (Baumgartner & Herman, 2012; Herman & Mandiberg, 2010; Herman m.fl., 2010; Tomita & Herman, 2012).

SFI's evaluering består af tre dele: en implementerings- og fidelitetsanalyse, en effektevaluering og en økonomisk evaluering. I dette

---

1. Greve stoppede deltagelse i projektet september 2016.

midtvejsnotat er fokus på foreløbige resultater af indsatsen samt foreløbige resultater fra den økonomiske evaluering.

## NOTATETS STRUKTUR

Notatet er struktureret således, at vi i kapitel 3 beskriver CTI-metoden. I kapitel 4 beskriver vi de anvendte metoder og dokumentationsredskaber til dataindsamling og analyse. I kapitel 5 beskriver vi data for projektets målgruppe på baggrund af karakteristika om køn, alder, uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, boligforhold samt grad af psykiske problemer. Vi analyserer borgernes udvikling i funktionsniveau og mental trivsel i kapitel 6, hvor vi også sammenholder resultater fra CTI-gruppen med resultaterne fra borgere i kontrolgruppen. I kapitel 7 præsenterer vi medarbejdernes efterlevelse af CTI-metoden, og vi giver status på økonomien forbundet med CTI-indsatsen. Kapitel 8 indeholder en beskrivelse af CTI-medarbejdere og lederes løbende refleksioner og erfaringer med at afprøve CTI-metoden i forsøgskommunerne.

## CTI-METODEN

CTI er en recovery-orienteret metode, der har til formål at øge borgerens muligheder for at fastholde egen bolig ved at:

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

Metoden baserer sig på en intensiv kontakt mellem borger og CTI-medarbejder i en afgrænset tidsperiode, hvor støtten er bygget op omkring tre faser af hver 3 måneders varighed.<sup>2</sup> Faseopdelingen i CTI-indsatsen er sammen med en relativt høj intensitet i støtte og lavt caseload dét, der adskiller CTI-metoden fra den almindelige bostøtteindsats efter SEL § 85. CTI-metoden er oprindeligt udviklet til arbejdet med hjemløse, men tidligere undersøgelser peger på, at metoden også er velegnet til at nedsætte antallet af genindlæggelser for mennesker med psykisk sygdom (Baumgatner & Herman, 2012; Herman m.fl., 2011; Tomita & Herman, 2012).

CTI-metoden er tilpasset borgerens individuelle ønsker og behov. CTI-medarbejderen udfører sin opgave ud fra CTI-metodens recovery- og empowerment-orienterede værdigrundlag. Det betyder bl.a., at CTI-medarbejderen skal lade borgeren være ekspert i sin egen situation, og indsatsen skal tage udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af behovet for støtte. Desuden skal medarbejderen bidrage til at kvalificere borgerens be-

---

2. Se eksempelvis *"The Critical Time Intervention Training Manual"*, New York Presbyterian Hospital and Columbia University samt Socialstyrelsens *"Critical Time Intervention (CTI) Manual"* til brug af CTI i indsatsen over for hjemløse borgere (udarbejdet af forsker Lars Benjaminsen, SFI).

slutningstagen og støtte borgeren i at styrke sin livssituation inden for de områder, hvor borgeren selv oplever et stort behov for støtte.

Forud for det egentlige CTI-forløb går en kort kontaktskabelsesfase, hvor CTI-medarbejderen og borgeren møder hinanden og holder indledende møder, hvor borgeren orienteres om CTI-forløbet. CTI-medarbejderen har i kontaktskabelsesfasen fokus på at opbygge en tillidsfuld relation, som skal være grundlaget for den følgende indsats. Kontaktskabelsesfasen er ikke en del af CTI-forløbets tre faser, hvorfor den heller ikke fremgår af tabel 3.1 nedenfor.

Fokus for CTI-forløbets tre faser er at styrke borgerens livssituation og bidrage til, at borgeren bliver mere selvhjulpent. For at sikre og fastholde disse mål arbejdes der i forløbet blandt andet med at etablere et netværk omkring borgeren, som kan støtte borgeren efter CTI-forløbets afslutning. Som det ses i tabel 3.1, varierer CTI-medarbejderens rolle og opgaver alt efter, hvilken fase forløbet befinder sig i.

TABEL 3.1

Beskrivelse af centrale aktiviteter i de tre CTI-faser.

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

## INDHOLD I CTI-FORLØBETS TRE FASER

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

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

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



# ANALYSEMETODE OG DOKUMENTATIONSREDSKABER

## EVALUERINGSDESIGN

Evalueringen er tilrettelagt som et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor borgere, der bevilges bostøtte i forbindelse med flytning fra botilbud til egen bolig eller efter indlæggelse, randomiseres til henholdsvis kontrolgruppen med bostøtte efter SEL § 85 eller indsatsgruppen, der modtager et CTI-forløb. På grund af et mindre borgeroptag end forventet er det fra september 2016 besluttet, at alle borgere i målgruppen modtager et CTI-forløb, dog med undtagelse af borgerne i Aalborg Kommune, hvor der fortsat randomiseres til en indsats- og en kontrolgruppe.

## DOKUMENTATIONSREDSKABER

I det følgende beskrives tre validerede progressionsredskaber, der benyttes i evalueringen af CTI-metoden: Mental Health Recovery Star (herefter Recovery-stjernen), Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS) og Sheehan Disability Scale (SDS). De tre redskaber har forskellige funktioner, og tilsammen skaber de et billede af udviklingen i borgerens generelle funktionsniveau og mentale trivsel. CTI-medarbejderen og borgeren udfylder progressionsredskaberne ved forløbets opstart, ved faseovergangene, henholdsvis 3 og 6 måneder, ved forløbets afslutning samt 9 måneder efter forløbets afslutning (dvs. efter 18 måneder). Kontrolgruppen registreres ikke på Recovery-stjernen, men de andre to redskaber udfyldes ved opstart, afslutning og ved 18 måneder. Vi har i dette notat valgt at udelade målingerne ved 18 måneder, da data-

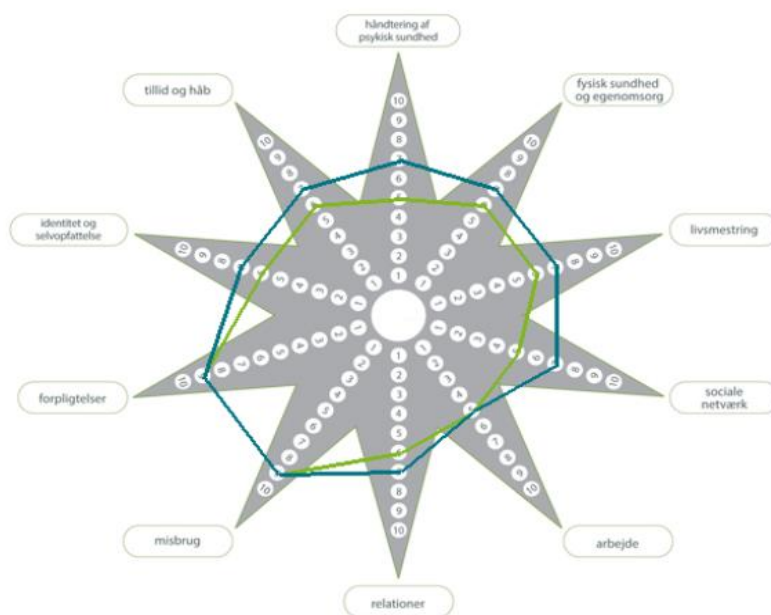
grundlaget for dette tidspunkt ikke er tilstrækkelig sikkert. Målingerne ved 18 måneder vil blive inddraget i SFT's endelige evaluering.

#### RECOVERY-STJERNEN

Recovery-stjernen er et redskab til at registrere borgernes vurdering af egen situation samt oplevelse af muligheder for at håndtere eventuelle udfordringer inden for 10 forskellige livsområder, som CTI-indsatsen kan støtte borgeren i at håndtere (figur 4.1). Recovery-stjernen identificerer og måler på 10 livsområder – håndtering af psykisk sygdom, fysisk sundhed og egenomsorg, livsmestring, sociale netværk, arbejde, relationer, misbrug, forpligtelser, identitet og selvopfattelse og tillid og håb. Til hvert livsområde hører en 10-punkts-skala, inden for hvilken borgerens oplevelse af egen situation markeres.

FIGUR 4.1

Mental Helth Recovery Stjernen (Recovery-stjernen).



Kilde: Oplysninger fra Star Online.

Redskabet bidrager til, at borgeren gradvist får indsigt i og input til bedre at kunne håndtere sit liv og sin hverdag. Der er tale om et processuelt redskab, som anvendes af CTI-medarbejder og borger i fællesskab for at sikre en tæt dialog omkring borgerens situation samt sikre, at de igangsæt-



te aktiviteter har udgangspunkt i borgerens oplevelse af behov og ønsker. Redskabet understøtter dermed CTI-metodens princip om, at CTI-forløbet skal være en individuelt tilpasset proces. Derudover kan redskabet være med til at styrke opbygningen af en tæt relation mellem borger og CTI-medarbejder, som er karakteriseret ved et ligeværdigt samarbejde.

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

Dokumentationen af det enkelte CTI-forløb er samlet på en fælles elektronisk platform – Star Online – hvor al dokumentation registreres på borger-, medarbejder- og kommuneniveau. Når en borger starter i et CTI-forløb, oprettes borgeren med et selvvalgt borger-id (ikke CPR-nummer), der udfyldes forskellige baggrundsoplysninger (fx alder og uddannelse), og den første stjerne udfyldes sammen med borgeren.

#### SHORT WARWICK-EDINBURGH MENTAL WELL-BEING SCALE (SWEMWBS)

For at måle borgerens mentale trivsel, og udviklingen i denne, benyttes det validerede måleredskab WEMWBS, dog i en forkortet udgave (S)WEMWBS.<sup>3</sup> Redskabet består af en liste med 7 (oprindeligt 14) positive udtryk:

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

Borgeren skal placere sine svar inden for 5 svarkategorier: aldrig, næsten aldrig, en gang imellem, ofte og meget ofte, ud fra hvordan han/hun har haft det de sidste 2 uger. Besvarelserne på (S)WEMWBS regnes sammen og kodes, således at de er sammenlignelige med WEMWBS.

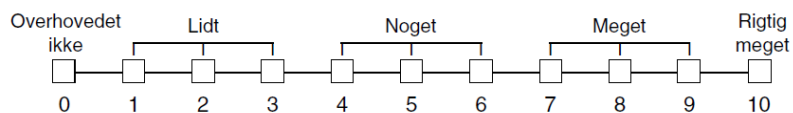
#### SHEEHAN DISABILITY SCALE (SDS)

Desuden benyttes Sheehan Disability Scale (SDS), som er et spørgeskema, der måler borgerens oplevelse af betydningen af egne funktionsnedsættelser på tre livsområder: arbejde/skole, socialt liv og familie-

---

3. S'et står for short.

liv/hjemlige forpligtelser. Hvert område scores på nedenstående skala fra 0 til 10, ud fra i hvilken grad borgeren oplever, at hans/hendes symptomer har påvirket det enkelte livsområde inden for de seneste 2 uger.



## DATAGRUNDLAG FOR MIDTVEJSNOTATET

Dette notat baseres på det foreløbige data ca. halvvejs i projektperioden, men der foregår naturligvis fortsat et optag af borgere til projektet. Borgeroptaget fortsætter frem til og med marts 2017. Pr. november 2016, som er udtrækstidspunktet for data anvendt i dette notat, er der registreret data fra i alt 118 borgere, som enten er i gang med eller har afsluttet et CTI-forløb (65 personer) eller er i kontrolgruppen (53 personer). I de følgende kapitler beskrives karakteristika for målgruppen, og borgernes udvikling målt med ovenstående dokumentationsredskaber beskrives og analyseres.

## BESKRIVELSE AF MÅLGRUPPEN

I dette kapitel beskriver vi projektets målgruppe, og vi ser nærmere på målgruppens baggrundsforhold, herunder køn, alder, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning, for borgerne i CTI-gruppen og i kontrolgruppen. Vi ser desuden nærmere på de to gruppers sammenlignelighed.

Projektets målgruppe er borgere på 18 år eller derover, der taler funktionelt dansk og er flyttet fra botilbud (serviceloven (SEL) § 107 eller 108) eller botilbudslignende tilbud (§§105 i almenboligloven (ABL) med § 85 støtte) samt fra indlæggelse til egen bolig. Derudover skal målgruppen leve op til følgende:

- For den del af målgruppen, der bor i boliger efter §§ 105 i ABL, skal det være et botilbudslignende tilbud, der flyttes fra. Dette omfatter minimum dag- og aftenstøtte.
- Borgerne, der kommer fra indlæggelse, skal være flyttet fra minimum 3 dages indlæggelse<sup>4</sup> til egen bolig og være visiteret til eller i målgruppen for § 85 støtte i forbindelse med udskrivningen eller allerede modtage § 85 støtte.<sup>5</sup>
- For alle borgere gælder det, at den bolig, de flytter til, er egen bolig, herunder også boliger efter ABL med bostøtte. I de tilfælde, hvor det er en bolig efter ABL, gælder det, at det ikke må være en botilbudslignende bolig, samt at borgerne modtager støtte efter § 85 og evt. andre ydelser

---

4. Ved projektets opstart var kravet indlæggelse i 30 dage, men for at udvide målgruppen blev kravet modificeret til minimum 3 dages indlæggelse.

5. Med visitation menes i denne sammenhæng, at myndighed har godkendt tildelingen af § 85 støtten, men det er ikke et krav, at der allerede på tildelingstidspunktet er udarbejdet en VUM udredning.

- Derudover er målgruppen karakteriseret ved i Voksenudredningsmetoden (VUM)<sup>6</sup> at være vurderet til at have én eller flere af følgende psykiske lidelser: angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse eller stressbelastning.

Målgruppen for indsatsen er en sammensat gruppe, der har forskellige sygdomsforløb bag sig og forskellige støttebehov. CTI-metoden udmærker sig ved at tage udgangspunkt i borgerens behov og kan derfor rumme en heterogen målgruppe. I SFI's endelige evaluering af CTI-indsatsens effekt vil der, såfremt antallet af borgere i datagrundlaget er tilstrækkeligt stort, være fokus på at belyse eventuelle forskelle i, hvor stor en effekt indsatsen har for forskellige delgrupper (heterogene effekter), og om der er særlige forhold, der gør sig gældende for dele af målgruppen. Borgeroptaget til evalueringen ophører i marts 2017 for at sikre, at borgerne kan gennemføre et forløb på 9 måneder, inden projektet afsluttes i december samme år.

## KORT OM RANDOMISERINGEN

Borgerne i henholdsvis CTI- og kontrolgruppen er fordelt på baggrund af en tilfældig udvælgelse (randomisering), der har til formål at sikre de to gruppers sammenlignelighed. En forudsætning for at kunne tilskrive eventuelle substantielle effekter til CTI-indsatsen er, at de to grupper ikke afviger for meget fra hinanden, da det så vil være svært at skelne imellem, hvilke effekter der skyldes indsatsen, og hvilke effekter der skyldes variationer grupperne imellem.

Første udvælgelse af borgerne til CTI- og kontrolgruppe er sket på tilfredsstillende vis, da CTI-gruppen og kontrolgruppen er næsten lige store, med henholdsvis 88 og 84 borgere, jf. tabel 5.1. Fordelingen af mænd og kvinder er en smule mere skæv de to grupper imellem, men ikke mere end det kunne forventes i en stikprøve af denne størrelse.

---

6. Voksenudredningsmetoden er udviklet til sagsbehandlingen på handicap- og udsatte voksenområdet af Socialstyrelsen i samarbejde med Deloitte (Socialstyrelsen, 2013). For de borgere, hvor der ikke foreligger en VUM udredning, skal denne udarbejdes så tidligt som muligt i kontaktskabelsesfasen eller senest 1 måned efter, at fase 1 af CTI indsatsen iværksættes.

TABEL 5.1

Fordeling af borgere efter randomiseret udvælgelse, fordelt på køn (n = 172). Antal og procent.

Køn	CTI		Kontrol		Total	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
Kvinde	55	63	46	55	101	59
Mand	33	37	38	45	71	41
Total	88	100	84	100	172	100

Kilde: CTI-skemaer.

## STATUS PÅ BORGERNE I FORSØGSKOMMUNERNE

Fordelingen af borgere i de fem forsøgskommuner fremgår af tabel 5.2. Siden projektets opstart i 1. kvartal 2015 og frem til 1. november 2016 har i alt 118 personer enten modtaget et CTI-forløb (65 personer) eller modtaget bostøtte efter SEL § 85 (53 personer). I Hillerød og Vejle er der registreret data for henholdsvis 27 og 26 borgere i CTI- og kontrolgruppe, mens antallet er 27 og 28 borgere i Roskilde og Aalborg Kommune. Greve Kommune er pr. september 2016 ikke længere en del af undersøgelsen, men der er data tilgængelig på 9 borgere fra Greve Kommune, som indgår i dette midtvejsnotat og i den samlede evaluering. Da det samlede antal af borgere i undersøgelsen er relativt lavt, vil de følgende analyser af indsatsen være på aggregeret niveau.

TABEL 5.2

Antal af borgere i undersøgelsen, fordelt på kommuner (n = 118). Antal.

Kommune	CTI	Kontrol	Total
Hillerød	17	10	27
Greve	5	4	9
Roskilde	13	14	27
Vejle	13	14	26
Aalborg	17	11	28
Total	65	53	118

Kilde: CTI-skemaer.

Som det fremgår af tabel 5.1 og 5.2, er antallet af borgere faldet fra 172 borgere ved den første randomisering til 118 borgere, der er registreret med et opstartsskema i enten CTI- eller kontrolgruppe i de fem kommuner. Dette relativt store frafald på 54 borgere skyldes i nogle tilfælde, at borgerne ikke er startet op i hverken CTI-forløb eller kontrolgruppe, eksempelvis pga. hurtig genindlæggelse, flytning til botilbud eller flytning til anden kommune, hvorved borgeren ikke længere er en del af projektets målgruppe. Andre borgere har frasagt sig indsatsen, fordi de ikke ønskede enten bostøtte efter SEL § 85, eller fordi de ikke ønskede CTI-

indsatsen. Endelig kan en årsag til, at en borger bortfalder fra projektet være, at CTI- eller bostøttemedarbejderen ikke kan få kontakt til borgeren.

Kønsfordelingen for borgerne, som er startet op i enten CTI-indsatsen eller bostøtte efter SEL § 85, fremgår af tabel 5.3, som sammenligner den nuværende fordeling af borgernes køn med borgerne i den randomiserede udvælgelse. Tabellen viser, at gruppen af borgere, der er registreret med et opstartsskema i forsøgskommunerne og dermed enten modtager CTI-forløb eller indgår i kontrolgruppen, består af 72 kvinder og 46 mænd. Det fremgår af tabellen, at der i første omgang var randomiseret henholdsvis 101 kvinder og 71 mænd til projektet. Dette betyder et frafald på 29 kvinder og 25 mænd. Frafaldet for kønnene er dog ikke ligeligt fordelt mellem CTI- og kontrolgruppen. Frafaldet i CTI-gruppen er på 42 pct. for mændene og 13 pct. for kvinderne, og frafaldet for kontrolgruppen er 29 pct. for mændene og 43 pct. for kvinderne. Med andre ord er der fra den randomiserede udvælgelse af borgere til de reelt registrerede opstartede forløb sket en skævvridning af kønsfordelingen for CTI- og kontrolgruppen. Forskellen mellem de to grupper gør det problematisk direkte at sammenligne dem uden at kontrollere for de variable, hvori de største diskrepanser opstår.

TABEL 5.3

Kønsfordeling ved randomisering (gruppe 1) og ved opstart i kommunerne (gruppe 2) (n = 172 til n = 118). Antal og frafaldsprocent.

Køn	CTI			Kontrol			Total		
	Grp. 1	Grp. 2	Pct.	Grp. 1	Grp. 2	Pct.	Grp. 1	Grp. 2	Pct.
Kvinde	55	46	-13	46	26	-43	101	72	-28
Mand	33	19	-42	38	27	-29	71	46	-35
Total	88	65	-26	84	53	-36	172	118	-31

Anm.: Gruppe 1 er de borgere, der er randomiseret til undersøgelsen. Gruppe 2 er de borgere, der er registreret på et opstartsskema i hhv. kontrolgruppen eller CTI-gruppen i forsøgskommunerne. Procenttallet viser frafaldsprocent.  
Kilde: CTI-skemaer.

Aldersfordelingen for borgere i henholdsvis CTI- og kontrolgruppe samt for det samlede antal borgere i projektet fremgår af tabel 5.4. I CTI-gruppen tilhører hovedparten af borgerne aldersgruppen 31-50 år (49 pct.). Kontrolgruppen er en smule mere lige fordelt, da to tredjedele udgør 0-30-årige og 51 år og derover. For den samlede gruppe er 68 pct. af borgerne over 30 år gamle. Differencen mellem CTI- og kontrolgruppen gør det relevant at kontrollere for alder i analyserne af de enkelte værktøjer.

TABEL 5.4

Borgernes alder, fordelt i 3 kategorier (n = 118). Antal og procent.

Aldersgruppe	CTI		Kontrol		Total	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
0-30 år	14	22	18	34	32	27
31-50 år	32	49	12	23	44	37
51 år og over	18	28	19	36	37	31
Ubesvaret	1	1	4	7	5	5
Total	65	100	53	100	118	100

Kilde: CTI-skemaer.

Borgernes uddannelsesniveau fremgår af tabel 5.5 og 5.6. Hovedparten af borgerne i hver gruppe har gennemført folkeskolen (62 pct. i CTI-gruppen og 66 pct. i kontrolgruppen). Omkring en fjerdedel af borgerne i hver gruppe har desuden gennemført en almindelig gymnasial uddannelse (26 pct. i CTI-gruppen og 26 pct. i kontrolgruppen).

TABEL 5.5

Borgernes højst fuldførte uddannelsestrin (n = 118). Antal og procent.

Uddannelsesniveau	CTI		Kontrol		Total	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
Folkeskole	40	62	35	66	75	64
Alm. gymnasial uddannelse	17	26	14	26	31	26
Erhvervsgymnasial uddannelse	6	9	2	4	8	7
Ubesvaret	2	3	2	4	4	3
Total	65	100	53	100	118	100

Kilde: CTI-skemaer.

For CTI-gruppen er det ca. halvdelen af borgerne, der enten har en erhvervsuddannelse eller en videregående uddannelse, mens den resterende halvdel ikke har en uddannelse. I kontrolgruppen har hovedparten af borgerne ingen erhvervsuddannelse (62 pct.), mens 19 pct. har en erhvervsuddannelse, og 11 pct. har en videregående uddannelse. Dette fremgår af tabel 5.6.

TABEL 5.6

Borgernes højst færdiggjorte erhvervskompetencegivende uddannelse (n = 118).

Uddannelsesniveau	CTI		Kontrol		Total	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
Ingen erhvervsuddannelse eller videregående uddannelse	33	51	33	62	66	56
Erhvervsuddannelse	13	20	10	19	23	19
Videregående uddannelse	18	28	6	11	24	20
Ubesvaret	1	1	4	8	5	5
Total	65	100	53	100	118	100

Kilde: CTI-skemaer.

Borgerne har forskellig grad af tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket fremgår af tabel 5.7. Næsten halvdelen af borgerne i CTI- og kontrolgruppen modtager førtidspension. De resterende grupper, der dækker over ordinær beskæftigelse, fleksjob, SU, sygedagpenge, kontanthjælp, folkepension med flere, udgør derved mindre dele af den samlede arbejdstilknytning i begge grupper, med undtagelse for borgere i kontrolgruppen, der modtager kontanthjælp (23 pct.).

TABEL 5.7

Borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet (n = 118). Antal og procent.

Arbejdstilknytning	CTI		Kontrol		Total	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
Ord. beskæf, fleksjob, SU, resu. forløb.	5	8	5	9	10	8
Sygedagpenge	8	12	4	8	12	10
Kontanthjælp	11	17	12	23	23	19
Førtidspension	31	48	24	45	55	47
Folkepension, ingen indtægt, andet	9	14	7	13	16	14
Ubesvaret	1	1	1	2	2	2
Total	65	100	53	100	118	100

Kilde: CTI-skemaer.

Størstedelen af borgerne i undersøgelsen bor alene. Dette gælder for 75 pct. af borgerne i CTI-gruppen og 81 pct. i kontrolgruppen. Over 75 pct. af hele gruppen bor alene. Fordelingerne fremgår af tabel 5.8.



TABEL 5.8

Borgernes boligsituation (n = 118). Antal og procent.

Boligsituation	CTI		Kontrol		Total	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
Bor alene	49	75	43	81	92	78
Bor sammen med børn	5	8	3	6	8	7
Bor sammen med partner	6	9	0	0	6	5
Bor sammen med partner og børn	0	0	2	4	2	2
Andet	4	6	4	8	8	7
Ubesvaret	1	2	1	1	2	1
Total	65	100	53	100	118	100

Kilde: CTI-skemaer.

Som tidligere beskrevet er borgerne i undersøgelsen vurderet med voksenudredningsmetoden (VUM). Borgernes fordeling på de tre kategorier B, C og D i VUM fremgår af tabel 5.9. Hovedparten af borgerne i både CTI-gruppen (52 pct.) og kontrolgruppen (58 pct.) er vurderet til kategorien C, hvilket betyder, at borgeren har moderate problemer med mindst ét af følgende områder: praktiske opgaver i hjemmet, egenomsorg, kommunikation, mobilitet, samfundsliv, socialt liv eller sundhed.

TABEL 5.9

Vurdering af borgere på baggrund af Voksenudredningsmetoden (VUM) (n = 118). Antal og procent.

VUM	CTI		Kontrol		Total	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
B = Let problem	2	3	5	10	7	6
C = Moderat problem	34	52	31	58	65	55
D = Svært problem	9	14	8	15	17	14
Manglende oplysning*	20	31	9	17	29	25
Total	65	100	53	100	118	100

Anm.: \*Vurdering med VUM er ikke modtaget for 25 pct. af borgerne.

Kilde: CTI-skemaer.

## OPSAMLING

Ovenstående beskrivelse af datagrundlaget samt karakteristika på relevante baggrundsvariable for CTI- og kontrolgruppe viser, at den kommende analyses resultater skal tolkes med forsigtighed. Der er to primære årsager hertil:

1. Den indsamlede stikprøve er på nuværende tidspunkt af begrænset størrelse – derved kan det ikke udelukkes, at eventuelle effekter, som umiddelbart kan tilskrives CTI-indsatsen, skyldes tilfældig variation i udtrækket af borgere.

2. Den skæve fordeling på køns- og aldersvariablen imellem CTI- og kontrolgruppen gør direkte sammenligninger af udviklingen for de to grupper problematiske og taler for, at der i analysedelen bør kontrolleres for netop disse to variable.

På trods af disse to udfordringer er det stadig nyttigt at sammenligne de to grupper. Da datagrundlaget ikke er muligt at udvide/ændre på nuværende tidspunkt, vil analyserne i det kommende kapitel primært være af deskriptiv karakter. På grund af den nuværende stikprøves begrænsede størrelse venter vi med at kontrollere for baggrundsvariable mellem de to grupper, indtil den endelige evaluering skal skrives. Der forventes at være en større stikprøve tilgængelig for den endelige evaluering, og selv tilføjelser af få borgere i de enkelte grupper kan have betydning for validiteten af multivariate analyser. Da der stadig er borgeroptag og forløb i gang, som endnu ikke er registrerede, er det derfor fornuftigt at vente med disse analyser.

## BORGERNES UDVIKLING

I dette kapitel beskrives udviklingen for borgere, der har deltaget i et CTI-forløb, og deres udvikling sammenlignes med udviklingen for kontrolgruppen. Borgernes udvikling i deres mentale trivsel (målt på måleredskabet (S)WEMWBS), deres funktionsniveau (målt på Sheehan Disability Scale), boligsituation og genindlæggelser præsenteres. I beskrivelserne indgår målinger fra opstart til afslutning 9 måneder senere. Der er også foretaget opfølgende målinger ved 18 måneder efter opstart, men datagrundlaget fra disse målinger er på nuværende tidspunkt for småt til, at det kan anvendes i dette notat. I den endelige evaluering af projektet vil målingerne fra 18 måneder efter forløbets start blive inddraget.

### BORGERNES MENTALE TRIVSEL

Borgernes mentale trivsel registreres med måleredskabet (S)WEMWBS<sup>7</sup>, der består af forskellige spørgsmål om borgernes mentale trivsel. For CTI-gruppen registreres deres mentale trivsel ved forløbets start, ved faseovergangene og ved forløbets afslutning. For kontrolgruppen registreres borgernes mentale trivsel ved opstart og efter 9 måneder.<sup>8</sup>

Udviklingen i de to gruppers trivsel fremgår af figur 6.1, hvor den primære lodrette akse viser antallet af borgere, og den sekundære lodrette akser viser gennemsnitsscoren på (S)WEMWBS. Det fremgår af figuren, at der indgår resultater fra flest borgere ved den første måling (56 personer i CTI-gruppen og 44 i kontrolgruppen), og derefter er antal-

---

7. Se kapitel 4 for beskrivelse af (S)WEMWBS.

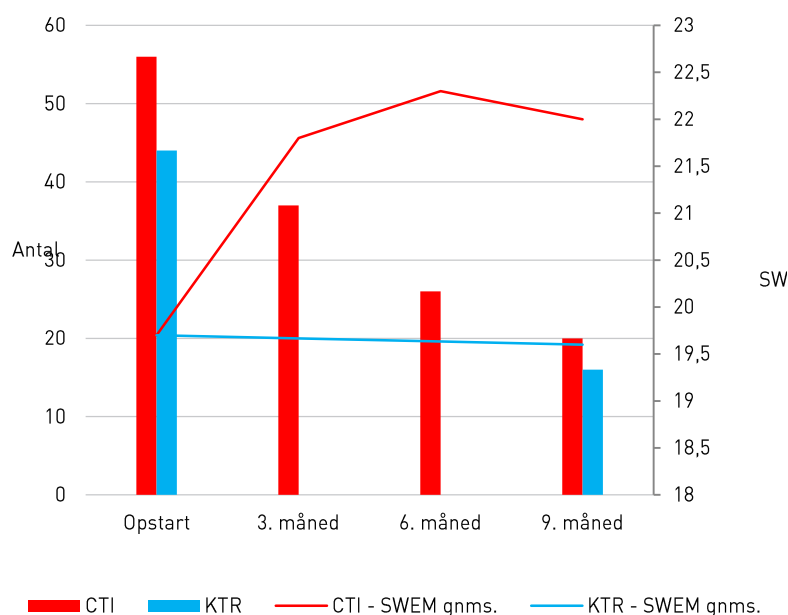
8. Der foretages også en opfølgende måling efter 18 måneder, der først medtages i den endelige evaluering.

let af borgere faldende for hver måling. Dette skyldes, at borgeroptaget sker løbende, så færre borgere er nået til 2. og 3. fase end til fase 1. Figur 5.1 viser også, at der sker en forbedring af CTI-gruppens mentale trivsel fra en gennemsnitlig score på 19,7 ved første måling til 22 ved sidste måling. Kontrolgruppens mentale trivsel er også i gennemsnit målt til 19,7 ved første måling, men er på næsten samme niveau efter 9 måneder, hvor der i gennemsnit scores 19,6. For CTI-gruppen gælder det, at der mellem første til anden måling sker den mest markante positive udvikling. Fra anden til tredje måling stiger den mentale trivsel for CTI-gruppen også, mens den falder en smule fra tredje til sidste måling.

CTI-gruppens forbedrede score i mental trivsel er i sammenligningen med kontrolgruppen på sidste målepunkt signifikant på et 5-procents-niveau. Dette resultats validitet forudsætter, at de to grupper er ens på alle andre parametre end ved den modtagne indsats. Det er interessant, at der ses en væsentlig forbedring for de borgere, der har modtaget CTI-indsatsen. Indtil der kontrolleres for baggrundsvARIABLE i den endelige evaluering, kan det dog ikke med sikkerhed konkluderes, at dele af effekten ikke kan tilskrives tilfældig variation grupperne imellem.

FIGUR 6.1

Antal af borgere for de enkelte malinger samt CTI- og kontrolgruppens gennemsnitlige scorer på SWEMWBS-redskabet.



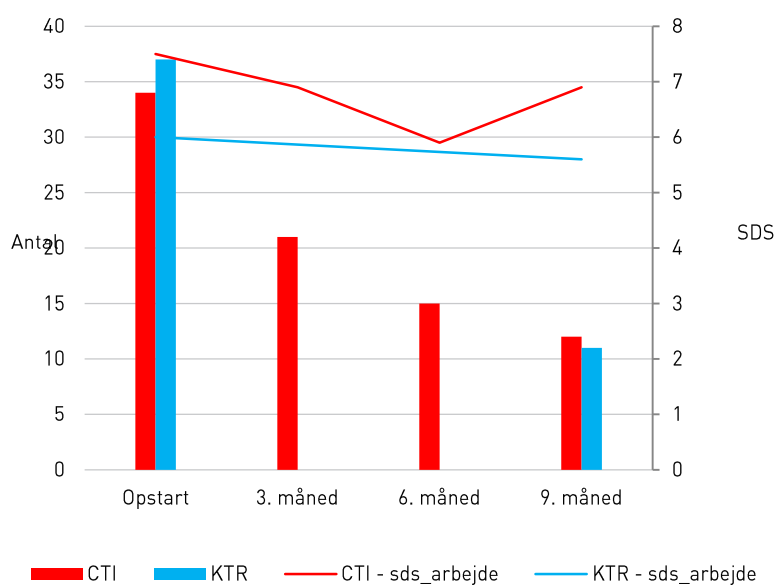
Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. SWEM gnms. repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på SWEMWBS-redskabet.  
 Kilde: Oplysninger fra CTI-skemaer.

## BORGERNES FUNKTIONSNIVEAU

Borgernes funktionsniveau registreres med redskabet Sheehan Disability Scale (SDS).<sup>9</sup> Borgernes funktionsniveau måles i forhold til tre områder: arbejde/skole, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. De tre områder rapporteres særskilt i figur 6.2, 6.3 og 6.4. Hvert område er scoret på en 10-punkts-skala, hvor nul betyder, at borgernes symptomer ikke har generet dem på dette område, og 10 betyder, at de har været ekstremt generet af symptomerne. Dermed betyder en nedgang i scoren altså en forbedring i borgerens funktionsniveau. Borgerne i CTI-gruppen er blevet målt fire gange (ved forløbets start, ved faseovergangene og ved forløbets afslutning), mens kontrolgruppen kun er målt to gange (ved start og ved afslutning 9 måneder senere).

FIGUR 6.2

Antal af borgere for de enkelte malinger samt CTI- og kontrolgruppens gennemsnitlige scorer på SDS-redskabet vedrørende "Arbejde"-



Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. sds\_arbejde repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på SDS-redskabet "Arbejde".  
Kilde: CTI-skemaer.

Gennemsnittet for borgerne i CTI-gruppen ligger højere i forhold til arbejde/uddannelse (SDS-scoren) end for kontrolgruppen ved både første og fjerde måling, hvilket fremgår af figur 6.2. Dette betyder, at borgerne i CTI-gruppen føler sig mere generede af deres symptomer i forhold til

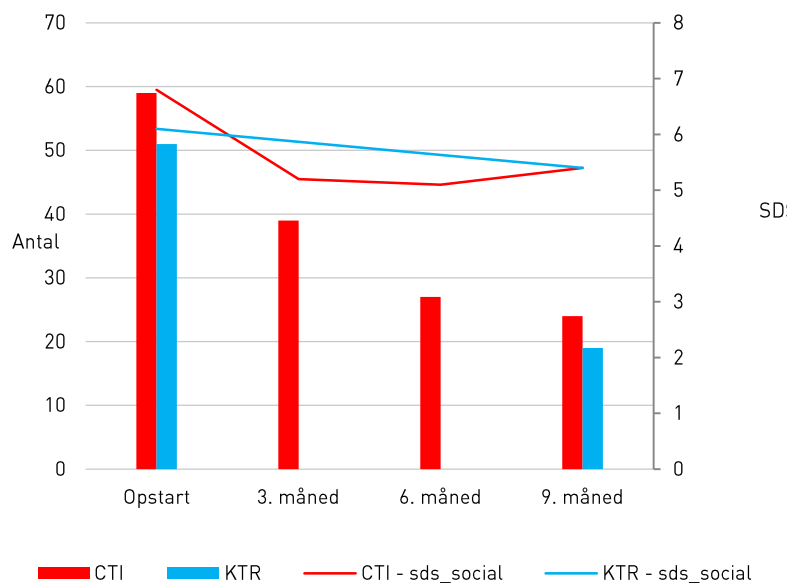
9. Se kapitel 4 for beskrivelse af Sheehan Disability Scale.

arbejde og uddannelse end borgerne i kontrolgruppen. Fra første til tredje måling sker der en positiv udvikling for CTI-gruppen, hvor den gennemsnitlige score falder fra 7,5 til 5,9 på SDS-skalaen. Frem til fjerde måling sker der dog en stigning, så den gennemsnitlige score ender på 6,9. Gennemsnittet for kontrolgruppen starter på 6 og slutter på 5,6, hvilket beskriver en lille forbedring.

Figur 6.3 viser en forbedring i borgernes funktionsniveau på området socialt liv for begge grupper. På den primære lodrette akse ses antallet af borgere i de enkelte målinger. På den sekundære lodrette akse kan scoren på SDS-redskabet socialt liv aflæses. Forbedringen er lidt større for CTI-gruppen end for kontrolgruppen. Ved fjerde måling er gennemsnittet for begge grupper 5,4 på SDS-skalaen, mens kontrolgruppen startede på 6,1, og CTI-gruppen lå på 6,8 ved første måling. For CTI-gruppen sker den største positive udvikling fra første til anden måling.

FIGUR 6.3

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



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

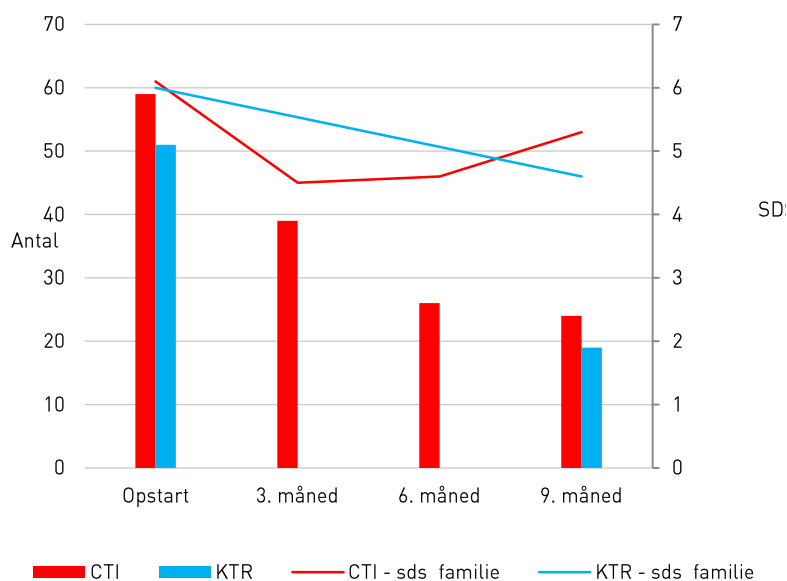
Kilde: CTI-skemaer.

Borgernes udvikling på området familieliv/hjemlige forpligtelser fremgår af figur 6.4. Figuren viser, at den største forbedring fra første til fjerde måling sker for kontrolgruppen, der flytter sig fra en gennemsnitlig score på 6 til 4,6 på de 9 måneder. For CTI-gruppen sker der en mindre positiv udvikling. Det er bemærkelsesværdigt, at der her, som i de foregående

modeller, igen er en positiv udvikling for borgerne i CTI-gruppen fra første til anden måling, mens scoren stiger svagt hen mod fjerde måling.

FIGUR 6.4

Antal af borgere for de enkelte målinger samt CTI- og kontrolgruppens gennemsnitlige scorer på SDS-redskabet vedrørende "Familie".



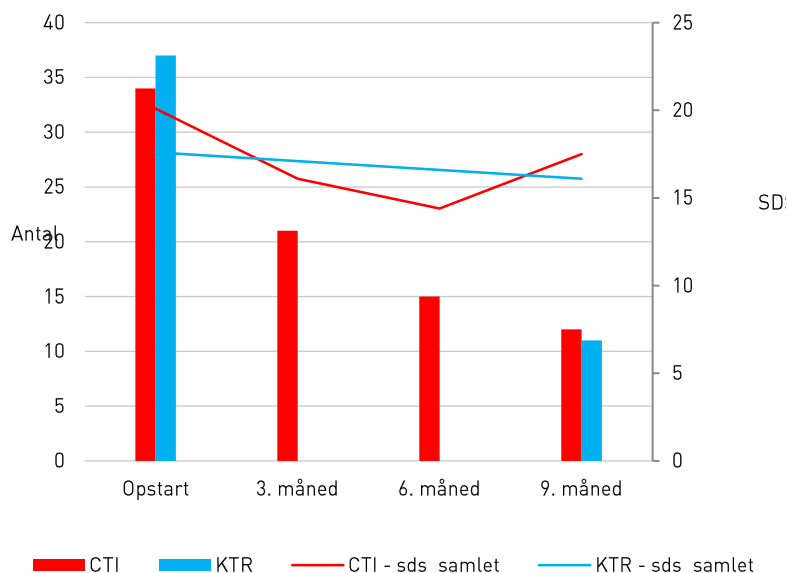
Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. sds\_familie repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på SDS-redskabet "Familie".

Kilde: CTI-skemaer.

Figur 6.5 viser det samlede gennemsnit for borgernes udvikling på de tre livsområder: arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. Den primære lodrette akse viser antallet af borgere i den enkelte gruppe, og den sekundære lodrette akse viser gennemsnitsscoren for de samlede SDS-redskaber. Figuren viser, at der sker en lille positiv udvikling fra første til fjerde måling for både CTI- og kontrolgruppen. Hverken ved første eller sidste måling adskiller de to grupper sig bemærkelsesværdigt fra hinanden. CTI-gruppen udvikler sig særligt positivt fra første til tredje måling, men scoren falder fra tredje til fjerde måling. Det kunne være interessant at have tredje måling fra kontrolgruppen for at kunne sammenligne udviklingen til dette tidspunkt. Dette er desværre ikke muligt, da målinger for kontrolgruppen som beskrevet kun er foretaget ved forløbets opstart og 9 måneder efter.

FIGUR 6.5

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



Anm.: CTI repræsenterer gruppen, der har fået CTI-indsatsen. KTR repræsenterer kontrolgruppen. sds\_samlet repræsenterer den enkelte gruppes gennemsnitsscore på alle SDS-redskaberne.  
Kilde: CTI-skemaer.

## RECOVERY-STJERNEN

Borgerne i CTI-gruppens udvikling er også blevet målt med Recovery-stjernen.<sup>10</sup> Borgerne i CTI-gruppen har udfyldt stjernen ved opstart og efter 3, 6 og 9 måneder. Figur 6.6 viser borgernes gennemsnitlige udvikling for hver af stjernens 10 dimensioner. En positiv udvikling ses ved en højere score. Den grønne linje illustrerer det gennemsnitlige billede for borgerne ved opstart af CTI-forløbet, mens den blå linje viser det gennemsnitlige billede for borgernes seneste udfyldte stjerne<sup>11</sup>. Som det fremgår af figuren, er der gennemsnitligt sket en positiv udvikling på 7 af dimensionerne (identitet og selvopfattelse, tillid og håb, håndtering af psykisk sundhed, fysisk sundhed og egenomsorg, livsmestring, sociale netværk og relationer), som alle slutter med en score på 7. Den største positive udvikling er sket i forhold til sociale netværk og håndtering af psykisk sygdom, der begge har flyttet sig to trin på skalaen (begge scorede i gennemsnit 5 ved opstart og 7 ved forløbets afslutning). Den positi-

10. Se kapitel 4 for beskrivelse af Recovery-stjernen.

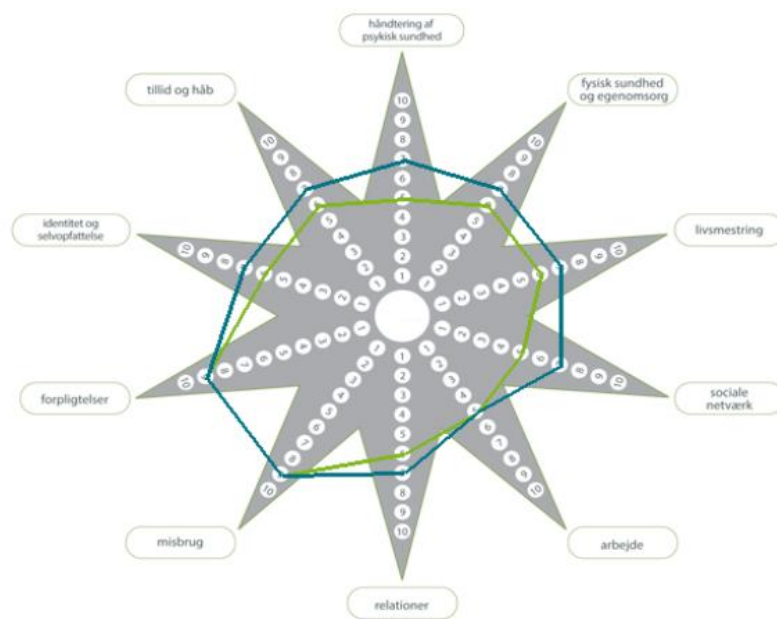
11. Den seneste stjerne kan både være ved 3, 6 og 9 måneder.



ve udvikling i sociale netværk kan være resultat af CTI-metodens øgede fokus på at inddrage borgerens netværk, så netværket kan være med til at støtte borgeren ved CTI-forløbets afslutning.

De resterende tre dimensioner (forpligtelser, misbrug og arbejde) er uforandrede fra start til afslutning af CTI-forløbet. Det skal her bemærkes, at både forpligtelser og misbrug scorer 9 fra start, hvilket indikerer, at borgerne ikke oplever store vanskeligheder på disse områder, og det er som beskrevet op til borgerne selv at udvælge de dimensioner, der skal fokuseres på i forløbet. Dimensionen arbejde scores dog til 5 både ved start og slut og er dermed den dimension, der scorer lavest ved den afsluttende måling. Ingen af dimensionerne ser ud til at være gået tilbage.

FIGUR 6.6  
Mental Health Recovery Star.



Anm.: Stjernen er konstrueret på baggrund af gennemsnitsscoren for hver af stjernens 10 dimensioner for borgere ved henholdsvis opstart (N = 67) og ved afslutning (N = 44). Der er afrundet til hele point. Den grønne linje indikerer borgernes opstart, den blå linje indikerer borgernes seneste måling.

Kilde: Oplysninger fra Star Online.

## OPSAMLING

Analysen i dette kapitel viser, at borgernes mentale trivsel udvikler sig forskelligt, når vi sammenligner borgerne, der modtager en CTI-indsats, med borgerne i kontrolgruppen. I CTI-gruppen oplever borgerne gennemsnitligt set øget mental trivsel, mens borgerne i kontrolgruppen ligger på samme niveau efter 9 måneder som ved bostøttens opstart.

Borgernes funktionsniveau, målt på de tre livsområder: arbejde/uddannelse, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. Resultaterne viser, at der sker en lille positiv udvikling for både CTI- og kontrolgruppen. Hverken ved første eller sidste måling adskiller de to grupper sig bemærkelsesværdigt fra hinanden. CTI-gruppen udvikler sig dog særligt positivt i de første 6 måneder af CTI-forløbet.

Resultaterne fra Recovery-stjernen viser en gennemsnitlig fremgang for CTI-gruppen på 7 ud af de 10 dimensioner af borgernes liv i løbet af indsatsen på 9 måneder. Især dimensionerne sociale netværk og håndtering af psykisk sygdom er forbedrede ved forløbets afslutning. De resterende tre områder scores til samme niveau ved start og afslutning, og ingen af dimensionerne har således udviklet sig negativt.

## ØKONOMI I INDSATSEN

I dette kapitel ser vi nærmere på omkostningerne forbundet med henholdsvis CTI-forløb og § 85 bostøtteforløb i kontrolgruppen. Vi beskriver dels etableringsomkostninger i forhold til at iværksætte CTI-indsatsen i forsøgskommunerne, dels driftsomkostninger, som sammenlignes for de to grupper.

### ØKONOMISK ANALYSE

Den økonomiske analyse af CTI-indsatsen bygger på to tilgange; en, som anvender de kommunale regnskaber som udgangspunkt, og en, som benytter den registrering, der foretages om økonomien i evalueringen. Dette statusnotat baserer sig kun på den sidste af disse tilgange. Den økonomiske analyses perspektiv er offentligt, idet hver af de fem forsøgskommuner opgør deres udgifter og de regionale udgifter til metodeforløbene. Der skelnes mellem etableringsomkostninger og driftsomkostninger.

### ETABLERINGSOMKOSTNINGER

Etableringsomkostninger er alle de omkostninger, der kun vil være der, når en kommune begynder at tage CTI-metoden i brug, mens omkostningerne ikke vil være der, når metoden er igangsat. Etableringsomkostningerne omfatter materialer, forplejning, mødelokaler og transport, uddannelse af medarbejdere samt løn til de projektledere og medarbejdere, der har været beskæftiget med at få etableret projektet. Kommunerne har selv valgt, hvor mange medarbejdere, de har ønsket at uddanne til projektet. Projektkommunernes omkostninger ved at etablere projektet er blevet registreret på et særligt skema ved forsøgets start.

Etableringsskemaer er udfyldt for alle fem forsøgskommuner. De viser, at etableringsomkostningerne i de fem kommuner i hele hundreder har været 53.600 kr., 74.900 kr., 100.700 kr., 127.100 kr. og 289.400 kr. Gennemsnittet for de fem kommuner var på 129.100 kr. Kommunernes nettoudgift pr indbygger er 0,49 kr., 0,62 kr., 1,54 kr., 2,06 kr. og 3,43 kr. Nettoudgiften pr. indbygger er mindre i de to største kommuner end i de tre mindste. Dette er interessant, da man kunne forvente, at de største kommuner, med den potentielt største målgruppe for projektet, ville udanne og aflønne flest medarbejdere. Der kan dog ikke påvises en positiv sammenhæng mellem kommunens størrelse (målt i antal af indbyggere) og etableringsomkostningen, gennemsnit for bruttoetableringsomkostningen pr. kommune, hvor udgifter til evaluering var medregnet, blev på 181.600 kr.

#### DRIFTSOMKOSTNINGER

Driftsomkostninger er de omkostninger, der er nødvendige for at yde CTI-indsatsen til personer, enten det er første gang, det sker i kommunen, eller man har gjort det før. Som beskrevet er SFI's evaluering designet således, at der er en forsøgsgruppe og en kontrolgruppe, og fordelingen mellem de to grupper er sket gennem en randomisering, der foretages, så snart en person er i målgruppen for evalueringen. I analysen af økonomien udnytter vi kontrolgruppen på den måde, at omkostningerne ved et forløb på 9 måneder sammenlignes mellem CTI-gruppe og kontrolgruppe. Registreringen omfatter derfor også et skema til registrering af omkostninger i forbindelse med kontrolgruppens forløb. Driftsskemaerne bliver opdateret løbende, mens projektet foregår, og der bliver indsendt kopi til SFI hver tredje måned. De sidst indkomne skemaer er fra november 2016.<sup>12</sup>

Driftsskemaerne omfatter udgifter til CTI-indsats for CTI-gruppen og udgifter til § 85 bostøtte for kontrolgruppen. Omkostningerne er opgjort uge for uge i de 39 uger, som et CTI-forløb almindeligvis varer, og for nogle forløb et par uger mere i tilfælde, hvor det er vurderet nødvendigt i en kommune. Dernæst omfatter de udgifterne til en række kommunale udgifter i de samme 9 måneder, hjemmehjælp, § 101 merudgiftsydelse, § 103 beskyttet beskæftigelse, alle opgjort for 3-måneders perioder, samt til akut overnatning på botilbud opgjort samlet for de 9 måneder. Endelig omfatter driftsskemaerne udgifterne til behandling i psykiatrien, enten det er som døgnpatient, dagpatient eller ambulat behandling i de 9 måneder. Skemaerne omfatter endvidere udgifterne for det første år herefter, men perioden ud over de første 9 måneder vil ikke blive opgjort her i statusnotatet.

---

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

For driftsskemaerne har vi til dette statusnotat opgjort udgifterne for de første 9 måneder for alle forløb, der er startet for mere end 9 måneder siden. Derimod har vi ikke set på udgifter for den efterfølgende periode. Idet formålet med CTI-indsatsen er at give en intensiv indsats i 9 måneder, således at der er behov for en mindre indsats, end der ellers ville være i den efterfølgende tid, skulle man forvente, at indsatsen i de første 9 måneder er større i CTI-gruppen end i kontrolgruppen.

Tabel 7.1 angiver antallet af CTI-forløb og § 85 bostøtteforløb for kontrolgruppen i de fem forsøgskommuner, som har været mindst 9 måneder. De to nederste rækker viser de fem kommuneres gennemsnitlige udgift for CTI- og kontrolgruppe de 9 måneder.

TABEL 7.1

Antallet af CTI-forløb og § 85 bostøtteforløb samt gennemsnitlig udgift. Antal og kroner.

	Kommune					I alt
	1	2	3	4	5	
Antal CTI-forløb	2	9	5	8	7	31
Antal kontrolforløb	0	7	6	9	3	25
Middel udgift for CTI	43.055	49.339	68.543	45.926	43.648	49.865
Middel udgift for kontrol	-	37.400	34.618	37.126	51.975	38.383

Kilde: Driftsskemaerne.

Som det fremgår af tabellen, har CTI-forløbene som ventet betydet en mere omkostningsfuld indsats for de første 9 måneder. Alt i alt har den gennemsnitlige udgift for de 9 måneders CTI-indsatser været knap 50.000 kr., mens den gennemsnitlige udgift for de tilsvarende 9 måneder for kontrolforløbene har været godt 38.000 kr. Der er en betydelig variation i udgifterne til såvel CTI- som kontrolforløb, som primært skyldes, at udgifter til indlæggelser gør enkelte af forløbene langt dyrere end det almindelige niveau. Disse indlæggelser er af meget forskellig længde og forekommer lige ofte i CTI- og kontrolforløb.



# FORSØGSKOMMUNERNE ERFARINGER MED CTI- METODEN

SFI har siden projektets opstart afholdt halvårslige tilbageløbsseminarer med ledere og CTI-medarbejdere fra forsøgskommunerne. Tilbageløbsseminarerne har haft til formål at give kommunerne en løbende status på projektet, afklare eventuelle tvivlsspørgsmål i forhold til CTI-metoden og evalueringen, vidensdeling mellem projektkommunerne og kvalitative perspektiver på erfaringer med CTI-metoden og projektets målgruppe. De kvalitative erfaringer er indhentet via fokusgruppeinterview med ledere og CTI-medarbejdere. I dette kapitel præsenteres ledere og medarbejders erfaringer og refleksioner fra deres arbejde med CTI-metoden og målgruppen.

## OPLEVEDE FORDELE VED CTI-METODEN FREM FOR § 85 BOSTØTTE

CTI-medarbejderne fremhæver forskellige fordele ved CTI-metoden. Flere giver udtryk for, at det intensive støtteniveau i første fase giver mulighed for fleksibilitet i arbejdet med borgeren. Hvis borgeren fx melder afbud til en aftale, kan medarbejderen tilbyde at komme senere på dagen eller dagen efter og ikke først i den kommende uge eller 14 dage senere. Ifølge flere af medarbejderne giver den intensive støtte i første fase mulighed for at være vedholdende og opsøgende, og derved øges chancen for at opbygge en relation til borgeren på relativt kort tid. Den intensive støtte i starten af et forløb kan ifølge medarbejderne også være medvirkende til, at nogle presserende problemer kan løses hurtigt sammen med borgeren, hvilket giver ro og overskud til at arbejde med andre problemstillinger i forløbet.

Der er desuden en oplevelse blandt medarbejderne af, at den tidsafgrænsede indsats gør borgerne mere målrettede. Derudover opleves borgerne mere engagerede, fordi de selv er med til at formulere målene for deres indsats.

Recovery-stjernen er ikke som udgangspunkt knyttet til CTI-metoden, men som beskrevet benyttes Recovery-stjernen i denne undersøgelse som dokumentationsredskab. Flere medarbejdere oplever stjernen som et brugbart redskab, der er med til at gøre udviklingen synlig for borgeren selv, hvilket også kan virke motiverende. Det er desuden medarbejdernes oplevelse, at stjernen skærper deres opmærksomhed på at komme hele vejen rundt om borgerens liv, og flere medarbejdere oplever Recovery-stjernen som et værdifuldt redskab til at dokumentere deres arbejde.

## OPLEVEDE UDFORDRINGER VED CTI-METODEN

Nogle CTI-medarbejdere giver udtryk for, at borgeren kan opleve fremskridt, der ikke altid kan måles med Recovery-stjernen. Nogle borgere udvikler sig eksempelvis på den måde, at de bliver mere realistiske i forhold til deres egne problematikker/udfordringer og opnår en større grad af selverkendelse. Denne erkendelse af omfanget af egne udfordringer kan resultere i en tilbagegang på stjernen, men må betragtes som et egentligt fremskridt hos den enkelte borger. På den måde kan en tilbagegang på stjernen rent faktisk betyde, at borgeren er kommet længere, ved at han/hun har erkendt sine udfordringer på nogle områder.

Faseopdelingen, som indebærer, at der tilbydes mest støtte i første fase og derefter mindre i anden og tredje fase, opleves som udfordrende, hvis borgeren pludselig får brug for ekstra støtte i tredje fase. Det påpeges, at borgernes liv svinger meget pga. deres psykiske lidelser, og at det derfor er svært at skulle yde den fastlagte støtte i de tre faser. Én CTI-medarbejder oplever, at metoden ikke giver borgeren plads til tilbagefald, fordi man er nødt til at fortsætte nedtrapningen af støtten, som metoden foreskriver. Det påpeges også, at nogle af de timer, der er fastlagt til første fase, kan være bedre givet ud i anden fase, fordi noget af første fase bruges til kontaktskabelse og relationsopbygning. Nogle borgere er derfor først klar til at modtage den intensive støtte i anden fase. Endelig påpeges der en udfordring ved, at nogle borgere ikke ønsker eller ikke er i stand til at modtage den massive støtte i fase 1. Disse borgere kan til gengæld få behov for mere støtte senere i forløbet, hvor metoden foreskriver, at støtten skal nedtrappes.



## REFLEKSIONER OVER MÅLGRUPPEN FOR CTI-INDSATSEN

CTI-medarbejderne fortæller, at CTI-metoden har flere fordele, men at de oplever, at metoden ikke er lige egnet til alle målgrupper. Flere medarbejdere har den opfattelse, at nogle borgere kan være udfordrende at arbejde med i et CTI-forløb. Det drejer sig især om borgere, der har svært ved at holde fokus, og som har en meget svingende sindsstemning og en ustabil hverdag. Det kan betyde, at der opstår akutte udfordringer, som ligger uden for det valgte fokusområde, og at indsatsen derfor bliver mindre målrettet og først og fremmest må koncentreres om at løse "*dagens krise*". Desuden oplever medarbejderne, at nogle borgere kan have svært ved at rumme de skiftende relationer fra én bostøtte før indlæggelse til en CTI-medarbejder og så evt. til en ny bostøtte efter CTI-forløbets afslutning.

Flere kommuner fortæller om gode erfaringer med CTI-forløb til borgere, der visiteres til bostøtte for første gang. Disse borgere virker til at profitere godt af det afgrænsede, målrettede forløb. Der gives eksempler på borgere, som er startet i uddannelse eller vendt tilbage til job efter et vellykket CTI-forløb, og som i øvrigt klarer sig uden støtte i hverdagen.



## LITTERATUR

- Baumgartner, J.N. & D.B. Herman (2012): "Community Integration of Formerly Homeless Men and Women With Severe Mental Illness After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 63(5), s. 435-437
- Herman, D.B. & J.M. Mandiberg (2010): "Critical Time Intervention Model Description and Implications for the Significance of Timing in Social Work Interventions". *Research on Social Work Practice*, 20(5), s. 502-508.
- Herman, D.B., S. Conover, P. Gorroochurn, K. Hinterland, L. Hoepner & E. Susser (2011): "Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness After Hospital Discharge". *Psychiatric Services* 62(7), s. 713-719.
- Socialstyrelsen (2013): "*Critical Time Intervention (CTI) Manual*". København: Socialstyrelsen.
- Tomita, A. & D.B. Herman (2012): "The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 63(9), s. 935-937.