

Overgangs- og peer-støtte til udsatte grønlændere i Danmark

Evaluering af CTI-indsats og frivillig støtte i tre kommuner



Lars Benjaminsen

*Overgangs- og peer-støtte til udsatte grønlandere i Danmark
– Evaluering af CTI-indsats og frivillig støtte i tre kommuner*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-853-9

Arkivfoto: Ole Bo Jensen/VIVE

Projekt: 100775

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport præsenterer en evaluering af indsatsen ”Overgangs- og peer-støtte til udsatte grønlandere i Danmark”, der er igangsat i tre kommuner – Odense, Vejle og Aarhus – som led i udmøntningen af satspuljen 2017. Indsatsen er forløbet i perioden december 2017 til december 2020.

I projektet er indsatsmetoden Critical Time Intervention (CTI) afprøvet til målgruppen af udsatte grønlandere i Danmark. Dermed udgør projektet en afprøvning af CTI-metoden til endnu en specifik målgruppe, idet CTI-metoden tidligere har været afprøvet med gode resultater til andre målgrupper som borgere i hjemløshed, borgere i socialpsykiatrien, borgere på kvindekrisecentre og borgere, der sælger seksuelle ydelser. Med brugen af CTI-metoden til udsatte grønlandere er det primære fokus at understøtte borgernes kontakt med og brug af det øvrige velfærdssystem, hvilket ofte er en stor udfordring for borgere med grønlandsk baggrund. I projektet kombineres CTI-metoden med frivillig støtte, der særligt har til formål at komplementere CTI-indsatsen med et socialt element, der tager hensyn til de sproglige og kulturelle behov i målgruppen.

Vi retter en tak til projektledere og medarbejdere i de tre kommuner og til de øvrige aktører, der har medvirket i de kvalitative interview til evalueringen. Vi retter også en særlig tak til de borgere og frivillige, der er interviewet som led i evalueringen. Vi takker også to eksterne referees for kommentarer til rapporten.

Oxford Research har i samarbejde med VIVE stået for udviklingen af et dokumentationssystem, der er anvendt til at dokumentere indsatsen i de tre kommuner.

Evalueringen af indsatsen er udført for Socialstyrelsen. Evalueringen er foretaget af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd og gennemført af seniorforsker Lars Benjaminsen.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social

2021

Indhold

Sammenfatning	6
1 Indledning og baggrund	15
1.1 Baggrund for indsatsen	15
1.2 Evalueringens fokus og rapportens struktur	16
2 Metode og datagrundlag	18
2.1 Borgerspørgeskema, medarbejderspørgeskema og fidelitetskema	18
2.2 Kvalitative interview	21
3 Indsatsmodellen	22
3.1 CTI-metoden	22
3.2 Frivillig/peer-støtten	23
3.3 Organisering og implementering af indsatsen i de tre kommuner	24
4 Profil af de deltagende borgere	28
4.1 Køn og alder	28
4.2 Varighed af ophold i Danmark	29
4.3 Helbred og misbrug	30
4.4 Trivsel og mestring	31
4.5 Beskæftigelse og forsørgelse	33
4.6 Boligsituation og hjemløshed	34
4.7 Socialt netværk og familiesituation	35
4.8 Sproglige og kulturelle barrierer	36
5 CTI-indsatsen	38
5.1 Igangsatte og gennemførte CTI-forløb	38
5.2 Fidelitetsmål for CTI-indsatsen	39
5.3 Rekruttering og visitation	41
5.4 CTI-støttens udformning og faser	42
5.5 CTI-støttens indhold	44
5.6 Brobygning til øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser	45
5.7 § 141-handleplan	49
5.8 Støttenetværk og tilbud efter afslutning af CTI-forløb	50
6 Peer-støtten	53
6.1 Fra peer-støtte til frivillig støtte	53
6.2 Status for antal frivillig/peer-forløb	54
6.3 Erfaringer med organiseringen af frivillig/peer-støtten	55
6.4 Borgerne og de frivilliges erfaringer med frivillig/peer-forløbene	57
7 Resultater for borgerne	59
7.1 Helbred og trivsel	60
7.2 Misbrug	60

7.3	Trivsel og mestring i hverdagen.....	61
7.4	Beskæftigelse	64
7.5	Deltagelse i sociale aktiviteter	67
7.6	Boligsituation.....	68
7.7	Målopnåelse i CTI-forløbet	69
7.8	Opfølgning 18 måneder efter opstarten.....	70
7.9	Borgernes oplevelser af indsatsens resultater	72
8	Omkostningsvurdering	74
8.1	Omkostninger ved CTI-indsatsen	74
8.2	Basisalternativ og følsomhedsberegning.....	77
8.3	Fordeling på omkostningstyper.....	79
8.4	Samlet omkostningsvurdering af CTI-indsatsen.....	80
8.5	Omkostninger til frivillig/peer-støtten	81
	Litteratur.....	83
Bilag 1	Bilagstabeller	84
Bilag 2	Medarbejderspørgeskemaer	85
Bilag 3	Borgerspørgeskema	135
Bilag 4	Opfølgningsspørgeskema til borgeren	145
Bilag 5	Fidelitetsskema.....	152

Sammenfatning

Denne rapport præsenterer en evaluering af indsatsen *Overgangs- og peer-støtte til udsatte grønlandere i Danmark*, der er igangsat i tre kommuner – Odense, Vejle og Aarhus – som led i udmøntningen af satspuljen 2017. Indsatsperioden er forløbet fra december 2017 til og med december 2020. Projektet er et modnings- og afprøvningsprojekt, hvor der er udviklet og afprøvet en indsats baseret på to kerneelementer – støtte ud fra CTI-metoden (Critical Time Intervention) og frivillig/peer-støtte – som er tilbudt til en målgruppe af udsatte borgere med grønlandsk baggrund i de tre kommuner.

Evalueringens formål

Evalueringen afdækker indsatsens resultater og erfaringer med brugen af CTI-metoden og frivillig/peer-støtte og med implementeringen af disse indsatser. I evalueringsrapporten tegnes en profil af de borgere, der har deltaget i indsatsen, og antallet af opstartede og gennemførte CTI-forløb og forløb med frivillig/peer-støtte. Rapporten belyser også erfaringer med indsatsens organisering, udformning, gennemførelse og økonomi. I evalueringen afdækkes også indsatsens resultater for de borgere, der har gennemført et fuldt CTI-forløb, hvor der ses på udviklingen i borgernes trivsel, helbred og sociale situation, før og efter at de har deltaget i indsatsen. Der er tidligere foretaget en midtvejsevaluering af indsatsen, som udkom i 2019. Indeværende rapport udgør projektets slutevaluering.

Evalueringens datagrundlag

Evalueringen er baseret på både kvantitative og kvalitative data. Der er indsamlet spørgeskemabesvarelser fra både borgere og medarbejdere. Ved opstarten af et CTI-forløb, ved de to faseovergange i CTI-forløbet samt ved afslutningen af CTI-forløbet besvarer borgerne et spørgeskema, der belyser deres trivsel, helbred og øvrige livssituation undervejs gennem forløbet. På samme tidspunkter undervejs gennem CTI-forløbet besvarer medarbejderne spørgeskemaer om hver enkelt borger. Endvidere foretager projektlederen sammen med CTI-medarbejderne hvert halve år en selvurdering af indsatsens fidelitet, det vil sige, om indsatsen gennemføres i overensstemmelse med metodebeskrivelsen for CTI-metoden.

I forbindelse med evalueringen er der endvidere foretaget to interviewrunder i hver af de tre kommuner, hvor der er foretaget kvalitative interview med borgere og medarbejdere og øvrige aktører, der har været involveret i indsatsen. Den første interviewrunde blev foretaget ved et case-besøg i kommunerne i efteråret 2019. Den anden interviewrunde er foretaget i efteråret 2020, hvor interview med medarbejdere og øvrige nøgleaktører pga. situationen med covid-19 er foretaget som video- eller telefoninterview, mens borgerinterviewene på nær et enkelt interview blev foretaget som fremmødeinterview. Desuden er der løbende gennem projektperioden foretaget kvalitative interview med projektmedarbejderne i forbindelse med halvårlige besøg i hver kommune.

Der indgår i evalueringen endvidere en omkostningsanalyse af indsatsen, og i den forbindelse, er der blevet indsamlet oplysninger om indsatsens omkostninger fra de tre kommuner.

Indsatsmodellens kernelementer

Overgangsstøtten til udsatte grønlandere er baseret på metoden Critical Time Intervention (CTI), der generelt er henvendt til personer, der står over for en kritisk overgangsfase, hvor de har behov for særlig støtte for at gennemføre overgangen. For målgruppen af udsatte grønlandere i Danmark består den kritiske overgang i at kunne benytte de støttetilbud, der er til rådighed i det danske velfærdssystem og i civilsamfundet. Et CTI-forløb har en varighed af 9 måneder, der er opdelt på tre faser af hver 3 måneders varighed.

I en CTI-indsats tilknyttes en borger en CTI-medarbejder, der yder social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen og samtidig understøtter brobygningen i forhold til borgerens brug af øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser. CTI-medarbejderen varetager dermed en koordinerende rolle i borgerens forløb.

I projektet kombineres CTI-indsatsen med støtte fra frivillige støttepersoner. Denne støtte skal særligt bidrage med en sproglig og kulturel dimension i indsatsen ved, at borgeren får mulighed for at deltage i sociale aktiviteter sammen med den frivillige støtteperson. Kombinationen af CTI-støtten og den frivillige støtte skal dermed give mulighed for at imødegå de sproglige og kulturelle barrierer, som de udsatte grønlandere ofte oplever i mødet med det danske samfund og det danske velfærdssystem. I udgangspunktet var dette indsatsselement defineret som peer-støtte, det vil sige støtte fra borgere med grønlandsk baggrund, der fx selv havde overvundet en livskrise. Erfaringerne fra den første del af indsatsperioden viste dog, at det var vanskeligt at rekruttere peer-støtter til indsatsen, og denne del af indsatsen blev derfor omdefineret til at være baseret på frivillig støtte fra personer med grønlandsk baggrund eller personer med dansk baggrund med kendskab til grønlandsk kultur. Samtidig blev der åbnet op for, at de frivillige støttepersoner ikke nødvendigvis selv har egen udsathedserfaring. Der er dog enkelte af de frivillige støtter, der har haft egen udsathedserfaring, og vi benytter derfor i rapporten betegnelsen frivillig/peer-støtte om dette indsatsselement.

Indsatsens organisering

I alle tre kommuner står en kommunal projektleder for gennemførelsen af projektet, mens CTI-indsatsen udføres af en eller flere CTI-medarbejdere i hver kommune. Det har været en generel erfaring i projektet, at det fungerer bedst, når der er mindst to CTI-medarbejdere om at udføre indsatsen, således at der opnås tilstrækkelig fleksibilitet i forhold til at kombinere aktiviteter omkring rekruttering og aktørsamarbejde med opstart af borgere i indsatsen, hvor der særligt i starten af et CTI-forløb kan være behov for en intensiv kontakt mellem borgeren og CTI-medarbejderen. Når der er mindst to CTI-medarbejdere, giver det også mulighed for sparring med hinanden og for at dække hinanden ind under ferie og sygdom. Samtidig har det været erfaringen, at det fungerer bedst, når CTI-medarbejderne udelukkende udfører CTI-forløb og ikke kombinerer udførelsen af CTI-forløb med almindelige bostøtteforløb ved siden af. I sidstnævnte tilfælde reduceres den mulighed for fleksibilitet, der er en forudsætning for indsatsen, eller det udfordrer – hvis fleksibiliteten i CTI-indsatsen opretholdes – udførelsen af de øvrige bostøtteforløb, som medarbejderen har, fx med behov for aflysning af aftaler.

Et vigtigt element i CTI-indsatsen har endvidere været, at der i hver kommune har været mindst én grønlandsktalende CTI-medarbejder. Det har givet mulighed for at overvinde både kulturelle og sproglige barrierer, der følger af, at cirka halvdelen af borgerne i indsatsen enten slet ikke eller i begrænset grad taler dansk, ligesom der generelt er væsentlige forskelle på den måde

henholdsvis det danske og grønlandske samfund fungerer på. De grønlandsksprogede medarbejdere har i særdeleshed bidraget til at kunne møde borgerne i deres egen kultur og til en skærpet forståelse for de kulturelle forskelle og barrierer, der også er en del af mødet med det danske samfund og det danske velfærdssystem.

I hver af de tre kommuner har der også indgået en peer-kordinator, der har haft til opgave at understøtte rekrutteringen af frivillige/peer-støtter og at facilitere igangsættelsen af disse forløb ved at understøtte frivillig/peer-støtten og kontakten mellem frivillig/peer-støtten og borgeren undervejs i forløbet. Peer-kordinatorerne har været ansat i Det Grønlandske Hus i henholdsvis Aarhus og Odense. I Aarhus og Odense varetages peer-kordinatorfunktionen af én medarbejder, mens den i Vejle er opdelt på to personer, der hver har været normeret til kvart tid i funktionen. Peer-kordinatorerne i Vejle er ansat i regi af det Det Grønlandske Hus i Odense.

Profil af borgerne i indsatsen

Der er i alt 117 borgere, der er startet i et CTI-forløb i projektperioden. Af dem er 64 % kvinder og 36 % mænd. Der er en overvægt af midaldrende blandt borgerne i indsatsen. Der er 24 % mellem 18 og 29 år, 38 % mellem 30 og 49 år og 39 % på 50 år og derover.

Der er 21 % af borgerne, der har været i Danmark i under 2 år, mens der omvendt er 34 %, der har været i Danmark i mindst 10 år. Der er flere yngre og nytilkomne blandt borgerne i Vejle, mens der i Odense er både nytilkomne og nogle, der har været i Danmark i lang tid. I Aarhus har hovedparten af borgerne i indsatsen haft langvarigt ophold i Danmark. Ifølge aktørrerne på området er der en tendens til, at udsatte grønlændere, der flytter fra Grønland til Danmark, i dag i højere grad søger mod de mellemstore byer, som fx byer i Region Syddanmark, frem for til storbyerne. Det er formentlig en forklaring på, at vi ser flere nytilkomne blandt borgerne i indsatsen i Vejle.

Der er en høj andel med helbreds-mæssige problemer. Det er godt halvdelen af borgerne, der i høj grad eller nogen grad har psykiske problemer, og ligeledes cirka halvdelen, der har misbrugsproblemer. Cirka en tredjedel har fysiske helbredsproblemer. Andelen med psykiske problemer er nogenlunde lige stor i alle de tre kommuner, mens andelen med misbrugsproblemer og med fysiske helbredsproblemer er højest i Aarhus. Det afspejler, at målgruppen i Aarhus primært består af midaldrende og ældre udsatte grønlændere, der for de flestes vedkommende har været i Danmark i mange år. En del af borgerne havde ved indsatsens opstart en ustabil boligsituation eller befandt sig i en hjemløshedssituation, idet der var 21 %, der overnattede hos familie, venner eller bekendte, og 11 %, der boede på herberg eller forsorgshjem. 74 % af borgerne var hverken i beskæftigelse, uddannelse eller aktivering ved indsatsens opstart.

CTI-indsatsen – forløb og erfaringer

Af de 117 igangsatte CTI-forløb i de tre kommuner var de 26 forløb fortsat i gang primo november 2020, hvor dataudtrækket til slutevalueringen blev foretaget. Der var 91 CTI-forløb, der var afsluttet. Heraf var de 72 forløb afsluttet planmæssigt efter et fuldt CTI-forløb, mens 19 af forløbene var blevet afsluttet uplanlagt. De uplanlagte afslutninger skyldes fx, at det ikke længere var muligt at holde kontakten med borgeren, at borgeren flyttede til en anden kommune og dødsfald. Der er således en forholdsvis høj fastholdelsesgrad i CTI-forløbene. Der er en forskel mellem kommunerne, hvad angår antallet af igangsatte CTI-forløb, idet der er igangsat 40 forløb i Odense, 47 forløb i Vejle og 30 forløb i Aarhus. Når der er lidt færre borgere i indsatsen i

Aarhus end i de to andre kommuner, hænger det sammen med, at det har været vanskeligt at rekruttere borgere, der var i målgruppe for CTI-indsatsen. Det var erfaringen i Aarhus, at mange i gruppen af udsatte grønlandere i byen har for komplekse støttebehov til at indgå i CTI-indsatsen og typisk ville have brug for en væsentligt længerevarende og mere intensiv indsats, end hvad der er muligt i regi af CTI-indsatsen.

Det er dog ikke kun i Aarhus, at målgruppen opleves at have en betydelig kompleksitet i problematikkerne. I alle tre kommuner er der en oplevelse af, at udsathedens i målgruppen betyder, at det ikke er muligt at udføre indsatsen med CTI-indsatsens maksimale caseload på 10 borgere pr. medarbejder, men at det er nødvendigt med en lidt lavere caseload på 7-8 borgere pr. medarbejder for at kunne yde borgeren den nødvendige støtte i CTI-forløbet. Ud over kompleksiteten i støttebehovene handler det også om, at det er nødvendigt for CTI-medarbejderne at benytte en del tid på rekruttering i form af kontaktskabelse og relationsopbygning til borgerne. Det fordrer også, at CTI-medarbejderen bruger meget tid på at opbygge et samarbejde med relevante aktører og samarbejdsparter både med henblik på at udbrede kendskab til indsatsen og rekruttering af borgere, samtidig med at aktørnetværket er helt centralt for den videre understøttelse og koordinering af borgerens forløb.

Ud fra medarbejdernes selvvurdering udføres CTI-indsatsen med en høj fidelitet, det vil sige, at den udføres tro mod metodens udformning og principper. Der kan dog være udfordringer med at følge CTI-forløbets faser helt stringent, og særligt at aftrappe støtten undervejs i forløbet med henblik på overdragelse til det støttenetværk, som det er et af formålene med indsatsen at opbygge undervejs. Særligt for borgere med en forholdsvis høj kompleksitet i udsathedens er der ofte behov for en mere vedvarende støtte, og der vil ofte være behov for at henvise disse borgere til et videre bostøtteforløb efter servicelovens § 85 efter CTI-indsatsen. Det kan dog i disse forløb være en udfordring at nedtrappe intensiteten af CTI-støtten undervejs i forløbet, idet borgeren almindeligvis først starter i § 85-bostøtte efter CTI-forløbet, da det ikke er meningsfuldt og hensigtsmæssigt at have to sideløbende støtteforløb. For disse borgere er der i nogle tilfælde foretaget en afslutning af CTI-forløbet tidligere end efter 9 måneder og en visitation til § 85-bostøtte. I den sammenhæng er det dog også en udfordring, at den almindelige § 85-bostøtte generelt ikke har samme fleksibilitet og intensitet som CTI-støtten, og der kan være udfordringer med at imødekomme borgerens støttebehov i den almindelige § 85-bostøtte, der fx typisk hurtigt afsluttes, hvis borgeren ikke er i stand til at følge et forløb og holde kontakten med bostøtten. I CTI-indsatsen er der derimod et større fokus på at opsøge borgeren ved manglende kontakt og ustabilitet. Samtidig kan der i den almindelige bostøtte også være sproglige og kulturelle barrierer for indsatsen, som det i vid udtrækning er lykkedes at overvinde i CTI-indsatsen gennem tilknytningen af de grønlandsksprogede medarbejdere i hver kommune. Projektlederne og medarbejderne vurderer generelt, at borgere med længerevarende og mere komplekse støttebehov i højere grad er målgruppe for og kunne have gavn af en ICM-indsats (Intensive Case Management), der generelt bygger på de samme principper som CTI-metoden omkring intensitet og fleksibilitet og at tage udgangspunkt i borgernes støttebehov, men som ikke rummer CTI-forløbets tidsbegrænsning.

Selvom CTI-metoden således opleves at have visse begrænsninger for borgere med længerevarende og komplekse støttebehov, oplever medarbejderne også, at der har været væsentlige fordele knyttet til det afgrænsede tidsforløb. Det gælder ikke mindst i kombinationen med CTI-metodens fokus på at arbejde med afgrænsede konkrete mål for indsatsen, hvor borgerne sammen med CTI-medarbejderen har identificeret konkrete individuelle mål, som har været i fokus i forløbet. Det kan fx være at få en bolig, få støtte og hjælp i forhold til fysiske eller psy-

kiske helbredsproblemer, ophøre med/reducere misbrug eller at deltage i aktiviteter i hverdagen. Tidsafgrænsningen er sammen med faseinddelingen ifølge medarbejderne med til at kunne holde fokus på at arbejde med de konkrete mål, og evalueringen viser, at en stor del af borgerne selv oplever, at et eller flere af de konkrete mål er blevet indfriet.

Brobygningen til det øvrige velfærdssystem er helt central i CTI-indsatsen. Det skal ses på baggrund af, at de udsatte borgere med grønlandsk baggrund ofte har svært ved at benytte og fastholde kontakten til forskellige dele af velfærdssystemet. De kvalitative interview med øvrige aktører i velfærdssystemet, der har været involveret i konkrete borgerforløb med borgere i CTI-indsatsen, indbefatter blandt andet medarbejdere i misbrugsbehandlingen, jobcentret, i familieafdelingen og i den regionale psykiatri. I alle disse forskellige typer af indsats oplever de interviewede medarbejdere, at der generelt kan være store udfordringer med at holde kontakt og få indsatsforløb til at fungere for udsatte borgere med grønlandsk baggrund. Disse interviewpersoner oplever samstemmende, at CTI-indsatsen i høj grad har været med til at facilitere og styrke disse borgerforløb og dermed bane vejen for en bedre og mere stabil indsats for borgeren i disse øvrige dele af velfærdssystemet. På den måde har CTI-indsatsen givet mulighed for en særligt individuel og specialiseret indsats, som målgruppen af udsatte borgere med grønlandsk baggrund har vanskeligt ved at få i andre dele af velfærdssystemet, og som samtidig i høj grad netop har understøttet og forbedret borgernes mulighed for at få den øvrige støtte og hjælp, de har brug for i resten af velfærdssystemet.

Frivillig/peer-støtten – forløb og erfaringer

Ifølge projektets oprindelige indsatsbeskrivelse var det som nævnt hensigten, at peer-støtterne var kendetegnede ved at have grønlandsk baggrund, samt at peer-støtterne også selv skulle have overvundet en livskrise. En væsentlig erfaring i projektets modningsfase var imidlertid, at det var nødvendigt at omdefinere peer-delen til at være en frivillig indsats, der både kan udføres af personer med grønlandsk eller dansk baggrund og af personer, der ikke selv har overvundet en livskrise. Baggrunden for denne tilpasning er, at det har været vanskeligt at rekruttere et tilstrækkeligt antal peer-støtter med grønlandsk baggrund, herunder også grønlandske borgere, der selv har overvundet en livskrise. Samtidig ønsker borgerne i indsatsen ikke nødvendigvis altid en frivillig/peer-støtte med grønlandsk baggrund. I den forbindelse spiller det ind, at det grønlandske miljø i byerne er forholdsvis lille, og at en del af borgerne ikke ønsker, at peer-støtten er en person, de kender i forvejen. I Odense var der allerede i forvejen i Det Grønlandske Hus opbygget en gruppe af frivillige, og det blev afsøgt, om det kunne være hensigtsmæssigt at give frivillig støtte frem for udelukkende at basere dette indsatsselement på peer-støtte, og dette blev prøvet af med positive erfaringer i enkelte forløb. På baggrund af disse erfaringer blev ændringen af peer-støtten til frivillig støtte besluttet i projektet ved overgangen fra modnings- til afprøvningsfasen. Efter at peer-støtten blev omdefinert til også at kunne varetages af frivillige med dansk eller grønlandsk baggrund uden egen udsathedserfaring, begyndte der efterhånden at komme flere frivillig/peer-støtteforløb i gang.

Alt i alt er der igangsat 29 forløb med frivillig/peer-støtte. Det svarer til 25 % af de borgere, der startet i et CTI-forløb. Der er dog nogle af forløbene, der er blevet afsluttet igen kort tid efter igangsættelsen, og hvor man således ikke kan tale om et egentligt forløb. Af de 29 igangsatte frivillig/peer-forløb var der ved dataudtrækket til slutevalueringen 14 gennemførte forløb, og 8 forløb, der fortsat var i gang. Syv forløb var blevet afbrudt igen, uden at der var tale om reelt gennemførte forløb. I nogle tilfælde er frivillig/peer-støtteforløbet blevet afsluttet efter kort tid, fordi borgerens udfordringer var for svære at håndtere for frivillig/peer-støtten. Der var også

enkelte tilfælde, hvor frivillig/peer-støtten kom i gang ret sent i forløbet, således at CTI-forløbet næsten var slut, hvorved det var vanskeligt at understøtte peer-forløbet, og det måtte afsluttes igen. Selvom der således har været en del udfordringer, har der dog også været en del vellykkede forløb, hvor borgerne og frivillig/peer-støtterne har kunnet mødes om en fælles aktivitet eller interesse, og frivillig/peer-støtteforløbene er i flere tilfælde fortsat et stykke tid efter CTI-forløbets afslutning.

Ifølge både projektlederne og peer-koordinatorerne er det vigtigt med en meget tæt understøttelse af peer-forløbet fra både peer-koordinatoren og CTI-medarbejderen. Forud for opstarten af et frivillig/peer-støtteforløb afsøges det, hvilke aktiviteter borgeren kunne tænke sig at lave med en frivillig/peer-støtte, ligesom det afdækkes, hvilke aktiviteter og ressourcer frivillig/peer-støtten kan bidrage med. Her er det erfaringen, at det er vigtigt at være meget konkret omkring, hvilke aktiviteter der kunne være tale om. Det er nødvendigt, for at borgeren kan se meningen med forløbet og forstå frivillig/peer-støttens funktion. Derefter forsøges at skabe det rette match mellem borger og frivillig/peer-støtte. Der afholdes et møde mellem borger, frivillig/peer-støtte, CTI-medarbejder og peer-koordinator, hvor borgeren og frivillig/peer-støtten introduceres for hinanden. Det er også væsentligt med en tæt opfølgning, og der er gode erfaringer med, at peer-koordinatorerne cirka hver tredje måned afholder en evaluering med frivillig/peer-støtten for at vurdere, om forløbet fungerer og kan fortsætte. I en af kommunerne har udfordringerne med at etablere "en-til-en"-forløb mellem borger og frivillig/peer-støtte givet anledning til, at der er blevet lavet fælles arrangementer for borgere og frivillig/peer-støtter, hvor der er fokus på det at deltage i et fællesskab. Det skal også ses på baggrund af, at en del af borgerne har udfordringer med og behov for at skabe sociale netværk uden for udsattemiljøet – ikke mindst i forbindelse med ophør/reduktion af misbrug, hvor også typisk fællesskaber i misbrugsmiljøet forsvinder.

Resultater for borgerne

I evalueringen er der også foretaget en analyse af resultaterne af indsatsen for borgerne. Denne analyse afgrænses til de borgere, der har gennemført et fuldt CTI-forløb med en planlagt afslutning, og hvor der samtidig foreligger et borgerskema ved både opstart og afslutning. Det er tilfældet for 58 af de 72 borgere med et gennemført forløb og en planlagt afslutning. Der er enkelte borgerforløb, hvor det ikke har været muligt at udfylde borgerskemaet enten ved opstart eller afslutning, fordi borgeren har haft det for dårligt til at udfylde skemaet. Opgørelserne indbefatter således ikke den lille gruppe af borgere, hvor borgerskemaet ikke er udfyldt, og som må antages at være blandt de borgere, der har oplevet mindst progression i forløbet.

For de 58 borgere, hvor der er en måling ved både opstarten og afslutningen af forløbet, er der generelt sket en markant forbedring for en betydelig del af borgerne på de parametre, der indgår i målingen.

Et af målene er borgernes generelle trivsel, målt gennem trivselsindekset WHO-5. Trivslen måles på en skala fra 0 til 100. Jo flere point, jo højere trivsel. Den gennemsnitlige pointscore på WHO-5-trivselsindekset er steget fra 52,5 til 61,2. Det er et markant løft i den gennemsnitlige trivsel blandt borgere, der har deltaget i indsatsen. Ved opstartsmålingen var der 29 % af borgerne, der havde en pointscore på 35 eller derunder, og som dermed ifølge skalaen var i stor risiko for depression og stressbelastning. Ved afslutningen af CTI-forløbet var denne andel faldet til 17 %. Andelen med en pointscore på 51 eller derover, hvor borgeren ikke umiddelbart

var i risiko for depression eller langvarig stressbelastning, steg derimod fra 60 % ved opstarten af CTI-forløbet til 72 % ved afslutningen af CTI-forløbet.

Der er også tegn på, at der er sket en ret stor forbedring i borgernes situation undervejs gennem forløbet på forskellige andre mål. Det gælder eksempelvis borgernes selvvaluerede helbred. Ved opstarten af indsatsen var det 59 % af borgerne, der svarede, at deres helbred alt i alt var "mindre godt" eller "dårligt", mens denne andel ved afslutningen af forløbet var faldet til 32 %. Tilsvarende steg andelen, der vurderede deres helbred som "godt", "vældig godt" eller "fremragende" fra 41 til 68 %.

Der er også sket en forbedring i boligsituationen for en betydelig del af de borgere, der har deltaget i indsatsen. Ved opstarten af CTI-forløbet var der 56 % af borgerne, som havde deres egen bolig. Det var ved afslutningen af CTI-forløbet tilfældet for 89 %. En betydelig del af de borgere, der ikke havde egen bolig ved opstarten af indsatsen, overnattede hos venner og bekendte, og en mindre gruppe havde ophold på et herberg. Mange borgere er således også kommet ud af en hjemløshedssituation undervejs i forløbet. Der er også sket en stigning i antallet af borgere, der deltager i aktiviteter i hverdagen, hvor de møder andre mennesker.

Der er dog også undtagelser fra det generelle billede. Langt hovedparten af borgerne står uden for det danske arbejdsmarked, på trods af at hovedparten af borgerne har tidligere arbejdsmarkedserfaring fra Grønland. Det er kun ganske få af borgerne, der er kommet i egentlig beskæftigelse undervejs i forløbet. Lidt flere er kommet i aktivering, men der er tale om en beskedent fremgang, og borgernes selvvaluerede arbejdsmarkedspartshed er generelt uændret. Det understreger, at kombinationen af borgernes udsathed og barrierer ved at få fodfæste på det danske arbejdsmarked betyder, at langt størstedelen af borgerne fortsat er langt fra arbejdsmarkedet – også efter et endt CTI-forløb.

Målingen af borgernes resultater viser, at der generelt er sket en forholdsvis stor forbedring af borgernes livssituation, der kan dokumenteres på de mål, der indgår i analysen. Det tyder på, at CTI-forløbet i høj grad har været med til at forbedre livssituationen for en stor del af de borgere, der har deltaget i indsatsen. Der skal dog tages et generelt forbehold for, at der i undersøgelsesdesignet ikke er indbygget en sammenligning med en kontrolgruppe. Nogle af borgerne ville måske have opnået en forbedring af deres tilstand og situation, også selvom de ikke havde deltaget i CTI-forløbet. Resultaterne tyder dog generelt på, at der er tale om en gruppe af udsatte borgere, som tidligere har haft meget vanskeligt ved at få den hjælp, de har haft behov for, og som har oplevet en forholdsvis stor forbedring af deres livssituation ved at have fået en målrettet og specialiseret indsats.

I de kvalitative interview, der er gennemført med en del af de borgere, der har deltaget i indsatsen, giver borgerne generelt udtryk for, at de har fået en rigtig god hjælp gennem CTI-forløbet, og de fleste giver udtryk for, at der er sket en betydelig forbedring af deres situation. Flere af borgerne giver i interviewene udtryk for, at de aldrig har prøvet at modtage en sådan hjælp før i deres liv. Borgerne har generelt oplevet, at der er blevet lyttet til dem og deres behov og ikke mindst, at de også er blevet mødt på deres eget sprog og i en forståelse for deres kultur. Mange af borgerne har dog stadig forskellige udfordringer og problematikker, som fylder i deres liv. Flere kæmper fx med at få et nyt netværk, hvilket særligt er en stor udfordring for dem, der har ophørt med et misbrug, og som nu søger fællesskaber med ikke-misbrugende. Der er også en del af borgerne, der har børn, hvilket både kan være voksne børn og mindreårige børn. Særligt er der flere af borgerne, der har børn, som er anbragt uden for hjemmet, og selvom de også har fået hjælp og støtte i forhold til børnene gennem CTI-forløbet, fylder bekymringerne om børnene naturligt nok meget i disse borgeres liv.

Omkostningsvurdering

Der er som del af evalueringen også udarbejdet en omkostningsanalyse, som afdækker de omkostninger, der er forbundet med etablering og drift af indsatsen. I forhold til CTI-indsatsen viser denne analyse, at der har været gennemsnitlige omkostninger på cirka 37.000 kr. pr. CTI-forløb til etablering af indsatsen. De gennemsnitlige driftsomkostninger pr. CTI-forløb er opgjort til cirka 64.000 kr. pr. CTI-forløb. Det giver en samlet omkostning på 101.000 kr. pr. CTI-forløb i projektet. Dette er inkl. den generelle overhead på 20 %, der tillægges lønudgiften i omkostningsberegninger af sociale indsatser jf. Finansministeriets generelle retningslinjer for denne type af omkostningsvurderinger. Når etableringsomkostningerne er forholdsvis høje, afspejler det blandt andet, at der er et betydeligt ressourceforbrug forbundet med at udvikle indsatsen, herunder at opbygge det aktørsamarbejde, der er en forudsætning for både kontaktskabelse og rekruttering af borgere til indsatsen, og for at den koordinerende indsats omkring den enkelte borgers forløb kan udføres i praksis. Derudover er der etableringsudgifter til kompetenceudvikling og kurser for medarbejderne. Særligt i forhold til udvikling og vedligeholdelse af aktørsamarbejdet kan det være vanskeligt at foretage en præcis grænsedragning mellem etableringsomkostninger og driftsomkostninger, og denne opdeling beror i nogen grad også på et skøn i forhold til, hvordan forskellige aktiviteter kan klassificeres.

Den gennemsnitlige samlede udgift pr. forløb er væsentligt højere end ved afprøvninger af CTI-indsatsen til andre målgrupper. Eksempelvis var den samlede gennemsnitlige udgift pr. forløb på 53.000 kr. ved afprøvningen af CTI for kvinder på krisecenter (Deloitte, 2019). En væsentlig årsag til dette er, at kompleksiteten i målgruppen af udsatte borgere med grønlandsk baggrund er forholdsvis høj, og at der derfor i praksis har været en lavere gennemsnitlig caseload end de maksimalt 10 borgere pr. CTI-medarbejdere, som i højere grad har været normen ved andre afprøvninger af CTI-metoden. Sammenholdt med indsatsens meget positive resultater for borgerne må det på trods af de højere gennemsnitlige omkostninger vurderes, at omkostningerne, der er forbundet med indsatsen, i høj grad står mål med indsatsens resultater. Indsatsens resultater og omkostningsanalysen peger således samlet set på, at CTI-indsatsen med fordel kan benyttes i andre kommuner til udsatte borgere med grønlandsk baggrund, da indsatsen giver mulighed for en specialiseret indsats for målgruppen, som i høj grad forbedrer borgernes livssituation og samtidig medvirker til, at en række øvrige indsatser kommer til at fungere bedre for borgerne. Det skal dog samtidig påpeges, at erfaringerne fra projektet også viser, at en del af borgerne har en så høj kompleksitet i støttebehovene, at de snarere er målgruppe for en ICM-indsats (Intensive Case Management) eller en ACT-indsats (Assertive Community Treatment) end en CTI-indsats. En stor del af målgruppen har således generelt behov for en helhedsorienteret og tværsektoriel indsats, hvor en CTI-indsats i en kommune med fordel kan komplementeres af en ICM-indsats eller en ACT-indsats. Dette ville give mulighed for en differentiering i visitationen af borgere til de forskellige indsatser afhængigt af graden og kompleksiteten af borgernes støttebehov.

Der er også foretaget en omkostningsvurdering for frivillig/peer-delen af projektet. For denne del af indsatsen kan der ikke foretages en opdeling mellem etablerings- og driftsomkostninger, da der er tale om en udvikling af en ny indsats, hvor der i lyset af de foreløbige erfaringer som nævnt blev foretaget en omdefinering af grundlæggende præmisser ved indsatsen undervejs i forløbet. Der er en gennemsnitlig omkostning på 99.500 kr. pr. igangsat frivillig/peer-forløb. Selvom selve den frivillige støtte er en ulønnet indsats, afspejler udgifterne de omkostninger, der har været forbundet med udvikling og koordinering af indsatsen i form af peer-koordinators rolle, samt udgifter til fx supervision, kurser og arrangementer. En væsentlig erfaring er i

den forbindelse, at frivillig/peer-støtten ikke ville kunne lade sig gøre uden det omfattende arbejde med at facilitere og katalysere indsatsen, som peer-koordinatorerne har varetaget. Taget i betragtning, at der er tale om sociale aktiviteter for borgeren, der komplementerer den kommunale CTI-indsats, og til trods for, at der har været gode erfaringer med mange af de enkelte forløb, fremstår det ud fra en ressourcemæssig betragtning og ud fra en samlet kvalitativ vurdering, at udbyttet af denne del af indsatsen ikke står mål med de omkostninger, der er forbundet med dette indsatsselement. Det skal dog understreges, at det særligt er forhold omkring udviklingen af frivillig/peer-indsatsen, der har afstedkommet de høje gennemsnitlige omkostninger pr. igangsat forløb. I den sammenhæng peger udfordringerne og erfaringerne omkring denne del af indsatsen generelt på, at der kan være et behov for i højere grad at udvikle fællesskabs- og netværksskabende initiativer for målgruppen.

1 Indledning og baggrund

I projektet *Overgangs- og peer-støtte til udsatte grønlandere i Danmark* afprøves kombinationen af overgangsstøtte (CTI – Critical Time Intervention) og peer-støtte til målgruppen af socialt udsatte grønlandere i Danmark. Indsatsen er en del af udmøntningen af satspuljen 2017. I satspuljeaftalen for 2017-2020 afsatte satspuljepartierne midler til "Effektiv støtte til udsatte grønlandere, herunder udsatte børn og unge i Grønland". Det ene ud af fire delinitiativer i aftalen omhandler overgangs- og peer-støtte til udsatte grønlandere i Danmark. Denne rapport præsenterer resultaterne af evalueringen af projektet.

1.1 Baggrund for indsatsen

Indsatsen er blevet igangsat på baggrund af, at der er en forholdsvis stor gruppe af socialt udsatte borgere med grønlandsk baggrund i Danmark, og at mange i denne gruppe har vanskeligt ved at benytte det danske velfærdssystem. Udsatte borgere med grønlandsk baggrund mangler således ofte kontakt til velfærdssystemet og har svært ved at fastholde kontakten til velfærdssystemets tilbud. Samtidig er der en begrænset viden om, hvilke metoder der kan virke for målgruppen.

En undersøgelse fra 2015 viste, at andelen af grønlandere i Danmark, der er socialt udsatte, generelt er højere end andelen af socialt udsatte i den øvrige danske befolkning (Baviskar, 2015). Undersøgelsen viste, at der på daværende tidspunkt boede omkring 14.000 grønlandskfødte voksne i Danmark, og at mellem 1.000-1.500 af disse borgere kunne karakteriseres som socialt udsatte. Den højere andel af socialt udsatte blandt grønlandskfødte i Danmark, skyldes formentlig, at der er en overrepræsentation af socialt udsatte blandt de grønlandere, der flytter fra Grønland til Danmark. Samtidig kan sproglige og kulturelle barrierer i mødet med det danske samfund og velfærdssystem forstærke en social marginalisering blandt en del af tilflytterne. Det danske velfærdssystem fungerer på mange måder anderledes end det grønlandske, blandt andet ved at være mere specialiseret, og det kan være vanskeligt at navigere i det danske velfærdssystem for borgere med grønlandsk baggrund.

Med støtte fra satspuljen blev der i perioden 2013-2016 arbejdet med "Strategien for socialt udsatte grønlandere i Danmark" i de fem største byer. Det overordnede formål med strategien var at understøtte en bedre inklusion i det danske samfund for udsatte grønlandere i Danmark, herunder at mindske de barrierer, der gør det vanskeligt at udnytte eksisterende tilbud i velfærdssystemet optimalt. Der var i strategien et særligt fokus på nytilkomne grønlandere, en koordinering af den almene sociale indsats med den specialiserede indsats samt videreførelse og udvikling af faglig viden og netværk (Socialt Udviklingscenter SUS, 2014).

I forbindelse med strategien for socialt udsatte grønlandere i Danmark blev der anvendt en samarbejdsmodel, hvor kommunale, private og frivillige aktører omkring de udsatte grønlandere arbejdede med en fælles organisering af indsatser målrettet de udsatte grønlandere. Udsatte grønlandere, der ønskede det, fik mulighed for at få tilknyttet en koordinerende tovholder, der kunne motivere dem i forhold til forskellige indsatser og hjælpe med at bygge bro til indsatserne. Der var i strategiprojektet positive erfaringer med udviklingen af samarbejdsmodellen og overvejende positive erfaringer med tovholderfunktionen. En erfaring var dog, at en del udsatte grønlandere har vanskeligt ved at møde op til aftaler på planlagte tidspunkter, og at borgerne skal være motiverede for forandring, hvis tovholderen skal kunne gøre en for-

skel (Larsen, 2016). Erfaringerne pegede på et behov for at anvende en mere intensiv indsatsmetode for de mest udsatte grønlandere, og det er på denne baggrund, at anvendelsen og afprøvningen af den intensive og systematiske CTI-metode blev iværksat.

Brugen af CTI-metoden (Critical Time Intervention) skal endvidere ses på baggrund af, at der gennem de senere år er blevet udviklet og afprøvet specialiserede indsatser på udsatteområdet i form af evidensbaserede støttemetoder, der ud over CTI-metoden også indbefatter Intensive Case Management (ICM) og Assertive Community Treatment (ACT). Fælles for metoderne er, at de gennem en kombination af social og praktisk støtte i hverdagen og en koordinerende og brobyggende indsats i forhold til det øvrige velfærdssystem støtter op om at skabe en sammenhængende og helhedsorienteret indsats for den udsatte borger. Indsatsmetoderne er gradvist blevet udviklet og afprøvet på forskellige målgrupper som borgere i hjemløshed ved overgangen fra § 110-boformer til egen bolig, i forbindelse med udskrivning fra psykiatrisk behandling, ved udskrivning fra kvindekrisecentre mv.

Kombinationen med peer-støtte fra frivillige med grønlandsk baggrund skulle i den sammenhæng særligt bidrage til at imødegå de sproglige og kulturelle barrierer, som de udsatte grønlandere ofte oplever i mødet med velfærdssystemet og det danske samfund. Hvor CTI-metoden således er en allerede velafprøvet evidensbaseret metode har peer-delen været et udviklingselement, der har givet mulighed for at gøre erfaringer med, hvordan den kommunale støtteindsats har kunnet kombineres med et socialt element baseret på frivillig støtte.

1.2 Evalueringens fokus og rapportens struktur

Overgangs- og peer-støtte til udsatte grønlandere i Danmark er et modnings- og afprøvningsprojekt, der har bestået af en modningsfase og en afprøvningsfase. Modningsfasen forløb fra opstarten i december 2017 og frem til april 2019, hvorefter projektet overgik til afprøvningsfasen.¹ På baggrund af erfaringerne fra modningsfasen blev peer-delen omdefinert til primært at være baseret på frivillig støtte, og som nævnt i rapportens sammenfatning er det på den baggrund, at vi benytter betegnelsen frivillig/peer-støtte i rapporten.

Den samlede evaluering af *Overgangs- og peer-støtte til udsatte grønlandere i Danmark* forløber over hele denne periode fra slutningen af 2017 og frem til udgangen af 2020, og denne evalueringsrapport udgør dermed projektets slutevaluering. Der er desuden tidligere foretaget en midtvejsevaluering (Benjaminsen, 2019), der tegnede en status for indsatsen og de foreløbige resultater og erfaringer frem til oktober 2019.

I rapportens kapitel 2 gennemgås evalueringens datagrundlag, der består af kvantitative spørgeskemaoplysninger fra både borgere og medarbejdere og kvalitative interview med borgere og medarbejdere samt andre relevante aktører med tilknytningen til indsatsen.

I kapitel 3 foretages en gennemgang af indsatsmodellen i form af CTI-metoden og peer-støtten. Det beskrives, hvordan indsatsen er organiseret i de tre kommuner, og der ses på erfaringer og læringspunkter vedrørende implementeringen af indsatsen.

I kapitel 4 tegnes en profil af gruppen af borgere i forhold til køn, alder og varigheden af ophold i Danmark. Det afdækkes, hvad der kendetegner kompleksiteten af borgernes støttebehov,

¹ Det skal i den forbindelse anføres, at der ikke er tale om et afprøvningsprojekt jf. Social- og Indenrigsministeriets Strategi for udvikling af sociale indsatser (SUSI), hvor der skelnes mellem et modningsprojekt og et afprøvningsprojekt. Overgangs- og peer-støtteindsatsen blev således vedtaget som et modnings- og afprøvningsprojekt inden for samme projektperiode.

herunder omfanget af psykiske lidelser, misbrugsproblemer og fysiske helbredsproblemer, ligesom der også ses på borgernes arbejdsmarkedserfaring og forsørgelsesgrundlag. Desuden ses der på borgernes danskundskaber.

Kapitel 5 har fokus på CTI-indsatsen og erfaringerne med brugen af CTI-metoden til målgruppen. Antallet af igangsatte og gennemførte CTI-forløb opgøres, og det afdækkes, hvad der kendetegner CTI-støttens udførelse og indhold. Der ses på indsatsens fidelitet og på den koordinerende og brobyggende funktion til det øvrige velfærdssystem. Der ses også på, i hvilken grad målgruppens karakteristika har haft en indvirkning på indsatsens gennemførelse, herunder i forhold til antallet af forløb, indvirkningen på caseload og andre forhold af betydning for metodens virkemåde og udførelse.

I kapitel 6 gives en status for peer-delen. Det afdækkes, i hvilket omfang der er etableret frivillig/peer-støtte til borgerne, og der ses på erfaringerne med, hvordan frivillig/peer-støtten bedst kan organiseres og understøttes. I den sammenhæng ses der også nærmere på den justering, der blev foretaget af peer-delens udformning efter den første del af indsatsperioden.

I kapitel 7 fremlægges resultaterne for de borgere, der har deltaget i indsatsen. Der ses på udviklingen på en række indikatorer for borgernes trivsel, helbred og sociale situation, ligesom der også inddrages kvalitativt materiale fra interview med nogle af de borgere, der har deltaget i indsatsen.

I kapitel 8 foretages der en analyse og vurdering af omkostningerne ved CTI-indsatsen, hvor der ses på omkostningerne til etablering og drift af indsatsen. Ligeledes foretages der en analyse og vurdering af omkostningerne ved frivillig/peer-indsatsen.

2 Metode og datagrundlag

Evalueringens analyser bygger på både kvantitative og kvalitative data, der er indsamlet undervejs gennem projektperioden, og omfatter:

- Borgerspørgeskema og medarbejderspørgeskema ved opstart, faseovergange og afslutning af CTI-forløb for hver enkelt borger i indsatsen
- Fidelitetsskema til måling af CTI-indsatsens metodefidelitet undervejs gennem projektperioden
- Kvalitative interview med projektledere, CTI-medarbejdere, peer-koordinator, frivillige, øvrige relevante aktører samt borgerinterview.

2.1 Borgerspørgeskema, medarbejderspørgeskema og fidelitetsskema

Den kvantitative monitorering af indsatsen på individniveau er baseret på spørgeskemaer til både borgere og medarbejdere om hver enkelt af de borgere, der indgår i indsatsen, mens den kvantitative monitorering af indsatsens implementering på et mere aggregeret niveau er baseret på et spørgeskema til projektgruppen (projektlederen og CTI-medarbejderne) i hver enkelt kommune om indsatsens fidelitet. Der indgår ikke registerdata i evalueringen.

2.1.1 Medarbejderskema og borgerskema

Medarbejderskemaet udfyldes udelukkende af CTI-medarbejderen, mens borgerskemaet er baseret på borgerens vurderinger og udfyldes af borgeren selv med medarbejderens hjælp. Medarbejderskemaet og borgerskemaet komplementerer hinanden ved, at medarbejderskemaet bidrager med en række oplysninger om indsatsforløbet, mens borgerskemaet primært afdækker borgerens selvvaluerede livssituation på de forskellige indikatorer, der indgår i skemaet. Medarbejderskemaet supplerer samtidig borgernes egen vurdering af deres situation med medarbejdernes vurdering af borgerens situation på de forskellige livsområder.

Medarbejderskemaet indeholder en række oplysninger om CTI-indsatsens udformning og gennemførelse samt om igangsættelsen af peer-forløb. I medarbejderskemaet registreres omfanget og karakteren af kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren, herunder CTI-støttens konkrete indhold som fx støttende samtaler, hjælp til kontakt med øvrige sociale tilbud og instanser. Desuden udfylder medarbejderen en række oplysninger om borgerens helbredsstatus og sociale forhold, fx om fysisk og psykisk helbred, misbrug, arbejdsmarkedstilknytning og boligsituation. Der anvendes tre forskellige medarbejderskemaer – ét ved indsatsens opstart, ét ved de to faseovergange og ét ved afslutningen af CTI-forløbet (bilag 2).

Borgerskemaet (bilag 3) har til formål at afdække borgerens udbytte af indsatsen og er således et redskab, der anvendes til progressionsmåling. I borgerskemaet indgår blandt andet mål for borgerens generelle trivsel baseret på WHO's trivselsmål "WHO-5", der er et valideret måleredskab. WHO-5 trivselsindekset er baseret på fem spørgsmål:

- I de seneste to uger har jeg været glad og i godt humør
- I de seneste to uger har jeg følt mig rolig og afslappet
- I de seneste to uger har jeg følt mig aktiv og energisk

- I de seneste to uger er jeg vågnet frisk og veludhvilet
- I de seneste to uger har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig.

Spørgsmålene besvares på en skala fra 0 til 5, hvor 5 udtrykker, at man hele tiden har haft den pågældende følelse, mens 0 udtrykker, at man ikke har haft følelsen på noget tidspunkt i løbet af de seneste to uger. Tallene lægges sammen, og summen ganges med 4. Derved fås en skala fra 0 til 100. Jo højere score, jo højere trivsel. Gennemsnittet for befolkningen som helhed er 68 point, men allerede ved et pointtal over 50 er personen ikke umiddelbart i risiko for depression eller langvarig stressbelastning.² Ved et pointtal mellem 0 og 35 er der "stor risiko for depression og stressbelastning", og ved et pointtal mellem 36 og 50 er der "risiko for depression og stressbelastning".

I borgerskemaet indgår også tre spørgsmål om borgerens psykiske tilstand, der stammer fra MDI (Major Depression Inventory), der er et redskab til måling af depressive symptomer. Det er spørgsmål om, hvor meget af tiden inden for de seneste fire uger man har følt sig trist til mode, haft lav selvtillid eller manglet interesse for ting, man gør i hverdagen. Af hensyn til borgerskemaets omfang har det ikke været muligt at inkludere alle ti spørgsmål fra MDI-redskabet.

Derudover indgår der i borgerskemaet også en række øvrige spørgsmål, der måler borgerens sociale og helbredsmæssige tilstand. Det gælder fx spørgsmål om borgerens selvvaluerede helbred, arbejdsmarkedssparathed og brug af alkohol, hash og hårde stoffer.

Borgerskemaet udfyldes ved opstarten af CTI-forløbet, ved hver af de to faseovergange, samt ved afslutning af CTI-forløb (jf. kapitel 3 om indsatsmodellen). I enkelte tilfælde har borgeren ikke været i stand til at besvare borgerskemaet eller har ikke udfyldt skemaet ved hvert målepunkt. Her bidrager medarbejderskemaet til, at der alligevel foreligger oplysninger om indsatsforløbet og borgerens situation. I medarbejderskemaet udfylder medarbejderen en række oplysninger om borgerens helbredsmæssige og sociale forhold, fx om fysisk og psykisk helbred, misbrug, arbejdsmarkedstilknytning og boligsituation.

Ud over udfyldelsen af borgerskemaet undervejs gennem CTI-forløbet indgår der også et opfølgningsskema (bilag 4), der udfyldes 18 måneder efter opstarten af CTI-forløb. Det vil sige 9 måneder, efter at et forløb er planmæssigt afsluttet. Opfølgningsskemaet indeholder udvalgte spørgsmål fra borgerskemaet og giver dermed mulighed for at følge, hvordan borgerens udvikling har været efter afslutningen af CTI-forløbet, herunder om borgeren har fastholdt den udvikling, der har været i forløbet.

De kvantitative data er indsamlet gennem et dokumentationssystem, der er udviklet af Oxford Research. CTI-medarbejderne har stået for at indrapportere oplysningerne fra både borgerskemaet og medarbejderskemaet i dokumentationssystemet, mens projektlederne har stået for indrapporteringen af fidelitetsmålene.

I tabel 2.1 er opgjort det kvantitative datagrundlag for evalueringen i form af antallet af udfyldte medarbejderspørgeskemaer og borgerspørgeskemaer ved henholdsvis opstarten af CTI-forløb, ved første og anden faseovergang, samt afslutningsskemaet, der udfyldes ved afslutning af CTI-forløbet. Medarbejderspørgeskemaet ved opstart er blevet udfyldt for alle borgere, der har indgået i et CTI-forløb, herunder også de borgere, der senere har haft en uplanlagt afslutning. Medarbejderskemaet ved afslutning er generelt udfyldt for borgere med en planlagt afslutning, det vil sige, at der er gennemført et fuldt CTI-forløb. For borgere med en uplanlagt

² Guide til trivselsindekset: WHO-5, Sundhedsstyrelsen, www.sundhedsstyrelsen.dk

afslutning er medarbejderskemaet ved afslutning af forløbet blevet udfyldt for de fleste af borgerne. Der er dog også tilfælde, hvor den uplanlagte afslutning er sket umiddelbart efter, at et medarbejderskema ved en af faseovergangene har været udfyldt. Da de enkelte spørgeskemaer indeholder stort set de samme spørgsmål, er der ved nogle af de uplanlagte afslutninger i stedet blevet registreret en afslutning af borgeren i dokumentationssystemet. Det har generelt været muligt at opnå et udfyldt borgerskema fra hovedparten af borgerne ved de forskellige målepunkter. Der er dog i alle tilfælde nogle borgere, der ikke har udfyldt de enkelte borgerspørgeskemaer, hvilket typisk skyldes, at borgeren har haft det for dårligt eller ikke har kunnet magte at deltage i udfyldelsen af spørgeskemaet på det givne tidspunkt. Desuden har der i projektdokumentationen også indgået et opfølgningsspørgeskema henvendt til borgeren, der har skullet udfyldes 9 måneder efter afslutningen af CTI-forløbet, dvs. 18 måneder efter opstarten. Da der kun er forholdsvis få forløb, der har været afsluttet tidligt nok til, at der er gået 9 måneder efter afslutningen af CTI-forløbet, og da det ikke i alle tilfælde har været muligt at opnå kontakt med borgeren, er der dog kun udfyldt 26 opfølgningsskemaer, hvilket er forholdsvis få personer til at foretage statistiske opgørelser over materialet, uden at usikkerheden bliver for stor. Derfor inddrager vi kun i begrænset grad opfølgningsskemaerne i rapportens analyser.

Tabel 2.1 Antal udfyldte medarbejder- og borgerspørgeskemaer ved opstart, faseovergang, afslutning og opfølgning. Antal.

	Opstarts-skema	Første fase-overgang	Anden fase-overgang	Afslutnings-skema	Opfølgningsskema
Medarbejderspørgeskema	117	101	88	81	-
Borgerspørgeskema	109	90	77	58	26

Kilde: Projektdokumentationen, medarbejderspørgeskemaer og borgerspørgeskemaer.

Hovedparten af rapportens opgørelser er baseret på flerkategorielle indikatorer. Da det samlede antal borgere, der har deltaget i indsatsen, er forholdsvis lavt i absolutte tal, opgøres i alle rapportens tabeller både procentfordelingen og det faktiske antal personer i hver kategori. Der er i kapitel 7 om indsatsens resultater foretaget signifikantstest af udviklingen på udvalgte indikatorer i form af udviklingen i den gennemsnitlige score på WHO-5-trivselsindekset, samt enkelte tilfælde, hvor der er tale om binære andele. Af hensyn til anonymiseringen af borgerne er der i en række tilfælde slået kategorier sammen ved opgørelsen af svarfordelingerne. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal i en fordeling ikke i alle tilfælde til 100 %.

2.1.2 Fidelitetsmåling

De kvantitative fidelitetsmålinger foretages hvert halve år for hver projektkommune og måler metodefideliteten af CTI-indsatsen. Fidelitetsmålingen på projektniveau er baseret på selvurdering, der foretages af projektlederen og CTI-medarbejderne i hver enkelt kommune. Fidelitetsskemaet (bilag 5) indeholder i alt 11 forskellige fidelitetsmål fordelt på fire temaer: CTI-indsatsens udformning (mål 1-3), forløbsopstart (mål 4-5), koordination og opfølgning (mål 6-7) samt afslutningen af CTI-forløbet (mål 8-11). De enkelte fidelitetsmål fremgår i kapitel 5 (afsnit 5.2). Fidelitetsmålene er generelt baseret på fidelitetsmål for CTI-indsatsen, der har været anvendt ved tidligere afprøvninger af CTI-indsatsen til andre målgrupper, og som således er generelle for metoden.

2.2 Kvalitative interview

Evalueringen bygger også på et kvalitativt datamateriale baseret på kvalitative interview med medarbejdere, borgere og andre aktører med tilknytning til indsatsen, som fx andre fagprofessionelle samt repræsentanter for civilsamfundsorganisationer. Formålet med de kvalitative interview har været at belyse erfaringerne med CTI-indsatsen: Organisering og implementering af indsatsen, aktørsamarbejdet mellem CTI-medarbejderen og de øvrige indsatser og de tilbud borgerne er tilknyttet, og ikke mindst at inddrage borgernes egne oplevelser af, hvilken betydning indsatsen har haft for dem. Det kvalitative interviewmateriale er indsamlet gennem to interviewrunder i kommunerne. Den første interviewrunde blev foretaget op til projektets midtvejsevaluering, hvor der blev gennemført et case-besøg i hver af de tre kommuner i efteråret 2019. Den anden interviewrunde er foretaget i efteråret 2020 op til projektets slutevaluering. På grund af corona-pandemien i 2020 er langt hovedparten af interviewene ved den anden interviewrunde foretaget som video- eller telefoninterview. Det gælder næsten alle interview med professionelle medarbejdere. Borgerinterviewene er dog også ved den seneste interviewrunde foretaget ved fremmødeinterview med undtagelse af et enkelt borgerinterview, der blev foretaget over video. En del af borgerinterviewene er foretaget under medvirkning af en tolk. Ved interviewrunderne er der gennemført interview med projektledere, CTI-medarbejdere, peer-koordinatorer, nogle af borgerne, der har deltaget i indsatsen, samt enkelte af de frivillige peer-støtter. Desuden er der foretaget interview med forskellige øvrige relevante aktører, der har indgået som samarbejdspartner med CTI-indsatsen, fx repræsentanter for civilsamfundsorganisationer, der har indgået i samarbejde med kommunerne om rekrutteringen af borgere til indsatsen, samt øvrige relevante interviewpersoner som fx en misbrugsbehandler, der har haft behandlingsforløb med borgere i CTI-indsatsen, en leder af et lokalt herberg, der har henvist borgere til CTI-forløb i projektet, jobkonsulenter, der har haft forløb med borgerne i jobcentret, og en medarbejder i den regionale lokalpsykiatri, der har haft borgere i behandling, der har indgået i CTI-indsatsen.

Ved de to interviewrunder er der tilsammen foretaget 65 kvalitative interview. Ved interviewrunden i efteråret 2019 blev der foretaget interview med 29 personer, hvoraf der var 6 interview med borgere, der havde deltaget i indsatsen. Ved den anden interviewrunde op til slutevalueringen er der foretaget 36 kvalitative interview, hvoraf de 13 interview var med borgere, der har deltaget i indsatsen. En del nøglepersoner er blevet interviewet ved begge interviewrunder. Det gælder navnlig projektlederne, CTI-medarbejderne og peer-koordinatorerne, samt enkelte øvrige interviewpersoner.

Ud over de kvalitative interview ved de to interviewrunder er der løbende gennem projektperioden foretaget interview med projektledere, CTI-medarbejdere og peer-koordinatorer ved besøg i hver kommune hvert halve år.

3 Indsatsmodellen

For at styrke indsatsen over for udsatte grønlændere i Danmark udvikles og afprøves i projektet en kombination af støtte gennem en CTI-indsats og peer-støtte til borgerne. CTI-metoden er oprindeligt udviklet i USA og er gennem de senere år blevet afprøvet til forskellige målgrupper af socialt udsatte borgere. Det gælder fx borgere i hjemløshed, borgere med psykiske lidelser og kvinder med ophold på kvindekrisecentre. Målgruppen af socialt udsatte grønlændere udgør dermed en ny målgruppe for afprøvningen af CTI-metoden.

Da gruppen af socialt udsatte grønlændere samtidig udgør en sproglig og kulturel minoritetsgruppe, kombineres CTI-metoden med en yderligere indsatskomponent, i form af peer-støtte, hvormed det har været hensigten at inkorporere et socialt element med en særlig grønlandsk dimension i indsatsen. I dette kapitel beskrives den samlede indsatsmodel, der afprøves i projektet, i form af CTI-indsatsen og peer-støtten, der hver især således udgør kerneelementerne i indsatsen.

3.1 CTI-metoden

Critical Time Intervention (CTI) er en indsatsmetode, der har til formål at støtte borgeren i en kritisk overgangsfase, hvor CTI-indsatsen gives som en intensiv social støtte i en afgrænset periode på 9 måneder (Herman & Mandiberg, 2010). Indsatsen er opbygget i tre faser, der har til formål systematisk at støtte borgeren igennem den kritiske overgang og sikre, at borgeren efter den kritiske overgang har fået opbygget et tilstrækkeligt støttenetværk i lokalsamfundet og i det eksisterende velfærdssystem.

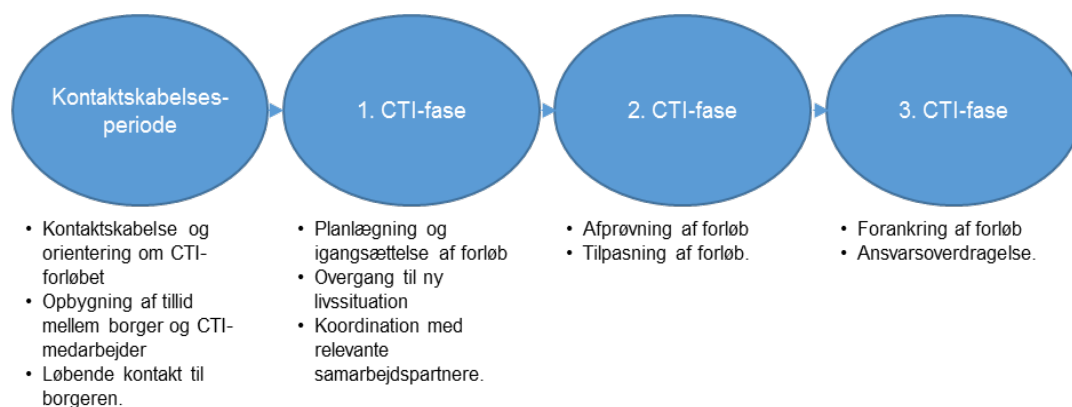
CTI-metoden er i sit udgangspunkt udviklet til at understøtte sårbare institutionelle overgange, som fx ved udskrivning fra en psykiatrisk indlæggelse eller ved udflytning fra herberg til egen bolig. I en dansk sammenhæng har de første afprøvninger af CTI-metoden været knyttet til sådanne institutionelle overgange, hvor metoden er afprøvet på hjemløshedsområdet som en del af Housing First-tilgangen, i socialpsykiatrien i forbindelse med udflytning fra psykiatriske botilbud til egen bolig og i forbindelse med fraflytning fra kvindekrisecentre til egen bolig (Amilon et al., 2018; Benjaminsen et al., 2017; Deloitte, 2019; Rambøll & SFI, 2013a). CTI-metoden er også afprøvet i en sammenhæng, hvor der ikke er en institutionel overgang, nemlig på prostitutionsområdet, hvor CTI-metoden er blevet afprøvet til at understøtte borgere i at ophøre med salg af seksuelle ydelser eller til at styrke borgerens øvrige livssituation ved fortsat salg af seksuelle ydelser (Henriksen et al., 2017).

Afprøvningen af CTI-metoden i forhold til målgruppen af socialt udsatte grønlændere er et eksempel på en afprøvning på et område, hvor der ikke er tale om en egentlig institutionel overgang, men i bredere forstand en kritisk overgang, idet omdrejningspunktet for indsatsen er at understøtte og styrke borgerens brug af de eksisterende indsatser i velfærdssystemet. Gruppen af udsatte grønlændere er kendetegnet ved ofte at have en meget ustabil og fragmenteret brug af det etablerede velfærdssystem, og særligt de sproglige og kulturelle barrierer forstærker i den forbindelse en oplevelse af det danske velfærdssystem som uoverskueligt og komplekst. CTI-indsatsen har i den sammenhæng til formål at understøtte brobygningen mellem borger og velfærdssystem og styrke borgeren i bedre at kunne navigere i det danske samfund og benytte de indsatser i velfærdssystemet, som borgeren har behov for, samt at fastholde kontakten til sådanne indsatser.

For målgruppen af udsatte grønlændere i Danmark skal den kritiske overgang således generelt ses i forhold til at blive en del af det danske samfund og at kunne benytte de støttetilbud, der er til rådighed. I nogle af de konkrete borgerforløb, der er i gangsat, har det dog vist sig, at der også har kunnet identificeres mere specifikke kritiske overgange, som CTI-indsatsen har kunnet støtte op om. For eksempel befandt nogle af borgerne sig i en hjemløshedssituation ved indsatsens opstart. I disse forløb har et væsentligt fokus været på at etablere en boligløsning til borgeren og understøtte indflytningen. Her er der således tale om helt tilsvarende kritiske overgange som i de øvrige CTI-afprøvninger.

CTI-metoden bygger grundlæggende på begreberne om *recovery* og *empowerment* og har derved fokus på at understøtte borgerens selvstændighed, ligesom den tager udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af behovet for støtte. I CTI-indsatsen tilknyttes borgeren en CTI-medarbejder, der både skal varetage en koordinerende rolle i sammensætningen af borgerens forløb og yde social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen. Et CTI-forløb er fastsat til en periode på 9 måneder, der er struktureret omkring tre faser: planlægning og igangsættelse (fase 1), afprøvning og tilpasning (fase 2) og overdragelse og forankring (fase 3). Derudover vil der inden CTI-forløbets igangsættelse typisk også være en kontaktskabelsesperiode, hvor der etableres en kontakt med borgeren og orienteres om forløbet. CTI-forløbet er illustreret i figur 3.1.

Figur 3.1 CTI-metodens faser



Kilde: Socialstyrelsen: CTI-metodemanual.

Ifølge CTI-modellen er den støtte, som borgeren modtager fra CTI-medarbejderen, mest intensiv i den første CTI-fase, hvorefter der sker en gradvis nedtrapning af støtten i løbet af de tre CTI-faser. I den tredje og sidste fase af CTI-forløbet overdrages støtten til det støttenetværk, der er blevet opbygget omkring borgeren, bestående af kommunale eller private støttetilbud, NGO'er og borgernes private netværk. Det vil sige, at borgeren ikke længere er tilknyttet CTI-medarbejderen efter de 9 måneders forløb.

3.2 Frivillig/peer-støtten

Samtidig med CTI-støtten afprøves også en anden indsatskomponent i form af peer-støtten. Baggrunden for at kombinere CTI-indsatsen med peer-støtten er, at ud over de sociale og helbredsmæssige problemer også kultur- og sprogbarrierer bidrager til vanskelighederne ved

at fastholde de udsatte grønlandere i sociale indsatser. Ligeledes kan ensomhed og mangel på netværk være en særlig udfordring, ikke mindst for udsatte grønlandere, der forsøger at komme ud af et alkohol- eller stofmisbrug, hvor det kan være særligt vanskeligt at finde sociale fællesskaber uden for udsatte- og misbrugsmiljøet. Derfor er CTI-indsatsen i projektet tænkt kombineret med peer-støtte, der tilknyttes på frivillig basis, og som skal bidrage til at fastholde borgerne i indsatsforløbet og til at overkomme udfordringer i forhold til kultur- og sprogbarrierer og manglen på socialt fællesskab.

I forskningslitteraturen refererer begrebet "peer" generelt til en person, der selv har "levet erfaring", hvilket i denne sammenhæng vil sige, at personen selv har en erfaring som socialt udsat eller på anden måde har gennemlevet personlige kriser eller lignende, men at personen efter en recovery-proces er i stand til at udgøre en ressourceperson for en borger med lignende problematikker. De to bærende værdier i peer-støtte er gensidighed og viden baseret på erfaring. Derudover er peer-støtte baseret på selvbestemmelse, medindflydelse og ligeværd.

I projektets oprindelige indsatsbeskrivelse var peer-støtterne kendetegnede ved at have grønlandsk kultur som en fælles baggrund med de borgere, der deltager i indsatsen, men at adskille sig ved i større grad at have overkommet den omvæltning, det har været at flytte fra Grønland til Danmark. Det var således i udgangspunktet tanken, at peer-støtten skulle varetages af frivillige med grønlandsk baggrund, der enten selv har en livserfaring med social udsathed, eller hvor blot den grønlandske baggrund er en fællesnævner.

En væsentlig erfaring i den første del af projektforløbet er imidlertid, at det har været nødvendigt at gentænke peer-delen til at være en frivillig indsats, der både kan udføres af personer med grønlandsk baggrund og af personer med dansk baggrund og af personer uden egen udsathedserfaring. Baggrunden for denne tilpasning er en erfaring om, at det har været vanskeligt for peer-koordinatorene at rekruttere det fornødne antal peer-støtter med grønlandsk baggrund, samtidig med at borgerne i indsatsen ikke nødvendigvis altid ønsker en peer-støtte med grønlandsk baggrund. Her spiller det ind, at det grønlandske miljø i byerne er forholdsvis lille, og at en del af borgerne i indsatsen ikke ønskede, at peer-støtten var en person, de kendte i forvejen. Der er også nogle af borgerne, der gerne ville have en peer-støtte med dansk baggrund for at blive bedre til at tale dansk.

I Odense har der gennem de senere år været opbygget et netværk af frivillige omkring Det Grønlandske Hus, og erfaringen fra det frivillige arbejde tilsagde, at det ville være hensigtsmæssigt at udvide rekrutteringen af peer-støtter til også at omfatte personer med dansk baggrund, men som har en tilknytning til Grønland ved at have boet i Grønland eller på anden måde har en interesse for og/eller kendskab til Grønland og grønlandsk kultur. Det blev derfor afprøvet også at rekruttere frivillige med dansk baggrund. Erfaringen har været, at det herefter er blevet lidt lettere at rekruttere de frivillige støttepersoner, og særligt i den anden halvdel af projektperioden er der efterhånden kommet flere frivillig/peer-støtteforløb i gang. Vi vil uddybe disse erfaringer i kapitel 6, der ser nærmere på frivillig/peer-indsatsen.

3.3 Organisering og implementering af indsatsen i de tre kommuner

I hver kommune varetages den samlede organisering og drift i projektet af en kommunal projektleder, samtidig med at der er én eller flere CTI-medarbejdere, der udfører CTI-indsatsen. Hver kommune har i forbindelse med sin projektansøgning selv udformet den konkrete foran-

kring af indsatsen og dimensioneret CTI-indsatsen i forhold til antallet af medarbejdere og fordelingen på heltidsstillinger og medarbejdere med en delvis CTI-funktion sammen med øvrige arbejdsopgaver.

I Odense var der i det første år af indsatsperioden én CTI-medarbejder i en heltidsstilling, og denne medarbejder udførte i denne periode hele CTI-indsatsen. Erfaringen var dog, at det, efterhånden som antallet af borgere i indsatsen voksede, og det samtidig viste sig, at en del af borgerne havde forholdsvis komplekse problematikker, var en udfordring, at hele indsatsen var koncentreret på én CTI-medarbejder. Fra foråret 2019 blev der ansat endnu en CTI-medarbejder i en deltidsstilling, således at der i det meste af den anden halvdel af projektperioden har været to medarbejdere, der har varetaget CTI-indsatsen. Det var i den sammenhæng en erfaring, at det at være to medarbejdere gav en væsentligt større fleksibilitet både i forhold til indtaget af borgerne i indsatsen og i forhold til udførelsen af CTI-indsatsen, idet en del af borgerne har brug for en ret intensiv støtteindsats pga. kompleksiteten i deres problematikker.

I Vejle har der været én CTI-medarbejder på heltid, mens en normering svarende til en halvtidsstilling i det meste af projektperioden har været fordelt mellem en gruppe af andre CTI-medarbejdere, der hver især har CTI-forløb sideløbende med andre bostøtteforløb. I starten var denne halvtidsnormering fordelt på fire medarbejdere, men det blev siden reduceret til tre og derefter to medarbejdere. Selvom der også har været fordele ved at være flere medarbejdere involveret i indsatsen, har det først og fremmest været erfaringen, at det kan være en udfordring at have CTI-forløb sideløbende med almindelige bostøtteforløb for de medarbejdere, der har en delt funktion. Der er generelt en væsentligt højere caseload i den almindelige bostøtteindsats. Det giver til tider et pres i forhold til fleksibiliteten, hvor det kan være vanskeligt at fastholde den højere grad af fleksibilitet, som CTI-metoden kræver. Det er søgt imødekommet ved, at fleksibiliteten i CTI-forløbene er givet forrang over de øvrige bostøtteforløb. For den enkelte medarbejder er det imidlertid erfaringen, at det skaber et dilemma i forhold de øvrige borgerforløb, fx i forhold til af og til at måtte aflyse aftaler med andre borgere for at sikre den fornødne fleksibilitet for borgerne i CTI-forløb.

I Aarhus blev CTI-indsatsen i første del af projektperioden udført af to medarbejdere, hvoraf den ene medarbejder udfører CTI-forløb på fuld tid, mens den anden medarbejder udførte CTI-forløb på kvart tid og havde bostøtteforløb med andre borgere i den resterende del af arbejdstiden. Her var det erfaringen, at det kan give udfordringer, når CTI-indsatsen primært er koncentreret på én medarbejder. En høj kompleksitet i støttebehovene hos mange af borgerne i indsatsen udfordrer fleksibiliteten, fx når der opstår akutte hændelser i borgernes liv, og i forbindelse med rekruttering og opstart af forløb for nye borgere. I anden halvdel af projektperioden er der imidlertid foretaget en justering af indsatsen, således at der har været to fuldtidsmedarbejdere om at udføre CTI-indsatsen. Det har generelt givet mulighed for et større indtag af borgere i den senere del af projektperioden.

Som nævnt er det en generel erfaring fra projektet, at der kan være udfordringer ved kun at være én CTI-medarbejder, mens det fungerer bedre, når der er mindst to CTI-medarbejdere. Når der kun er én CTI-medarbejder, oplever CTI-medarbejderne, at de ikke har andre CTI-medarbejdere at sparre med om målgruppen. I det tilfælde foregår sparringen primært med projektlederen. Det betyder også, at CTI-medarbejderen ikke har en afløser ved sygdom og ferie. Når man er to eller flere CTI-medarbejdere, giver det mulighed for, at medarbejderne kan sparre med hinanden, og der er mulighed for en større fleksibilitet i forhold til optag af nye borgere, ligesom der er bedre mulighed for at fordele borgerne mellem medarbejderne ud fra kompleksiteten af borgernes støttebehov. Samtidig vurderer medarbejderne, at det er mest optimalt, hvis man

ikke har andre bostøtteforløb ved siden af CTI-indsatsen, da det sætter fleksibiliteten i CTI-indsatsen under pres, hvis man som CTI-medarbejder skal have et større antal øvrige bostøtteforløb med en højere caseload ved siden af CTI-forløbene.

I alle tre kommuner er det endvidere lykket at rekruttere mindst en CTI-medarbejder, der både taler dansk og grønlandsk, og i alle tre kommuner er det fuldtidsansatte medarbejdere, der taler grønlandsk. Det vurderes i alle tre kommuner at være en meget stor styrke ved indsatsen at have CTI-medarbejdere, som taler grønlandsk. De øvrige CTI-medarbejdere er derimod udelukkende dansksprogede. En prioritering har derfor været, at de grønlandsksprogede medarbejdere særligt har de borgere tilknyttet, som ikke eller kun i begrænset grad taler dansk, mens de dansksprogede medarbejdere har de borgere tilknyttet, som taler bedre dansk. Samtidig betyder medarbejdernes indgående kendskab til grønlandsk kultur, at der kan tages bedre højde for kulturelle forskelle i kommunikationsformer. Det er ikke mindst vigtigt i mødet med andre dele af velfærdssystemet, hvor CTI-medarbejderne, ud over generel koordination og forløbsunderstøttelse, også har kunnet bidrage med et blik på de kulturelle elementer og forskelle, der er vigtige at være opmærksom på i forhold til borgernes interaktion med det øvrige velfærdssystem.

For alle tre kommuner har der forud for projektperiodens opstart været fastsat måltal for antallet af borgere i indsatsen. I Vejle var der sat et mål for at opnå 60 borgere indskrevet i indsatsen, mens der i Odense og Aarhus var et måltal på 40 borgere i hver kommune. Det viste sig dog i første del af projektperioden, at der var forskellige forhold, der udfordrede realiseringen af måltallene. I både Odense og Aarhus var der i starten af perioden en erfaring af, at der var udfordringer med at rekruttere borgere til indsatsen. Det hang blandt andet sammen med, at CTI-medarbejderne først skulle udvikle og opbygge det aktørnetværk, der i vid udstrækning var en forudsætning for rekrutteringen af borgere til indsatsen. Samtidig var det erfaringen i alle tre kommuner, at de fleste af de borgere, der blev rekrutteret til indsatsen havde forholdsvis komplekse problematikker, hvilket samtidig betød en begrænsning i forhold til, hvor mange borgere der kunne blive indskrevet i indsatsen i den første periode under hensyntagen til, at disse borgere også havde behov for en forholdsvis intensiv indsats.

Set i lyset af, at CTI-indsatsen overvejende blev båret af én enkelt CTI-medarbejder på fuldtid i hver kommune (suppleret med CTI-medarbejdere med enkelte CTI-forløb ved siden af almindelige bostøtteforløb i to af kommunerne) betød det, at der i den første del af perioden blev indskrevet færre borgere end forventet i kommunerne. Det var medvirkende til, der er i Vejle blev foretaget en justering af måltallet til 50 indskrevne borgere og i Aarhus til 30 indskrevne borgere i løbet af projektperioden, mens Odense fastholdt det oprindelige måltal på 40 borgere. Som vi senere skal se i kapitel 4 og 5 er det stort set lykket at indfri disse justerede måltal, idet Odense og Aarhus har hhv. 40 og 30 borgere, der er blevet indskrevet i indsatsen. I Vejle er der blevet indskrevet 49 borgere, men af individuelle grunde omkring to af forløbene, som af hensyn til anonymisering ikke kan beskrives nærmere, er der 47 borgere med et udfyldt medarbejderspørgeskema ved opstarten af indsatsen. Derfor indgår der 47 borgere i rapportens opgørelser for Vejle.

I alle de tre kommuner indgår der endvidere en peer-koordinator i indsatsen, og funktionen som peer-koordinator er normeret til en halvtidsstilling. Peer-koordinatorerne har særligt som funktion at udvikle og understøtte peer-delen af indsatsen. Det er peer-koordinatorens opgave at varetage rekrutteringen af frivillig/peer-støtterne og at understøtte peer-delen undervejs. Peer-koordinatoren bistår således med at definere og afgrænse peer-støttens funktion og med at klæde frivillig/peer-støtterne på til opgaven, fx gennem undervisning og ved at supervisere

peer-støtterne undervejs i forløbet. Mens det er CTI-medarbejderens ansvar, at borgeren tilbydes en frivillig/peer-støtte, hvis borgeren ønsker det, er det peer-koordinatorens opgave at facilitere igangsættelsen af frivillig/peer-støtteforløb og at understøtte kontakten mellem frivillig/peer-støtten og borgeren undervejs i forløbet i et samspil med CTI-medarbejderen.

Peer-koordinatoren er i alle tre kommuner ansat i regi af Det Grønlandske Hus i hhv. Aarhus og Odense. Det Grønlandske Hus er en selvejende institution i civilsamfundet, der har stor erfaring med at arbejde med udsatte grønlandere. Det Grønlandske Hus i Odense står for forankringen af peer-koordinatorene i både Odense og Vejle. I den forbindelse driver Det Grønlandske Hus i Odense i forvejen en "satellitafdeling" i Vejle i form af en café for grønlandere, der har åbent én dag om ugen. Mens funktionen som peer-koordinator i Odense og Aarhus varetages af én person, er funktionen i Vejle opdelt på to medarbejdere, der hver indgår på kvart tid i denne funktion. Det hænger sammen med, at de to medarbejdere i Vejle samtidig driver tilsvarende satellitenheder med caféfunktion i både Kolding og Esbjerg, og at den delte peer-koordinatorfunktion bedst kunne integreres med disse øvrige arbejdsopgaver. Det skaber dog samtidig en udfordring med hensyn til, at der går dobbelt tid ved deltagelse i møder, og at det skaber ekstra behov for koordinering.

Ud over samarbejdet mellem kommunerne og Det Grønlandske Hus om CTI-delen og peer-delen er der også et samarbejde med andre aktører i byerne, der har udsatte med grønlandsk baggrund blandt deres brugere. Det gælder fx Kofoeds Skole i Aarhus og Kirkens Korshær, der har en del grønlandske brugere af forskellige væresteder og herberger i de tre byer. Der har været et samarbejde med disse organisationer om rekruttering af borgere til CTI-indsatsen. Blandt andet har CTI-medarbejderne udført et betydeligt opsøgende arbejde på forskellige sociale tilbud, ligesom nogle af CTI-medarbejderne i perioder har haft træffetid på nogle af tilbuddene, både i forhold til rekruttering af nye borgere, men også for brugere, der allerede var blevet tilknyttet CTI-indsatsen og dermed kunne træffe CTI-medarbejderen på faste tidspunkter ude på tilbuddet, når der var behov for det.

I Aarhus har samarbejdet mellem kommunen og civilsamfundsorganisationerne endvidere været understøttet af et kompetenceudviklingsforløb, hvor medarbejdere fra fire forskellige civilsamfundsorganisationer sammen med de kommunale medarbejdere har deltaget i et kursusforløb om "tilværelsespsykologi". Tilværelsespsykologien er en ressourceorienteret tilgang, der fokuserer på den enkeltes udviklingsmuligheder for at "udvikle sit greb om tilværelsen med udgangspunkt i de umiddelbart givne muligheder og betingelser i den omgivende kultur og det omgivende samfund" (Bertelsen, 2013). Forløbet har både givet konkrete redskaber i arbejdet med borgerne og bidraget til at skabe en fælles forståelse og et fælles ståsted i det sociale arbejde med målgruppen på tværs af de involverede aktører.

4 Profil af de deltagende borgere

I dette kapitel gives en karakteristik af, hvad der kendetegner de borgere, der har deltaget i CTI-indsatsen for udsatte grønlandere i de tre kommuner. I kapitlet tegner vi en profil af den samlede gruppe af borgerne, der er opstartet i indsatsen i løbet af projektperioden, uanset om borgerne efterfølgende har gennemført et fuldt CTI-forløb. Først i det efterfølgende kapitel 5, der nærmere belyser CTI-forløbene, afdækker vi, hvilke borgere der har gennemført et fuldt forløb, og hvem der er blevet afsluttet før tid, uden at et fuldt forløb har været gennemført. Målgruppeprofilen tegner et billede af borgerens demografiske karakteristika og af de sociale og helbredsmæssige problematikker og støttebehov blandt borgerne, som har givet anledning til, at et CTI-forløb er blevet sat i gang. Målgruppeprofilen baserer sig dels på oplysninger fra medarbejderspørgeskemaet, som er udfyldt for alle borgerne, der er startet op i indsatsen, dels på besvarelserne fra borgerspørgeskemaet, hvor det dog skal tages i betragtning, at der er enkelte borgere, der ikke har udfyldt borgerspørgeskemaet ved opstarten. Opgørelserne er foretaget både for den samlede gruppe af borgere, og særskilt for hver af de tre kommuner. Desuden inddrager vi også de kvalitative interview med både borgere og medarbejdere.

4.1 Køn og alder

Samlet set er der i alt 117 borgere, der er registreret som startet op i indsatsen, og hvor der er udfyldt det første medarbejderspørgeskema, der indsamler en række oplysninger om borgerens profil. Af disse borgere er der registreret 40 borgere i Odense, 47 borgere i Vejle og 30 borgere i Aarhus. Tabel 4.1 viser fordelingen på køn og alder blandt de borgere, der er begyndt i indsatsen. Der er i alle de tre kommuner en overvægt af kvinder blandt borgerne, idet 64 % af borgerne er kvinder, mens 36 % er mænd. Den mindste andel af mænd i indsatsen finder vi i Aarhus med 27 %, mens der er 37 % og 40 % mænd i indsatsen i hhv. Odense og Vejle. CTI-medarbejderne har oplevet, at det kan være vanskeligere at skabe en kontakt med de grønlandske mænd og at motivere dem til at indgå i indsatsen, mens det er lidt lettere at skabe kontakt og rekruttere blandt de grønlandske kvinder. Ifølge interviewpersonerne skyldes det næppe en forskel i indsats- og støttebehovene mellem de grønlandske mænd og kvinder, men snarere, at det er særligt vanskeligt for mændene at forholde sig til egne støttebehov og at indgå i en støtterelation. Der kan således rettes opmærksomhed mod den særlige udfordring, der er med at skabe en kontakt og en relation til de socialt udsatte grønlandske mænd.

Der er en forholdsvis stor gruppe af midaldrende og ældre borgere i indsatsen, med 39 % der er 50 år og derover. 38 % er mellem 30 og 49 år, mens 24 % er unge mellem 18 og 29 år. Der er en vis forskel mellem kommunerne i aldersfordelingen, hvor der er flest på 50 år og derover i Aarhus med 47 % af de borgere, der har deltaget i indsatsen, ligesom det også er i Aarhus, at vi finder den laveste andel af unge mellem 18 og 29 år med 13 % af de deltagende borgere. I både Odense og Vejle er 28 % af borgerne mellem 18 og 29 år, mens der i Odense er lidt flere på 50 år og derover, nemlig 40 %, end i Vejle, hvor denne andel er 32 %. Der er således en tendens til, at borgerne i indsatsen i Vejle har haft en lidt yngre aldersprofil end i de to øvrige kommuner, mens der i Aarhus er den ældste aldersprofil for borgerne i indsatsen.

Tabel 4.1 Fordeling på køn og alder blandt borgerne i indsatsen, særskilt for kommuner. Procent og antal.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
<i>Køn</i>				
Kvinde	63 (25)	60 (28)	73 (22)	64 (75)
Mand	37 (15)	40 (19)	27 (8)	36 (42)
Total	100 (40)	100 (47)	100 (30)	100 (117)
<i>Alder</i>				
18-29 år	28 (11)	28 (13)	13 (4)	24 (28)
30-49 år	32 (13)	40 (19)	40 (12)	38 (44)
50 år og derover	40 (16)	32 (15)	47 (14)	39 (45)
Total	100 (40)	100 (47)	100 (30)	100 (117)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

4.2 Varighed af ophold i Danmark

Gruppen af borgere, der har deltaget i indsatsen, består både af personer, der er kommet til Danmark fra Grønland for nylig, og personer, der er kommet til Danmark for mange år siden (tabel 4.2). Der er således 21 %, der har været i Danmark i under 2 år, mens der omvendt er 38 %, der har været i Danmark i over 10 år. Den største gruppe udgøres imidlertid af dem, der har været i Danmark i mellem 3 og 9 år, hvilket gælder 40 % af borgerne i indsatsen. Det er i Vejle, at vi finder den største andel af borgerne i indsatsen, der er kommet til Danmark for nylig, idet 40 % af borgerne i indsatsen i Vejle har været i Danmark i under 2 år. I Aarhus er der derimod 60 % af borgerne, der har været i Danmark i mindst 10 år. I Aarhus beskriver projektlederen og CTI-medarbejderne, at størstedelen af de borgere, der er blevet indskrevet i indsatsen, er socialt udsatte borgere, der har boet i Danmark i en del år, herunder særligt mange lidt ældre borgere, mens målgruppen i Aarhus kun i begrænset grad består af nytilflyttere. I Aarhus opleves der generelt ikke så stor en tilflytning af udsatte grønlændere til byen fra Grønland, blandt andet fordi det er velkendt, at det er meget svært at få en bolig i Aarhus. Derimod har man i Vejle oplevet en betydelig tilflytning af udsatte grønlændere til byen fra Grønland gennem de senere år, og det er netop oplevelsen, at udsatte grønlændere, der flytter til Danmark, i højere grad flytter til de lidt mindre byer, hvor der er en forventning om, at det ikke er helt så vanskeligt at finde et sted at bo som i storbyerne. Det er samtidig med til at forklare den højere andel af yngre borgere i indsatsen i Vejle.

Tabel 4.2 Antal år, borgerne i indsatsen har opholdt sig i Danmark. Procent og antal.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
<i>Antal år i Danmark</i>				
Under 2 år	15 (6)	40 (19)	0 (0)	21 (25)
3-9 år	60 (24)	26 (12)	40 (12)	41 (48)
10 år og derover	25 (10)	34 (16)	60 (18)	38 (44)
I alt	100 (40)	100 (47)	100 (30)	100 (117)

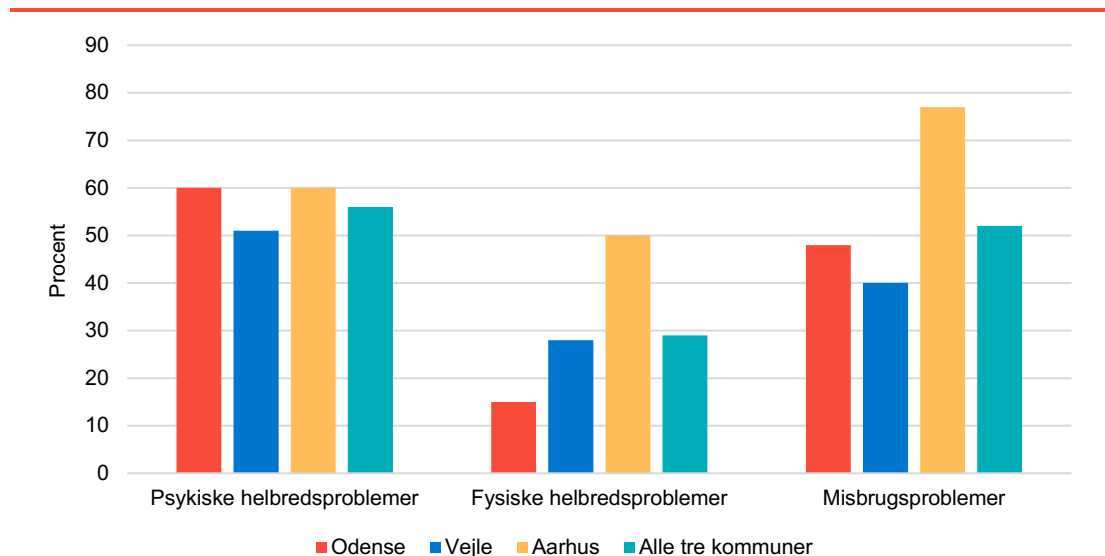
Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

4.3 Helbred og misbrug

Der er en høj andel med helbredsmæssige udfordringer blandt borgerne i indsatsen. I figur 4.1 er vist andelen med hhv. psykiske problemer, fysiske helbredsproblemer og misbrugsproblemer opgjort ved opstarten af indsatsen baseret på oplysningerne i medarbejderskemaet. Det skal i den forbindelse understreges, at der er tale om medarbejdernes vurderinger af borgernes helbredssituation, der således afhænger af, hvilket kendskab de har til borgerens historik, herunder i forhold til helbred og misbrug. Der kan være forskel (herunder mellem kommunerne) på, hvordan medarbejderne vurderer borgeren på de forskellige parametre, fx hvordan medarbejderne tolker psykiske problemer og graden heraf. Det er over halvdelen af borgerne, 56 %, der ifølge CTI-medarbejderens vurdering i høj grad eller nogen grad har psykiske problemer. Denne andel er generelt høj i alle de tre kommuner med 60 % i både Odense og Aarhus og 51 % i Vejle. 29 % af borgerne i indsatsen vurderes af CTI-medarbejderne at have fysiske helbredsproblemer. Her er der en større variation mellem kommunerne, hvor denne andel er lavest i Odense med 15 %, mens 50 % af borgerne i indsatsen i Aarhus har fysiske helbredsproblemer. 52 % af borgerne i indsatsen vurderes at have misbrugsproblemer. For næsten alle borgerne med et misbrug er der tale om et misbrug af hash og/eller alkohol (44 % har et misbrug af hash, mens 32 % har et alkoholmisbrug), mens meget få (3 %) har et misbrug af hårde stoffer (ikke vist). Også hvad angår andelen med misbrugsproblemer, er der en betydelig variation mellem kommunerne, med den højeste andel på 77 % i Aarhus mod 40 % i Vejle og 48 % i Odense. Den noget lavere andel med misbrugsproblemer i Vejle kan hænge sammen med den højere andel af yngre og nytilkomne i Vejle, hvorimod mange af borgerne i indsatsen i Aarhus er midaldrende og ældre med en langvarig udsathed i Danmark, hvilket samtidig er med til at forklare den højere andel med fysiske helbredsproblemer blandt borgerne i indsatsen i Aarhus.

Figur 4.1 Andelen af borgerne med psykiske problemer, fysiske helbredsproblemer og misbrugsproblemer. Særskilt for de tre kommuner. Procent.



Anm.: Antal borgere (n): Odense: 40; Vejle: 47; Aarhus: 30.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet ved opstart af CTI-forløb.

Borgernes helbred er også belyst i borgerspørgeskemaet, hvor der spørges til helbredet generelt og således ikke skelnes mellem det fysiske og psykiske helbred. Tabel 4.3 viser borgernes egen vurdering af deres helbred ved opstarten af indsatsen. Ud af de i alt 108 borgere, der har

besvaret borgerspørgeskemaet ved opstarten af indsatsen, er det cirka halvdelen, der har en positiv selv vurdering af deres helbred som "fremragende", "vældig godt" eller "godt", mens den anden halvdel af borgerne derimod har en negativ vurdering af helbredet som "mindre godt" eller "dårligt". Den højeste andel med en negativ vurdering af eget helbred finder vi i Aarhus med 55 %, mens denne andel er lavest med 45 % blandt borgerne i indsatsen i Vejle.

Tabel 4.3 Selvvurderet helbred ved opstarten af CTI-forløbet blandt borgerne i indsatsen. Procent og antal.

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
Fremragende/Vældig godt	14 (5)	17 (7)	14 (4)	15 (16)
Godt	38 (14)	38 (16)	31 (9)	36 (39)
Mindre godt/Dårligt	49 (18)	45 (19)	55 (16)	49 (53)
Total	100 (37)	100 (42)	100 (29)	100 (108)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling.

4.4 Trivsel og mestring

Vi har også belyst borgernes generelle trivsel. I spørgeskemaet til borgerne indgår også de fem spørgsmål i trivselsindekset WHO-5, der handler om, hvordan testpersonen har følt sig tilpas i de seneste to uger. Indekset måler graden af positive oplevelser, og udgør et mål for personers generelle trivsel eller velbefindende. Som beskrevet i rapportens metodeafsnit (kapitel 2) går det samlede indeks fra 0 til 100. Jo flere point, jo højere trivsel. I tabel 4.4 er opgjort den gennemsnitlige score på indekset samt procentdelen af borgerne i intervallerne 0-35, 36-50 og 51-100 point, hvor pointtal over 50 som (jf. kapitel 2) betyder, at borgeren ikke umiddelbart i risiko for depression eller langvarig stressbelastning. Ved et pointtal mellem 0 og 35 er der "stor risiko for depression og stressbelastning", og ved et pointtal mellem 36 og 50 er der "risiko for depression og stressbelastning".

Tabel 4.4 Score på WHO-5-trivselsindekset ved opstarten af CTI-forløbet. Procent og antal.

Point på WHO-5-trivselsindeks	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
<i>Gennemsnit</i>				
Gennemsnitlig pointscore	48,9	54,5	50,1	51,4
<i>Fordeling</i>				
0-35 point	32 (12)	27 (11)	35 (10)	31 (33)
36-50 point	8 (3)	12 (5)	14 (4)	11 (12)
51-100 point	61 (23)	61 (25)	52 (15)	58 (63)
I alt, procent og antal (n)	100 (38)	100 (41)	100 (29)	100 (108)

Anm.: Signifikanstest for forskel mellem kommuner i score på WHO-5-trivselsindekset: Fordeling mellem de tre score-grupper (Chi-test): $P = 0,873$, middelværdi (F-test): $P = 0,575$.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling.

Tabel 4.4 viser, at den gennemsnitlige score på WHO-5-indekset er på 51,4. Gennemsnittet er lidt højere for borgerne i indsatsen i Vejle med 54,5, mens den laveste gennemsnitlige score

er i Odense med 48,9. Det er godt halvdelen af borgerne, 58 %, der har en score på over 50 point ved opstarten af indsatsen og dermed ikke umiddelbart har en risiko for depression eller stressbelastning. Den højeste andel med en score i den laveste kategori mellem 0 og 35 point findes blandt borgerne i Aarhus med 35 %, mens den laveste andel på 27 % i denne kategori findes blandt borgerne i Vejle. Som Sundhedsstyrelsen gør opmærksom på i vejledningen til trivselsindekset, udgør trivselsindekset dog ikke et egentligt diagnoseværktøj.

I borgerskemaet indgår der også spørgsmål, der belyser, om borgerne har depressive symptomer. I tabel 4.5 er opgjort svarfordelingen ved opstarten af CTI-forløbet på de tre spørgsmål fra MDI-redskabet (jf. kapitel 2). Desuden er tilføjet svarfordelingen på to andre spørgsmål fra borgerspørgeskemaet, som har haft samme svarkategorier, nemlig om man i løbet af de seneste fire uger har været alene, selvom man mest har haft lyst til at være sammen med andre, og om man har haft svært ved at klare hverdagsting som fx at købe ind, vaske tøj eller lave mad. De to sidste spørgsmål er tilføjet som mål for ensomhed og lav mestringsevne i hverdagen. Tabellen viser, at det for hvert af spørgsmålene er cirka en tredjedel af borgerne, der enten hele tiden eller det meste af tiden har haft den pågældende følelse.

Tabel 4.5 Andel med depressive symptomer, ensomhed og lav mestringsgrad ved opstarten af CTI-forløbet, særskilt for de tre kommuner. Procent og antal.

Andel der inden for de seneste 4 uger hele tiden eller det meste af tiden har...	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
... følt sig trist til mode	32 (12)	31 (13)	32 (9)	32 (34)
... haft lav selvtillid	45 (17)	26 (11)	39 (11)	36 (39)
... manglet interesse for de ting du gør i hverdagen	38 (14)	21 (9)	36 (10)	31 (33)
... været alene, selvom du havde mest lyst til at være sammen med andre	49 (18)	24 (10)	25 (7)	33 (35)
... haft svært ved at klare hverdagsting såsom at stå op om morgenen, åbne breve eller købe ind	30 (11)	24 (10)	18 (5)	24 (26)

Anm.: Til hvert spørgsmål har det været muligt at svare "hele tiden", "det meste af tiden", "noget af tiden", "lidt af tiden" eller "på intet tidspunkt". I tabellen er opgjort andelen, der enten har svaret "hele tiden" eller "det meste af tiden" til de enkelte spørgsmål. Antallet af personer er anført i parentes bag procenttallet.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling.

Ser vi på de enkelte indikatorer fra MDI-redskabet, er der 36 % af borgerne, der har hele tiden eller det meste af tiden haft lav selvtillid, 32 % der hele tiden eller det meste af tiden følt sig trist til mode og 31 %, der hele tiden eller det meste af tiden har manglet interesse for ting, man gør i hverdagen. På de to øvrige spørgsmål i tabellen er der 33 %, der hele tiden eller det meste af tiden gennem de seneste fire uger op til starten af CTI-forløbet har været alene, selvom de mest har haft lyst til at være sammen med andre, og 24 %, der hele tiden eller det meste af tiden har haft svært ved at klare hverdagsting. Der er således en betydelig del af borgerne, der ud fra disse spørgsmål, har følelser der generelt forbindes med depressivitet, ligesom der også er en del der har tegn på social isolation og vanskeligheder ved at klare sig i hverdagen.

I forhold til borgernes psykosociale profil vurderer medarbejderne i de kvalitative interview, at traumer generelt fylder meget i målgruppen. Ifølge CTI-medarbejderne har mange af borgerne alvorlige traumer med sig fra en barndom og opvækst med svære omsorgssvigt, og en del af borgerne har været udsat for seksuelle overgreb.

4.5 Beskæftigelse og forsørgelse

Borgerne, der er indskrevet i indsatsen, står i langt de fleste tilfælde uden for arbejdsmarkedet. Tabel 4.6 viser, om borgeren er i beskæftigelse, uddannelse eller aktivering ved opstarten af forløbet. Ved opstarten af forløbet er størstedelen af borgerne, 74 %, hverken i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering. I Vejle og Odense er der lidt flere af borgerne, der ved opstarten af indsatsen er i aktivering eller uddannelse, mens der i Aarhus, hvor mange af borgerne har et mangeårigt ophold i Danmark bag sig, er 87 %, der hverken er i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering ved opstarten af CTI-forløbet.

Tabel 4.6 Andel i beskæftigelse, uddannelse og aktivering ved opstarten af CTI-forløbet. Procent og antal.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
I beskæftigelse, aktivering eller uddannelse	23 (9)	27 (13)	13 (4)	23 (26)
Hverken i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering, samt ved ikke	77 (31)	72 (34)	87 (26)	77 (91)
I alt, procent og (n)	100 (40)	100 (47)	100 (30)	100 (117)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

I tabel 4.7 er opgjort forsørgelsesgrundlaget blandt borgerne ved opstarten af CTI-forløbet. Der er 2 % af borgerne i indsatsen, der på opstartstidspunktet har en lønindkomst. Størstedelen af borgerne er på kontanthjælp eller for de unges vedkommende uddannelseshjælp. Der er 9 % af borgerne, der er på førtidspension. Af hensyn til anonymisering har vi ikke kunnet opdele tabellen på de tre kommuner. En yderligere opgørelse viser dog, at andelen på førtidspension på opstartstidspunktet er højest blandt borgerne i Aarhus med 20 % (ikke vist).

Tabel 4.7 Forsørgelsesgrundlag blandt borgerne i indsatsen ved opstarten af CTI-forløbet. Procent og antal.

	Alle tre kommuner
Løn	2 (2)
SU	3 (4)
Kontanthjælp	68 (80)
Uddannelseshjælp (unge under 30 år)	12 (14)
Førtidspension	9 (11)
Ingen indtægt	3 (3)
Andet	6 (5)
I alt, procent og (n)	100 (117)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

Selvom langt hovedparten af borgerne, der har deltaget i indsatsen, i dag er uden tilknytning til arbejdsmarkedet, er der en høj andel, der har tidligere arbejdsmarkedserfaring (tabel 4.8). Mange har tidligere arbejdsmarkedserfaring fra Grønland, hvilket gør sig gældende for 70 %, mens 21 % har tidligere arbejdsmarkedserfaring i Danmark. Det er kun 10 % af borgerne, der ikke har nogen tidligere arbejdsmarkedserfaring. Tallene afspejler, at selvom borgerne i dag

har betydelige sociale og helbredsmæssige udfordringer, har de fleste tidligere har haft et arbejdsliv, mens de boede på Grønland. I de kvalitative interview fortæller en del af borgerne, at de havde arbejde, da de boede på Grønland, fx i fiskeriet eller i serviceerhverv. For en dels vedkommende har sociale og helbredsmæssige problemer imidlertid betydet, at de på et tidspunkt mistede arbejdet, og det har for manges vedkommende også været en væsentlig årsag til, at de flyttede til Danmark. Der er dog også nogle af borgerne, der flyttede til Danmark af andre grunde, fx for at kunne være tættere på familiemedlemmer, der bor i Danmark. Disse borgere fortæller generelt, at det har været meget vanskeligt at få arbejde i Danmark, både på grund af sproglige barrierer, og fordi de kvalifikationer og den erhvervs erfaring, de havde med sig fra Grønland, kun i meget begrænset grad har kunnet bruges på det danske arbejdsmarked.

Tabel 4.8 Andel med tidligere arbejdsmarkedserfaring målt ved opstarten af CTI-forløbet. Procent og antal.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
Borgeren har arbejdsmarkedserfaring fra Grønland	73 (27)	66 (31)	73 (22)	70 (82)
Borgeren har arbejdsmarkedserfaring fra Danmark eller et andet land	5 (2)	24 (12)	43 (13)	23 (27)
Borgeren har ingen arbejdsmarkedserfaring eller ved ikke	28 (11)	30 (14)	16 (5)	25 (30)
Beregningsgrundlag, antal personer (n)	40	47	30	117

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes. Det har været muligt at angive flere svar og procenttallene summerer derfor ikke til 100.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

4.6 Boligsituation og hjemløshed

En del af borgerne befandt sig ved opstarten af CTI-forløbet i en hjemløshedssituation. I tabel 4.9 er opgjort borgerens boligsituation ved indsatsens opstart. Det er kun godt halvdelen, der har egen bolig ved opstarten af CTI-forløbet, mens enkelte bor på et lejet værelse, og nogle bor hos en partner. Der er 11 %, der opholdt sig på herberg eller forsorgshjem (og i et enkelt tilfælde på gaden) ved indsatsens opstart. Der er også en forholdsvis stor gruppe på 21 %, der opholder sig hos familie eller venner. En del af de nytilkomne er ved flytningen fra Grønland flyttet ind hos familiemedlemmer i Danmark, fx hos søskende eller andre slægtninge, mens de forsøger at skaffe deres egen bolig. For norges vedkommende er der tale om "sofasurfing" af mere midlertidig og tilfældig karakter hos venner og bekendte. Billedet af, at en del af borgerne befinder sig i en hjemløshedssituation ved opstarten af indsatsen, gør sig generelt gældende i alle tre kommuner, men af hensyn til anonymisering er tabellen ikke opdelt på de tre kommuner.

CTI-medarbejderne fortæller, at når borgeren befinder sig i en hjemløshedssituation ved opstarten, bliver det primære fokus at skabe en boligløsning for borgeren. Hjemløshedssituationen betyder i den sammenhæng også, at det kan være vanskeligt at arbejde med borgerens øvrige problematikker. Når det lykkes at skaffe en bolig forholdsvis tidligt i forløbet, kan CTI-indsatsen udgøre en væsentlig støtte i den kritiske overgang fra hjemløshed til egen bolig. Hvis det derimod tager lang tid, før der etableres en boligløsning, kan en stor del af CTI-forløbet gå med at støtte borgeren i ventetiden, og i nogle tilfælde har denne ustabilitet også betydet, at CTI-forløbet ikke har kunnet fastholdes og har måttet afsluttes, fx fordi der ikke længere var kontakt med borgeren. Der er også eksempler på, at en borger først har fået en bolig ret sent i CTI-forløbet, hvor der ikke er meget tid tilbage til at støtte borgeren omkring indflytning i boligen.

Tabel 4.9 Borgerens boligsituation ved opstarten af CTI-forløbet. Procent og antal.

Alle tre kommuner	
I egen bolig (eje eller leje)	56 (65)
Midlertidig udslusningsbolig	4 (5)
I et lejet værelse	3 (3)
Hos en partner/kæreste	4 (5)
Hos familie, venner eller bekendte	21 (25)
Herberg/forsorgshjem/gaden	11 (13)
Andet	1 (1)
I alt, procent og (n)	100 (117)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

4.7 Socialt netværk og familiesituation

Mange af borgerne i indsatsen har udfordringer med et svagt socialt netværk og/eller et netværk præget af betydelige eller massive udfordringer. Tabel 4.10 viser CTI-medarbejderens vurdering af karakteren af borgerens sociale netværk. Det er kun en lille andel på 6 % af borgerne, der af CTI-medarbejderen vurderes at have et godt og ressourcefuldt netværk ved opstarten af indsatsen. Denne andel er lidt højere i Vejle med 13 %, mens det slet ikke gælder nogen af borgerne i Aarhus. Der er 28 %, hvor netværket viser tegn på udfordringer, og/eller hvor borgeren trækker sig fra netværket i perioder, mens 36 % vurderes at have et svagt netværk med betydelige udfordringer. For 20 % af borgerne vurderes det, at de er socialt isolerede og/eller har netværk med massive udfordringer. Det kan fx være netværk præget af massive misbrugsproblemer. For enkelte af borgerne har CTI-medarbejderen dog ved indsatsens opstart endnu ikke haft et tilstrækkeligt kendskab til at kunne vurdere karakteren af borgerens netværk.

Tabel 4.10 Karakteristik af borgerens sociale situation og sociale netværk ved opstarten af CTI-forløbet. Procent og antal.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
Godt og ressourcefuldt netværk	3 (1)	13 (6)	0 (0)	6 (7)
Borgeren trækker sig i perioder fra netværk/netværk viser tegn på udfordringer	21 (8)	19 (9)	50 (15)	28 (32)
Borgeren har et svagt netværk/netværk har betydelige udfordringer	39 (15)	40 (19)	27 (8)	36 (42)
Borgeren er isoleret/netværk har massive udfordringer	18 (7)	21 (10)	20 (6)	20 (23)
Ved ikke	21 (8)	6 (3)	3 (1)	10 (12)
I alt, procent og (n)	100 (39)	100 (47)	100 (30)	100 (116)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes. Pga. afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

Samtidig med at mange af borgerne generelt har et svagt socialt netværk, spiller udfordringer omkring familiesituationen også en betydelig rolle for en del af borgerne. Langt hovedparten af borgerne, 84 %, har ifølge CTI-medarbejdernes oplysninger, kontakt med den nærmeste familie, det vil sige forældre og søskende (ikke vist i tabel). I de kvalitative interview fortæller nogle

af borgerne dog, at de har en sparsom kontakt med søskende også i tilfælde, hvor deres søskende bor i Danmark. I nogle tilfælde er der tale om beskadigede relationer, hvor også familierelationerne bærer præg af en social udsathed, eller at borgeren har en begrænset kontakt med sine søskende blandt andet pga. borgerens misbrugsproblemer. Hovedparten af borgerne er enlige, men der er 34 %, der har en ægtefælle eller kæreste. Samtidig er det hovedparten af borgerne, der har børn, hvilket gælder for 64 % af borgerne i indsatsen. Der er 43 % af borgerne, der har mindreårige børn, men i tre fjerdedel af tilfældene bor disse børn ikke sammen med borgeren. I en del tilfælde er børnene blevet anbragt uden for hjemmet, om end børnene også i nogle tilfælde bor hos den anden forælder. Der er i alt 10 % af borgerne i indsatsen, svarende til 12 personer, der har børn, der bor hos borgeren.

4.8 Sproglige og kulturelle barrierer

Ud over de psykosociale støttebehov og den manglende arbejdstilknytning, har en betydelig del af borgerne i indsatsen sproglige og kulturelle barrierer i forhold til at navigere i det danske samfund og i forhold til at interagere med velfærdssystemet. Tabel 4.11 viser medarbejdernes vurdering af borgernes danskkompetencer. Det er mere end en tredjedel af borgerne, der stort set ikke taler dansk (11 %) eller kun kan forstå og tale lidt dansk (21 %), mens der er 39 %, der taler flydende dansk. I Vejle, hvor der er mange nytilkomne blandt borgerne, er der en betydelig andel med begrænsede danskkompetencer, idet 43 % enten stort set ikke taler dansk eller kun kan tale og forstå lidt dansk. Den højeste andel (60 %), der taler flydende dansk, findes blandt borgerne i indsatsen i Aarhus, hvor hovedparten som nævnt har opholdt sig i Danmark i mange år. Det skal i den sammenhæng dog også nævnes, at de lidt ældre borgere i indsatsen voksede op på et tidspunkt, hvor der var fokus på dansk som uddannelsessprog, mens de yngre år-gange i Grønland er vokset op med fokus på grønlandsk som kommunikationssprog.

Tabel 4.11 Danskkompetencer blandt borgerne ved opstarten af CTI-forløbet. Procent og antal.

Hvordan er borgerens dansk-kompetencer?	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
Borgeren taler stort set intet dansk	10 (4)	11 (5)	13 (4)	11 (13)
Borgeren kan forstå og tale lidt dansk	20 (8)	32 (15)	7 (2)	21 (25)
Borgeren kan føre basale samtaler på dansk	40 (16)	23 (11)	20 (6)	28 (33)
Borgeren taler flydende dansk	30 (12)	34 (16)	60 (18)	39 (46)
Total (n)	100 (40)	100 (47)	100 (30)	100 (117)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

Barriererne i forhold til det danske samfund udgøres dog langt fra kun af de manglende sproglige kompetencer, men også af kulturelle forskelle, der netop forstærkes af udfordringerne med at tale og forstå dansk. Det gør sig i høj grad gældende i interaktionen med det danske velfærdssystem, hvor der fx kan være en forskellig opfattelse i forhold til betydningen af tid og aftaler. CTI-medarbejderne fremhæver også, at en del af borgerne kan have en tendens til ved møder o.l. at give udtryk for at have forstået indholdet af samtaler og aftaler, uden at det reelt er tilfældet. Der er således i bredere forstand tale om udfordringer med at forstå og begå sig i det danske samfund, hvilket CTI-medarbejderne også har foretaget en vurdering af i medar-

bejderspørgeskemaet (tabel 4.12). Tabel 4.12 viser, at CTI-medarbejderen for 71 % af borgerne vurderer, at borgeren i høj grad eller i nogen grad har problemer med at forstå og begå sig i det danske samfund. Det er kun i mindre grad er tilfældet for 17 % af borgerne, mens 9 % slet ikke vurderes at have problemer i forhold til at forstå og begå sig i det danske samfund.

Tabel 4.12 Problemer i forhold til at forstå og begå sig i det danske samfund. Særskilt for de tre kommuner. Procent og antal.

Har borgeren problemer i forhold til at forstå og begå sig i det danske samfund	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
I høj grad	33 (13)	15 (7)	10 (3)	20 (23)
I nogen grad	33 (13)	66 (31)	53 (16)	51 (60)
I mindre grad	20 (8)	13 (6)	20 (6)	17 (20)
Slet ikke	8 (3)	6 (3)	13 (4)	9 (10)
Ved ikke	8 (3)	0 (0)	3 (1)	3 (4)
I alt, procent og antal (n)	100 (40)	100 (47)	100 (30)	100 (117)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes. Pga. afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling.

5 CTI-indsatsen

I dette kapitel belyses CTI-indsatsen og erfaringerne med brugen af CTI-metoden til målgruppen. I første del af kapitlet opgøres antallet af igangsatte og gennemførte CTI-forløb, og der ses på rekruttering og visitation til indsatsen. Dernæst belyses fideliteten af CTI-indsatsen, det vil sige, om indsatsen udføres i overensstemmelse med CTI-metodens grundprincipper. I de efterfølgende afsnit ses der nærmere på CTI-støttens udførelse og indhold og på brobygningen til indsatser i det øvrige velfærdssystem, herunder hvilke øvrige sociale og behandlingsmæssige tilbud borgerne bliver tilknyttet undervejs i forløbet. Der ses også på, om der er etableret tilfredsstillende løsninger for borgerne ved CTI-forløbets afslutning.

5.1 Igangsatte og gennemførte CTI-forløb

I tabel 5.1 er opgjort antallet af borgere, der har påbegyndt et CTI-forløb fra projektperiodens start i december 2017 og frem til datatrækket til slutevalueringen primo november 2020. Det er også opgjort, hvor mange af forløbene der fortsat er igang, og hvor mange af forløbene, der er afsluttet. Blandt de afsluttede forløb er der foretaget en sondring mellem, om forløbet er "planlagt afsluttet", det vil sige, at der er gennemført et fuldt CTI-forløb, der er afsluttet som planlagt, eller om forløbet er "uplanlagt afsluttet", hvilket indebærer, at forløbet er blevet afsluttet "før tid", og at der således ikke er gennemført et fuldt CTI-forløb med borgeren.

Tabel 5.1 Igangsatte CTI-forløb, heraf fortsat igangværende og afsluttede forløb samt planlagt og uplanlagt afslutning. Antal.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
Igangsatte forløb i alt	40	47	30	117
Fortsat igangværende forløb	8	3	15	26
Afsluttede forløb	32	44	15	91
– heraf planlagt afsluttede forløb	26	35	13	72
– heraf uplanlagt afsluttede forløb	6	11	2	19

Anm.: Forløb med planlagt afslutning er fuldt gennemførte CTI-forløb, mens forløb med uplanlagt afslutning er CTI-forløb med afslutning før tid, det vil sige, at der ikke er gennemført et fuldt CTI-forløb.

Kilde: Medarbejdersspørgeskemaet, ved opstart og afslutning af CTI-forløb.

Der er i alt igangsat 117 CTI-forløb i den samlede projektperiode, der har varet i cirka 3 år. Af disse forløb er 26 fortsat i gang primo november 2020. Af disse fortsat igangværende forløb befinder 15 forløb sig i den afsluttende fase 3, mens der er 5 forløb, der befinder sig fase 1 og 6 forløb, der befinder sig i fase 2. Det skal i den sammenhæng tages i betragtning, at indsatsen i Aarhus er forlænget ind i første kvartal af 2021, og at der er igangsat en del forløb i Aarhus i løbet af 2020, hvoraf de fleste fortsat er igangværende. Også i Vejle er der foretaget en forlængelse af indsatsen ind i første kvartal af 2021, men her benyttes forlængelsen i stedet til at foretage en opfølgende kontakt med de borgere, der tidligere har deltaget i et CTI-forløb.

Der er 91 forløb, der er afsluttede ved datatrækket til evalueringen. Af de afsluttede forløb er 72 forløb planlagt afsluttede forløb, det vil sige at der er gennemført et fuldt CTI-forløb, mens der er 19 forløb, der er uplanlagt afsluttede, det vil sige at de er blevet afsluttet før tid, uden at der således er gennemført et fuldt CTI-forløb. De uplanlagte afslutninger har en række forskellige årsager. Der har været enkelte dødsfald blandt borgerne i indsatsen. Enkelte borgere er

flyttet til en anden kommune. Derudover er der borgere, der ikke har været i stand til at deltage i forløbet, fordi de har for komplekse problemer til at indgå i CTI-forløbet. I enkelte tilfælde har det stået klart, at borgeren har haft brug for langvarig støtte, hvorved det ville være vanskeligt at aftrappe støtten undervejs i et CTI-forløb, hvorfor disse borgere er blevet afsluttet før tid og i stedet opstartet i et almindeligt § 85-bostøtteforløb. Endelig er der tilfælde, hvor det ikke har været muligt at holde kontakten med borgeren trods vedvarende forsøg, og det har været nødvendigt at afslutte forløbet. De 72 planlagt afsluttede forløb ud af i alt 91 afsluttede forløb svarer til en gennemførelse på 79 %, hvilket er en høj gennemførelsesrate, når det tages i betragtning, at der er tale om en målgruppe med en betydelig og ofte sammensat udsathed. Sammenligner vi borgerne med hhv. en planlagt og en uplanlagt afslutning, er der flere, som i høj grad har psykiske problemer blandt dem med et uplanlagt afsluttet forløb (7 ud af 19, svarende til 37 %) end blandt dem med et planlagt afsluttet forløb (14 ud af 72, svarende til 19 %). Der er også flere med et misbrug (11 ud af 19 personer, svarende til 58 %) blandt dem med et uplanlagt afsluttet forløb end blandt dem med et planlagt afsluttet forløb (35 ud af 72 personer, svarende til 49 %). Chancen for at gennemføre CTI-forløbet er således generelt lidt lavere for dem med svære psykiske problemer eller som har et misbrug.

Når der er lidt færre opstartede CTI-forløb i Aarhus end i de to øvrige kommuner, skyldes det flere forhold. Som beskrevet i kapitel 4 om målgruppeprofilen finder vi blandt borgerne i Aarhus på flere af parametrene tegn på en forholdsvis høj kompleksitet i de sociale og helbreds-mæssige problemstillinger, ligesom en høj andel af borgerne har haft langvarigt ophold i Danmark. Det har været erfaringen i Aarhus, at mange af de udsatte grønlændere i byen generelt har en for høj kompleksitet i udsatheden til at være målgruppe for CTI-indsatsen, der ikke er velegnet til de allermest udsatte borgere. Det har således været nødvendigt ved rekruttering og visitation at tage hensyn til, at borgeren ikke har en for høj kompleksitet i udsatheden, og at der er en motivation til at indgå i et forløb. Ifølge projektmedarbejderne er det således nødvendigt, at borgeren overhovedet er i stand til at formulere mål for, hvad han/hun gerne vil arbejde med i CTI-forløbet. Selvom man i Aarhus ikke har indskrevet de allermest udsatte borgere i indsatsen, er der, som det fremgår af målgruppeprofilen i kapitel 4, stadig en forholdsvis høj kompleksitet i udsatheden blandt borgerne. Det har betydet, at det særligt under opstart og etablering af indsatsen har været nødvendigt at have en lavere caseload end CTI-metodens maksimale caseload på 10 borgere pr. CTI-medarbejder. Kompleksiteten af borgernes støttebehov har endvidere også betydet, at det til tider har været vanskeligt for CTI-medarbejderne at afse den fornødne tid til rekruttering af nye borgere. Endelig har det også haft indvirkning på optaget af borgere i indsatsen i Aarhus, at en CTI-medarbejder på et tidspunkt i forløbet uplanlagt måtte udgå af indsatsen.

Også i Odense og Vejle er det medarbejdernes erfaring, at CTI-metodens maksimale caseload på 10 borger pr. medarbejder er en for høj caseload set i forhold til borgernes støttebehov. På tværs af de tre kommuner vurderer både CTI-medarbejderne og projektlederne, at det snarere er hensigtsmæssigt med en caseload på 7-8 borgere pr. CTI-medarbejder for at kunne imødekomme borgernes støttebehov.

5.2 Fidelitetsmål for CTI-indsatsen

I dette afsnit belyses fideliteten af CTI-indsatsen ud fra den selvsvurdering af fideliteten, som projektlederne udfører sammen med CTI-medarbejderne hver sjette måned gennem projektperioden. Tabel 5.2 viser den selvsvurdede fidelitet for hvert af de 11 fidelitetsmål ved den seneste fidelitetsmåling, der er gennemført forud for slutevalueringen. Fideliteten er opgjort for

hver enkelt kommune samt som et gennemsnit på tværs af de tre kommuner. Den efterfølgende tabel 5.3 viser fideliteten som gennemsnit for de fire undergrupper af fidelitetsmål (jf. kapitel 2).

Der er generelt er en høj grad af selvvalueret fidelitet for CTI-indsatsen med gennemsnitlig fidelitetsscore på 3,9 (hvor 1 er lav fidelitet, og 4 er høj fidelitet) på tværs af de 11 fidelitets-mål og som gennemsnit på tværs af de tre kommuner. I Aarhus er den gennemsnitlige score på 4,0, hvilket afspejler, at der er den højeste selvvaluerede fidelitet på alle fidelitetsmålene. I Odense er den gennemsnitlige score på 3,9, mens den i Vejle er på 3,8. Det betyder, at projektmedarbejderne generelt vurderer, at det i høj grad er lykket at implementere CTI-indsatsen, sådan som den er tiltænkt. Dermed er det kun på enkelte mål, at der i to af kommunerne vurderes at være en lidt lavere fidelitet end på de øvrige mål. I Odense gælder det spørgsmålet om, hvorvidt faserne i CTI-indsatsen har samme længde på hver 3 måneder, mens det i Vejle gælder spørgsmålet om, hvorvidt der arbejdes systematisk efter indholdet af CTI-metodens tre faser. Desuden er der i Vejle en lidt lavere selvvalueret fidelitet i forhold til, hvorvidt der etableres anden støtte efter et endt CTI-forløb, hvis borgeren har behov for støtte.

Tabel 5.2 Selvvalueret fidelitet ved den afsluttende fidelitetsmåling opgjort for hvert fidelitetsmål. Særskil for hver kommune og for alle kommuner.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle kommuner
1. Der er maksimalt 10 borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder	4	4	4	4,0
2. Der arbejdes systematisk efter indholdet af CTI-metodens tre faser	4	3	4	3,7
3. De tre faser i CTI-indsatsen har samme længde på hver 3 måneder	3	4	4	3,7
4. CTI-medarbejderen har mindst fire møder med borgeren i løbet af den første måned af fase 1 for at skabe kontakt og tillid og igangsætte forløbet	4	4	4	4,0
5. CTI-medarbejderen og borgeren har i første fase mindst to møder med øvrige aktører omkring borgeren	4	4	4	4,0
6. CTI-medarbejderen varetager koordination i forhold til myndighedssagsbehandler, jobcenter og andre aktører	4	4	4	4,0
7. Der følges op på CTI-indsatsen og dens fokusområder sammen med myndighed (socialcenter/jobcenter)	4	4	4	4,0
8. Der udarbejdes hen mod afslutningen af CTI-forløbet en langsigtet plan sammen med borgeren for en eventuel videre indsats	4	4	4	4,0
9. Der afholdes i tredje fase et afsluttende møde mellem borgeren, CTI-medarbejderen og støttenetværket, hvor ansvaret for en eventuel videre indsats overdrages	4	4	4	4,0
10. CTI-forløbet afsluttes efter 9 måneder	4	4	4	4,0
11. Der etableres anden støtte (fx § 85-bostøtte, mentor, peer-støtte/frivillig støtte) for borgeren efter de 9 måneders CTI-forløb, hvis borgeren har behov for støtte	4	3	4	3,7
Gennemsnit	3,9	3,8	4,0	3,9

Anm.: Fidelitetsmålene følger en skala fra 1 (lav fidelitet) til 4 (høj fidelitet).

Kilde: Fidelitetsmålingen, afsluttende måling.

Når der ses på fidelitetsscoren for hver dimension af indsatsen (de fire grupper af fidelitetsmål), er der generelt en høj score på alle de fire dimensioner. Der er en lidt lavere score på spørgsmålet om CTI-metodens udformning, hvilket som tidligere nævnt afspejler, at der kan opstå udfordringer med at følge CTI-metodens faseinddeling helt stringent. I de kvalitative interview nævnes denne

problematik i alle tre kommuner. Eksempelvis påpeger en CTI-medarbejder, at der i nogle tilfælde pludselig sker noget meget alvorligt i borgerens liv, og hvis det fx sker i anden eller tredje fase, kan det være nødvendigt at skrue op for intensiteten af støtten igen, således at den tilpasning og aftrapning af støtten, der er tiltænkt i metoden, ikke er mulig i praksis.

Der er generelt en høj fidelitet for de mål, der vedrører forløbsopstarten, det vil sige, at der er fokus på at opbygge støtterelationen til borgeren ved en forholdsvis intensiv kontakt i starten af forløbet. Her er det ene fidelitetsmål, at der afholdes mindst fire møder med borgeren i løbet af den første måned af fase 1 for at skabe den fornødne kontakt og tillid mellem borgeren og støttemedarbejderen. Dette understøttes af oplysningerne fra medarbejderspørgeskemaerne, der viser, at der for halvdelen af borgerne er en endnu hyppigere kontakt mellem borgeren og støttemedarbejderen med 2-3 møder pr. uge i starten af forløbet (tabel 5.4). Det afspejler først og fremmest, at mange af borgerne har et ret intensivt støttebehov, og at kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren i de fleste tilfælde er omfattende i starten af forløbet.

Der er også en høj fidelitet vedrørende koordination og opfølgning omkring indsatsen, mens der i Vejle rapporteres om en lidt lavere fidelitet end i de to øvrige kommuner i forhold afslutningen af forløbet. De kvalitative interview peger her på, at der i Vejle har været lidt større udfordringer med at få borgeren visiteret videre til andre støtteindsatser som fx § 85- bostøtte.

Tabel 5.3 Selvvurderet fidelitet ved fjerde fidelitetsmåling, opgjort for fire grupper af fidelitetsmål. Særskilt for hver kommune og for alle kommuner.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle kommuner
CTI-indsatsens udformning (fidelitetsmål 1-3)	3,7	3,7	4,0	3,8
Forløbsopstart (fidelitetsmål 4-5)	4,0	4,0	4,0	4,0
Koordination og opfølgning (fidelitetsmål 6-7)	4,0	4,0	4,0	4,0
Afslutning af forløbet (fidelitetsmål 8-11)	4,0	3,8	4,0	3,9
Gennemsnit	3,9	3,8	4,0	3,9

Anm.: Fidelitetsmålene følger en skala fra 1 (lav fidelitet) til 4 (høj fidelitet).

Kilde: Fidelitetsmålingen, afsluttende måling.

5.3 Rekruttering og visitation

I forhold til rekrutteringen af borgere til indsatsen fremhæver både projektlederne og CTI-medarbejderne, at det er vigtigt, at visitationspraksissen er tilstrækkeligt fleksibel til at sikre et smidigt optag af borgere i indsatsen. I alle tre kommuner har man tilrettelagt visitationen til CTI-indsatsen således, at der er en let adgang til at blive visiteret til indsatsen for de borgere, der er i målgruppen.

I Odense spiller CTI-medarbejderne en nøglerolle i forbindelse med visitationen. Henvendelserne om relevante borgere til indsatsen går direkte til CTI-medarbejderne og kommer fx fra myndighedsrådgivere i kommunen, fra herberger eller fra andre lokale aktører, der er blevet informeret om indsatsen af projektmedarbejderne. Der kommer også henvendelser fra en særlig indsats, der har til formål at hjælpe nytilkomne grønlændere til rette i kommunen. CTI-medarbejderen går herefter i dialog omkring henvisningen og tager typisk et møde med borgeren. CTI-medarbejderen vurderer, om borgeren opfylder kriterierne for at indgå i indsatsen, og om borgeren selv ønsker og er motiveret for at indgå i et CTI-forløb. Den formelle visitation ligger som for øvrige sociale indsatser hos en jobrådgiver med myndighedskompetence, der foretager den endelige visitation i et tæt samspil med CTI-medarbejderen.

I Aarhus spiller CTI-medarbejderne ligeledes en nøglerolle i forhold til både rekruttering og visitationen til indsatsen. CTI-medarbejderne har projektets "henvendelsestelefon", og når der kommer en henvendelse om en borger, der kunne være i målgruppen for indsatsen, går CTI-medarbejderne i gang med kontaktskabelsesperioden, hvor det er vigtigt netop at få skabt kontakten på et tidspunkt, hvor borgerne er motiverede for en indsats. Når CTI-medarbejderen har talt med borgeren, kontaktes en myndighedsrådgiver, der er tilknyttet projektet, og myndighedsrådgiveren tager derefter ud og holder et møde med borgeren, som derefter kan indskrives i indsatsen. Det er den samme faste myndighedsrådgiver, der er tilknyttet indsatsen. For at gøre visitationen og indskrivningen så fleksibel som mulig er myndighedssagsbehandleren udstyret med en bærbar pc og kan agere fremskudt myndighed, der kan komme ud til borgeren og foretage en indskrivning. Myndighedsrådgiveren, der har været tilknyttet indsatsen, fremhæver, at hun ved at have været involveret i alle borgerforløbene og gennem det tætte samarbejde med CTI-medarbejderne omkring visitationen har opnået et tæt kendskab til borgernes problemstillinger og de kulturelle praksisser, der kendetegner målgruppen.

I Vejle er der en fleksibel visitationsprocedure, der minder om proceduren i de to øvrige kommuner. Visitationen starter "ude i marken", hvor CTI-medarbejderne, der får henvendelser om eller kendskab til potentielle deltagere i indsatsen, tager kontakt og vurderer, om borgeren er i målgruppen for indsatsen. I starten af projektperioden varetog projektlederen rollen som myndighedsrådgiver for projektets borgere, men efterhånden som antallet af borgere steg, blev der tilknyttet en anden sagsbehandler fra myndighedsafdelingen, der siden da har stået for myndighedsdelen og for den socialfaglige sparring med CTI-medarbejderne. Når der er potentielle nye modtagere af indsatsen, drøfter CTI-medarbejderne og myndighedsrådgiveren sagen, og hvis myndighedsrådgiveren er enig i, at borgeren tilhører målgruppen, bliver borgeren indskrevet.

På den måde er der i alle de tre kommuner etableret en klar og tydelig visitationspraksis, der i høj grad er fleksibel og smidig, og som er tæt forankret i det rekrutteringsarbejde, som CTI-medarbejderne varetager sideløbende med CTI-indsatsen. Dermed er der en væsentlig forskel i forhold til en traditionel visitationspraksis til § 85-bostøtte, hvor borgeren typisk først har en kontakt med en myndighedsrådgiver, der visiterer til en bostøtteindsats, og hvor bostøttemedarbejderen først møder borgeren og påbegynder en opbygning af en støtterelation efter visitationen, og hvor der som oftest også vil være en ventetid mellem visitationen og påbegyndelse af støtten. I CTI-indsatsen går den første kontakt i stedet gennem CTI-medarbejderen, der fra starten af kontakten kan påbegynde arbejdet med at etablere en støtterelation. Det er netop et væsentligt element i opsporingen af borgerne, at CTI-medarbejderne er ude på steder, hvor de møder borgerne, hvilket sammen med den fremskudte sagsbehandling har stor betydning for, at borgerne starter i CTI-forløb og får den rette hjælp.

5.4 CTI-støttens udformning og faser

Som beskrevet i kapitel 3 om indsatsmodellen er et CTI-forløb opdelt i tre faser, hvor den første fase har fokus på planlægning og igangsættelse af forløbet, den anden fase har fokus på afprøvning og tilpasning, og den tredje fase har fokus på overdragelse og forankring af støtten. Heri ligger også en forventning om, at støtten er mest intensiv i den første del af forløbet, hvorefter intensiteten af støtten gradvist aftrappes frem mod afslutningen af forløbet.

I tabel 5.4 er det opgjort, hvor ofte CTI-medarbejderen har haft fysiske møder eller lavet aktiviteter med borgeren gennem den seneste måned forud for henholdsvis første og anden faseovergang samt i den tredje fase forud for afslutningen af indsatsen. Opgørelsen er foretaget

for de tre kommuner set under ét. Både ved denne opgørelse og de følgende opgørelser i kapitlet har vi inddraget alle de igangsatte CTI-forløb ved de enkelte faseovergange, uafhængigt af om en senere afslutning af indsatsen er foregået planlagt eller uplanlagt. Derved giver opgørelserne et billede af, hvordan CTI-forløbet skrider frem på tværs af alle de igangsatte forløb, også de forløb, hvor der senere eventuelt opstår komplikationer i forløbet, der har ledt til en uplanlagt afslutning. Det skyldes også et hensyn til, at der er for få uplanlagt afsluttede forløb til, at der særskilt kan foretages en opgørelse for disse forløb. Opgørelsen ved afslutning af CTI-forløbet indbefatter dog kun borgere, hvor den tredje fase af forløbet er blevet gennemført, og indbefatter dermed reelt kun borgere med en planlagt afslutning.

Tabel 5.4 Hyppighed af fysiske møder eller aktiviteter med borgeren en måned forud for faseovergange og før afslutning af CTI-forløbet. Procent og antal.

Hyppighed af fysiske møder den seneste måned	Ved første faseovergang (3 måneder)	Ved anden faseovergang (6 måneder)	Ved afslutning af tredje fase (9 måneder)
Dagligt	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2-3 gange/uge	45 (45)	35 (31)	13 (9)
1 gang om ugen	38 (38)	49 (43)	58 (42)
Hver 14. dag	13 (13)	8 (7)	15 (11)
1 gang om måneden eller sjældnere	5 (5)	5 (4)	7 (5)
Ved ikke	0 (0)	3 (3)	6 (4)
I alt, procent og antal (n)	100 (101)	100 (88)	100 (72)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Medarbejderspørgeskema ved første faseovergang, anden faseovergang og ved afslutning af CTI-forløb.

Særligt i den første fase har der været en hyppig kontakt med borgeren, idet der for 45 % af borgerne har været kontakt 2-3 gange om ugen. For yderligere 38 % har der været kontakt én gang om ugen. Hyppigheden af kontakten aftager i løbet af forløbet for en betydelig del af borgerne, og ved afslutningen af forløbet er andelen, hvor der er kontakt 2-3 gange om ugen, faldet til 13 %, mens andelen, hvor der er kontakt cirka én gang om ugen, er steget til 58 %. Selv frem mod afslutningen af forløbet er det dog en mindre andel af borgerne (22 %), hvor der er kontakt mindre end én gang om ugen. Selvom hyppigheden af kontakten gennemsnitligt aftager mellem faserne, viser opgørelsen således, at der selv ved slutningen af forløbet er tale om en forholdsvis hyppig kontakt, hvor CTI-medarbejderen for langt de fleste borgers vedkommende har kontakt mindst én gang om ugen. CTI-medarbejderne fremhæver dog også, at længden af de enkelte møder med borgeren i en del tilfælde bliver kortere hen mod slutningen af forløbet. Den forholdsvis hyppige kontakt også hen mod afslutningen af forløbet er dog en indikation af, at der for mange af borgernes vedkommende er tale om komplekse og længerevarende støttebehov, og at en del af borgerne fortsat har behov for individuel social støtte efter CTI-indsatsens afslutning.

I de kvalitative interview påpeger CTI-medarbejderne, at i de tilfælde, hvor borgeren har en betydelig kompleksitet i udsathed, kan det være udfordrende at reducere intensiteten af CTI-støtten undervejs i forløbet, som det er tænkt med CTI-metoden, efterhånden som borgeren bevæger sig igennem faserne. Det opleves i stedet, at borgernes støttebehov i en del tilfælde vedbliver at være af et betydeligt omfang hele vejen gennem forløbet. Samtidig kan det være vanskeligt at "videregive" støtten til andre aktører, da samme form for intensive sociale støtte generelt ikke er tilgængelig i andre dele af velfærdssystemet. Det er således kun den eksisterende § 85-bostøtte, der i en eller anden grad kan tilbyde en lignende form for støtte, men

overgangen til § 85-bøstøtte sker først, når CTI-forløbet slutter. Derved opstår en udfordring med, at det for borgere med forholdsvis komplekse problematikker, eller hvor der fx opstår akut sygdom eller andre voldsomme begivenheder i borgerens liv (fx dødsfald af nære slægtninge), der medfører et højt støttebehov, kan være vanskeligt at nedtrappe CTI-støtten successivt i løbet af den anden og tredje fase, som metoden ellers foreskriver. Flere projektledere og CTI-medarbejdere påpeger i den forbindelse, at en del af borgerne formentlig vil være målgruppe for en ICM-indsats, hvor der ikke på forhånd er sat en tidsafgrænsning på forløbet, og hvor en nedtrapping af støtten først sker, hvis borgerens støttebehov aftager. For nogle borgere har det allerede forholdsvis tidligt i CTI-forløbet været tydeligt, at borgeren har haft et mere vedvarende støttebehov, og i nogle tilfælde er CTI-forløbet blevet afsluttet og et almindeligt § 85-bøstøtteforløb er blevet igangsat i stedet.

5.5 CTI-støttens indhold

CTI-støtten har både til formål at støtte borgeren socialt og praktisk i hverdagen og at understøtte brobygningen mellem borgeren og det øvrige velfærdssystem. I tabel 5.5 er vist de forskellige typer af støtte, som medarbejderne har givet borgeren i løbet af de seneste 3 måneder, det vil sige i løbet af hver af de tre faser. Denne opgørelse er ligeledes foretaget for de tre kommuner set under ét.

Tabel 5.5 Typer af støtte, som CTI-medarbejderen har givet borgeren i hver fase (i de seneste 3 måneder op til hver faseovergang og ved afslutning af tredje fase). Procent og antal.

Typer af støtte fra CTI-medarbejderen	Ved første faseovergang (3 måneder)	Ved anden faseovergang (6 måneder)	Ved afslutning af tredje fase (9 måneder)
Støttende samtaler/social støtte	90 (91)	90 (79)	97 (70)
Praktisk støtte i hverdagen	33 (33)	25 (22)	35 (25)
Økonomisk rådgivning/hjælp	60 (61)	57 (50)	68 (49)
Koordinering af borgerens indsats	77 (78)	74 (65)	88 (63)
Kontakt med jobcenter	77 (78)	83 (73)	71 (51)
Skabt kontakt til andre støttetilbud	35 (35)	41 (36)	50 (36)
Fulgt med til møder med andre støttetilbud	25 (25)	30 (26)	35 (25)
Fulgt med til møder/aftaler ift. fysisk helbred	40 (40)	40 (35)	44 (32)
Fulgt med til møder/aftaler ift. psykisk helbred	24 (24)	23 (20)	18 (13)
Fulgt med til møder/aftaler ift. misbrugsbehandling	21 (21)	14 (12)	11 (8)
I alt, procent og antal (n)	100 (101)	100 (88)	100 (72)

Anm.: Opgørelsen viser de forskellige typer af støtte, som CTI-medarbejderen har givet borgeren i de seneste 3 måneder op til hver faseovergang og frem til afslutning af CTI-forløbet efter tredje fase. Det har været muligt at angive flere svar.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet ved faseovergange og ved afslutning af CTI-forløb.

Tabel 5.5 viser, at næsten alle borgerne undervejs gennem forløbet har modtaget støttende samtaler. Der er også mange af borgerne, der har fået hjælp af CTI-medarbejderen til at håndtere deres økonomi. I langt de fleste forløb har CTI-medarbejderen også en koordinerende rolle i forhold til borgerens øvrige indsats. Det gælder fx i forhold til kontakten med jobcentret, ligesom CTI-medarbejderne også i en del tilfælde har fulgt med borgerne til møder og aftaler fx i forbindelse med lægebesøg og hospitalsbehandling eller i forbindelse med kontakt til psykiatri eller misbrugsbehandling. Den kontaktskabende støtte tiltager igennem forløbet, idet der i den første fase er arbejdet med at skabe kontakt til andre støttetilbud i 35 % af borgerforløbene,

mens denne andel stiger til 41 % i den anden fase og 50 % i den tredje fase. Dermed spiller brobygningen til andre dele af velfærdssystemet og øvrige indsatser en væsentlig rolle i CTI-indsatsen.

5.6 Brobygning til øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser

En væsentlig funktion i CTI-indsatsen er brobygning til det øvrige velfærdssystem, hvilket har til formål at understøtte, at borgerne får de specialiserede indsatser, som de har behov for, og at de efterhånden bliver bedre i stand til selv at navigere i og benytte det danske velfærdssystem. I tabel 5.6 er opgjort, hvilke andre offentlige og private tilbud borgeren er tilknyttet ved henholdsvis opstarten af forløbet, ved første og anden faseovergang samt ved afslutning af forløbet.

Tabel 5.6 Borgerens tilknytning til andre offentlige og private tilbud. Procent og antal.

Er borgeren tilknyttet andre offentlige eller private tilbud?	Ved opstart af indsatsen	Ved første faseovergang	Ved anden faseovergang	Ved afslutning af tredje fase
En lokal NGO	28 (33)	35 (35)	40 (35)	44 (32)
Sociale initiativer eller andre aktiviteter	7 (8)	5 (5)	14 (12)	13 (9)
Mentor	5 (6)	4 (4)	5 (4)	4 (3)
Sagsbehandler på jobcentret	83 (97)	85 (86)	85 (75)	81 (58)
Bostøtte, hjemmevejleder e.l. (ud over CTI-forløbet)	3 (3)	0 (0)	1 (1)	17 (12)
Støttekontaktperson (SEL § 99)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Social vicevært	3 (4)	2 (2)	1 (1)	4 (3)
Aktivitets- eller samværstilbud (SEL § 104)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	1 (1)
Psykiatrisk behandling	8 (9)	8 (8)	9 (8)	7 (5)
Psykologbehandling	4 (5)	7 (7)	8 (7)	3 (2)
Somatisk behandling/pleje	10 (12)	15 (15)	14 (12)	11 (8)
Alkoholbehandling	10 (12)	11 (11)	9 (8)	8 (6)
Antabusbehandling	0 (0)	1 (1)	1 (1)	1 (1)
Substitutionsbehandling	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Social stofmisbrugsbehandling	6 (7)	8 (8)	5 (4)	4 (3)
Administration af økonomi/kontanthjælp	15 (18)	22 (22)	33 (29)	38 (27)
Andet	23 (27)	22 (22)	21 (18)	19 (14)
I alt, procent og antal (n)	100 (117)	100 (101)	100 (88)	100 (72)

Anm.: Opgørelsen viser, hvilke andre offentlige eller private tilbud borgeren er tilknyttet ved opstart, faseovergange og afslutning af CTI-forløbet. Antallet af personer er anført i parentes. Det har været muligt at angive flere svar.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet ved faseovergange og ved afslutning af CTI-forløb.

Det er 28 % af borgerne, der ved opstarten af CTI-indsatsen er tilknyttet en lokal NGO. Det kan være borgere, der har en regelmæssig tilknytning til fx Det Grønlandske Hus eller Kofoeds Skole. Denne andel er ved afslutningen af forløbet steget til 44 %. Det er derimod forholdsvis få af borgerne, der er tilknyttet offentlige tilbud ud over at have en sagsbehandler på jobcentret, hvilket langt de fleste har. Det er således kun en mindre andel, der ved opstarten er tilknyttet behandlingsmæssige indsatser som psykiatrisk behandling eller misbrugsbehandling, og det er meget få, der modtager øvrige sociale indsatser. Andelen, der modtager behandlingsmæssige indsatser, ændres ikke væsentligt, når vi ser på målingerne ved de efterfølgende faseovergange. Ved afslutningen af CTI-forløbet er det 7 %, der modtager psykiatrisk behandling, og 8 %, der er i alkoholbehandling. Derimod er der en stigende andel, der modtager hjælp til

administration af deres økonomi, hvilket gælder 38 % ved afslutningen af forløbet mod kun 15 % ved starten af forløbet. Ved afslutningen af CTI-forløbet er der endvidere 17 %, der er blevet tilknyttet den almindelige bostøtteindsats i kommunen.

I de kvalitative interview fortæller CTI-medarbejderne, at det er deres erfaring, at CTI-støtten i høj grad kan være med til at brobygge og understøtte borgerens kontakt med det øvrige velfærdssystem. Det gælder i forhold til en række forskellige indsatser, som mange af borgerne er i kontakt med, som fx jobcentret, familieafdelingerne, misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling. I forhold til alle disse enheder oplever CTI-medarbejderne, at der ofte er både sproglige og kulturelle barrierer forbundet med indsatsen for udsatte borgere med grønlandsk baggrund, som vanskeliggør indsats- og behandlingsforløb, og hvor CTI-støtten kan være med til at understøtte borgerens kontakt med disse enheder og fastholdelse i et forløb. Det bekræftes i interview, der som led i evalueringen er gennemført med medarbejdere i forskellige eksterne enheder – både kommunale og ikke-kommunale, der har været involveret i borgerforløb, hvor CTI-indsatsen har været tilknyttet. Det gælder medarbejdere i jobcentret, familieafdelinger, misbrugsbehandling, lokalpsykiatri og civilsamfundsorganisationer, der i interviewene fortæller, at deres erfaring generelt er, at det kan være meget svært at få indsatsforløb med udsatte borgere med grønlandsk baggrund til at fungere pga. både sproglige og kulturelle barrierer og udfordringer. Medarbejderne beretter i den forbindelse samstemmende og entydigt om, hvordan CTI-støtten i høj grad har været med til at understøtte indsatsforløb med de borgere, der har indgået i CTI-indsatsen, og til at få disse forløb til at fungere væsentligt bedre, end de ofte gør, når en sådan håndholdt støtteindsats ikke er tilgængelig. Ifølge medarbejderne i de øvrige tilbud har CTI-medarbejderne bidraget helt konkret i forhold til kontaktskabelse, fremmøde og fastholdelse i indsatsforløbene i disse forskellige enheder og tilbud, og har bl.a. understøttet, at borgeren mødte op til aftaler. Samtidig har CTI-medarbejderne kunnet bidrage med den kulturforståelse og sproglige understøttelse, der har været nødvendig, og som ellers ofte er en stor barriere for at få forløb med udsatte borgere med grønlandsk baggrund til at fungere. Samtidig fortæller medarbejderne, at CTI-indsatsen har spillet en væsentlig rolle i forhold til at skabe en bedre koordinering på tværs af de forskellige øvrige indsatser, som borgeren har været tilknyttet. Flere af interviewpersonerne fra de eksterne samarbejdspartner fortæller således, at CTI-indsatsen også har bidraget til, at samarbejdet mellem forskellige af de øvrige eksterne aktører er kommet til at fungere bedre. Det gælder fx samarbejdet mellem familieafdeling og jobcenter eller mellem den regionale lokalpsykiatri og de kommunale enheder. Selvom der er en oplevelse af, at CTI-indsatsen i høj grad kan understøtte borgerens kontakt med øvrige dele af velfærdssystemet, er det dog samtidig CTI-medarbejderens erfaring, at der generelt er mange barrierer forbundet med borgerens brug af det øvrige velfærdssystem. Det gælder for de fleste af de øvrige enheder og tilbud, som udsatte borgere ofte er i kontakt med.

Som tidligere nævnt er langt de fleste af borgerne tilknyttet jobcenteret. Det er CTI-medarbejdernes oplevelse, at udsatte grønlandere generelt er en målgruppe, som ofte "nedprioriteres" på jobcentrene, da der på forhånd er en opfattelse af, at det er meget vanskeligt for de udsatte grønlandere at komme i beskæftigelse, og da kontakten mellem borger og jobcenter ofte er præget af sproglige og kulturelle barrierer, og borgernes chance for at komme ind på arbejdsmarkedet ofte ses som begrænset. CTI-medarbejderne har i en del tilfælde også oplevet, at der kan være udfordringer i forhold til at etablere relevante aktiveringsforløb og aktiviteter, hvor det i nogle tilfælde tager lang tid, før et forløb iværksættes, og hvor der til tider er en oplevelse af, at de grønlandske borgere ikke altid prioriteres tilstrækkeligt – heller ikke selvom CTI-støtten er koblet på. En væsentlig parameter er i den forbindelse, i hvilken grad jobcentermedarbejderne har et konkret kendskab til målgruppen af borgere med grønlandsk baggrund. Trods

disse udfordringer er der også erfaringer af, at CTI-støtten kan spille en brobyggende og understøttende rolle i forhold til borgerens kontakt med jobcentret i forhold til at understøtte, at der bliver igangsat aktiviteter og tiltag. Samtidig kan CTI-støtten være med til at forebygge, at borgerne får sanktioner pga. manglende fremmøde, som ville kunne have konsekvenser på andre områder af borgerens liv, fx at borgeren ikke ville kunne betale sin husleje. Endelig er der eksempler på, at CTI-medarbejderne har været med til at understøtte, at der iværksættes en afklaring af, om borgeren er berettiget til en førtidspension. En jobcentermedarbejder fra en af kommunerne fortæller således om et forløb, hvor CTI-medarbejderne har været med til at skabe mulighed for, at et afklaringsforløb med henblik på en førtidspension har kunnet iværksættes for en borger. Jobcentermedarbejderen havde i den forbindelse haft meget vanskeligt ved at få borgeren til at indgå i et sådant forløb, og det var først, da CTI-medarbejderen kom ind i forløbet, at det blev muligt at skabe en åbning og kontakt med borgeren, der gjorde det muligt at påbegynde et afklaringsforløb. En jobcentermedarbejder i en anden af de tre kommuner fortæller på tilsvarende vis, at CTI-medarbejdernes kulturelle og sproglige kompetencer har været med til at understøtte borgerforløb i jobcentret, ligesom denne medarbejder også oplever at have fået øget sin kulturelle forståelse af målgruppen betydeligt gennem samarbejdet med CTI-medarbejderne.

Et andet eksempel på, at CTI-medarbejderne har været med til at understøtte kontakten med øvrige dele af velfærdssystemet, finder vi i forhold til borgernes kontakt med familieafdelingerne. Mange af borgerne har børnesager, herunder i forbindelse med anbringelser eller øvrige foranstaltninger, og både CTI-medarbejderne og de interviewede familierådgivere fortæller, at der ofte er store barrierer og vanskeligheder i kontakten mellem borgerne og familieafdelingerne, hvor forløb ofte opleves som konfliktfyldte. Både CTI-medarbejderne og familierådgiverne fortæller imidlertid om, hvordan CTI-støtten i høj grad har kunnet understøtte, at borgernes kontakt og forløb med familieafdelingerne er blevet forbedret. En familierådgiver fortæller endvidere, at CTI-medarbejderne også har kunnet være med til at løse og håndtere nogle af de øvrige udfordringer, som kan være med til at gøre forløbene i familieafdelingerne vanskelige, fx hvis familierne har stået uden bolig – her har CTI-medarbejderne understøttet, at der er blevet skabt en boligløsning. Ligeledes fremhæver en familierådgiver, hvordan CTI-indsatsen har bidraget til, at indsatsen på tværs af familieafdelingen og jobcentret om borgerens sag er blevet mere sammenhængende.

Som tidligere nævnt befandt en betydelig del af borgerne i indsatsen sig i en hjemløshedssituation ved opstarten af CTI-forløbet. En leder fra en lokal § 110-boform fremhæver i den forbindelse, hvordan CTI-indsatsen har været med til at understøtte borgeren i den kritiske overgang fra opholdet på boformen til egen bolig. Ifølge boformslederen er der en del borgere med grønlandsk baggrund på boformen, og CTI-støtten har her spillet en vigtig rolle i at hjælpe disse borgere med at komme videre fra boformen ud i egen bolig. CTI-støtten har i den forbindelse både bidraget til at sikre, at der blev etableret en boligløsning, og har bidraget med den sociale og praktiske støtte i forbindelse med indflytningen i boligen, og når borgeren har skullet håndtere den nye hverdag i egen bolig.

I forbindelse med brobygning til misbrugsbehandling er der flere eksempler på borgere, der undervejs i CTI-forløbet er kommet i gang med et misbrugsbehandlingsforløb, og hvor CTI-forløbet i høj grad har været med til at støtte op om denne proces. De interviewede misbrugsbehandlere har i den forbindelse erfaringer, der er helt parallelle med erfaringerne blandt jobcentermedarbejderne og familierådgiverne, idet også misbrugsbehandlere oplever, at CTI-medarbejderne har kunnet bidrage både til kontaktskabelse og fastholdelse i behandlingsforløb og til at overvinde de ofte betydelige sproglige og kulturelle barrierer, der gør sig gældende i

kontakten med borgerne. Samtidig har CTI-indsatsen bidraget til, at nogle af de øvrige udfordringer i borgerens livssituation er blevet håndteret, og som ellers ofte udgør barrierer for et vellykket misbrugsbehandlingsforløb. Det gælder fx manglen på en fast bolig eller et krydspres mellem forskellige indsatser som fx mellem behandlingsindsatsen i misbrugscentret og kravene, som borgeren mødes med i beskæftigelsessystemet. En misbrugsbehandler på et misbrugscenter, som har haft en CTI-borger i behandling, fortæller, at misbrugsbehandlingen sædvanligvis ikke har mulighed for at give en tæt og opfølgende social støtte i hverdagen, men at netop kombinationen af misbrugsbehandlingen og CTI-forløbet giver en bedre mulighed for et vellykket forløb, fordi man i misbrugsbehandlingen kan koncentrere sig om misbruget, mens CTI-medarbejderen varetager den sociale støtte i hverdagen og den generelle koordinering af indsatsen til borgeren.

En barriere, som ofte gør sig gældende, er udfordringerne i forbindelse med behovet for psykiatrisk behandling. Det opleves ofte som svært at "komme igennem til psykiatrien", som en af projektlederne udtrykker det, og det er oplevelsen, at særligt borgernes misbrug ofte er en barriere for kontakten til det psykiatriske behandlingssystem. Misbrugsproblemerne står ofte i vejen for både psykiatriske udredninger og længerevarende forløb i lokalpsykiatrien. Barrieren ligger også ofte hos den almene læge, der opleves at bremse borgernes adgang ind i det psykiatriske system under henvisning til misbrugsproblemerne. I en af kommunerne var CTI-medarbejderne i starten af projektforløbet hurtige til at tage kontakt til det psykiatriske system, når man fornemmede psykiske udfordringer hos borgeren, men det var erfaringen, at man nogle gange fik presset borgerne, og at de fik åbnet op for noget, de slet ikke var klar til. Her spiller det også ind, at mange af borgerne har alvorlige traumer, hvor det også opleves som en udfordring, at der ikke i tilstrækkelig grad er adgang til en traumefokuseret behandling. Der er imidlertid også eksempler på, at CTI-indsatsen i høj grad har kunnet være med til at understøtte behandlingsforløb i psykiatrien. En medarbejder i den regionale lokalpsykiatri i en af byerne fortæller i den forbindelse om erfaringer med behandlingsforløb, hvor CTI-støtten har bidraget til at fastholde kontakten med borgeren og til, at behandlingsforløbet er kommet til at fungere bedre. Helt på linje med erfaringerne fra de øvrige kommunale tilbud fremhæver også medarbejderen fra lokalpsykiatrien, at CTI-medarbejderne har bidraget med den sproglige og kulturelle brobygning, som ellers kan være en stor udfordring i disse forløb. Samtidig fremhæves også, hvordan den generelle koordinering, som CTI-medarbejderen varetager i borgerens sag, i høj grad styrker forudsætningerne for, at et psykiatrisk behandlingsforløb kan komme til at fungere bedre.

I forbindelse med brobygningen til øvrige støtteindsatser skal man generelt være opmærksom på, at hverken det psykiatriske behandlingssystem eller misbrugsbehandlingssystemet kan varetage en social støttefunktion i hverdagen på samme måde som CTI-støtten. Derimod kan CTI-indsatsen være med til at understøtte, at borgeren kommer i behandling, bliver fastholdt i behandlingen, og at chancen for et vellykket behandlingsforløb øges. Det er en væsentlig erfaring i forhold til at forstå brobygningselementet i CTI-indsatsen og overdragelsen af støtten til det eksisterende støtte- og behandlingssystem. Psykiatrien eller misbrugsbehandlingen kan således ikke nødvendigvis overtage et støtteforløb ved afslutningen af CTI-indsatsen. Borgere, der har et fortsat støttebehov i hverdagen, må visiteres videre til § 85-bostøtte, eller der skal bygges bro til støtte fra de lokale NGO-tilbud, der dog sjældent kan løfte en længerevarende egentlig støtteindsats for borgeren.

I forbindelse med brobygningen til det øvrige velfærdssystem er det også et væsentligt opmærksomhedspunkt, at interaktionen med det øvrige velfærdssystem foregår på dansk. I en del tilfælde er det nødvendigt at bruge tolk ved møder på fx hospitalet eller i jobcenteret, også

selvom borgeren har en grønlandssproget CTI-medarbejder. Det skyldes et hensyn til, at CTI-medarbejderen ikke skal varetage en tolkefunktion, både generelt eller hvis der særligt er brug for en præcision om oversættelse af begreber – som ved møder i hospitalssystemet. CTI-medarbejderne forsøger således at øge opmærksomheden i den øvrige del af det kommunale system på de sprogbarrierer, der kan være i forhold til borgere fra Grønland, således at de øvrige aktører lærer at hyre tolke ind, når der afholdes et møde med borgeren. Det er særligt vigtigt set i forhold til, at CTI-indsatsen er tidsbegrænset, og at der således skabes en praksis for brug af tolkebistand, når det er nødvendigt.

5.7 § 141-handleplan

I forhold til at understøtte helhed og sammenhæng på tværs af indsætter er § 141-handleplanen et centralt redskab i serviceloven. I tabel 5.7 er det opgjort, om borgeren har en § 141-handleplan ved opstarten af indsatsen, ved de to faseovergange samt ved afslutningen af CTI-forløbet. Mens der ved opstarten er 43 % af borgerne, der har en handleplan, gælder det 69 % ved afslutningen af forløbet. Selvom det således ikke er alle borgerne, der ved afslutningen af forløbet har en handleplan, indikerer tallene, at CTI-forløbet kan være med til at støtte op om, at der bliver udarbejdet en kommunal handleplan. Som nævnt er de uplanlagt afsluttede borgere ikke medregnet i opgørelserne ved afslutningen af CTI-forløbet, da afslutningen for disse borgere ikke er foregået ved afslutningen af fase tre som ved de planlagte afslutninger.

Tabel 5.7 Status for handleplan ved opstart af indsats, ved faseovergange og ved afslutningen af CTI-forløbet. Procent og antal.

Har borgeren en handleplan eller er borgeren tilbudt en handleplan?	Ved opstart af indsatsen	Ved første faseovergang	Ved anden faseovergang	Ved afslutning af tredje fase
Ja, har handleplan	43 (50)	48 (48)	58 (51)	69 (50)
Ja, handleplan under udarbejdelse	18 (21)	15 (15)	11 (10)	7 (5)
Nej, men er tilbudt en handleplan inden for 6 mdr.	3 (3)	1 (1)	5 (4)	7 (5)
Nej, og er ikke tilbudt en handleplan	30 (35)	28 (28)	21 (18)	15 (11)
Ved ikke	7 (8)	9 (9)	6 (5)	1 (1)
I alt, procent og antal (n)	100 (117)	100 (101)	100 (88)	100 (72)

Anm.: Opgørelsen ved afslutning af tredje fase inkluderer borgere, hvor medarbejderspørgeskemaet ved afslutning er udfyldt efter tredje fase med et planlagt afsluttet CTI-forløb. Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskema ved opstart, faseovergange og afslutning af CTI-forløb.

I de kvalitative interview fortæller projektlederne, at der er en forskellig praksis mellem de tre kommuner, både i forhold til udarbejdelsen af en handleplan i forbindelse med igangsættelsen CTI-indsatsen samt i forbindelse med visitationen til eventuelle yderligere støtteindsatser efter CTI-forløbet. I Aarhus er det et krav, at der udarbejdes en handleplan i forbindelse med visitation til CTI-indsatsen ligesom for alle andre bostøtteindsatser under § 85. I Vejle er der derimod ikke etableret en praksis for at udarbejde en § 141-handleplan i forbindelse med visitationen til CTI-forløbet, og samtidig er der en praksis for kun at tilbyde og udarbejde en handleplan for de borgere, der efter endt forløb visiteres til en anden indsats under serviceloven, som fx § 85-bostøtte. Når der i Vejle ikke har været stillet krav om tilbud af en handleplan ved visitation til CTI-forløbet, skyldes det primært, at der har været lagt stor vægt på at sikre fleksibilitet i forbindelse med visitation til indsatsen og på at undgå, at et krav om en handleplan bliver en barriere for visitationen til indsatsen. Både projektlederen og CTI-medarbejderne pointerer, at der har været en høj

grad af smidighed og fleksibilitet i forhold til hurtigt at kunne henvise relevante borgere i målgruppen til CTI-forløb, og at denne fleksibilitet generelt har haft stor betydning for, at det har været muligt at opnå et forholdsvis stort antal igangsatte forløb. På den anden side kan fraværet af en handleplan risikere at svække sammenhængen i indsatsen i det videre forløb, og, som det tidligere er fremgået, er der i Vejle en lidt lavere fidelitet, hvad angår opfølgning og koordination med øvrige indsatser. I Aarhus, hvor det har været fast praksis at udarbejde en handleplan i forbindelse med opstarten af et CTI-forløb, vurderer de interviewede medarbejdere ikke, at det har været en barriere for igangsættelsen af forløb, at der har været et krav om udarbejdelse af en handleplan. Tværtimod har der, som tidligere nævnt, været tilknyttet en fast myndighedsrådgiver, der i et tæt samarbejde med CTI-medarbejderen har sikret både en smidig visitation samtidig med, at der blev udarbejdet en handleplan sideløbende med igangsættelsen af CTI-forløbet.

5.8 Støttenetværk og tilbud efter afslutning af CTI-forløb

En væsentlig funktion i CTI-forløbet er som tidligere nævnt at understøtte og facilitere borgernes kontakt til velfærdssystemets øvrige indsatser og ydelser. Det indebærer også at vurdere, om der er behov for videre støtte, når CTI-forløbet afsluttes. Der kan fx være behov for, at borgeren visiteres til den almindelige § 85-bostøtte, eller borgeren kan have påbegyndt et forløb i kommunal misbrugsbehandling, som fortsætter efter afslutningen af CTI-forløbet. I tabel 5.8 er opgjort, om der er udarbejdet en langsigtet plan for borgeren efter endt forløb. Tabel 5.8 viser, at det er tilfældet for langt hovedparten af borgerne, 82 %. Der er dog 15 %, hvor der ikke er udarbejdet en langsigtet plan for borgeren, og et enkelt tilfælde, hvor CTI-medarbejderen ikke ved, om der er udarbejdet en langsigtet plan for borgeren, samt et tilfælde, hvor denne oplysning er uoplyst. I de tilfælde, hvor der ikke er udarbejdet en langsigtet plan for borgeren, skyldes det i hovedparten af tilfældene enten, at borgeren ikke har behov for en langsigtet plan, eller at borgeren ikke ønsker, at der udarbejdes en langsigtet plan. Ved enkelte af forløbene er Corona-nedlukningen angivet som årsag til, at der ved afslutningen af forløbet endnu ikke er udarbejdet en langsigtet plan for borgeren.

Tabel 5.8 Andel af borgere med langsigtet plan for videre forløb efter afsluttet CTI-forløb. Procent og antal.

Er der udarbejdet en langsigtet plan for borgerens videre forløb efter endt CTI-forløb?	Procent og antal
Ja	82 (59)
Nej	15 (11)
Ved ikke/uoplyst	3 (2)
I alt, procent og antal (n)	100 (72)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet ved afslutning af CTI-forløb.

I tabel 5.9 er opgjort, om borgeren er visiteret til anden kommunal støtte efter afslutningen af CTI-forløbet. Det er tilfældet for 53 % af borgerne med et planlagt afsluttet forløb. De 32 % af borgerne er blevet henvist til bostøtte under servicelovens § 85, mens 21 % er henvist til anden kommunal støtte. Anden kommunal støtte dækker over mange forskellige typer af støtte, som fx familiebehandling, hjemmesygepleje, mentorforløb, social vicevært mv. Der er 44 %, der ikke er visiteret til anden kommunal støtte, mens CTI-medarbejderne for 4 % af borgernes vedkommende ikke ved, om borgeren er henvist til anden kommunal støtte efter forløbet.

Tabel 5.9 Status for, om borgeren er henvist til anden kommunal støtte ved afslutningen af CTI-forløbet. Procent og antal.

Er borgeren visiteret til anden kommunal støtte efter afslutning af CTI-forløb?	Procent og antal
Ja, borgeren er visiteret til bostøtte under § 85	32 (23)
Ja, borgeren er visiteret til anden kommunal støtte	21 (15)
Nej, borgeren er ikke visiteret til anden kommunal støtte	44 (31)
Ved ikke/uoplyst	4 (3)
I alt, procent og antal (n)	100 (72)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet ved afslutning af CTI-forløb.

I de kvalitative interview fortæller CTI-medarbejderne, at der er en del af borgerne, der har brug for en fortsat individuel støtte, og som derfor har brug for at fortsætte i den almindelige § 85-bostøtte. Flere af CTI-medarbejderne henleder dog også opmærksomheden på, at den almindelige § 85-bostøtte som regel udføres på andre præmisser end CTI-indsatsen. Typisk er der ikke samme lave caseload som i CTI-indsatsen, og der er heller ikke mulighed for samme opsøgende og fleksible tilgang, hvis borgeren ikke er stabil i en periode. I § 85-bostøtten er det almindeligt, at borgeren afsluttes, hvis borgeren ikke har taget imod bostøtten i en periode, fx hvis borgeren ikke har været hjemme til tre aftalte besøg. Selvom den almindelige bostøtte således sædvanligvis ikke foregår på samme præmisser som CTI-indsatsen, vurderer både projektlederne og CTI-medarbejderne, at CTI-indsatsen har spillet en vigtig rolle i forhold til at sikre, at en betydelig del af borgerne efterfølgende er kommet ind i den almindelige bostøtteindsats på samme måde, som der er bygget bro til andre indsatser gennem CTI-forløbet.

CTI-medarbejderne vurderer også, at der er en del af borgerne, som ikke har haft brug for at blive visiteret til videre kommunal støtte efter CTI-forløbet. Der er fx nogle borgere, der er kommet i gang med aktivering eller skole/uddannelsesforløb, og som nu ikke længere har brug for individuel social støtte i hverdagen.

I de fleste tilfælde vurderer CTI-medarbejderne, at der er etableret et tilfredsstillende tilbud efter CTI-forløbet (tabel 5.10). Det er i høj grad tilfældet for 54 % af de planlagt afsluttede borgere, mens det i nogen grad er tilfældet for 35 %. Kun for 8 % af borgerne svarer CTI-medarbejderen "i mindre grad" til dette spørgsmål, mens der ikke er nogen borgere, hvor der efter CTI-medarbejderens vurdering slet ikke er etableret et tilfredsstillende tilbud for borgeren efter afslutningen af CTI-forløbet.

Tabel 5.10 Status for etablering af støttenetværk og tilfredsstillende tilbud for borgeren efter afsluttet CTI-forløb. Procent og antal.

	Etableret tilfredsstillende tilbud for borgeren efter CTI-forløb	Etableret et støttenetværk for borgeren efter CTI-forløb
I høj grad	54 (39)	39 (28)
I nogen grad	35 (25)	44 (32)
I mindre grad	8 (6)	14 (10)
Slet ikke	0 (0)	0 (0)
Ved ikke/uoplyst	3 (2)	3 (2)
I alt, procent og antal (n)	100 (72)	100 (72)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet ved afslutning af CTI-forløb.

Tabel 5.10 viser også, at der i noget færre tilfælde (39 %) vurderes i høj grad at være etableret et støttenetværk for borgeren efter afsluttet CTI-forløb, mens det i nogen grad er tilfældet for 44 % og i mindre grad for 14 % af borgerne. Et støttenetværk kan i den forbindelse både bestå af professionelle aktører i form af de støttetilbud, borgeren modtager eller benytter, ligesom også borgerens private relationer kan være en del af støttenetværket. I de kvalitative interview peger CTI-medarbejderne på, at det, selvom en borger visiteres til videre anden støtte, stadig kan være svært at etablere et tilstrækkeligt støttenetværk rundt om borgeren. Her spiller det generelt ind, at borgerne ofte har et svagt privat netværk, ligesom det ofte er en udfordring at finde velegnede aktiviteter i civilsamfundet, som borgerne kan benytte. Selvom der generelt er mange tilbud henvendt til udsatte borgere i de tre byer, er det ofte vanskeligt for de udsatte grønlændere at benytte tilbuddene på grund af sproglige og kulturelle barrierer og den stigmatisering, som udsatte grønlændere kan opleve – selv på de sociale tilbud. Det er således stadig en stor udfordring for mange af borgerne at finde fællesskaber i lokalsamfundet, der kan indgå i. Det gælder ikke mindst for dem, som formår at komme ud af et alkohol- eller hashmisbrug, og som ofte har behov for at finde nye fællesskaber, da det tidligere netværk har haft sit udspring omkring misbruget. I de kvalitative interview med borgerne er der flere borgere, der beskriver denne problematik med, at de har behov for at skabe kontakter og netværk uden for misbrugsmiljøet, men at det generelt er vanskeligt for dem.

Endelig er CTI-medarbejderne også blev bedt om at vurdere, om borgeren er tryk ved, at CTI-forløbet stopper (tabel 5.11). Det er efter CTI-medarbejdernes vurdering i høj grad tilfældet for 22 % af borgerne, mens det vurderes i nogen grad at være tilfældet for 56 %. For 10 % vurderer CTI-medarbejderne, at borgeren kun i mindre grad er tryk ved, at CTI-forløbet afsluttes, mens det slet ikke er tilfældet for 6 % af borgerne.

Tabel 5.11 CTI-medarbejderens vurdering af, om borgeren føler sig tryk ved, at CTI-forløbet afsluttes. Procent og antal.

Er borgeren efter CTI-medarbejderens vurdering tryk ved, at CTI-forløbet afsluttes?	Procent og antal
I høj grad	22 (16)
I nogen grad	56 (40)
I mindre grad	10 (7)
Slet ikke	6 (4)
Ved ikke/uoplyst	7 (5)
I alt, procent og antal (n)	100 (72)

Anm.: Antallet af personer er anført i parentes.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet ved afslutning af CTI-forløb.

I de kvalitative interview udtrykker en del af borgerne en utryghed ved, hvad der skal ske, når CTI-forløbet afsluttes. Det gælder særligt flere af dem, hvor en afslutning af forløbet er nært forestående. De interviewede borgere har generelt oplevet at få en stor hjælp og støtte gennem forløbet, og flere giver udtryk for, at de aldrig har oplevet at få en sådan form for støtte før. Flere af borgerne udtrykker i den forbindelse, at de har en tidligere erfaring af, at det har været utroligt svært for dem at få den hjælp, de har haft behov for, og flere udtrykker en bekymring over, hvad der vil ske, når CTI-støtten afsluttes. Der er dog også flere af de interviewede borgere, der giver udtryk for, at de har fået en væsentlig forbedring i deres situation gennem CTI-forløbet, og at de nu føler sig bedre i stand til at klare hverdagen end før CTI-forløbet. Vi vil se nærmere på borgernes oplevelser af, hvad de har fået ud af indsatsen, i kapitel 7 om indsatsens resultater for borgerne.

6 Peer-støtten

Peer-støtten er det andet kerneelement i den samlede indsatsmodel i projektet. I dette kapitel belyses peer-delen i form af antallet af igangsatte forløb og erfaringerne med frivillig/peer-støtten. Peer-delen i projektet har til formål at komplementere CTI-indsatsen ved at tilbyde en frivillig indsats varetaget som peer-støtte, der som udgangspunkt skulle gives af en person med grønlandsk baggrund for at tage højde for den sproglige og kulturelle dimension i borgernes sociale behov. Det var hensigten, at alle borgere ud over CTI-indsatsen også skulle have tilknyttet en peer-støtte, såfremt de ønskede dette. Peer-delen er i alle de tre kommuner forankret i regi af Det Grønlandske Hus og understøttes af en peer-kordinator i hver kommune, der har haft, hvad der svarer til en halvtidsstilling til at varetage denne funktion. I Vejle har peer-kordinatorfunktionen været delt mellem to medarbejdere fra Det Grønlandske Hus i Odense.

6.1 Fra peer-støtte til frivillig støtte

Som tidligere nævnt var en væsentlig erfaring allerede tidligt i projektføreløbet, at det var nødvendigt at gentænke og omdefinere peer-delen i indsatsen. I udgangspunktet var peer-delen tænkt som en støtte fra frivillige med grønlandsk baggrund. Ligeledes var det hensigten, at peer-støtterne selv skulle have erfaring med og overvundet en livskrise. Det kunne således være grønlandske borgere med egen udsathedserfaring, som havde været igennem en recovery-proces. Det var imidlertid erfaringen, at det var vanskeligt at rekruttere peer-støtter med grønlandsk baggrund, og i de få tilfælde, hvor det lykkedes, var det også i nogle tilfælde vanskeligt at få forløbene til at fungere.

Når det har været vanskeligt udelukkende at gøre brug af peer-støtter med grønlandsk baggrund, er der flere forhold, der spiller ind. Dels er der forhold omkring, hvilken støtteperson borgerne efterspørger. En væsentlig faktor er, at det grønlandske miljø i byerne er ret lille, og at der er et kendskab på kryds og tværs borgerne imellem. En udfordring har i den forbindelse været, at mange af borgerne ikke ønsker at have en peer-støtte, som de kender i forvejen. Dels er der forhold, der vedrører rekrutteringen. Det kræver en del ressourcer at være frivillig støtteperson for borgerne, og der var et par eksempler på, at nogle af de få peer-støtter, som det var lykkedes at rekruttere, hurtigt sprang fra igen. Eksempelvis var der en borger med halvt grønlandsk baggrund, der havde meldt sig som peer-støtte, men vedkommende bakkede ud igen efter det første møde med borgeren. I den sammenhæng skal man være opmærksom på, at traumer fylder meget i målgruppen, ikke blot hos borgerne, men potentielt også hos de frivillige peer-støtter. Når nogle af peer-støtterne bakkede ud igen, skyldes det en kombination af kompleksiteten af borgernes støttebehov, som peer-støtterne i nogle tilfælde ikke følte, at de kunne håndtere, og at borgernes problematikker for nogle af peer-støtterne vakte gamle erfaringer og erindringer til live igen, og at det blev for vanskeligt for dem at indgå i en støtte-relation til borgeren.

På baggrund af udfordringerne med at rekruttere peer-støtter er der, som beskrevet i kapitel 3, foretaget en ændring i peer-delen, sådan at det er blevet muligt, at peer-delen kan varetages gennem en frivillig støtteindsats, der ikke er begrænset til peer-støtter med grønlandsk baggrund, men også kan være personer med dansk baggrund, som kan have en form for grønlandsk tilknytning eller kulturelt kendskab og interesse. Det kan fx være danskere, der har boet på Grønland i en periode og derved har et kendskab til grønlandsk kultur. Ligeledes blev der også åbnet op for, at personen ikke selv behøver at have overvundet en livskrise.

I forbindelse med gentænkningen af peer-støtten til en bredere frivillig støtteindsats har man i projektet særligt trukket på erfaringerne fra Odense, hvor der i Det Grønlandske Hus gennem flere år har været opbygget en frivillig indsats, og hvor der således allerede var frivillige i huset med forskellige baggrunde. Det viste sig, at det var muligt at trække nogle af de frivillige i huset ind som frivillige til at varetage peer-støtten. Nogle af disse frivillige har grønlandsk baggrund, mens andre har dansk baggrund, og da man begyndte at rekruttere blandt husets frivillige, var det erfaringen, at der begyndte at komme lidt flere forløb i gang.

I både Vejle og Aarhus var det ligeledes erfaringen, at det var vanskeligt at rekruttere peer-støtter, og der var ligesom i Odense en oplevelse af, at det var nødvendigt at udvide og gentænke peer-delen som en frivillig indsats. Efter at peer-delen blev gentænkt som en frivillig støtte, begyndte der efterhånden at komme mere hul på denne del af indsatsen, og det lykkedes at få flere frivillige støtteforløb i gang. Det er erfaringen fra alle de tre kommuner, at hovedparten af de personer, der har udført peer/frivillig-forløbene snarere, kan karakteriseres som traditionelle frivillige, snarere end "peer-frivillige". Der har dog også været enkelte "peer-frivillige", der selv har erfaring med livskrise og udsathed.

I forbindelse med tilpasningen af peer-delen påpeger en af projektlederne, at det har været vigtigt at få tilpasset begreberne, da det kan skabe forvirring både i forbindelse med rekrutteringen af peer-støtter og i kommunikationen med samarbejdsparter i projektet, at peer-støtternes profil og den måde, peer-begrebet blev anvendt på i projektet, afviger fra den almindelige forståelse af peer-begrebet. Det har derfor været vigtigt at begynde at tale om en frivillig støtteindsats snarere end at benytte peer-begrebet. I det følgende vil vi benytte begrebet "frivillig/peer" om disse forløb.

6.2 Status for antal frivillig/peer-forløb

I tabel 6.1 er opgjort antallet af frivillig/peer-forløb, der er blevet i gangsat som en del af indsatsen. Opgørelsen er foretaget for de tre kommuner enkeltvis, samt i alt. Tabellen er endvidere opdelt på, om der er tale om gennemførte forløb, fortsat igangværende forløb eller afbrudte forløb.

Tabel 6.1 Igangsatte frivillig/peer-forløb særskilt for de tre kommuner. Antal.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
Igangsatte frivillig/peer-forløb	12	13	4	29
- gennemførte forløb	6	5	3	14
- fortsat igangværende forløb	2	6	0	8
- afbrudte forløb	4	2	1	7

Anm.: I tabellen sondres mellem gennemførte og dermed allerede afsluttede forløb, fortsat igangværende forløb og afbrudte forløb.

Kilde: Medarbejderspørgeskema ved faseovergange og afslutning af CTI-forløb samt data indhentet fra peer-koordinatorer.

Tabel 6.1 viser, at der i alt er i gangsat 29 frivillig/peer-forløb. Heraf er 14 forløb gennemført og allerede afsluttet, mens 8 frivillig/peer-forløb fortsat var igangværende primo november 2020 ved dataudtrækket til evalueringen. Der var 7 af de igangsatte forløb, der var blevet afbrudt igen. Mens et frivillig/peer-forløb typisk varer cirka 6 måneder med mulighed for forlængelse, skal det således tages i betragtning, at nogle af frivillig/peer-forløbene er blevet afsluttet forholdsvis hurtigt igen, uden at der er tale om et reelt gennemført forløb. Peer-koordinatorerne fortæller, at der er forskellige grunde til, at forløb er blevet afbrudt. I de fleste tilfælde skyldes

det, at borgeren har haft en for kompleks livssituation til at kunne gennemføre forløbet, og der er også tilfælde, hvor borgerens udsathed har været for kompleks til, at den frivillige kunne håndtere at være i en kontakt med borgeren. Der er også tilfælde, hvor en borger er stoppet med frivillig/peer-forløbet, fordi der har været andre tilbud borgeren har haft behov for at deltage i, og at borgeren ikke har kunnet magte mere end et tilbud ad gangen. Flertallet af de igangsatte forløb er dog blevet gennemført, som det har været tænkt. Den enkelte frivillige/peer-støtteperson har typisk ét forløb ad gangen, men der er nogle frivillig/peer-støtter, der har haft mere end et forløb, typisk ved at et nyt forløb med en ny borger er blevet sat i gang, efter at et andet forløb er blevet afsluttet.

6.3 Erfaringer med organiseringen af frivillig/peer-støtten

Ud over at det har været nødvendigt at omdefinere peer-støtten til at være en frivillig støtte, der også kan varetages af personer med dansk baggrund, og uden at man selv har udsathedserfaring, er der også gjort vigtige erfaringer med, hvordan processen med at tilknytte frivillig/peer-støtte i borgerforløbene bedst kan understøttes.

En væsentlig erfaring er, at det er nødvendigt med en håndholdt og struktureret proces omkring at matche borgeren med en frivillig/peer-støtte og med at få kontakten mellem borgeren og frivillig/peer-støtten i gang. Denne proces understøttes af peer-koordinatoren i samarbejde med CTI-medarbejderen. En af CTI-medarbejderne fortæller, at hun holder mange af sine møder med borgerne i Det Grønlandske Hus i byen. Det giver mulighed for, at peer-koordinatoren let kan komme ind og præsentere sig og fortælle om frivillig/peer-støtten. Her er det vigtigt at få talt med borgeren om, hvad borgeren kan bruge peer-delen til. En væsentlig erfaring, som både peer-koordinatorene og CTI-medarbejdere fremhæver, er at en del af borgerne har vanskeligt ved at forstå, hvad ideen med frivillig/peer-støtten er, samt hvilken rolle den frivillige har, og hvilken funktion frivillig/peer-støtten bidrager med. Her fremhæves det blandt andet, at frivilligbegrebet og frivilligrollen ikke er udbredt og kendt i Grønland på samme måde som i Danmark. Som en interviewperson udtrykker det: "I Grønland hjælper man bare hinanden". Samtidig vil det ifølge interviewpersonerne være uvant for mange med grønlandsk baggrund, at "smalltalke" eller lave sociale aktiviteter med en helt fremmed person. En erfaring er, at det for at bidrage til, at borgeren forstår, hvad vedkommende kan bruge den frivillige til og gøre sammen med den frivillige, er nødvendigt at være meget konkret og ikke blot præsentere frivillig/peer-støtten som en person, man kan snakke med eller lave sociale aktiviteter sammen med. Det er i stedet vigtigt at indkredse helt konkrete aktiviteter, som borgeren og frivillig/peer-støtten kan mødes om. Derved bliver det mere klart for borgeren, hvad frivillig/peer-støtten kan bidrage med.

Peer-koordinatorene har også en samtale med frivillig/peer-støtterne om, hvad de særligt har at byde ind med i forhold til særlige interesser eller aktiviteter, som kunne bringes i spil i et borgerforløb. På baggrund af samtalerne med både borgerne og de frivillige forsøger peer-koordinatoren at matche borgeren til en støtteperson, som passer sammen med borgeren, og hvor der er basis for at mødes om en konkret aktivitet. Derefter afholdes et møde, hvor både borgeren, frivillig/peer-støtten, peer-koordinatoren og CTI-medarbejderen deltager, og hvor borgeren og frivillig/peer-støtten møder hinanden. I to af kommunerne underskrives en kort kontrakt mellem borgeren og frivillig/peer-støtten, hvor der står, hvor ofte man tilstræber at mødes (fx én gang om ugen), og hvad man mødes om (en aktivitet), og hvor varigheden af forløbet er beskrevet. Det er således også vigtigt at rammesætte og afgrænse varigheden af

forløbet, hvorved der skabes en forventningsafstemning mellem borgeren og frivillig/peer-støtten og en afgrænsning af frivillig/peer-støttens forpligtelse i forløbet, ligesom der også defineres en afslutning af forløbet igen. Som udgangspunkt aftales det, at varigheden af et peer-forløb er 6 måneder, med en mulighed for forlængelse til 9 måneder.

Der følges løbende op på peer-forløbet. Forløbene er sårbare, og det er vigtigt, at der er en tæt opfølgning, for der kan hurtigt ske noget i borgerens liv. I to af kommunerne afholder peer-koordinatorerne cirka hver tredje måned et møde med frivillig/peer-støtten og evaluerer, hvordan det går i forløbet, og der tages stilling til, om forløbet skal køre videre.

Frivillig/peer-forløbene kører ikke helt sideløbende med CTI-forløbet, men sættes typisk i gang et stykke inde i et CTI-forløb. I forbindelse med tidsaspektet i frivillig/peer-forløbet er det en væsentlig erfaring, at det er vigtigt hverken at opstarte forløbet for tidligt eller for sent i forhold til CTI-forløbet. Borgeren skal være klar til og have lyst til, at der opstartes et forløb, men samtidig skal der være tilstrækkeligt med tid tilbage i CTI-forløbet til, at CTI-medarbejderen kan støtte op om processen. Det er således CTI-medarbejderen, der støtter op om frivillig/peer-forløbet i forhold til borgeren, mens peer-koordinatoren særligt har fokus på den frivillige. I en af kommunerne var det erfaringen, at man i starten af projektperioden kom for sent i gang med frivillig/peer-forløbene, og det betød, at CTI-medarbejderen kort efter opstarten ikke længere var tilknyttet borgeren, hvorved peer-koordinatoren så at sige stod med både borgerkontakten og den frivillige støtte. Det indebærer også en risiko for, at borgeren så frivillig/peer-støtten som en ny kontaktperson efter CTI-støttens ophør.

En vigtig erfaring er således, at det er vigtigt at forklare for borgeren, at frivillig/peer-støtten netop ikke er en ny CTI-medarbejder eller bostøttemedarbejder og ikke har til formål at overtage CTI-medarbejderens rolle som støtteperson, men at formålet primært er at udføre konkrete, sociale og rekreative aktiviteter sammen med borgeren. Mange af borgerne er vant til, at have kontakt med en eller flere – og til tider mange – professionelle støttepersoner, og det kan i den sammenhæng være en udfordring at undgå, at borgeren opfatter den frivillige som en ny kontaktperson i forhold til kommunen eller velfærdssystemet. Der har i de kvalitative borgerinterview været enkelte tilfælde, hvor det ikke har været tydeligt for borgeren, at den frivillige ikke er en ny kontaktperson. Eksempelvis er der en borger som fortæller, at vedkommende har fået en ny kontaktperson sidst i forløbet, men hvor det bliver klart i interviewet, at der er tale om en frivillig støtteperson. Borgeren giver udtryk for ikke at kunne forstå, at denne person ikke besvarer henvendelser fra borgeren og har blandt andet oplevet, at den frivillige i telefonen har sagt, at "vi har ikke en aftale". Det er et eksempel på vigtigheden af, at forskellen på CTI-medarbejderen og den frivilliges roller gøres klar for borgeren. Det kan imidlertid ifølge peer-koordinatorerne netop være en udfordring, i og med at frivilligrollen ikke i samme grad er veldefineret og kendt i den grønlandske kultur, og at mange af borgerne omvendt er vant til en omfattende "systemkontakt" med professionelle støttepersoner. Det er således en vigtig pointe, at den frivillige ikke kan overtage rollen som bostøtte for borgeren efter CTI-forløbets afslutning. Hvis borgeren har brug for videre bostøtte, må dette behov varetages gennem en visitation til § 85-bostøtte. Frivillig/peer-støttens rolle er således at bidrage til at skabe sociale og meningsfulde aktiviteter for borgeren i hverdagen og dermed bidrage med noget, som ligger ud over, hvad der er muligt i CTI-indsatsen.

Ud over at understøtte processen mellem borger og frivillig/peer-støtte er det også vigtigt at understøtte gruppen af frivillig/peer-støtter. I en af kommunerne har der været afholdt undervisningsaftener med frivillig/peer-støtterne, hvor der fx har deltaget en coach, der blandt andet har undervist frivillig/peer-støtterne i, hvordan man sætter grænser og passer på sig selv. I de

to andre kommuner mødes frivillig/peer-støtterne regelmæssigt til kaffemøder for at udveksle erfaringer. Det er således også en del af det frivillige arbejde, at de frivillige har lejlighed til at mødes med hinanden, hvilket er med til at styrke det frivillige netværk, som er en forudsætning for, at frivillig/peer-støtten kan opretholdes. I forlængelse heraf har en af kommunerne hen i den sidste del af projektperioden i højere grad arbejdet med den frivillige støtte som udgangspunkt for netværks- og fællesskabsorienterede aktiviteter, hvor der ved flere lejligheder er blevet afholdt fællesarrangementer for både borgere i CTI-indsatsen og de frivillige støttepersoner. Fx har der været arrangeret en aften om grønlandsk kultur og med bankospil. Baggrunden for i højere grad at lægge vægt på gruppebaserede aktiviteter har været, at der i denne kommune har været en oplevelse af, at det har været en udfordring at få en-til-en-støtten – som peer-koordinatoren udtrykker det – til at fungere. Det har været en udfordring for mange af borgerne at se, hvad de skulle bruge en frivillig/peer-støtte til, hvilket har været en medvirkende forklaring på, at der er i gangsat ret få frivillig/peer-forløb. Derimod har både CTI-medarbejderne og peer-koordinatoren oplevet, at mange af borgerne mangler fællesskabsbaserede aktiviteter, herunder ikke mindst i forbindelse med reduktion eller ophør af et hash- eller alkoholmisbrug, hvor borgerne ofte må begrænse eller afslutte kontakten med de misbrugsbaserede fællesskaber og bekendtskaber, som borgeren typisk har færdedes i og har haft. Her kan de gruppebaserede aktiviteter gå ind og bidrage med en sammenhæng, hvor borgeren kan møde andre mennesker i form af andre borgere i indsatsen, der måske befinder sig i en lignende situation i en sammenhæng, hvor også de frivillige er til stede. Netop kombinationen af gruppebaserede aktiviteter på tværs af gruppen af borgere og frivillige giver ifølge peer-koordinatoren et godt mix i forhold til at skabe en dynamik og bærekraft i gruppen.

6.4 Borgerne og de frivilliges erfaringer med frivillig/peer-forløbene

Flere af de interviewede borgere har haft eller har stadig en frivillig/peer-støtte tilknyttet. Der er også foretaget interview med nogle af de frivillige støtter som led i evalueringen. Da der er tale om forløb, der har været gennemført løbende gennem projektperioden, trækker vi ligesom i den øvrige evaluering på interviewene fra interviewrunderne ved både midtvejs- og slutevalueringen.

Både borgerne og de frivillige giver eksempler på de aktiviteter, de har lavet sammen. Eksempelvis fortæller en af de frivillige om et forløb med en borger, der skulle starte i et skoleforløb, og hvor den frivillige støtteperson har erfaring fra uddannelsessektoren og derfor kunne støtte borgeren i at starte i skoleforløbet, fx ved at tale om, hvad det vil sige at starte i en ny klasse og at skulle lave hjemmearbejde. I et andet forløb havde borgeren og den frivillige en fælles interesse for kunst og kreative aktiviteter, og har kunnet mødes om museumsbesøg, tegning og maling. Der er også et forløb, hvor borgeren og den frivillige er taget på køreture ud i omegnen, så borgeren kunne lære sit lokalområde bedre at kende. Disse forløb er eksempler på meget vellykkede forløb, hvor frivillig/peer-støtten har kunnet mødes om konkrete aktiviteter, hvilket har bidraget med en ekstra dimension i borgerens forløb og recovery-proces og dermed i høj grad har komplementeret CTI-indsatsen.

Der er også dog også enkelte eksempler blandt de interviewede borgere på mindre vellykkede frivillig/peer-forløb. En borger havde fået tilknyttet en frivillig/peer-støtte, men oplevede, at frivillig/peer-støtten havde andre mål med forløbet, end hvad borgeren selv ønskede. Peer-støtten ville således gerne støtte borgeren i at benytte et lokalt værested, men borgeren ønskede ikke selv at benytte værestedet, men ville hellere forsøge at lære mennesker at kende uden for udsattemiljøet. Da det stod klart, at peer-forløbet ikke ville komme til at fungere, blev det

afsluttet, og i stedet blev der arbejdet med at finde en ny frivillig/peer-støtte til borgeren. På den måde er borgernes behov meget individuelle, og ligesom i CTI-forløbene er det også i forhold til frivillig/peer-støtten en væsentlig erfaring, at det er vigtigt at tage udgangspunkt i borgernes *egne* ønsker og behov.

7 Resultater for borgerne

I dette kapitel afdækkes indsatsens resultater for borgerne. Vi ser på, hvad der kendetegner borgerens udvikling fra starten af CTI-forløbet til afslutningen, og om CTI-forløbet afspejles i en forbedring af borgerens trivsel, helbred og sociale situation. Der anvendes først og fremmest en række mål fra borgerskemaet, hvor opgørelserne udtrykker borgernes selv vurdering. Samtidig inddrages også enkelte mål fra medarbejderspørgeskemaet, hvor det er CTI-medarbejderne, der har udfyldt oplysninger om borgernes situation. Endvidere inddrages også de kvalitative borgerinterview, hvor de fleste af de interviewede borgere fortsat var i forløb på interviewtidspunktet, mens nogle blev interviewet efter afslutningen af forløbet.

I de kvantitative opgørelser afgrænses analysegruppen til de borgere, der har gennemført et fuldt CTI-forløb, der er afsluttet som planlagt. Ved datatrækket til evalueringen var der som beskrevet i kapitel 5 i alt 91 CTI-forløb, der var afsluttede. Heraf er de 19 forløb blevet afsluttet uplanlagt, dvs. at CTI-forløbet er blevet afsluttet før tid, uden at der er gennemført et fuldt forløb. Når vi ser på resultaterne for borgerne, afgrænser vi således disse analyser til de 72 borgere med et fuldt gennemført forløb med en planlagt afslutning.

Ved opgørelsen af resultaterne prioriterer vi også, hvor det er muligt, at benytte besvarelsene fra borgerspørgeskemaet, og dermed borgernes egen vurdering af deres situation. Det gælder fx spørgsmålene om selvvurderet helbred og trivsel. Ved sammenligningen af borgerens besvarelser af disse spørgsmål ved opstart og afslutning af CTI-forløbet ses der kun på de borgere, der både har en opstartsmåling og en afsluttende måling, således at det er den samme gruppe af borgere, der sammenlignes over tid. Af de 72 planlagt afsluttede borgere er der 58 borgere, hvor der foreligger et udfyldt borgerspørgeskema ved både opstart og afslutning. Derved tegner opgørelserne et billede af borgerens udvikling i forløbet. Det er generelt en høj andel af de deltagende borgere, hvor der er udfyldt et borgerspørgeskema både ved opstart og afslutning af forløbet, men der er således nogle borgerforløb, hvor det ikke har været muligt at udfylde borgerspørgeskemaet. En sammenligning viser, at blandt de 14 planlagt afsluttede borgere, der ikke har udfyldt borgerskemaet, er der en højere andel med et misbrug (10 ud af 14) svarende til 71 %, end blandt de 58 planlagt afsluttede borgere, som har udfyldt borgerskemaet ved afslutningen af forløbet, hvor 25 ud af 58, svarende til 43 %, har et misbrug. Derimod er der en lavere andel, der i høj grad har psykiske problemer, blandt dem, der ikke har udfyldt borgerskemaet. I de tilfælde, hvor der ikke foreligger en besvarelse af borgerspørgeskemaet, er der ifølge CTI-medarbejderne typisk tale om borgere, der har haft det for svært til at kunne besvare spørgeskemaet, eller borgere, som CTI-medarbejderen ikke har kunnet få en aftale i stand med i forhold til at udfylde afslutningsskemaet. Derved er det sandsynligt, at nogle af disse borgere ville have en forholdsvis lav score på de forskellige mål, der ses på i kapitlets opgørelser.

Når vi ser på borgernes udvikling, skal det endvidere tages i betragtning, at nogle af borgerne kunne have oplevet en udvikling, også selvom de ikke havde deltaget i CTI-forløbet. I den sammenhæng er det vigtigt at understrege, at analysen af udviklingen i borgernes forløb bygger på en måling af borgerne ved indsatsens opstart og afslutning, men at der ikke indgår en sammenligning med en kontrolgruppe i evalueringsdesignet. På den måde skal der tages et generelt forbehold for, at resultaterne af indsatsen kan være overvurderede i forhold til effekten af indsatsen på borgernes udvikling.

7.1 Selvvurderet helbred

Et vigtigt mål for borgernes udvikling er deres selvvurderede helbred. I tabel 7.1 er opgjøret borgernes selvvurderede helbred ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet for de 58 borgere, der har gennemført et CTI-forløb med en planlagt afslutning og samtidig både har besvaret borgerskemaet ved opstarten og ved afslutningen af CTI-forløbet. Tabel 7.1 viser, at borgernes selvvurderede helbred gennemsnitligt set er forbedret hen over forløbet. Mens det var 59 %, der ved opstarten vurderede deres helbred som "mindre godt" eller "dårligt", faldt denne andel til 31 % (fra 34 til 18 personer) ved afslutningen af CTI-forløbet, mens andelen med en positiv vurdering af eget helbred ("godt", "vældig godt" eller "fremragende") steg fra sammenlagt 42 % til 69 % (fra 24 til 40 personer). Det er en markant forbedring af det selvvurderede helbred for en betydelig del af de borgere, der har deltaget i indsatsen.

Tabel 7.1 Borgernes selvvurderede helbred ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet. Procent og antal.

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?	Opstart	Afslutning
Fremragende/vældig godt	14 (8)	21 (12)
Godt	28 (16)	48 (28)
Mindre godt/dårligt	59 (34)	31 (18)
I alt, procent og antal (n)	100 (58)	100 (58)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, og hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningsskema. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler, er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

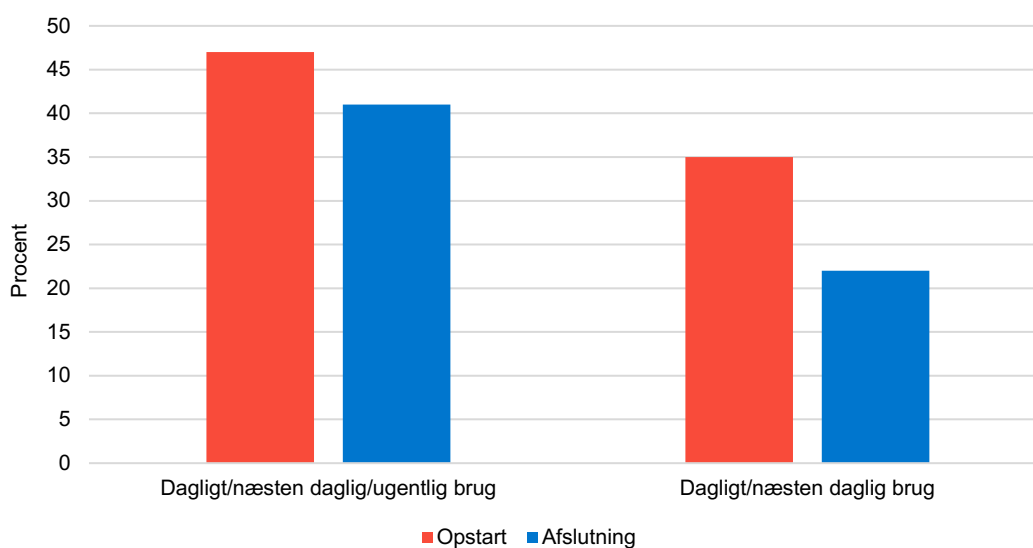
Mens opgørelsen i tabel 7.1 viser ændringen i den samlede svarfordeling på borgernes vurdering af eget helbred fra opstarten til afslutningen af CTI-forløbet har vi også set på ændringerne i den enkelte borgers besvarelse. En yderligere opgørelse (bilagstabel 1.1) viser således, at mens ændringen i fordelingen langt overvejende skyldes, at en betydelig del borgere går fra en negativ til en positiv selvvurdering af helbredet fra opstart til afslutning, er der dog også enkelte borgere, der oplever den modsatte udvikling, nemlig at de går fra en positiv selvvurdering i starten af forløbet til en negativ selvvurdering ved afslutningen af forløbet. Det kan fx handle om, at borgerne undervejs i forløbet er blevet ramt af sygdom.

7.2 Misbrug

Vi har også undersøgt udviklingen i borgernes misbrug under CTI-forløbet. Også her har vi taget udgangspunkt i borgernes egne angivelser af forbruget af alkohol, hash og/eller hårde stoffer i borgerspørgeskemaet. Borgerne er først blevet spurgt, om de hhv. har drukket alkohol, røget hash eller taget stoffer som heroin, kokain eller amfetamin inden for de seneste 3 måneder. Hvis der er svaret bekræftende på dette spørgsmål, er de blevet spurgt om, hvor ofte de drikker mindst fem genstande alkohol på en dag, og hvor ofte de hhv. ryger hash eller tager stoffer som heroin, kokain eller amfetamin. Figur 7.1 viser andelen med hhv. dagligt/næsten dagligt brug og andelen med dagligt/næsten dagligt/ugentligt brug af alkohol (mindst fem genstande på en dag), hash eller hårde stoffer (heroin, kokain eller amfetamin o.l.) under ét. For langt hovedparten af borgerne er der tale om misbrug af alkohol eller hash. Opgørelsen er foretaget for borgere med et planlagt afsluttet forløb og et udfyldt borgerskema ved både opstart og afslutning. Figur 7.1 viser, at der særligt er sket et fald i andelen med et dagligt/næsten

dagligt forbrug af rusmidler, mens der kun er et mindre fald i andelen med dagligt/næsten dagligt/ugentligt forbrug. Det er dermed lykkedes for en del borgere at reducere deres forbrug af rusmidler fra et dagligt/næsten dagligt forbrug til et forbrug, der for en dels vedkommende snarere sker en eller flere dage om ugen, men ikke hver dag. Det tyder på, at CTI-forløbet har medvirket til, at en del borgere har kunnet reducere deres misbrug, mens det er færre, der helt har kunnet begrænse det eller ophøre med et misbrug. Tallene viser dog samtidig, at der også ved afslutningen af CTI-forløbet er en betydelig del af borgerne, der fortsat har et forholdsvis omfattende forbrug af rusmidler.

Figur 7.1 Andel med brug af alkohol (mindst fem genstande på en dag), hash eller hårde stoffer ved opstart og afslutning af CTI-forløb. Procent.



Anm.: Andel med brug af alkohol (mindst fem genstande på en dag), hash eller hårde stoffer hhv. dagligt/næsten dagligt og dagligt/næsten dagligt/ugentligt ved hhv. opstart og afslutning af CTI-forløb.

Kilde: Borgerspørgeskemaet ved opstart og afslutning af CTI-forløb.

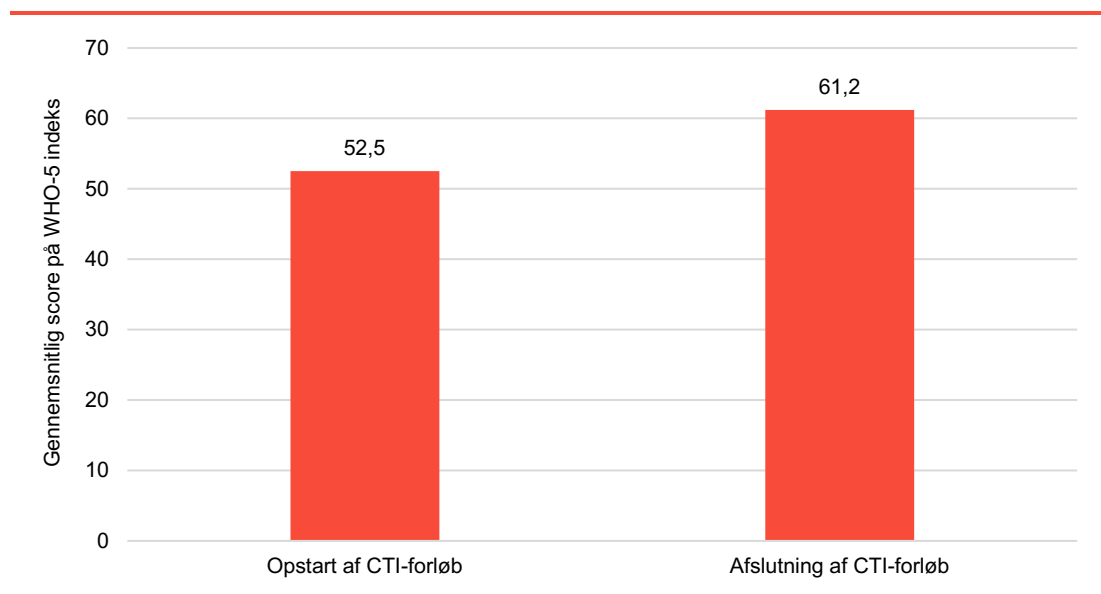
I de kvalitative interview fortæller flere af de interviewede borgere, at det er lykkedes for dem at reducere et misbrug, og enkelte fortæller, at det lykkedes dem helt at ophøre med et misbrug. Kendetegnende for de interviewpersoner, der fortæller, at de er ophørt med et misbrug, er, at de har været i misbrugsbehandlingsforløb, og at dette forløb er blevet understøttet af CTI-indsatsen. Dermed genspejler borgernes egne erfaringer det billede, som også CTI-medarbejderne og de interviewede misbrugsbehandlere har givet af, at CTI-indsatsen kan være med til at understøtte et misbrugsbehandlingsforløb og i højere grad gøre det muligt for borgerne at følge og få et udbytte af misbrugsbehandlingen.

7.3 Trivsel og mestring i hverdagen

Vi har også set på udviklingen i borgernes selvvaluerede trivsel, som måles ud fra WHO-5-trivselsindekset. Som beskrevet i kapitel 4 opgøres en samlet pointscore på baggrund af de fem spørgsmål i trivselsindekset. Pointskalaen går fra 0 til 100, og scoren opdeles i intervallerne 0-35, 36-50 og 51-100 point, ligesom middeltallet for borgerne angives. Ved et pointtal mellem 0 og 35 er der "stor risiko for depression og stressbelastning", og ved et pointtal mellem 36 og 50 er der "risiko for depression og stressbelastning". Ved et pointtal over 50 er testpersonen ikke umiddelbart i risiko for depression eller langvarig stressbelastning. I figur 7.2 vises

den gennemsnitlige score på trivselsindekset ved hhv. opstart og afslutning af CTI-forløbet for de borgere, der har gennemført et CTI-forløb med en planlagt afslutning, og samtidig har besvaret både borgerskemaet ved opstart og ved afslutning af CTI-forløbet. I tabel 7.2 er udviklingen opgjort i pointscore fordelt på de tre intervaller.

Figur 7.2 Gennemsnitlig score på WHO-5-trivselsindeks ved opstart og afslutning af CTI-forløb, opgjort for borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb.



Anm.: Antal borgere (n): 58. Signifikanstest for forskel i gennemsnitlig score på WHO-5-trivselsindeks ved hhv. opstart og afslutning af CTI-forløb: $P = 0,026$.

Kilde: Borgerspørgeskemaet ved opstart og afslutning af CTI-forløb.

Tabel 7.2 Fordeling på WHO-5-trivselsindeks ved opstart og afslutning af CTI-forløb. Procent og antal.

Point på WHO-5-trivselsindeks	Opstart	Afslutning
<i>Fordeling af pointscore</i>		
0-35 point	29 (17)	17 (10)
36-50 point	10 (6)	10 (6)
51 point og derover	60 (36)	72 (42)
I alt, procent og antal (n)	100 (58)	100 (58)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningsskema. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

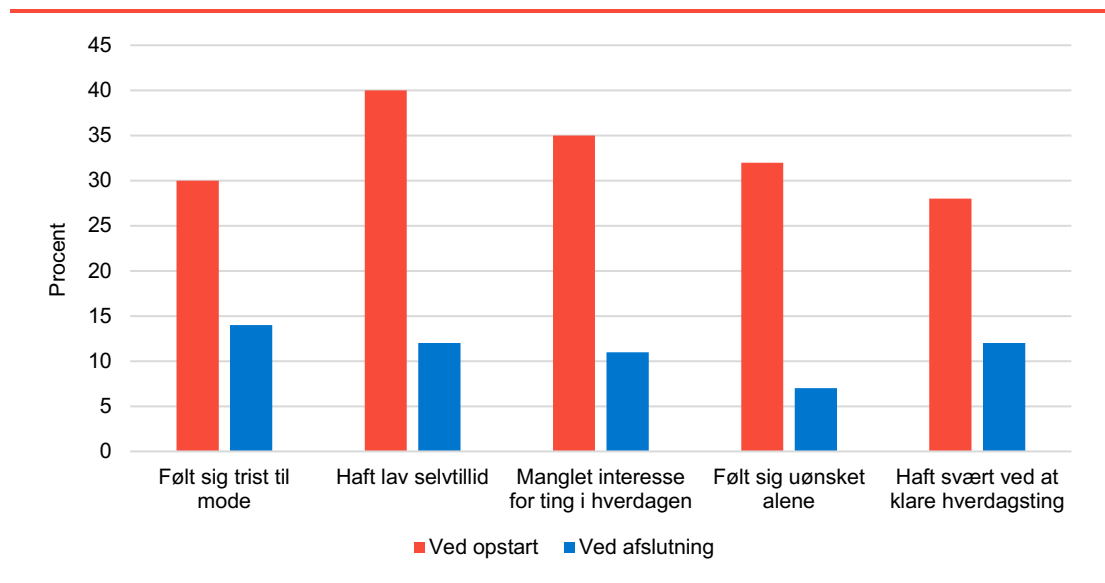
Figur 7.2 viser, at der undervejs gennem CTI-forløbet gennemsnitligt set sker en markant forbedring af scoren på trivselsindekset. For gruppen af de 58 borgere sker der en stigning fra en gennemsnitlig pointscore på 52,5 ved opstarten af CTI-forløbet til en pointscore på 61,2 ved afslutningen af CTI-forløbet. Der er således tale om en gennemsnitlig stigning på 8,7 point på trivselsindekset for de borgere, der har gennemført et fuldt CTI-forløb. Der er endvidere foretaget et signifikanstest på forskellen i den gennemsnitlige score på trivselsindekset ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet, og denne test viser, at der er tale om en statistisk signifikant stigning ($p = 0,026$). Stigningen kan sammenholdes med, at det af Sundhedsstyrelsens generelle vejledning til WHO's trivselsindeks fremgår, at en stigning i trivslen på 10 point er af en

størrelsesorden, hvor det kan antages, at en effekt på borgerens trivsel klinisk set kan tilskrives indsatsen. Forbedringen i trivslen for en del af borgerne ses også ved, at andelen af borgerne, der har en score på mellem 0 og 35 point, og som dermed er i stor risiko for depression og stressbelastning, falder fra 29 % af borgerne ved opstartsmålingen til 17 % ved den afsluttende måling (tabel 7.2). Andelen, der har en score på 51 point eller derover, stiger derimod fra 60 % til 72 %, mens andelen med en score på mellem 36 og 50 point er uændret med 10 %. Det skal dog ikke overses, at der fortsat er en del af borgerne, der har en lav grad af trivsel i hverdagen ved afslutningen af forløbet. Det er således lykkedes at skabe et løft i trivslen for en betydelig del af de borgere, der har deltaget i CTI-indsatsen, men ikke for alle. Det afspejler, at der er tale om en gruppe af borgere med en kompleks og langvarig udsathed med fx traumer, psykiske lidelser, misbrug og sociale udfordringer. Ligesom for borgernes vurdering af eget helbred har vi også for trivselsmålingen foretaget en yderligere opgørelse, der viser ændringerne for de enkelte grupper fra opstarten til afslutningen af CTI-forløbet (bilagstabel 1.2). Denne opgørelse viser, at mens ændringen i den samlede fordeling primært skyldes, at en del af borgerne har opnået en højere trivselsscore ved afslutningen af CTI-forløbet, er der dog også en lille gruppe af borgere, der har fået en lavere score, når vi sammenligner de to målinger. Ligesom for det selvvalgte helbred kan der her både være tale om, at borgerne har fået en større indsigt i egne udfordringer – hvilket kan være smertefuldt – men der kan også være tale om, at der er sket alvorlige hændelser i borgernes liv som fx egen sygdom eller sygdom og dødsfald i den nærmeste familie.

Forbedringen i det selvvalgte helbred og borgernes trivsel kommer også til udtryk ved, at andelen af borgerne, der har depressive symptomer, er væsentligt lavere ved afslutningen af CTI-forløbet end ved opstarten. I figur 7.3 er opgjort andelen, der hele tiden eller det meste af tiden i løbet af de seneste fire uger har følt sig trist til mode, haft lav selvtillid eller manglet interesse for ting i hverdagen, hvilket er de tre udvalgte spørgsmål fra MDI (Major Depression Inventory), der indgår i borgerskemaet. Desuden indgår i figuren også andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har været alene, selvom de havde mest lyst til at være sammen med andre, eller som har haft svært ved at klare hverdagsting, som fx at vaske op eller købe ind. Figur 7.3 viser, at der i løbet af CTI-forløbet sker et markant fald i andelen af borgerne, der hele tiden eller det meste af tiden i løbet af de seneste fire uger har haft disse negative følelser. Andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode, er faldet fra 30 % ved opstarten af forløbet til 14 % ved afslutningen af forløbet. Andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har haft lav selvtillid, er faldet fra 40 % til 12 % og andelen, der har manglet interesse for de ting, de gør i hverdagen, er faldet fra 35 % til 11 %. Tilsvarende er andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har været alene, selvom de mest havde lyst til at være sammen med andre, faldet fra 32 % til 7 %, mens andelen, der har haft svært ved at klare hverdagsting, er faldet fra 28 % til 12 %. Der er foretaget et signifikanstest for udviklingen på hvert af disse spørgsmål. Ændringen fra opstarten til afslutningen af CTI-forløbet er signifikant for alle spørgsmål på nær, om borgeren har følt sig trist til mode, hvor faldet i andelen således ikke er signifikant³

³ Signifikanstest for forskellen fra opstarten til afslutningen af CTI-forløbet i andelen, der svarer hele tiden eller det meste af tiden til hvert spørgsmål: Følt sig trist til mode: P = 0,060; Lav selvtillid: P = 0,001; Manglet interesse for de ting de gør i hverdagen: P = 0,001; Været alene, selvom de havde lyst til at være sammen med andre: P = 0,001; Svært ved at klare hverdagsting: P = 0,028.

Figur 7.3 Andel, der har haft depressive følelser, været uønsket alene eller haft svært ved at klare hverdagsting hele tiden eller det meste af tiden i løbet af de sidste 4 uger, opgjort ved opstart og afslutning af CTI-forløbet. Procent.



Anm.: I figuren indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningskema (n = 57).

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

Der er også foretaget målinger af udviklingen i borgernes helbred og trivsel i de øvrige afprøvninger af CTI-metoden til andre målgrupper. I evalueringen af CTI-forløb til borgere, der flytter i egen bolig efter ophold på et botilbud eller ved udskrivning fra en psykiatrisk afdeling, blev der anvendt et andet redskab til måling af trivsel. Ved denne indsats blev der ligeledes målt en stigning i borgernes trivsel fra starten til slutningen af CTI-forløbet. Ydermere indgik der i dette studie en kontrolgruppe, og der blev ikke målt en tilsvarende stigning i trivslen blandt borgerne i kontrolgruppen (Amilon et al., 2018). I evalueringen af CTI-forløb til kvinder ved udskrivning fra krisecenter, var der ligesom i indeværende undersøgelse tale om en før- og eftermåling af selvvurderet helbred og trivsel. Denne evaluering viste, at også blandt kvinderne, der modtog et CTI-forløb efter ophold på krisecenter, skete der en forbedring i det selvvurderede helbred, om end der blev gjort brug af andre mål for selvvurderet helbred, end i indeværende undersøgelse. Udviklingen i kvindernes trivsel blev målt med samme redskab (WHO-5 trivselsindekset), men blandt kvinderne, der blev udskrevet fra krisecenter, skete der ikke en tilsvarende forbedring i trivslen fra starten til slutningen af CTI-forløbet. Det hang ifølge evalueringsrapporten sammen med, at kvinderne hen mod afslutningen af forløbet i stigende grad begyndte at opleve følgevirkninger af volden, herunder følelser, der udløser øget risiko for stress og depression, som fx skyldfølelse over for deres børn (Deloitte, 2019, s. 55-56). På den måde kan der være målgruppenspecifikke aspekter og omstændigheder, der betyder, at der ikke nødvendigvis kan forventes ensartede resultater af CTI-indsatser for forskellige målgrupper.

7.4 Beskæftigelse

Vi har også målt udviklingen i borgernes arbejdsmarkedstilknytning i form af, om de deltager i beskæftigelse, aktivering eller uddannelse. Denne oplysning henter vi fra medarbejderskemaet, hvor CTI-medarbejderne har angivet denne oplysning om borgeren. Tabel 7.3 viser ud-

viklingen fra opstarten til afslutningen af CTI-forløbet, hvor vi ser på alle borgere med et gennemført CTI-forløb, der er afsluttet som planlagt (på nær en enkelt borger, hvor denne oplysning ikke var udfyldt). Tabel 7.3 viser, at der i løbet af CTI-forløbet er sket et fald fra 76 til 66 % i andelen af borgere, der hverken er i beskæftigelse, uddannelse eller aktivering. Der er enkelte borgere, der er kommet i beskæftigelse, men først og fremmest er der tale om, at flere borgere er kommet i aktivering. Det er dog således stadig hovedparten af borgerne, der hverken er i beskæftigelse, uddannelse eller aktivering ved afslutningen af CTI-forløbet.

Tabel 7.3 Andel af borgerne i beskæftigelse, uddannelse eller aktivering ved opstart og afslutning af CTI-forløbet. Procent og antal.

	Opstart	Afslutning
I beskæftigelse	1 (1)	4 (3)
I gang med uddannelse	8 (6)	6 (4)
I aktivering	13 (9)	24 (17)
Hverken i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering	76 (54)	66 (47)
Ved ikke	1 (1)	0 (0)
I alt, procent og antal (n)	100 (71)	100 (71)

Anm.: I figuren indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor spørgsmålet er udfyldt af CTI-medarbejderen ved både opstart og afslutning af CTI-forløb (n = 71). Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet.

Kilde: Medarbejderspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

I borgerskemaet har vi endvidere spurgt til, hvor ofte borgerne deltager i aktivering eller uddannelse. Tabel 7.4 viser denne fordeling ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet. Spørgsmaalsformuleringen har ikke inkluderet de borgere, der var i arbejde, men en gennemgang af besvarelsene viser, at de få borgere, der er i arbejde, også har besvaret spørgsmålet om, hvor ofte de deltager i aktivering eller uddannelse, og her formentlig blot har svaret på, hvor ofte de går på arbejde. Mens der ved opstarten af forløbet var 36 % af borgerne, der deltog i aktivering eller uddannelse (eller arbejde) enten hver dag eller mindst én dag om ugen, er denne andel steget lidt til 43 % ved afslutningen af CTI-forløbet. Andelen, der slet ikke deltager i aktivering eller uddannelse, er tilsvarende faldet lidt fra 59 % til 53 %, hvilket således er lidt færre end i opgørelsen i tabel 7.3, hvor der skal gøres opmærksom på, at besvarelsene fra borgerskemaet omfatter lidt færre personer.

Tabel 7.4 Borgernes deltagelse i aktivering eller uddannelse, målt ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet. Procent og antal.

I hvilket omfang deltager du i aktivering eller uddannelse	Opstart	Afslutning
Hver dag	14 (8)	10 (6)
1-4 gange om ugen	22 (13)	33 (19)
1-3 gange om måneden eller sjældnere	5 (3)	3 (2)
Deltager ikke/ved ikke	59 (34)	53 (31)
I alt, procent og antal (n)	100 (58)	100 (58)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningsskema. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

I borgerskemaet indgår også et spørgsmål, der måler borgernes selvvaluerede arbejdsmarkedsparethed, i form af et spørgsmål fra de såkaldte BIP-indikatorer, nemlig hvorvidt borgeren selv vurderer at være i stand til at kunne klare et arbejde. Udviklingen fra opstarten til afslutningen af CTI-forløbet er vist i tabel 7.5, der viser, at der ikke er sket nogen væsentlig ændring i borgernes selvvaluerede arbejdsmarkedsparethed fra opstarten til afslutningen af forløbet. Andelen, der enten slet ikke tror, de kan klare et arbejde eller tvivler meget på det, ligger stort set uændret på 24 og 26 % ved hhv. opstart og afslutning af forløbet. Andelen, der er helt sikker på at kunne klare et arbejde, er faldet undervejs i forløbet fra 36 % ved opstarten af forløbet til 28 % ved afslutningen, mens andelen, der er nogenlunde sikker på at kunne klare et arbejde, er steget fra 14 til 24 %. Andelen, der enten er helt sikker eller nogenlunde sikker på at kunne klare et arbejde ligger således uændret på cirka halvdelen af borgerne. Der er dermed også en betydelig variation blandt de deltagende borgere i forhold til deres selvvaluerede arbejdsmarkedsparethed, idet en del af borgerne vurderer, at de godt ville kunne klare et arbejde, men der er også en del af borgerne, der vurderer, at de ikke vil kunne klare et arbejde.

Tabel 7.5 Selvvalueret arbejdsmarkedsparethed ved opstart og afslutning af CTI-forløbet. Procent og antal.

Tror du, at du kan klare et arbejde?	Opstart	Afslutning
Jeg tror slet ikke, jeg kan klare et arbejde	14 (8)	16 (9)
Jeg tvivler meget på, at jeg kan klare et arbejde	10 (6)	10 (6)
Jeg er usikker på, om jeg kan klare et arbejde	22 (13)	14 (8)
Jeg er nogenlunde sikker på, at jeg kan klare et arbejde	14 (8)	24 (14)
Jeg er helt sikker på, at jeg kan klare et arbejde	36 (21)	28 (16)
Jeg er i arbejde	3 (2)	7 (4)
Ved ikke/ønsker ikke at svare	0 (0)	2 (1)
I alt, procent og antal (n)	100 (58)	100 (58)

Anm.: I figuren indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningsskema (n = 58). Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

Opgørelserne omkring borgernes beskæftigelsessituation viser generelt, at der er tale om borgere, som for langt de flestes vedkommende befinder sig langt fra det danske arbejdsmarked. I de kvalitative interview fortæller nogle af de interviewede borgere, at de tidligere har haft et arbejdsliv, da de boede på Grønland. Flere fortæller, at de har haft arbejde i fiskeindustrien eller servicearbejde som fx rengøring eller butiksarbejde. Flere af borgerne fortæller, at de gerne ville have et arbejde, men fælles for dem er, at de ikke har kunnet få fodfæste på arbejdsmarkedet i Danmark blandt andet pga. sproglige barrierer og høje krav for at komme ind på det danske arbejdsmarked. Navnlig blandt de lidt ældre interviewpersoner er der også flere, der fortæller, at de ikke kan arbejde pga. dårligt helbred, herunder flere, der fortæller, at de er "slidt ned" og har fysiske smerter, der forhindrer dem i at kunne have et arbejde. Flere af dem fortæller, at de i flere år har forsøgt at få en førtidspension, men at det har været vanskeligt at få en pension. I den sammenhæng fortæller et par af interviewpersonerne, at de som en del af CTI-forløbet har fået sat en proces i gang med jobcentret omkring jobafklaring og en indstilling til en førtidspension, hvilket disse borgere udtrykker stor tilfredshed med. Som nævnt er det kun ganske få af de deltagende borgere, der har en nuværende tilknytning til arbejdsmarkedet. I de kvalitative interview fortæller en borger, at vedkommende har et lønnet deltidsarbejde. Denne borger fortæller, at det har stor betydning selv at kunne tjene penge, og fortæller samtidig, at CTI-indsatsen har haft stor betydning for at kunne fastholde arbejdet. Denne borger

befandt sig ved opstarten af CTI-forløbet i en hjemløshedssituation og fortæller, at det var meget svært at passe deltidsarbejdet, når vedkommende måtte sove rundt omkring på sofaen hos venner og bekendte. Gennem CTI-forløbet har borgeren fået hjælp til at skaffe en bolig, hvilket borgeren beskriver som en "stor lettelse", og borgeren giver samtidig udtryk for, at det at have fået en bolig også giver en bedre chance for at kunne passe og fastholde arbejdet.

7.5 Deltagelse i sociale aktiviteter

I tabel 7.6 er opgjort, i hvilken grad borgerne deltager i aktiviteter i hverdagen, hvor de møder andre mennesker. Det kan ud over de beskæftigelsesrettede aktiviteter også være fx sociale eller kreative aktiviteter. En betydelig del af borgerne deltog allerede i aktiviteter i hverdagen ved opstarten af forløb, hvor 71 % angav, at de deltog i sådanne aktiviteter mindst én gang om ugen. Denne andel er ved afslutningen steget til 81 %, mens det kun er få, 5 %, der slet ikke deltager i sådanne aktiviteter, inkl. en enkelt borger, der ikke ønskede at svare på spørgsmålet. Der skal dog generelt gøres opmærksom på, at spørgsmålet er formuleret ret bredt, og at borgeren også kan have svaret bekræftende på at have deltaget i aktiviteter, hvor man møder andre mennesker, uden at der nødvendigvis er tale om en fast eller struktureret aktivitet, man deltager i. Spørgsmålet viser således, at langt de fleste af de deltagende borgere deltager i en eller anden form for aktivitet eller sammenhæng, hvor de møder andre mennesker. Det skal dog ikke overses, at der er en lille gruppe af borgerne, der fortsat ikke deltager i nogen form for aktivitet, hvor de møder andre mennesker i hverdagen.

Tabel 7.6 Borgernes deltagelse i aktiviteter i hverdagen, hvor de møder andre mennesker, målt ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet. Procent og antal.

I hvilket omfang deltager du i aktiviteter i hverdagen, hvor du møder andre mennesker?	Opstart	Afslutning
Hver dag	14 (8)	21 (12)
1-4 gange om ugen	57 (33)	60 (35)
1-3 gange om måneden eller sjældnere	20 (12)	14 (8)
Deltager ikke/ved ikke/ønsker ikke at svare	9 (5)	5 (3)
I alt, procent og antal (n)	100 (58)	100 (59)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, og hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningsskema. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

For nogle af borgerne sker den daglige kontakt med andre mennesker gennem deltagelse i et aktiveringstilbud eller uddannelse, mens andre benytter forskellige tilbud i civilsamfundet. Navnlig tilbud som Det Grønlandske Hus, Kofoeds Skole og Kirkens Korshærs væresteder spiller en vigtig rolle. En af de interviewede borgere fortæller, at hendes sociale kontakt primært foregår på et socialt værested, mens en anden borger fortæller om, hvordan CTI-forløbet været med til at understøtte en kontakt til aktiviteter uden for udsattemiljøet. Der er dog også flere af borgerne, der fortæller om, hvordan det har været svært for dem, at de har måttet bryde med tidligere venner og bekendte fra et misbrugsmiljø i forbindelse med, at det er lykkedes for dem selv at ophøre med et misbrug. Det stiller dem i en situation, hvor de har et behov for at få nye kontakter, men hvor det kan være svært at skabe kontakter til nye mennesker uden for udsattemiljøet. Flere af interviewpersonerne har haft kontakt med en frivillig støtteperson som led i projektet. Fx fortæller en af interviewpersonerne om, at hun har mødt med den frivillige støtteperson ude i byen på en café, og en anden interviewperson fortæller om, at hun har deltaget i et socialt arrangement for borgerne og de frivillige, der har været tilknyttet projektet, Denne

borger giver udtryk for at have haft stor glæde af at være med til dette arrangement, hvor der ifølge borgeren blev hygget og snakket meget – mest på grønlandsk.

7.6 Boligsituation

Som beskrevet i kapitel 4 var der en del af borgerne, der befandt sig i en hjemløshedssituation ved opstarten af CTI-forløbet, hvor nogle opholdt sig på et herberg og en del overnattede hos familie, venner eller bekendte. Vi har også set på udviklingen i borgerens boligsituation undervejs i forløbet. Vi afgrænser også denne opgørelse til borgere med et planlagt afsluttet forløb. Tabel 7.7 viser borgerens boligsituation ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet. Da oplysningen om boligsituationen stammer fra medarbejderspørgeskemaet, foretager vi denne opgørelse for alle de 72 borgere med et planlagt afsluttet forløb.

Tabel 7.7 Borgernes boligsituation ved opstart og afslutning af CTI-forløb. Procent og antal.

	Opstart	Afslutning
Egen bolig	56 (40)	89 (64)
Midlertidig udslusningsbolig	4 (3)	0 (0)
Lejet værelse	4 (3)	1 (1)
Partner/kæreste	6 (4)	3 (2)
Familie, venner og bekendte	19 (14)	7 (5)
Herberg/gaden	11 (8)	0 (0)
I alt	100 (72)	100 (72)

Anm.: Opgørelsen viser borgerens boligsituation ved opstart og afslutning af CTI-forløbet. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet.

Kilde: Medarbejderspørgeskema, ved opstart og afslutning af CTI-forløb.

Tabel 7.7 viser, at der er sket en markant forbedring af boligsituationen for en stor del af de borgere, der har gennemført et CTI-forløb, der er afsluttet som planlagt. Hvor det ved opstarten af forløbet var 56 % af disse borgere, der havde egen bolig, var det tilfældet for 89 % af borgerne ved afslutningen af CTI-forløbet.⁴ Af de resterende borgere uden egen bolig, var det dog ikke alle, der befandt sig i en hjemløshedssituation, idet der også var enkelte borgere, der boede på et lejet værelse, ligesom nogle boede hos en partner/kæreste, hvilket kan være i gråzonen mellem hjemløshed/ikke hjemløshed. Ved opstarten af forløbet var der 19 %, der overnattede hos familie, venner og bekendte, og 11 %, der overnattede på herberg eller på gaden. Der var således 30 % af de 72 borgere, hvor forløbet blev afsluttet som planlagt, der ved opstarten af indsatsen befandt sig i en situation, der er omfattet af den definition af hjemløshed, der benyttes i den nationale kortlægning af hjemløshed, nemlig som sofasovere, herbergsbrugere eller gadesovere. Dette var ved afslutningen reduceret til kun at gælde for 7 % af borgerne. Undervejs gennem CTI-forløbet er det således lykkedes at etablere en boligløsning for en stor del af de borgere, der stod uden en fast bolig ved opstarten af indsatsen.

I de kvalitative interview fortæller CTI-medarbejderne om, at hjemløshed har været en væsentlig problematik for en betydelig del af borgerne i indsatsen. Når borgeren befinder sig i en hjemløshedssituation, skygger det næsten altid for muligheden for at kunne arbejde med borgerens øvrige problematikker. I disse forløb har der derfor været et overvejende fokus på at

⁴ Et signifikanstest af forskellen i andelen i egen bolig ved opstart og afslutning af CTI-forløb viser, at denne forskel er signifikant (P = 0,000)

etablere en boligløsning, fx gennem kommunal boliganvisning eller gennem de almene boligorganisationers ventelister i øvrigt. I enkelte tilfælde er det også lykket at finde en bolig gennem privat udlejning. Når det er lykket at skaffe en bolig til borgeren, har der typisk også været et omfattende arbejde med at støtte borgeren i processen med at flytte ind i boligen, herunder også at skaffe møbler og indbo, som CTI-medarbejderne i mange tilfælde har hjulpet til med. Blandt de interviewede borgere fortæller flere, at de befandt sig i en hjemløshedssituation i starten af forløbet, og enkelte fortæller, at de har mange år i hjemløshed bag sig. Flere af borgerne fortæller, hvordan CTI-medarbejderne har hjulpet dem med at skaffe en bolig og med indflytningen i boligen. Mens en enkelt af de interviewede borgere italesætter frygten for ensomhed i boligen, er det følelser af lettelse over endelig at have fået et sted at bo, der er det helt dominerende i borgernes fortællinger. En af borgerne fortæller, at boligen har hjulpet hende til også at kunne reducere sit misbrug, da hun nu ikke længere behøver overnatte rundt omkring hos bekendte fra misbrugsmiljøet.

7.7 Målopnåelse i CTI-forløbet

Et væsentligt element i CTI-indsatsen har været, at borgernes forløb tager udgangspunkt i, hvad borgerne selv oplever, at de har brug for hjælp og støtte til. Hver borger har ved indsatsens opstart haft mulighed for sammen med CTI-medarbejderne at aftale op til tre individuelle mål, som har været de primære mål, som borgeren gerne ville arbejde med i forløbet. De fleste af borgerne har sat sig tre mål, mens nogle borgere kun har sat sig ét eller to mål. Målene er typisk helt konkrete ting, som fx at få en bolig, holde op med at drikke eller ryge hash, arbejde med jobsituationen, det psykiske eller fysiske helbred eller at blive bedre til at tale dansk.

Tabel 7.8 Borgernes vurdering af opnåelse af individuelle mål for CTI-forløbet. Procent og antal.

	Mål 1	Mål 2	Mål 3
I høj grad	43 (25)	38 (22)	35 (19)
I nogen grad	34 (20)	40 (23)	33 (18)
I mindre grad	12 (7)	14 (8)	25 (14)
Slet ikke	7 (4)	3 (2)	4 (2)
Ved ikke/uoplyst	3 (2)	5 (3)	4 (2)
Total (n)	100 (58)	100 (58)	100 (55)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningskema. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

Tabel 7.8 viser, i hvor høj grad borgerne vurderer at have fået opfyldt de individuelle mål, de sammen med CTI-medarbejderne har sat sig i forbindelse med CTI-forløbet. Hovedparten af borgerne vurderer, at de i høj grad eller i nogen grad har fået opfyldt de individuelle mål. Det gælder i særdeleshed for det første mål, hvor 43 % svarer, at de i høj grad har opnået målet, og yderligere 34 % svarer, at de i nogen grad har opnået målet. Det er sammenlagt 19 %, der svarer, at de i mindre grad eller slet ikke har opnået målet. Der er en nogenlunde lige så høj andel, der vurderer, at de har opnået det andet individuelle mål, mens der er lidt færre, der vurderer at have opnået det tredje individuelle mål. Der er endvidere også enkelte af borgerne, der ikke har haft et tredje mål, og således kun har arbejdet med to mål. Det kan være udtryk for, at borgerne ikke i helt lige så høj grad har fået arbejdet med det tredje mål, som med de to første mål.

7.8 Opfølgning 18 måneder efter opstarten

Der er foretaget en opfølgning med borgerne 18 måneder efter opstarten af CTI-forløbet, hvor de er blevet bedt om at besvare et kort opfølgende spørgeskema med udvalgte spørgsmål fra borgerspørgeskemaet, herunder WHO-5-trivselsindekset og spørgsmål om, hvorvidt de deltager i aktivering eller uddannelse, samt aktiviteter, hvor de møder andre mennesker. Der er 26 borgere, som har besvaret opfølgningsskemaet. Både borgere med et planlagt afsluttet forløb og dem med en uplanlagt afslutning er forsøgt kontaktet, og enkelte af de borgere, der har udfyldt opfølgningsskemaet, er uplanlagt afsluttede, der ikke har besvaret borgerspørgeskemaet ved afslutningen af CTI-forløbet. Af hensyn til at kunne følge den samme gruppe af borgere over tid, har vi afgrænset nedenstående opgørelser til en gruppe på 22 borgere, der både har et udfyldt borgerspørgeskema ved opstart og afslutning af CTI-forløbet og ved opfølgningen 18 måneder efter opstarten. I tabel 7.9 vises scoren og fordelingen på WHO-5-trivselsindekset ved opstart, afslutning og opfølgning for de 22 borgere.

Tabel 7.9 Score på WHO-5-trivselsindeks ved opstart og afslutning af CTI-forløb samt ved opfølgning 18 måneder efter opstart. Gennemsnit, procent og antal.

Point på WHO-5-trivselsindeks	Opstart	Afslutning	Opfølgning
<i>Gennemsnitlig score</i>			
Gennemsnitlig score	52,3	61,8	70,5
<i>Fordeling af pointscore</i>			
0-35 point	32 (7)	14 (3)	0 (0)
36-50 point	5 (1)	14 (3)	9 (2)
51 point og derover	64 (14)	73 (16)	91 (20)
I alt, procent og antal (n)	100 (22)	100 (22)	(22)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningsskema, samt opfølgningsskemaet 18 måneder efter opstart. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling, måling ved afslutning af CTI-forløb og måling ved opfølgning 18 måneder efter opstart.

Når vi udvælger borgere med en besvarelse på alle tre tidspunkter kan der umiddelbart forventes at være en selektion af borgere med en lidt højere grad af stabilitet og lidt mere positive besvarelser end for alle borgere, der har været indskrevet i indsatsen. Tabel 7.9 viser dog, at den gennemsnitlige score på WHO-5-indekset, ved både opstart og afslutning, stort set er af samme størrelsesorden for de 22 borgere, der har udfyldt alle tre skemaer, som for gruppen på de 58 borgere med en planlagt afslutning og et udfyldt borgerspørgeskema ved opstart og afslutning (figur 7.2). For de 22 borgere med et udfyldt borgerspørgeskema på alle tre måletidspunkter er den gennemsnitlige score på WHO-5-trivselsindekset på 52,3 ved opstart, 61,8 ved afslutning af CTI-forløbet og 70,5 ved opfølgningen 18 måneder efter opstarten.⁵ Selvom der skal tages et generelt forbehold for, at der er tale om forholdsvis få personer, tyder resultaterne således på, at den forbedring, der er sket af borgernes trivsel gennem CTI-forløbet, fortsætter efter forløbet er afsluttet, idet der er sket en yderligere stigning i borgernes trivsel fra

⁵ Et signifikanstest viser, at for de 22 personer med et udfyldt borgerskema ved både opstart og afslutning af CTI-forløbet og ved opfølgningen, er der en signifikant forskel i den gennemsnitlige score på trivselsindekset ved opstarten af CTI-forløbet og ved opfølgningsmålingen ($p = 0,018$), ligesom der også er en signifikant forskel i den gennemsnitlige score ved afslutning af CTI-forløbet og ved opfølgningsmålingen ($p = 0,013$). Derimod er der ikke en signifikant forskel på den gennemsnitlige score ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet ($p = 0,201$).

afslutningen af forløbet og frem til den opfølgende måling 18 måneder efter opstarten af forløbet. Det ses også, at mens sammenlagt 37 % af borgerne havde en score på mellem 0-35 eller 36-50 point ved opstarten af forløbet, gælder det kun 9 % ved opfølgningsskemaet. Det markante løft af borgernes trivsel fra opstarten af forløbet frem til afslutningen af CTI-forløbet er således ikke blot fastholdt men yderligere forbedret frem til opfølgningmålingen.

Vi har også set på borgernes arbejdsmarkedstilknytning på opfølgningstidspunktet. Tabel 7.10 viser, hvor ofte borgerne deltager i aktivering eller uddannelse ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet samt ved opfølgningen. Der er ved opfølgningen 3 af de 22 borgere, som er i arbejde, og disse indgår også i besvarelsen i forhold til, hvor ofte de går på arbejde. Tabellen viser, at mens der ved afslutningen af CTI-forløbet var en større andel af de 22 borgere, der deltog i aktivering eller uddannelse hver dag end ved opstarten, var andelen, der ikke deltog i aktivering eller uddannelse, steget noget igen ved opfølgningen. Der var dog også en del, der fortsat deltog i aktivering eller uddannelse eller havde et arbejde. Tallene kan tyde på, at mens det lykkes at få startet et aktiverings- eller uddannelsesforløb op under nogle af CTI-forløbene, ophører denne deltagelse i beskæftigelsesrettede aktiviteter for nogle af borgerne igen noget tid efter afslutningen af CTI-forløbene.

Tabel 7.10 Borgernes deltagelse i aktivering eller uddannelse, målt ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet, samt ved opfølgning 18 måneder efter opstarten. Procent og antal.

I hvilket omfang deltager du i aktivering eller uddannelse?	Opstart	Afslutning	Opfølgning
Hver dag (eller er i arbejde)	5 (1)	18 (4)	23 (5)
1-4 gange om ugen	23 (5)	46 (10)	23 (5)
1-3 gange om måneden eller sjældnere	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Deltager ikke/ved ikke	72 (16)	36 (8)	55 (12)
I alt, procent og antal (n)	100 (22)	100 (22)	100 (22)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både opstarts- og afslutningsskemaet samt opfølgningsskemaet. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsskema, afslutningsskema og opfølgningsskema.

Endelig har vi også set på borgernes deltagelse i aktiviteter i hverdagen, hvor de møder andre mennesker (tabel 7.11).

Tabel 7.11 Borgernes deltagelse i aktiviteter i hverdagen, hvor de møder andre mennesker, målt ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet, samt ved opfølgning 18 måneder efter opstarten. Procent og antal.

I hvilket omfang deltager du i aktiviteter i hverdagen, hvor du møder andre mennesker?	Opstart	Afslutning	Opfølgning
Hver dag	5 (1)	27 (6)	27 (6)
1-4 gange om ugen	68 (15)	68 (15)	68 (15)
1-3 gange om måneden eller sjældnere	14 (3)	5 (1)	5 (1)
Deltager ikke/ved ikke/ønsker ikke at svare	14 (3)	0 (0)	0 (0)
I alt, procent og antal (n)	100 (22)	100 (22)	100 (22)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både opstarts- og afslutningsskemaet samt opfølgningsskemaet. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsskema, afslutningsskema og opfølgningsskema.

Opgørelsen i tabel 7.11 viser, at den stigning, der skete undervejs gennem CTI-forløbet, i andelen der deltager i sådanne aktiviteter hver dag, er fastholdt frem til opfølgningen 18 måneder efter opstarten af indsatsen, hvor det fortsat er 27 %, der hver dag deltager i aktiviteter, hvor de møder andre mennesker, mens yderligere 68 % deltager i sådanne aktiviteter mindst én gang om ugen. Opgørelserne på baggrund af opfølgningsskemaet tyder på, at det i vid udstrækning er lykkedes at fastholde de forbedringer i borgernes trivsel og livssituation, som er sket gennem CTI-forløbet. Dog tyder opfølgningen ligesom resultaterne fra selve CTI-forløbet på, at det er vanskeligt at skabe en tilknytning til arbejdsmarkedet eller beskæftigelsesrettede aktiviteter for en stor del af målgruppen. I de kvalitative interview med CTI-medarbejderne ved interviewrunden op til slutevalueringen er det dog et lidt mere sammensat billede, der viser sig. Særligt i den ene af de tre kommuner har der i forbindelse med en mindre forlængelse af projektet ind i 2021 været påbegyndt en runde med at kontakte borgerne igen, med henblik på at give dem et "efterværn", der har været tænkt som en opfølgning på borgernes situation og en vurdering af, om der er et fortsat – og eventuelt udækket – behov for støtte. CTI-medarbejderne vurderer i den forbindelse, at mens nogle af borgerne fortsat klarer sig rimeligt, er der også nogle borgere, som atter står i en situation, hvor de har brug for en indsats. Det gælder særligt en del af de borgere, der ikke er blevet henvist videre til en § 85-indsats efter CTI-forløbets afslutning. CTI-medarbejderne vurderer på den baggrund, at en del af borgerne kunne have haft behov for en mere længerevarende støtte, og fremhæver, ligesom de også har nævnt undervejs gennem projektperioden, at en del af borgerne i CTI-indsatsen har længerevarende støttebehov, der snarere placerer dem i målgruppen for en ICM-indsats.

7.9 Borgernes oplevelser af indsatsens resultater

I de kvalitative interview udtrykker borgerne generelt en stor tilfredshed med den indsats, de har fået gennem CTI-forløbet, og stort set alle de interviewede borgere oplever, at de har fået et meget positivt udbytte af at have deltaget i indsatsen. I de kvalitative interview er der en del af de interviewede borgere, der forholder sig til de individuelle mål. Nogle nævner selv et eller flere af de mål, de har haft med forløbet. Stort set alle de interviewede borgere kan nævne de individuelle mål, de har arbejdet med undervejs i forløbet, og hovedparten af borgerne oplever at have haft en fremgang i forhold til de mål, de har sat sig. Ud over at flere af borgerne har fået en bolig under forløbet, er det særligt de helbredsmæssige mål, som flere af borgerne selv nævner. Her giver de fleste af interviewpersonerne udtryk for, at de har fået det bedre efter at have været med i CTI-forløbet. Nogle af interviewpersonerne oplever at have fået det bedre psykisk. En borger fortæller fx helt konkret, at CTI-medarbejderen har hjulpet hende med at overvinde sin angst. En anden borger giver udtryk for, at hun har fået hjælp til en personlig udvikling, hvor hun tidligere oplevede sig selv som meget "stille", men hvor hun nu tør "tale", som hun selv udtrykker det. Flere af borgerne beskriver også at have fået hjælp i forhold til fysiske helbredsproblemer, hvor CTI-medarbejderne fx har understøttet borgerens kontakt med egen læge eller i forbindelse med kontakt med hospitalet. Der er også flere borgere, der beskriver, at de har haft som mål at stoppe med et misbrug, og at det er lykkedes for dem. I den sammenhæng er der flere af de interviewede borgere, der med CTI-medarbejdernes støtte og hjælp er kommet i misbrugsbehandling, og flere af de borgere, der er lykkedes med at reducere eller ophøre med et misbrug, udtrykker i interviewene en stor lettelse over dette.

Borgernes oplevelser af CTI-indsatsens resultater går således i høj grad på en forbedring i deres livssituation, helbred og almene tilstand. Samtidig går mange af borgernes egne refleksioner også på selve den måde, de er blevet mødt og hjulpet på. En af borgerne giver fx udtryk

for, at han aldrig før har oplevet at få en sådan hjælp – hvis han ”havde fået en sådan hjælp noget før, ville det ikke være gået så galt”, som han udtrykker det. Mange af borgerne giver i den forbindelse også udtryk for, at det har været af stor betydning at kunne modtage social støtte på deres eget modersmål, hvor disse borgere således henviser til, at der i alle kommunerne har været mindst én grønlandsktalende CTI-medarbejder. Det har ifølge borgerne betydet, at de er blevet lyttet til og forstået på en anden måde, end de typisk har været vant til i deres møde med det sociale system.

Der er dog også områder i borgernes liv, der stadig er vanskelige. En problematik, som flere af borgerne fortæller, fortsat er svær for dem, er situationen omkring deres børn. En del af borgerne har børn, og flere har mindreårige børn, som for fleres vedkommende er anbragt uden for hjemmet. Selvom flere af borgerne fortæller, at de har fået hjælp gennem CTI-forløbet i forhold til deres børn og kontakten med kommunens familieafdeling, er forholdet til børnene og udfordringen med at kunne være der for børnene og tage sig af dem generelt noget af det, som borgerne forholder sig mest til og oplever som en af de største udfordringer i deres liv. For en dels vedkommende er der tale om voksne børn, og flere fortæller om udfordringer i relationen til børnene, der ofte er beskadiget pga. et langt liv i udsathed eller er præget af deciderede konflikter. Nogle af borgerne fortæller, at de i løbet af CTI-forløbet har fået en bedre kontakt med deres voksne børn. Det gælder fx en borger, der har fået sin egen bolig undervejs gennem CTI-forløbet og fortæller, at boligen nu blandt andet giver mulighed for at kunne have sine børn på besøg.

8 Omkostningsvurdering

I forbindelse med afprøvningen af CTI-metoden for udsatte borgere med grønlandsk baggrund er der også gennemført en analyse og vurdering af indsatsens omkostninger.⁶ Til brug for denne analyse er der indsamlet dokumentation fra kommunerne om omkostninger og ressourceforsøg ved gennemførelsen af både CTI-indsatsen og peer-indsatsen. For CTI-indsatsen er der indsamlet oplysninger fra de kommunale økonomi- og regnskabssystemer opdelt på forskellige omkostningstyper, herunder lønomkostninger, uddannelsesaktiviteter og øvrige aktiviteter som fx lokaltransport og afholdelse af arrangementer og lignende. For peer-indsatsen har der ikke været en opdeling på forskellige omkostningstyper i den økonomidokumentation, der har været indhentet fra kommunerne til evalueringen. Ud over omkostningsdokumentationen er der også i afgrænsede indsamlingsvinduer undervejs i projektperioden foretaget en tidsregistrering af, hvilke typer af opgaver medarbejderne udfører som led i indsatsen og dermed tidsforbruget til forskellige typer af aktiviteter, som fx direkte ansigt til ansigt-tid med borgerne, transport, koordination og samarbejde med øvrige aktører, personalemøder, dokumentation mv. Tidsregistreringen bidrager generelt til at validere de omkostningsoplysninger, der er indhentet fra kommunerne, herunder særligt at belyse vægtningen mellem generelle aktiviteter, som fx netværksopbygning og aktørsamarbejde set i forhold til den tid, der direkte anvendes sammen med borgerne.

8.1 Omkostninger ved CTI-indsatsen

Ud fra de indsamlede oplysninger er der foretaget en opgørelse af de samlede omkostninger til CTI-indsatsen i hver af de tre kommuner og i alt for de tre kommuner. Omkostningerne er opdelt på etablerings- og driftsomkostninger. Etableringsomkostningerne er udtryk for de udgifter, der er forbundet med at etablere en CTI-indsats i en kommune, mens driftsomkostningerne afspejler de udgifter, der til enhver tid vil være forbundet med at gennemføre et CTI-forløb. Der er dog i nogen grad tale om et skøn foretaget af projektlederne i forhold til opdelingen mellem etableringsomkostningerne og driftsomkostningerne. Det skyldes, at en betydelig del af etableringsomkostningerne består i opbygge de aktørnetværk mellem CTI-indsatsen og en række øvrige indsats, som i høj grad er en forudsætning for kontaktskabelse og rekruttering til målgruppen. Samtidig er aktørnetværket en forudsætning for gennemførelsen af selve indsatsen, hvor en stor del af indsatsen består i at koordinere og understøtte borgerens brug af en række øvrige indsats.

Tidsregistreringerne af indsatsen dokumenterer generelt, at CTI-medarbejderne benytter en betydelig del (ofte cirka halvdelen) af arbejdstiden på andre aktiviteter end ansigt til ansigt-tid med den enkelte borger. Nogle af disse øvrige aktiviteter kan relateres til den enkelte borger, som fx koordination med øvrige aktører om den enkelte borgers indsats. Der er imidlertid også en betydelig del af CTI-medarbejdernes arbejdstid, der ikke kan relateres til den enkelte borger, og som fx går til generel kontakt med relevante aktører og udvikling af CTI-medarbejderens netværk til forskellige aktører. Dette er ifølge CTI-medarbejderne helt centralt både i forhold til rekruttering til indsatsen, og ligeledes helt afgørende for de enkelte borgerforløb, hvor CTI-medarbejderen i høj grad trækker på det netværk til en række øvrige aktører, som der er brugt meget tid på at opbygge i løbet af projektperioden. Der bruges også tid på transport, "afbudstid"

⁶ Analysen er foretaget ud fra Socialstyrelsens retningslinjer for omkostningsvurderinger af sociale indsats: https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/vejledning-til-omkostningsvurdering?_authenticator=409ff88e46375870541da08ddd76117894b97584

– hvor borgeren ikke dukker op til et aftalt møde – personalemøder, supervision, samt tid til dokumentation og journalføring. Særligt sammenvævningen af funktioner omkring aktør- og netværksdelen – at opbygningen af aktørnetværk både spiller en stor rolle i forbindelse med kontaktskabelse og rekruttering og samtidig aktiveres og benyttes i de enkelte borgerforløb – betyder generelt, at der ikke kan foretages en entydig opdeling i forhold til, hvornår der er tale om opbygning af netværk som forudsætning for indsatsen, og dermed som etablering af indsatsen, og hvornår der er tale om aktiviteter af driftsmæssig karakter, det vil sige, at netværket bringes i spil i indsatsen for borgerne. Her beror opdelingen i høj grad på projektlederne og CTI-medarbejdernes skøn over fordelingen mellem omkostninger til hhv. etablering og opgaver af driftsmæssig karakter.

På trods af disse forbehold vedrørende sondringen mellem etablerings- og driftsomkostninger er der generelt en høj grad af ensartethed i projektledernes vurderinger af indsatsens omkostningsprofil, herunder særligt deres vurdering af, at der er betydelige etableringsomkostninger forbundet med indsatsen, og at disse etableringsomkostninger i alle tre kommuner i vid udstrækning har bestået i arbejdet med at skabe og udvikle de aktørrelationer og netværk, der som nævnt både er en forudsætning for både rekrutteringen af borgere til indsatsen og udførelsen af CTI-indsatsen.

I tabel 8.1 er opgjort de samlede udgifter til hhv. etablering og drift af indsatsen i hver af de tre kommuner og i alt ud fra dokumentationen af indsatsens omkostninger. Omkostningerne er opgjort inkl. en overhead på 20 % af løndelen af omkostningerne ud fra Finansministeriets generelle principper for omkostningsvurderinger. Overheaden tager højde for, at der ud over omkostninger til medarbejdernes løn også vil være omkostninger til fx generel administration, bygninger, renhold og lignende, som der også bør tages højde for.

Tabel 8.1 Omkostninger i alt for CTI-indsatsen opdelt på etablerings- og driftsomkostninger. Særskilt for kommuner. Kr.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
<i>Samlede omkostninger i alt</i>				
Samlede omkostninger inkl. overhead	3.592.000	3.981.000	3.466.000	11.038.000
<i>Etableringsomkostninger i alt</i>				
Etableringsomkostninger inkl. overhead	894.000	1.328.000	1.829.000	4.051.000
<i>Driftsomkostninger i alt</i>				
Driftsomkostninger inkl. overhead	2.697.000	2.653.000	1.637.000	6.988.000

Anm.: Omkostningerne er opgjort inkl. 20 % overhead på lønomkostninger jf. Finansministeriets generelle principper for omkostningsvurderinger. Omkostningerne er beregnet for perioden fra projektets opstart i december 2017 og frem til og med oktober 2020. De sidste 2 måneder af projektperioden (november og december 2020) indgår ikke i beregningen. Omkostningerne er opgjort i 2020-priser omregnet ud fra forbrugerprisindekset.

Kilde: Dokumentation af indsatsens omkostninger fra kommunerne.

Tabel 8.1 viser, at de samlede omkostninger til CTI-indsatsen har været af nogenlunde samme omfang i hver af de tre kommuner, med 3,6 mio. kr. i Odense, 4,0 mio. kr. i Vejle og 3,5 mio. kr. i Aarhus inkl. overhead på lønomkostningerne. Der er dog en betydelig forskel mellem kommunerne i fordelingen mellem etablerings- og driftsudgifter. Etableringsomkostningerne har været 0,9 mio. kr. i Odense og 1,3 mio. kr. i Vejle, mens etableringsomkostningerne har været

væsentligt højere i Aarhus med 1,8 mio. Derimod har de samlede driftsomkostninger været højere i Vejle og Odense end i Aarhus. At etableringsomkostningerne har været højere i Aarhus, skyldes en kombination af flere faktorer. Den væsentligste årsag er, at de udfordringer, der i Aarhus gjorde sig gældende omkring rekruttering af borgere til indsatsen, betød, at CTI-medarbejderne brugte mange ressourcer på at udvikle aktørnetværk omkring indsatsen og på at udbrede kendskabet til indsatsen. Samtidig spiller det også ind, at der i Aarhus blev investeret betydelige ressourcer på skabe en fælles platform for aktørsamarbejdet mellem kommune og civilsamfundstilbuddene på området, blandt andet gennem et kursusforløb omkring "tilværelsespsykologi", der er medregnet som etableringsomkostninger. Som tidligere nævnt er det navnlig den høje kompleksitet i målgruppen af udsatte borgere med grønlandsk baggrund i Aarhus, der er en væsentlig forklaring på, at det var vanskeligt at rekruttere borgere til indsatsen, og det betød, at der måtte lægges mange kræfter i at udbygge et aktørnetværk på tværs af mange forskellige aktører for at understøtte rekrutteringen til indsatsen.

Ud fra omkostningerne til indsatsen i de tre kommuner er der også beregnet en gennemsnitlig omkostning for et CTI-forløb (tabel 8.2). Den gennemsnitlige omkostning afspejler de totale omkostninger i projektperioden delt med antallet af CTI-forløb. I forbindelse med opgørelsen af antallet af CTI-forløb skal det tages i betragtning, at der ved afslutningen af dokumentationsperioden fortsat er igangværende CTI-forløb, der således ikke er fuldt gennemførte forløb. De fortsat igangværende CTI-forløb er medregnet i det samlede antal CTI-forløb med en brøk, der svarer til den del af disse forløb, der er gennemført ved afslutningen af dokumentationsperioden, og kun de forløb, der kan afsluttes inden for den samlede projektperiode, er medregnet.

Tabel 8.2 Gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb opdelt på etablerings- og driftsomkostninger inkl. overhead. Særskilt for kommuner. Kr.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
<i>Gennemsnitlige omkostninger i alt pr. CTI-forløb</i>				
Gennemsnitlige omkostninger i alt inkl. overhead	94.500	84.700	144.400	101.300
<i>Gennemsnitlige etableringsomkostninger pr. CTI-forløb</i>				
Gennemsnitlige etableringsomkostninger inkl. overhead	23.500	28.300	76.200	37.200
<i>Gennemsnitlige driftsomkostninger pr. CTI-forløb</i>				
Gennemsnitlige driftsomkostninger inkl. overhead	71.000	56.400	68.200	64.100

Anm.: De gennemsnitlige omkostninger er tillagt 20 % overhead på lønomkostninger jf. Finansministeriets generelle principper for omkostningsvurderinger. I forhold til antallet af CTI-forløb, der er anvendt i beregningen af de gennemsnitlige omkostninger pr. forløb er der taget højde for, at nogle forløb fortsat er igangværende. Antallet af CTI-forløb, der indgår i beregningen er 38 i Odense, 47 i Vejle og 24 i Aarhus.

Kilde: Dokumentation af indsatsens omkostninger fra kommunerne.

Når vi ser på de gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb, er de gennemsnitlige driftsomkostninger forholdsvis ensartede med en variation fra 56.400 kr. i Vejle, der har de laveste gennemsnitlige driftsomkostninger til 71.000 kr. i Odense, der har de højeste gennemsnitlige driftsomkostninger. Beløbene er inkl. overhead på lønomkostninger. Samlet set er de gennemsnitlige driftsudgifter for de tre kommuner under ét på 64.100 kr. pr. CTI-forløb. De gennemsnitlige driftsudgifter til et CTI-forløb for udsatte borgere med grønlandsk baggrund er dermed højere end ved andre afprøvninger af CTI-metoden. Eksempelvis var den gennemsnitlige udgift pr. CTI-forløb på 31.000 kr. (33.000 kr. i 2020-priser) ved afprøvningen af CTI-metoden under Hjemløsestrategien (Rambøll og SFI, 2013b), mens den gennemsnitlige udgift var 53.000 kr.

ved afprøvningen af CTI for kvinder på krisecenter (Deloitte, 2019). Den gennemsnitlige udgift pr. forløb er også højere end i Socialstyrelsens generelle omkostningsvurdering for CTI-metoden, hvor de gennemsnitlige driftsomkostninger blev vurderet til cirka 48.000 kr. (Socialstyrelsen, 2017). Det skyldes først og fremmest, at der har været færre borgerforløb pr. CTI-medarbejder i indeværende projekt for udsatte grønlandere pga. den høje kompleksitet i støttebehovene blandt en betydelig del af borgerne i indsatsen. Der er væsentligt større variation mellem kommunerne i de gennemsnitlige etableringsudgifter, der er ret ens i både Odense og Vejle med hhv. 23.500 og 28.300 kr., mens etableringsudgifterne er væsentligt højere i Aarhus med 76.200 kr. pr. forløb. Her spiller både de relativt højere samlede etableringsomkostninger og antallet af forløb sammen, og da Aarhus har noget færre borgerforløb i CTI-indsatsen end de to øvrige kommuner, påvirker det de gennemsnitlige omkostninger i opadgående retning i Aarhus. For de tre kommuner under ét er der gennemsnitlige etableringsomkostninger på 37.200 kr. inkl. overheaden på lønomkostningerne. Det er særligt forskellen på de gennemsnitlige etableringsomkostninger, der betyder, at der er en forholdsvis stor variation mellem de tre kommuner i de gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb i alt. Det vil sige, når etablerings- og driftsomkostningerne betragtes samlet. For de tre kommuner under ét er de gennemsnitlige omkostninger i alt pr. CTI-forløb på 101.300 kr., med en spændvidde fra 84.700 kr. pr. CTI-forløb i Vejle til 144.400 kr. pr. CTI-forløb i Aarhus.

8.2 Basisalternativ og følsomhedsberegning

Der er i forbindelse med omkostningsvurderingen også foretaget en vurdering af basisalternativet til CTI-indsatsen. Det mest realistiske basisalternativ er, at CTI-indsatsen ikke i noget væsentligt omfang erstatter øvrige indsatser. Det har været et udgangspunkt for projektet og iværksættelsen af indsatsen, at udsatte borgere med grønlandsk baggrund har vanskeligt ved at benytte det eksisterende velfærdssystem, og således ofte ikke modtager den sociale støtte de har behov for. Projektlederne og CTI-medarbejderne fremhæver i den sammenhæng, at CTI-indsatsen har bidraget til at bygge bro til øvrige indsatser, som borgeren ikke ellers ville have fået, eller hvor der typisk er væsentlige udfordringer med at få indsatsforløb til at fungere, som fx i misbrugsbehandlingen eller på jobcentret. Ligeledes vil borgerne i målgruppen typisk heller ikke være tilknyttet den almindelige § 85-bøstøtte i kommunen, og i den sammenhæng har CTI-forløbet været med til at understøtte, at nogle af borgerne er blevet visiteret til § 85-bøstøtte efter CTI-forløbet. Selvom der således ikke kan identificeres et basisalternativ og andre støtteindsatser, som CTI-indsatsen erstatter, er det ikke ensbetydende med, at der ikke ville være omkostninger forbundet med indsatser til borgerne i målgruppen, såfremt CTI-forløbet ikke var blevet tilbudt. Tværtimod er borgerne netop i kontakt med en række øvrige tilbud og afdelinger i kommunen, som fx jobcentret, familieafdelingen, § 110-boformer e.l., hvor der typisk kan være betydelige udfordringer med at få disse indsatser og forløb til at fungere og tillige et ressourceforbrug forbundet hermed.

Der er endvidere foretaget en følsomhedsberegning for de gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb (tabel 8.3). Følsomhedsberegningen består i en beregning af de gennemsnitlige omkostninger ved et CTI-forløb hhv. med en overhead på lønomkostningerne på hhv. 0, 10 og 20 %.

Tabel 8.3 Gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb opdelt på etablerings- og drifts- omkostninger beregnet ud fra 0, 10 og 20 % overhead på lønomkostninger. Særskilt for kommuner. Kr.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
<i>Gennemsnitlige omkostninger i alt pr. CTI-forløb</i>				
Gennemsnitlige omkostninger i alt ekskl. overhead	79.100	70.500	116.500	83.600
Gennemsnitlige omkostninger i alt inkl. 10 % overhead	86.800	77.600	130.500	92.500
Gennemsnitlige omkostninger i alt inkl. 20 % overhead	94.500	84.700	144.400	101.300
<i>Gennemsnitlige etableringsomkostninger pr. CTI-forløb</i>				
Gennemsnitlige etableringsomkostninger ekskl. overhead	19.800	23.100	64.100	30.100
Gennemsnitlige omkostninger i alt inkl. 10 % overhead	21.700	25.700	70.200	33.400
Gennemsnitlige etableringsomkostninger inkl. 20 % overhead	23.500	28.300	76.200	37.200
<i>Gennemsnitlige driftsomkostninger pr. CTI-forløb</i>				
Gennemsnitlige driftsomkostninger ekskl. overhead	59.300	47.400	52.400	52.600
Gennemsnitlige omkostninger i alt inkl. 10 % overhead	65.100	51.900	60.300	58.400
Gennemsnitlige driftsomkostninger inkl. 20 % overhead	71.000	56.400	68.200	64.100

Anm.: Følsomhedsberegningerne består af tre forskellige opgørelser. Dels som gennemsnitlige omkostninger uden overhead, dels som gennemsnitlige omkostninger tillagt hhv. 10 % og 20 % overhead på lønomkostninger jf. Finansministeriets principper for omkostningsvurdering. I forhold til antallet af CTI-forløb, der er anvendt i beregningen af de gennemsnitlige omkostninger pr. forløb er der taget højde for, at nogle forløb fortsat er igangværende. Antallet af CTI-forløb, der indgår i beregningen er 38 i Odense, 47 i Vejle og 24 i Aarhus.

Kilde: Dokumentation af indsatsens omkostninger fra kommunerne.

Denne følsomhedsanalyse tager udgangspunkt i, at det i praksis vil variere fra kommune til kommune, hvilke meromkostninger til fx lokaler o.l., der er forbundet med en indsats. Opgørelsen uden overhead (0 %) svarer til de faktiske omkostninger forbundet med CTI-indsatsen, der er indrapporteret af kommunerne, hvor der således ikke er taget højde for disse meromkostninger. Det ses af opgørelsen, at de gennemsnitlige driftsomkostninger pr. CTI-forløb uden overhead er på 52.600 kr. pr. forløb, hvilket således er tættere på den gennemsnitlige driftsomkostning pr. CTI-forløb i Socialstyrelsens generelle omkostningsvurdering af CTI-metoden, mens der ved en overhead på 10 % er driftsudgifter på 58.400 kr. pr. CTI-forløb.

Der er også foretaget en følsomhedsberegning i forhold til betydningen af caseloaden for de gennemsnitlige omkostninger af et CTI-forløb. Denne beregning er foretaget for de tre kommuner set under ét. Som tidligere nævnt har det gennemsnitlige antal borgerforløb pr. medarbejder været lidt lavere end forventet på grund af den høje kompleksitet i støttebehovene hos en betydelig del af borgerne i indsatsen. Omregnet til fuldtidsmedarbejdere har der gennemsnitligt været en caseload på cirka 7 borgere pr. medarbejder i indsatsen, opgjort over den samlede projektperiode, og for de tre kommuner under ét. I tabel 8.4 vises en sammenligning af de faktiske gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb med de beregnede gennemsnitlige omkostninger, såfremt der havde været en caseload på hhv. 8, 9 og 10 borgere pr. CTI-medarbejder (omregnet til fuld tid), men med uændrede totale omkostninger. En caseload på 10 borgere pr. CTI-medarbejder udgør den maksimale caseload, som ikke bør overstiges i en CTI-indsats. Beløbene er inkl. 20 % overhead på lønomkostninger.

Tabel 8.4 Følsomhedsberegning af gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb ud fra variation i caseload. Kr.

	Faktisk caseload i projektet	Beregnet caseload på 8 borgere pr. CTI-medarbejder	Beregnet caseload på 9 borgere pr. CTI-medarbejder	Beregnet caseload på 10 borgere pr. CTI-medarbejder
Gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb i alt	101.300	86.500	76.900	69.300
Gennemsnitlige etableringsomkostninger pr. CTI-forløb	37.200	31.800	28.200	25.400
Gennemsnitlige driftsomkostninger pr. CTI-forløb	64.100	54.800	48.700	43.800

Anm.: Den faktiske caseload i projektet for projektperioden som helhed er beregnet til 6,73 borgere pr. CTI-medarbejder omregnet til fuldtidsmedarbejdere.

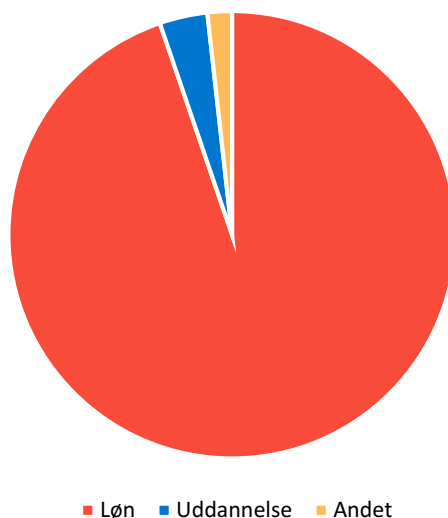
Kilde: Dokumentation af indsatsens omkostninger fra kommunerne.

Tabel 8.4 viser, at såfremt der havde været afholdt det samme niveau af samlede omkostninger til indsatsen, men der havde været en gennemsnitlig caseload på 10 borgere pr. CTI-medarbejder gennem hele projektperioden, ville de gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb have været 69.300 kr. pr. CTI-forløb i alt, fordelt med 25.400 kr. til etablering og 43.800 kr. i driftsomkostninger pr. CTI-forløb. Beregningen understreger, at det i høj grad er den lavere faktiske caseload i projektet, der har medvirket til de forholdsvis høje gennemsnitlige omkostninger pr. CTI-forløb. Det er imidlertid erfaringen fra alle de tre kommuner, at pga. den forholdsvis høje kompleksitet i støttebehovene blandt en betydelig del af borgerne i målgruppen, er det vanskeligt at have en højere caseload end cirka 7-8 borgere pr. CTI-medarbejder.

8.3 Fordeling på omkostningstyper

Der er også foretaget en beregning af fordelingen af omkostningerne til CTI-indsatsen opgjort på omkostningstyper. Her er der sondret mellem omkostninger til løn, uddannelsesaktiviteter og andet. Fordelingen af omkostningerne på de tre typer af omkostninger er vist i figur 8.1. Denne fordeling er opgjort for de tre kommuner set under ét. Det ses, at omkostningerne til lønudgifter udgør langt størstedelen af omkostningerne til CTI-indsatsen med 95,0 % af omkostningerne. Uddannelse til medarbejderne udgør cirka 3,4 % af de samlede omkostninger, mens andre omkostninger udgør 1,6 %. Uddannelse inkluderer forskellige uddannelsesaktiviteter (fx kurser o.l.), som CTI-medarbejdere eller projektledere har deltaget i, samt også lønudgifter til projektmedarbejdernes deltagelse i et CTI-kursus, der indgår i Socialstyrelsens kursuscatalog, og som har været obligatorisk for CTI-medarbejderne at deltage i. Såfremt en kommune generelt ønsker at iværksætte en CTI-indsats, skal der således påregnes tid til, at medarbejderne deltager i et CTI-kursus. I indeværende projekt svarer de gennemsnitlige lønudgifter til deltagelsen i CTI-kursus til cirka 60.000 kr. for de tre kommuner tilsammen svarende til cirka 560 kr. pr. afholdt CTI-forløb. Andre omkostninger dækker fx over lokaltransport, arrangementer, supervision til medarbejderne og lignende.

Figur 8.1 Omkostninger til CTI-indsatsen fordelt efter hovedtyper af omkostninger. Procentfordeling.



Anm.: Udgiften til uddannelse indeholder omkostninger til afholdte uddannelsesaktiviteter for medarbejderne samt deltagelse i CTI-kursus. Lønudgiftens andel er beregnet inklusiv en overhead på 20 %.

Kilde: Dokumentation af omkostningerne indsamlet fra kommunerne.

8.4 Samlet omkostningsvurdering af CTI-indsatsen

Set i lyset af de gode resultater af indsatsen med det markant løft i den gennemsnitlige trivsel og i det selvvalgte helbred blandt borgerne, der har deltaget i indsatsen, og på baggrund af at der ofte vil være betydelige omkostninger forbundet med indsatser for målgruppen i andre dele af velfærdssystemet, vurderer vi, at der er et rimeligt forhold mellem indsatsens omkostninger og resultater. I den sammenhæng skal det også påpeges, at tidligere undersøgelser har vist, at udsatte borgere generelt har et stort forbrug af velfærdssystemets indsatser og ydelser, herunder typisk et stort forbrug af akutte tilbud og indsatser som herberger, døgnindlæggelser, fængselsophold o.l. og at det samlede udgiftstræk på tværs af velfærdssystemets sektorer typisk ligger i størrelsesordenen 3-400.000 kr. om året (Benjaminsen et al., 2018). Idet CTI-indsatsen i høj grad kan understøtte borgernes kontakt med øvrige dele af velfærdssystemet og bidrage til, at borgerne får mere ud af disse indsatser, vil der formentlig også være en god samfundsøkonomi forbundet med at tilbyde indsatser som CTI-metoden til borgere i social udsathed, herunder udsatte borgere med grønlandsk baggrund. Det har dog ikke været muligt i forbindelse med projektet at vurdere, hvorvidt CTI-indsatsen bidrager til at nedbringe omkostningerne til sådanne øvrige indsatser på længere sigt gennem mere velfungerende forløb, eller om CTI-indsatsen omvendt bidrager til øgede udgifter til disse øvrige indsatser, i og med at borgerne kommer i kontakt med og påbegynder øvrige indsatsforløb, som borgeren ellers ikke ville have benyttet. Erfaringerne fra projektet peger dog på, at der generelt vil være tale om brug af indsatser, som borgeren har behov for, og som dermed kan være med til at forbedre borgerens livssituation.

Det skal endvidere påpeges, at erfaringerne fra indsatsen generelt peger på, at en del af målgruppen af udsatte grønlandere har en kompleksitet i støttebehovene, der tilsiger, at de er målgruppe for en ICM-indsats (eller ACT-indsats), snarere end en CTI-indsats. En stor del af målgruppen har således generelt behov for en helhedsorienteret og tværsektoriel indsats. Såfremt

en kommune har ressourcer til brug for støtteindsatser for socialt udsatte borgere med grønlandsk baggrund, vil disse ressourcer således formentlig være givet bedst ud ved at etablere en CTI-indsats i kombination med en ICM-indsats (og evt. en ACT-indsats) med henblik på at kunne imødekomme spændvidden i støttebehovene hos målgruppen og foretage en differentieret visitation til de enkelte indsatser afhængigt af kompleksiteten i borgernes støttebehov.

8.5 Omkostninger til frivillig/peer-indsatsen

Der er også foretaget en omkostningsvurdering af frivillig/peer-indsatsen. Da frivillig/peer-delen er en udvikling af en ny indsats, er der ikke foretaget en sontring mellem etablerings- og drifts-omkostninger for frivillig/peer-indsatsen. En sådan sontring vil ifølge projektlederne ikke være mulig at foretage. I tabel 8.5 vises de samlede omkostninger til frivillig/peer-støtten samt de gennemsnitlige omkostninger pr. igangsat frivillig/peer-forløb. Der er endvidere ikke foretaget en overheadberegning for peer-delen, da de økonomiske oplysninger om frivillig/peer-indsatsen, der er indhentet fra kommunerne ikke har været funktionsopdelt på omkostningstyper. Ligesom for CTI-indsatsen vurderer projektlederne dog, at en meget høj del af de samlede omkostninger går til løn til peer-koordinatorene, men at der også har været udgifter til fx uddannelsesaktiviteter og afholdelse af arrangementer og møder. Desuden har frivillig/peer-støtterne også fået dækket udgifter til aktiviteter med borgerne, som fx et besøg på en café.

Tabellen viser, at der generelt er ret høje omkostninger pr. igangsat frivillig/peer-forløb med et gennemsnit på 99.500 kr. pr. frivillig/peer-forløb for de tre kommuner set under ét. De laveste gennemsnitlige omkostninger pr. frivillig/peerforløb finder vi i Vejle med 45.100 kr. pr. frivillig/peer-forløb, mens de højeste gennemsnitlige omkostninger er opgjort for Aarhus med 248.700 kr. i gennemsnitlige omkostninger for hvert af de igangsatte forløb, når de samlede omkostninger til indsatsen fordeles ud på de igangsatte forløb. Det skal dog nævnes, at denne opgørelsesmåde ikke tager højde for de gruppebaserede aktiviteter, der er igangsat i Aarhus. Selvom frivillig/peer-støtten er en ulønnet aktivitet, afspejler de forholdsvis høje omkostninger pr. forløb, at det kræver et stort arbejde fra peer-koordinatorens side at udvikle indsatsen og at facilitere og understøtte de enkelte forløb. Samtidig bidrager det til de forholdsvis høje gennemsnitlige omkostninger, at der samlet set er igangsat forholdsvis få frivillig/støtte-forløb i regi af projektet som helhed.

Tabel 8.5 Samlede omkostninger til frivillig/peer-indsatsen og gennemsnitlige omkostninger pr. frivillig/peerforløb. Kr.

	Odense	Vejle	Aarhus	Alle tre kommuner
<i>Omkostninger i alt</i>				
Samlede omkostninger	1.303.000	587.000	995.000	2.885.000
<i>Gennemsnitlige omkostninger pr. frivillig/peerforløb</i>				
Gennemsnitlige omkostninger i alt	108.600	45.100	248.700	99.500

Anm.: De samlede omkostninger og gennemsnitlige omkostninger er opgjort uden overheadbeløb, da økonomioplysningerne fra kommunerne for peer-delen ikke indeholder en funktionsfordeling på forskellige omkostningstyper.

Kilde: Dokumentation af indsatsens omkostninger fra kommunerne.

Ser vi på frivillig/peer-støtten isoleret set, og taget i betragtning, at der er tale om en støtte i form af sociale aktiviteter, der komplementerer CTI-indsatsen, vurderer vi ud fra en samlet

kvalitativ og ressourcemæssig betragtning, at der med de høje omkostninger pr. igangsat forløb ikke er et rimeligt og realistisk forhold mellem frivillig/peer-indsatsen og omkostningerne ved indsatsen. Det skyldes, at det har vist sig at være meget ressourcekrævende at foretage den nødvendige facilitering og koordinering, der skal til for at opbygge og udvikle frivillig/peer-indsatsen og at lykkes med at få sat forløb i gang.

Litteratur

- Amilon, A., L. Mehlsen, S. Bengtsson, K. Nielsen & J.B. Lauridsen (2018): *Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Baviskar, S. (2015): *Grønlændere i Danmark: En registerbaseret kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Benjaminsen L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M.T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther (2017): *Housing First i Danmark: Evaluering af Implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd & Rambøll.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J.F., Enemark, M.H. & Andrade, S.B (2018): *Socialt udsatte borgers brug af velfærdssystemet*. København: VIVE.
- Benjaminsen, L. (2019): *Overgangs- og peerstøtte til udsatte grønlandere i Danmark. Midtvejsevaluering*. København: VIVE.
- Bertelsen, P. (2013): *Tilværelsespsykologi: Et godt nok greb om tilværelsen*. København, Frydenlund.
- Deloitte (2019): *Evaluering af CTI for kvinder på krisecenter: Afsluttende rapport*. København: Deloitte.
- Henriksen, T.D., L. Mehlsen, A.A. Kjær & A. Amilon (2017): *Exit Prostitution: Evaluering af CTI-forløb for borgere med prostitutionserfaring*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 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), 502-508.
- Larsen, M.N. (2016): *"I bruger alt for mange ord". Rapport om inklusion af grønlandere i Aalborg - en gruppesag i VISO*. Odense: Socialstyrelsen.
- Rambøll & SFI (2013a): *Hjemløsestrategien: Afsluttende rapport*. København: Rambøll & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Rambøll & SFI (2013b): *Samfundsøkonomisk analyse af metoder. Hjemløsestrategien*. København: Rambøll & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Socialt Udviklingscenter SUS (2014): *Samarbejdsmodel: Samarbejdsmodel mellem kommunale, frivillige og private aktører i indsatsen for socialt udsatte grønlandere. Udarbejdet for Socialstyrelsen*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Bilag 1 Bilagstabeller

Bilagstabel 1.1 Sammenhæng mellem borgerens selvvalgte helbred ved opstart og afslutning af CTI-forløb. Antal og procent.

	Ved afslutning af CTI-forløb		
	Fremragende/ vældig godt/godt	Mindre godt/dårligt	I alt, procent og antal
<i>Ved opstart af CTI-forløb</i>			
Fremragende/vældig godt/godt	92 (22)	8 (2)	100 (24)
Mindre godt/dårligt	53 (18)	47 (16)	100 (34)
I alt, procent og antal (n)	69 (40)	31 (18)	100 (58)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningsskema. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler, er angivet i parentes efter procenttallet.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

Bilagstabel 1.2 Sammenhæng mellem score på WHO-5-trivselsindeks ved opstart og afslutning af CTI-forløb. Antal og procent.

	Ved afslutning af CTI-forløb			I alt, procent og antal
	0-35 point	36-50 point	51 point og derover	
<i>Ved opstart af CTI-forløb</i>				
0-35 point	18 (3)	18 (3)	65 (11)	100 (17)
36-50 point	33 (2)	17 (1)	50 (3)	100 (6)
51 point og derover	14 (5)	6 (2)	80 (28)	100 (35)
I alt, procent og antal (n)	17 (10)	10 (6)	72 (42)	100 (58)

Anm.: I tabellen indgår borgere med planlagt afsluttet CTI-forløb, og hvor borgeren har besvaret både et opstarts- og afslutningsskema. Antallet af personer i hver enkelt af tabellens celler, er angivet i parentes efter procenttallet. På grund af afrunding summerer de enkelte procenttal ikke i alle tilfælde til 100.

Kilde: Borgerspørgeskemaet, opstartsmåling og måling ved afslutning af CTI-forløb.

Bilag 2 Medarbejderspørgeskemaer

Medarbejderskema ved opstart af CTI-forløb

Dette skema skal besvares, når der opstartes et CTI-forløb med en borger. Skemaet udfyldes af CTI-medarbejderen ved opstart af fase 1. Skemaet indeholder spørgsmål om det kontaktskabende arbejde og om borgerens livssituation ved opstarten af forløbet.

1. Borgerens stamoplysninger

1.1 Angiv borgerens navn/initialer.....

1.2 Angiv borgerens CPR-nummer

1.3 Angiv datoen for opstarten af borgerens forløb.....

1.4 Angiv borgerens køn: kvinde mand

1.5 Angiv borgerens alder..... år. Ved ikke

1.6 Angiv antal år, borgeren har været i Danmark.....år. Ved ikke

2. Opstarten af forløbet

2.1 Hvordan er borgeren kommet i kontakt med CTI-indsatsen?

(Sæt kun ét kryds)

Via en NGO

Via en kommunal aktør (jobcenter, rådgivningscenter etc.)

Via CTI-indsatsens opsøgende arbejde

Via kommunal opsøgende indsats.....

Borgeren henvendte sig selv.....

Andet, skriv hvad: Fritekst

2.2 Hvornår havde CTI-medarbejderen den første kontakt med borgeren (møde, telefonisk kontakt, via mail, sms etc.)? Skriv dato: _____

2.3 Hvor mange fysiske møder har borgeren haft med en CTI-medarbejder forud for opstarten på CTI-forløbet? Skriv antal: _____

2.4 Har der været en tredje part (fx kontaktperson fra NGO, kommunal sagsbehandler, tolk) til stede ved et eller flere fysiske møder med borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, til flere møder
- Ja, til ét møde.....
- Nej.....
- Ved ikke

2.5 Er borgeren tilknyttet en peer-støtte?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 2.9
- Nej..... gå til 2.6
- Ved ikke gå til 2.6

2.6 Er borgeren blevet tilbudt en peer-støtte?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, borgeren er blevet tilbudt en peer-støtte gå til 2.9
- Ja, borgeren er blevet tilbudt peer-støtte, men er endnu ikke blevet matchet med peer-støtten..... gå til 2.10
- Ja, borgeren er blevet tilbudt en peer-støtte, men har takket nej..... gå til 2.7
- Nej, borgeren er ikke blevet tilbudt en peer-støtte gå til 2.8
- Ved ikke gå til 2.10

2.7 Angiv årsagen til, at borgeren ikke ønskede en peer-støtte_____

_____ gå til 2.10

Ved ikke gå til 2.10

2.8 Angiv årsagen til, at borgeren ikke er blevet tilbudt en peer-støtte_____

_____ gå til 2.10

Ved ikke gå til 2.10

2.9 Hvad kendetegner borgerens peer-støtte?

(sæt gerne flere krydser)

- Peer-støtten er en person fra borgerens eget netværk
- Peer-støtten er en person fra en lokal NGO.....
- Peer-støtten taler grønlandsk
- Peer-støtten har en baggrund som udsat
- Peer-støtten ydes individuelt.....
- Peer-støtten ydes i gruppeforløb
- Andre kendetegn, skriv hvad Fritekst

2.10 Er borgeren tilknyttet andre offentlige eller private tilbud (herunder også NGO'er) ved opstarten af CTI-forløbet (ud over CTI-indsatsen og peer-støtten)?

(Sæt gerne flere krydser)

- En lokal NGO
- Sociale initiativer eller andre aktiviteter (fx kreative tilbud)
- Mentor
- Sagsbehandler på jobcenteret.....
- Bostøtte, hjemmevejleder eller lignende efter servicelovens § 85 (ud over CTI-forløbet)
- Støtte-kontaktperson efter servicelovens § 99
- Social vicevært
- Aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104
- Psykiatrisk behandling.....
- Psykologbehandling.....
- Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme/plejebehov
- Alkoholbehandling
- Antabusbehandling.....
- Substitutionsbehandling for opiat/heroinmisbrug.....
- Social stofmisbrugsbehandling
- Administration af økonomi/kontanthjælp
- Andet, skriv hvad: Fritekst

2.11 Har borgeren en § 141 handleplan?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, borgeren har en § 141 handleplan.....
- Ja, en § 141-handleplan er under udarbejdelse
- Nej, borgeren har ikke en § 141 handleplan, men er blevet tilbudt
en handleplan inden for de seneste 6 måneder
- Nej, borgeren har ikke en § 141 handleplan, og er ikke blevet
tilbudt en handleplan inden for de seneste 6 måneder
- Ved ikke.....

3. Uddannelse og beskæftigelse

3.1 Er borgeren i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren er i gang med en uddannelse
- Borgeren er i beskæftigelse.....
- Borgeren er i aktivering.....
- Borgeren er hverken i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering
- Ved ikke.....

3.2 Hvad er borgerens uddannelsesbaggrund?

(Sæt gerne flere krydser)

- Borgeren har ikke gennemført folkeskolen/grundskolen
- Borgeren har gennemført folkeskolen/grundskolen.....
- Borgeren har gennemført en gymnasial uddannelse
- Borgeren har gennemført en erhvervsfaglig uddannelse
- Borgeren har gennemført en videregående uddannelse.....
- Ved ikke.....

3.3 Hvad er borgerens arbejdsmarkedserfaring?

(Sæt gerne flere krydser)

- Borgeren har arbejdsmarkedserfaring fra Grønland.....
- Borgeren har arbejdsmarkedserfaring fra Danmark
- Borgeren har arbejdsmarkedserfaring fra et andet land
- Borgeren har ingen arbejdsmarkedserfaring
- Ved ikke

4. Borgerens forsørgelsesgrundlag

4.1 Hvad er borgerens forsørgelsesgrundlag?

(Sæt gerne flere krydser)

- Løn.....
- SU
- Arbejdsløshedsdagpenge
- Sygedagpenge
- Kontantydelse (personer, der har opbrugt retten til dagpenge og midlertidig arbejdsmarkedsydelse)
- Kontanthjælp.....
- Uddannelseshjælp (unge under 30 år uden uddannelse)
- Ressourceforløbsydelse
- Ledighedsydelse
- Revalidering.....
- Førtidspension
- Efterløn
- Folkepension
- Ingen indtægt.....
- Andet, skriv hvad: Fritekst
- Ved ikke

5. Boligsituation

5.1 Hvor bor/overnatter borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

I egen bolig (ejer- eller lejebolig)

I en midlertidig udslusningsbolig.....

I et lejet værelse.....

Hos familie, venner, bekendte

Hos en partner/kæreste

På krisecenter.....

På herberg eller forsorgshjem

På gaden

Andet, skriv hvad:

Fritekst

6. Socialt netværk

6.1 Har borgeren kontakt til sin nærmeste familie (forældre og søskende)?

(Sæt kun ét kryds)

Ja.....

Nej.....

Irrelevant (har ikke søskende/forældre i live).....

Ved ikke

6.2 Har borgeren en ægtefælle eller kæreste?

(Sæt kun ét kryds)

Ja.....

Nej.....

Ved ikke

6.3 Har borgeren børn?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til 6.4Nej..... gå til 6.5Ved ikke gå til 6.5

6.4 Hvis borgeren har børn under 18 år, bor disse børn da sammen med borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... Nej..... Borgeren har ikke børn under 18 år Ved ikke

6.5 Hvad kendetegner, efter din vurdering, borgerens sociale netværk?

(Sæt kun ét kryds)

Borgeren har et godt og ressourcefuldt netværk Borgeren har et netværk, men trækker sig i perioder fra sit netværk, og/eller borgerens netværk viser tegn på udfordringer (fx pga. misbrug)..... Borgeren har et svagt netværk, og/eller borgerens netværk har betydelige udfordringer (fx pga. misbrug) Borgeren er isoleret og/eller borgerens netværk har massive udfordringer (fx pga. misbrug) Ved ikke

7. Psykisk helbred

7.1 Har borgeren, efter din vurdering, psykiske problemer, der begrænser hans/hendes hverdag?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke.....
- Ved ikke.....

7.2 Har borgeren en psykiatrisk diagnose?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 7.3
- Nej..... gå til 7.4
- Ved ikke..... gå til 7.4

7.3 Hvilken diagnose eller diagnoser har borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

- Skizofreni/Skizotypi
- Bipolar/maniodepressiv lidelse
- Borderline
- Andre personlighedsforstyrrelser.....
- ADHD
- Angst.....
- Depression.....
- Spiseforstyrrelse
- Demens
- Autisme
- Hjerneskade.....
- Udviklingshæmning.....
- Andet, skriv hvad: Fritekst
- Ved ikke

7.4 Får borgeren lægeordineret medicin for psykiske problemer?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej
- Ved ikke

7.5 Er borgeren i behandling (psykiatrisk behandling, psykologsamtaler eller lignende) pga. sit psykiske helbred?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja
- Nej
- Ved ikke

8. Fysisk helbred

8.1 Har borgeren, efter din vurdering, fysiske helbredsmæssige gener, der begrænser hans/hendes dagligdag?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

8.2 Har borgeren et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja gå til 8.3
- Nej gå til 9.1
- Ved ikke gå til 9.1

8.3 Hvilke fysiske helbredsproblemer eller handicap har borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

- Problemer med arme, ben, ryg eller nakke (fx gigt)
- Blindhed/svær synsnedsettelse
- Nedsat hørelse
- Problemer med åndedræt eller lunger (fx astma eller KOL)
- Problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb
- Problemer med mave, lever, nyrer eller fordøjelse
- Sukkersyge/diabetes
- Ordblindhed
- Andre fremadskridende sygdomme, fx kræft, sklerose, HIV eller
Parkinsons syge
- Andet helbredsproblem eller handicap, skriv Fritekst
- Ved ikke

9. Misbrug

9.1 Har borgeren, efter din vurdering, et misbrug af alkohol, hash, stoffer, medicin eller lign.?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja gå til 9.2
- Nej gå til 10.1
- Ved ikke gå til 10.1

9.2 Har borgeren, efter din vurdering, et alkoholmisbrug?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang
- Ja, i et vist omfang
- Ja, i begrænset omfang
- Nej
- Ved ikke

9.3 Har borgeren, efter din vurdering, et misbrug af hash eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang
- Ja, i et vist omfang
- Ja, i begrænset omfang
- Nej
- Ved ikke

9.4 Har borgeren, efter din vurdering, et misbrug af heroin, kokain, amfetamin eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang
- Ja, i et vist omfang
- Ja, i begrænset omfang
- Nej
- Ved ikke

10. Mestring

10.1 Er borgeren, efter din vurdering, i stand til at varetage dagligdags funktioner (fx vaske op, gøre rent, handle ind eller lignende)?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, borgeren er i høj grad i stand til at varetage dagligdags funktioner.....
- Ja, borgeren er i nogen grad i stand til at varetage dagligdags funktioner.....
- Borgeren er i begrænset grad i stand til at varetage dagligdagsfunktioner
- Nej, borgeren har meget vanskeligt ved at varetage dagligdags funktioner.....
- Ved ikke.....

10.2 I hvilken grad er borgeren, efter din vurdering, i stand til at benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem (eksempelvis psykiatri og misbrugsbehandling)?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren kan i høj grad benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem
- Borgeren kan i nogen grad benytte det eksisterende behandlings- og støtte system.....
- Borgeren kan i begrænset grad benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem.....
- Borgeren har meget vanskeligt ved at benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem.....
- Ved ikke

10.3 I hvilken grad er borgeren, efter din vurdering, i stand til at benytte det øvrige velfærdssystem (fx kontakten til jobcenter)?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren kan i høj grad benytte det øvrige velfærdssystem
- Borgeren kan i nogen grad benytte det øvrige velfærdssystem
- Borgeren kan i begrænset grad benytte det øvrige velfærdssystem
- Borgeren har meget vanskeligt ved at benytte det øvrige velfærdssystem
- Ved ikke

11. Sproglige og kulturelle barrierer
--

11.1 Hvordan er borgerens dansk kompetencer?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren taler stort set intet dansk
- Borgeren kan forstå og tale lidt dansk
- Borgeren kan føre basale samtaler på dansk
- Borgeren taler flydende dansk
- Ved ikke

11.2 Er der en tolk til stede ved borgerens møder og aktiviteter i CTI-indsatsen?

(Sæt gerne flere krydser)

- Ja, CTI-medarbejderen/kommunen stiller en tolk til rådighed/bestiller en tolk
- Ja, borgerens peer-støtte tolker
- Ja, en person i borgerens netværk tolker ved møderne
- Nej, men CTI-medarbejderen taler grønlandsk
- Nej, det har ikke været muligt at skaffe en tolk
- Nej, borgeren har ikke behov for tolkning

11.3 Har borgeren, efter din vurdering, problemer i forhold til at forstå og begå sig i det danske samfund?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Medarbejderskema ved faseovergang i CTI-forløb

Dette skema skal besvares ved faseovergange i CTI-forløbet. Det vil sige, når en borger går fra første til anden fase, og fra anden til tredje fase. Skemaet udfyldes af CTI-medarbejderen og indeholder spørgsmål om CTI-forløbet og om borgerens livssituation ved faseovergangene i forløbet.

1. Borgeren

1.1 Angiv borgerens navn/initialer

2. CTI-forløbet og peer-støtte

2.1 Hvilken faseovergang er borgeren ved i sit CTI-forløb?

(Sæt kun ét kryds)

Overgang mellem 1. og 2. fase

Overgang mellem 2. og 3. fase

2.2 Hvor længe har CTI-forløbet været i gang? Angiv antal måneder _____

2.3 Hvor ofte har du i gennemsnit haft fysiske møder med eller lavet aktiviteter med borgeren de seneste 3 måneder? *Med fysiske møder forstås både helt korte og lange møder med borgeren.*

(Sæt kun ét kryds)

Dagligt

Ca. to-tre gange om ugen

Ca. en gang om ugen

Ca. hver 14. dag

Ca. en gang om måneden eller sjældnere

Ved ikke

2.4 Hvor ofte har du i gennemsnit været i kontakt med borgeren over telefon, sms, mail eller lignende de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Dagligt
- Ca. to-tre gange om ugen
- Ca. en gang om ugen.....
- Ca. hver 14. dag
- Ca. en gang om måneden eller sjældnere
- Ved ikke

2.5 Hvilken type støtte har du foretaget med borgeren de seneste 3 måneder?

(Sæt gerne flere krydser)

- Støttende samtaler/social støtte
- Praktisk støtte i hverdagen (fx indkøb)
- Økonomisk rådgivning/hjælp (fx om kommunale ydelser, betaling af husleje eller lignende)
- Kontakt med jobcenter.....
- Fulgt med borgeren til møder/aftaler ift. borgerens fysiske helbred.....
- Fulgt med borgeren til møder/aftaler ift. borgerens psykiske helbred.....
- Fulgt med borgeren til møder/aftaler vedr. misbrugsbehandling
- Koordinering af borgerens indsats
- Skabt kontakt til andre støttetilbud
- Fulgt med borgeren til møder med andre støttetilbud
- Andet, skriv hvad

Fritekst

2.6 Er borgeren tilknyttet en peer-støtte?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 2.7
- Nej..... gå til 2.7
- Ved ikke gå til 2.9

2.7 Er der sket nogen af følgende ændringer i borgernes situation ift. peer-støtte inden for de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

Borgeren er blevet tilknyttet en peer-støtte inden for de seneste 3 måneder gå til 2.12

Borgeren har mistet sin peer-støtte inden for de seneste 3 måneder..... gå til 2.8

Nej, borgeren har fortsat ikke tilknyttet en peer-støtte gå til 2.9

Nej, der er ikke sket ændringer i peer-støtten..... gå til 2.12

Andet, skriv hvad Fritekst gå til 2.9

2.8 Angiv årsagen til, at borgeren har mistet sin peer-støtte _____

_____ gå til 2.13

Ved ikke gå til 2.13

2.9 Er borgeren blevet tilbudt en peer-støtte?

(Sæt kun ét kryds)

Ja, borgeren er blevet tilbudt en peer-støtte gå til 2.12

Ja, borgeren er blevet tilbudt peer-støtte, men er endnu ikke blevet matchet med peer-støtten..... gå til 2.13

Ja, borgeren er blevet tilbudt en peer-støtte, men har takket nej..... gå til 2.10

Nej, borgeren er ikke blevet tilbudt en peer-støtte gå til 2.11

Ved ikke gå til 2.13

2.10 Angiv årsagen til, at borgeren ikke ønskede en peer-støtte _____

_____ gå til 2.13

Ved ikke gå til 2.13

2.11 Angiv årsagen til, at borgeren ikke er blevet tilbudt en peer-støtte _____

_____ gå til 2.13

Ved ikke gå til 2.13

2.12 Hvad kendetegner borgerens peer-støtte?

(sæt gerne flere krydser)

- Peer-støtten er en person fra borgerens eget netværk.....
- Peer-støtten er en person fra en lokal NGO
- Peer-støtten taler grønlandsk.....
- Peer-støtten har en baggrund som udsat.....
- Peer-støtten ydes individuelt.....
- Peer-støtten ydes i gruppeforløb/gruppeaktivitet.....
- Andre kendetegn, skriv hvad Fritekst

2.13 Er borgeren tilknyttet andre offentlige eller private tilbud (herunder NGO'er) ved opstarten af CTI-forløbet (ud over CTI-indsatsen og peer-støtten)?

(Sæt gerne flere kryds)

- En lokal NGO.....
- Sociale initiativer eller andre aktiviteter (fx kreative tilbud)
- Mentor
- Sagsbehandler på jobcenteret.....
- Bostøtte, hjemmevejleder eller lignende efter servicelovens § 85 (ud over CTI-forløbet)
- Støtte-kontaktperson efter servicelovens § 99
- Social vicevært
- Aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104
- Psykiatrisk behandling.....
- Psykologbehandling.....
- Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme/plejebenhov.....
- Alkoholbehandling
- Antabusbehandling.....
- Substitutionsbehandling for opiat/heroinmisbrug.....
- Social stofmisbrugsbehandling
- Administration af økonomi/kontanthjælp
- Andet, skriv hvad: Fritekst

2.14 Har borgeren en § 141 handleplan?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, borgeren har en § 141 handleplan
- Ja, en § 141-handleplan er under udarbejdelse
- Nej, borgeren har ikke en § 141 handleplan, men er blevet tilbudt en handleplan inden for de seneste 6 måneder
- Nej, borgeren har ikke en § 141 handleplan og er ikke blevet tilbudt en handleplan inden for de seneste 6 måneder
- Ved ikke

3. Kontakten med borgeren

3.1 Har borgeren overholdt jeres aftaler de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, alle..... gå til 3.3
- Ja, borgeren har overholdt de fleste aftaler gå til 3.3
- Nej, borgeren har haft en del afbud gå til 3.2
- Nej, slet ikke gå til 3.2

3.2 Hvorfor har borgeren ikke overholdt aftalerne?

(Sæt gerne flere krydser)

- Borgeren har været syg
- Borgeren har været bortrejst.....
- Borgeren har været indlagt.....
- Borgeren har ikke haft overskud til at mødes
- Andet, skriv hvad
- Ved ikke

3.3 Har du oplevet ikke at kunne få kontakt til borgeren i en periode på mere end 3 uger de seneste 3 måneder?

(Sæt gerne flere krydser)

- Ja..... gå til 3.4
- Nej..... gå til 3.5

3.4 Hvordan har du forsøgt at få kontakt til borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

- Ringet til borgeren.....
- Via sms
- Via mail
- Via fysisk fremmøde på et kendt opholdssted for borgeren (fx hos et tilbud).....
- Andet, skriv hvad
- Borgeren er selv vendt tilbage, før jeg har nået at foretage mig noget.....

3.5 Er borgeren, efter din vurdering, motiveret for fortsat at deltage i CTI-forløbet?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad.....
- I nogen grad
- I mindre grad.....
- Slet ikke
- Ved ikke

4. Borgerens aktivitetsplan

4.1 Er der udarbejdet en aktivitetsplan for borgerens forløb?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 4.3
- Nej..... gå til 4.2

4.2 Hvorfor ikke? Skriv årsag _____

Ved ikke

4.3 Har det været muligt at imødekomme borgerens behov og ønsker i udarbejdelsen af aktivitetsplanen?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad.....
- I nogen grad
- I mindre grad.....
- Slet ikke
- Ved ikke

4.4 Har borgeren været med til at lave aktivitetsplanen?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 4.6
- Nej..... gå til 4.5

4.5 Hvorfor har borgeren ikke været med til at lave aktivitetsplanen?

Skriv årsag _____

Ved ikke

4.6 Er der lavet de nødvendige aftaler med relevante aktører, der muliggør, at aktivitetsplanen kan gennemføres?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til 4.8

Nej..... gå til 4.7

Ikke relevant i forhold til denne borger..... gå til 4.8

4.7 Hvorfor ikke?

Skriv årsag _____

Ved ikke

4.8 Er der inden for de seneste 3 måneder foretaget en evaluering af, om aktivitetsplanens indhold imødekommer borgerens behov?

(Sæt kun ét kryds)

Ja.....

Nej.....

5. Borgerens beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag

5.1 Er borgeren i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering?

(Sæt kun ét kryds)

Borgeren er i gang med en uddannelse.....

Borgeren er i beskæftigelse

Borgeren er i aktivering.....

Borgeren er hverken i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering

Ved ikke.....

5.2 Hvad er borgerens forsørgelsesgrundlag?

(Sæt gerne flere krydser)

- Løn.....
- SU
- Arbejdsløshedsdagpenge
- Sygedagpenge
- Kontantydelse (personer, der har opbrugt retten til dagpenge
og midlertidig arbejdsmarkedsydelse).....
- Kontanthjælp.....
- Uddannelseshjælp (unge under 30 år uden uddannelse)
- Ressourceforløbsydelse.....
- Ledighedsydelse
- Revalidering
- Førtidspension.....
- Efterløn
- Folkepension
- Ingen indtægt.....
- Andet, skriv hvad: Fritekst
- Ved ikke.....

6. Boligsituation

6.1 Hvor bor/overnatter borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

I egen bolig (ejer- eller lejebolig)

I en midlertidig udslusningsbolig

I et lejet værelse

Hos familie, venner, bekendte

Hos en partner/kæreste

På krisecenter

På herberg eller forsorgshjem

På gaden

Andet, skriv hvad Fritekst

7. Socialt netværk

7.1 Har borgeren kontakt til sin nærmeste familie (forældre og søskende)?

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej

Irrelevant (har ikke søskende/forældre i live)

Ved ikke

7.2 Har borgeren en ægtefælle eller kæreste?

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej

Ved ikke

7.3 Har borgeren børn?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til 7.4Nej..... gå til 7.5Ved ikke..... gå til 7.5

7.4 Hvis borgeren har børn under 18 år, bor disse børn da sammen med borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... Nej..... Borgeren har ikke børn under 18 år Ved ikke.....

7.5 Hvad kendetegner, efter din vurdering, borgerens sociale netværk?

(Sæt kun ét kryds)

Borgeren har et godt og ressourcefuldt netværk Borgeren har et netværk, men trækker sig i perioder fra sit netværk, og/eller borgerens netværk viser tegn på udfordringer (fx pga. misbrug)..... Borgeren har et svagt netværk, og/eller borgerens netværk har betydelige udfordringer (fx pga. misbrug) Borgeren er isoleret, og/eller borgerens netværk har massive udfordringer (fx pga. misbrug) Ved ikke **8. Psykisk helbred**

8.1 Har borgeren, efter din vurdering, psykiske problemer, der begrænser hans/hendes hverdag?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad I nogen grad I mindre grad Slet ikke..... Ved ikke.....

8.2 Har borgeren en diagnose?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 8.3
- Nej..... gå til 8.4
- Ved ikke gå til 8.4

8.3 Hvilken diagnose eller diagnoser har borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

- Skizofreni/Skizotypi.....
- Bipolar/maniodepressiv lidelse.....
- Borderline.....
- Andre personlighedsforstyrrelser.....
- ADHD.....
- Angst.....
- Depression.....
- Spiseforstyrrelse.....
- Demens.....
- Autisme.....
- Hjerneskade.....
- Udviklingshæmning.....
- Andet, skriv hvad: Fritekst
- Ved ikke.....

8.4 Får borgeren lægeordineret medicin for psykiske problemer?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja.....
- Nej.....
- Ved ikke.....

8.5 Er borgeren i behandling (psykiatrisk behandling, psykologsamtaler eller lignende) pga. sit psykiske helbred?

(Sæt kun ét kryds)

Ja

Nej

Ved ikke

9. Fysisk helbred

9.1 Har borgeren, efter din vurdering, fysiske helbredsmæssige gener, der begrænser hans/hendes dagligdag?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad

I nogen grad

I mindre grad

Slet ikke

Ved ikke

9.2 Har borgeren et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap?

(Sæt kun ét kryds)

Ja gå til 9.3

Nej gå til 10.1

Ved ikke gå til 10.1

9.3 Hvilke fysiske helbredsproblemer eller handicap har borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

- Problemer med arme, ben, ryg eller nakke (fx gigt)
- Blindhed/svær synsnedsettelse
- Nedsat hørelse.....
- Problemer med åndedræt eller lunger (fx astma eller KOL)
- Problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb
- Problemer med mave, lever, nyrer eller fordøjelse
- Sukkersyge/diabetes.....
- Ordblindhed
- Andre fremadskridende sygdomme, fx kræft, sklerose, HIV
eller Parkinsons syge
- Andet helbredsproblem eller handicap, skriv Fritekst
- Ved ikke

10. Misbrug

10.1 Har borgeren, efter din vurdering, et misbrug af alkohol, hash, stoffer, medicin eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja gå til 10.2
- Nej gå til 11.1
- Ved ikke gå til 11.1

10.2 Har borgeren, efter din vurdering, et alkoholmisbrug?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang.....
- Ja, i et vist omfang.....
- Ja, i begrænset omfang
- Nej.....
- Ved ikke

10.3 Har borgeren, efter din vurdering, et misbrug af hash eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang.....
- Ja, i et vist omfang.....
- Ja, i begrænset omfang
- Nej.....
- Ved ikke.....

10.4 Har borgeren et misbrug af heroin, kokain, amfetamin eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang.....
- Ja, i et vist omfang.....
- Ja, i begrænset omfang
- Nej.....
- Ved ikke.....

11. Mestring

11.1 Er borgeren, efter din vurdering, i stand til at varetage dagligdags funktioner (fx vaske op, gøre rent, handle ind eller lignende)?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, borgeren er i høj grad i stand til at varetage dagligdags funktioner
- Ja, borgeren er i nogen grad i stand til at varetage dagligdags funktioner
- Borgeren er i begrænset grad i stand til at varetage dagligdagsfunktioner.....
- Nej, borgeren har meget vanskeligt ved at varetage dagligdags funktioner
- Ved ikke.....

11.2 I hvilken grad er borgeren, efter din vurdering, i stand til at benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem (eksempelvis psykiatri og misbrugsbehandling)?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren kan i høj grad benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem
- Borgeren kan i nogen grad benytte det eksisterende behandlings- og støtte system
- Borgeren kan i begrænset grad benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem
- Borgeren har meget vanskeligt ved at benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem
- Ved ikke

11.3 I hvilken grad er borgeren, efter din vurdering, i stand til at benytte det øvrige velfærdssystem (fx kontakten til jobcenter)?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren kan i høj grad benytte det øvrige velfærdssystem
- Borgeren kan i nogen grad benytte det øvrige velfærdssystem
- Borgeren kan i begrænset grad benytte det øvrige velfærdssystem
- Borgeren har meget vanskeligt ved at benytte det øvrige velfærdssystem
- Ved ikke

12. Sproglige og kulturelle barrierer

12.1 Hvordan er borgerens dansk kompetencer?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren taler stort set intet dansk
- Borgeren kan forstå og tale lidt dansk
- Borgeren kan føre basale samtaler på dansk
- Borgeren taler flydende dansk
- Ved ikke

12.2 Er der en tolk til stede ved borgerens møder og aktiviteter i CTI-indsatsen?

(Sæt gerne flere krydser)

- Ja, CTI-medarbejderen/kommunen stiller en tolk til rådighed/bestiller en tolk
- Ja, borgerens peer-støtte tolker.....
- Ja, en person i borgerens netværk tolker ved møderne
- Nej, men CTI-medarbejderen taler grønlandsk
- Nej, det har ikke været muligt at skaffe en tolk
- Nej, borgeren har ikke behov for tolkning.....

12.3 Har borgeren, efter din vurdering, problemer i forhold til at forstå og begå sig i det danske samfund?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad.....
- I nogen grad.....
- I mindre grad.....
- Slet ikke
- Ved ikke.....

Medarbejderskema ved afslutning af CTI-forløb

Dette skema skal besvares ved afslutningen af CTI-forløbet (9 måneder efter forløbets opstart). Skemaet udfyldes af CTI-medarbejderen og indeholder spørgsmål om indsatsen og om borgerens livssituation ved afslutningen af forløbet.

1. Borgeren

1.1 Angiv borgerens navn/initialer

2. CTI-forløbet og peer-støtte

2.1 Hvor længe har borgerens CTI-forløb været i gang? Angiv antal måneder _____

2.2 Hvor ofte har du i gennemsnit haft fysiske møder med eller lavet aktiviteter med borgeren de seneste 3 måneder? *Med fysiske møder forstås både helt korte og lange møder med borgeren.*

(Sæt kun ét kryds)

Dagligt.....

Ca. to-tre gange om ugen.....

Ca. en gang om ugen.....

Ca. hver 14. dag.....

Ca. en gang om måneden eller sjældnere.....

Ved ikke.....

2.3 Hvor ofte har du i gennemsnit været i kontakt med borgeren over telefon, sms, mail eller lignende de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

Dagligt.....

Ca. to-tre gange om ugen.....

Ca. en gang om ugen.....

Ca. hver 14. dag.....

Ca. en gang om måneden eller sjældnere.....

Ved ikke.....

2.4 Hvilken type støtte har du foretaget med borgeren de seneste 3 måneder?

(sæt gerne flere krydser)

Støttende samtaler/social støtte..... Praktisk støtte i hverdagen (fx indkøb)..... Økonomisk rådgivning/hjælp (fx om kommunale ydelser,
betaling af husleje eller lignende) Kontakt med jobcenter..... Fulgt med borgeren til møder/aftaler ift. borgerens fysiske
helbred..... Fulgt med borgeren til møder/aftaler ift. borgerens psykiske
helbred..... Fulgt med borgeren til møder/aftaler vedr. misbrugsbehandling Koordinering af borgerens indsats Skabt kontakt til andre støttetilbud Fulgt med borgeren til møder med andre støttetilbud Andet, skriv hvad Fritekst

2.5 Er borgeren tilknyttet en peer-støtte?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til 2.6Nej..... gå til 2.6Ved ikke gå til 2.8

2.6 Er der sket nogen af følgende ændringer i borgerens situation ift. peer-støtte inden for de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

Borgeren er blevet tilknyttet en peer-støtte inden for de seneste
3 måneder gå til 2.11Borgeren har mistet sin peer-støtte inden for de seneste 3
måneder..... gå til 2.7Nej, borgeren har fortsat ikke tilknyttet en peer-støtte..... gå til 2.8Nej, der er ikke sket ændringer i peer-støtten..... gå til 2.11Andet, skriv hvad Fritekst gå til 2.8

2.7 Angiv årsagen til, at borgeren har mistet sin peer-støtte _____

_____ gå til 2.12

Ved ikke gå til 2.12

2.8 Er borgeren blevet tilbudt en peer-støtte?

(Sæt kun ét kryds)

Ja, borgeren er blevet tilbudt en peer-støtte gå til 2.11

Ja, borgeren er blevet tilbudt peer-støtte, men er endnu ikke
blevet matchet med peer-støtten..... gå til 2.12

Ja, borgeren er blevet tilbudt en peer-støtte, men har takket nej..... gå til 2.9

Nej, borgeren er ikke blevet tilbudt en peer-støtte gå til 2.10

Ved ikke gå til 2.12

2.9 Angiv årsagen til, at borgeren ikke ønskede en peer-støtte _____

_____ gå til 2.12

Ved ikke gå til 2.12

2.10 Angiv årsagen til, at borgeren ikke er blevet tilbudt en peer-støtte _____

_____ gå til 2.12

Ved ikke gå til 2.12

2.11 Hvad kendetegner borgerens peer-støtte?

(sæt gerne flere krydser)

Peer-støtten er en person fra borgerens eget netværk.....

Peer-støtten er en person fra en lokal NGO

Peer-støtten taler grønlandsk.....

Peer-støtten har en baggrund som udsat.....

Peer-støtten ydes individuelt.....

Peer-støtten ydes i gruppeforløb.....

Andre kendetegn, skriv hvad

Fritekst

2.12 Er borgeren tilknyttet andre offentlige eller private tilbud (herunder også NGO'er) ved opstarten af CTI-forløbet (ud over CTI-indsatsen og peer-støtten)?

(Sæt gerne flere krydser)

- En lokal NGO.....
- Sociale initiativer eller andre aktiviteter (fx kreative tilbud)
- Mentor
- Sagsbehandler på jobcenteret.....
- Bostøtte, hjemmevejleder eller lignende efter servicelovens § 85 (ud over CTI-forløbet)
- Støtte-kontaktperson efter servicelovens § 99
- Social vicevært
- Aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104
- Psykiatrisk behandling.....
- Psykologbehandling.....
- Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme/plejebehov
- Alkoholbehandling
- Antabusbehandling.....
- Substitutionsbehandling for opiat/heroinmisbrug.....
- Social stofmisbrugsbehandling
- Administration af økonomi/kontanthjælp.....
- Andet, skriv hvad: Fritekst

2.13 Har borgeren en § 141 handleplan?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, borgeren har en § 141 handleplan.....
- Ja, en § 141-handleplan er under udarbejdelse.....
- Nej, borgeren har ikke en § 141 handleplan, men er blevet tilbudt en handleplan inden for de seneste 6 måneder
- Nej, borgeren har ikke en § 141 handleplan, og er ikke blevet tilbudt en handleplan inden for de seneste 6 måneder
- Ved ikke.....

3. Kontakten med borgeren

3.1 Har borgeren overholdt jeres aftaler de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, alle..... gå til 3.3
- Ja, borgeren har overholdt de fleste aftaler gå til 3.3
- Nej, borgeren har haft en del afbud gå til 3.2
- Nej, slet ikke gå til 3.2

3.2 Hvorfor har borgeren ikke overholdt aftalerne?

(Sæt gerne flere krydser)

- Borgeren har været syg
- Borgeren har været bortrejst.....
- Borgeren har været indlagt.....
- Borgeren har ikke haft overskud til at mødes
- Andet, skriv hvad
- Ved ikke

3.3 Har du oplevet ikke at kunne få kontakt til borgeren i en periode på mere end 3 uger de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 3.4
- Nej..... gå til 4.1

3.4 Hvordan har du forsøgt at få kontakt til borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

- Ringet til borgeren.....
- Via sms.....
- Via mail
- Via fysisk fremmøde på et kendt opholdssted for borgeren (fx hos et tilbud)
- Andet, skriv hvad
- Borgeren er selv vendt tilbage, før jeg har nået at foretage mig noget.....

4. Afslutningen af CTI-forløbet

4.1 Er afslutningen af borgerens forløb planlagt eller uplanlagt? (Med planlagt afslutning menes, at CTI-forløbet afsluttes planmæssigt, efter at de 9 måneder er gået. Med uplanlagt afslutning menes, at forløbet afbrydes før tid fx pga. manglende kontakt til borgeren, eller fordi borgeren afviser støtten).

(Sæt kun ét kryds)

Afslutningen af borgerens forløb er planlagt..... gå til 4.3

Afslutningen af borgerens forløb er uplanlagt (fx ved afbrydelse af forløb pga. manglende kontakt)..... gå til 4.2

4.2 Hvorfor afsluttes CTI-forløbet uplanlagt før tid?

(Sæt gerne flere krydser)

Borgeren har ikke længere behov for CTI-støtten.....

Borgeren er bortrejst, indlagt, flyttet eller lignende, og det er ikke muligt at fortsætte forløbet

Borgeren ønsker ikke længere at være en del af CTI-forløbet

Der er ikke længere kontakt til borgeren

Borger og CTI-medarbejder har vurderet, at borgeren har behov for anden form for støtte

Borgeren er død.....

Andet, skriv hvad

Ved ikke

4.3 Er borgeren, efter din vurdering, tryk ved, at CTI-forløbet stopper?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad.....

I nogen grad

I mindre grad.....

Slet ikke

Ved ikke

4.4 Er der udarbejdet en langsigtet plan for borgerens videre forløb efter CTI-forløbet?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til 4.6

Nej..... gå til 4.5

Ved ikke gå til 4.8

4.5 Hvorfor er der ikke udarbejdet en langsigtet plan?

(Sæt kun ét kryds)

Borgeren har ikke behov for, at der udarbejdes en plan

Borgeren ønsker ikke, at der udarbejdes en plan.....

Manglende kontakt til borgeren i den sidste del af forløbet.....

Andet, skriv hvad Fritekst

4.6 Har borgeren været med til at udarbejde planen?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til 4.8

Nej..... gå til 4.7

Ved ikke gå til 4.8

4.7 Skriv årsagen til, at borgeren ikke har været med til at udarbejde planen _____

Ved ikke

4.8 I hvor høj grad vurderer du, at det har været muligt at imødekomme borgerens behov og ønsker i udarbejdelsen af den langsigtede plan?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad.....

I nogen grad

I mindre grad.....

Slet ikke

Ved ikke

4.9 I hvor høj grad vurderer du, at der er etableret tilfredsstillende tilbud for borgeren efter endt forløb?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad..... gå til 4.11

I nogen grad gå til 4.11

I mindre grad..... gå til 4.11

Slet ikke gå til 4.10

Ved ikke gå til 4.11

4.10 Uddyb gerne, hvad der har været udfordringerne ved at etablere tilfredsstillende tilbud for borgeren efter endt forløb _____

4.11 I hvor høj grad vurderer du, at der er etableret et støttenetværk omkring borgeren? (Et støttenetværk kan fx være et socialt initiativ, en NGO, en mentor, støtte-kontaktperson eller personer fra borgerens eget netværk).

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad.....

I nogen grad

I mindre grad.....

Slet ikke

Ved ikke

4.12 Er der afholdt overdragelsessamtaler med relevante aktører?

(Sæt kun ét kryds)

Ja.....

Nej.....

Ved ikke

4.13 Er borgeren visiteret til anden kommunal støtte ved afslutningen af CTI-forløbet?
(Sæt kun ét kryds)

Ja, borgeren er visiteret til bostøtte under § 85..... gå til 5.1

Ja, borgeren er visiteret til anden kommunal støtte gå til 4.14

Nej, borgeren er ikke visiteret til anden kommunal støtte..... gå til 5.1

Ved ikke gå til 5.1

4.14 Skriv, hvilken anden støtte_____

5. Borgerens beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag

5.1 Er borgeren i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren er i gang med en uddannelse
- Borgeren er i beskæftigelse.....
- Borgeren er i aktivering
- Borgeren er hverken i uddannelse, beskæftigelse eller aktivering.....
- Ved ikke

5.2 Hvad er borgerens forsørgelsesgrundlag?

(Sæt gerne flere krydser)

- Løn.....
- SU
- Arbejdsløshedsdagpenge
- Sygedagpenge
- Kontantydelse (personer der har opbrugt retten til dagpenge og midlertidig arbejdsmarkedsydelse)
- Kontanthjælp.....
- Uddannelseshjælp (unge under 30 år uden uddannelse)
- Ressourceforløbsydelse.....
- Ledighedsydelse
- Revalidering.....
- Førtidspension
- Efterløn
- Folkepension.....
- Ingen indtægt.....
- Andet, skriv hvad Fritekst
- Ved ikke

6. Boligsituation

6.1 Hvor bor/overnatter borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

- I egen bolig (ejer- eller lejebolig)
- I en midlertidig udslusningsbolig
- I et lejet værelse.....
- Hos familie, venner, bekendte.....
- Hos en partner/kæreste.....
- På krisecenter
- På herberg eller forsorgshjem.....
- På gaden
- Andet, skriv hvad

7. Socialt netværk

7.1 Har borgeren kontakt til sin nærmeste familie (forældre og søskende)?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja.....
- Nej.....
- Ved ikke

7.2 Har borgeren en ægtefælle eller kæreste?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja.....
- Nej.....
- Irrelevant (har ikke søskende/forældre i live).....
- Ved ikke

7.3 Har borgeren børn?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 7.4
- Nej..... gå til 7.5
- Ved ikke gå til 7.5

7.4 Hvis borgeren har børn under 18 år, bor disse børn da sammen med borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja.....
- Nej.....
- Borgeren har ikke børn under 18 år
- Ved ikke

7.5 Hvad kendetegner, efter din vurdering, borgerens sociale netværk?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren har et godt og ressourcefuldt netværk
- Borgeren har et netværk, men trækker sig i perioder fra sit netværk, og/eller borgerens netværk viser tegn på udfordringer (fx pga. misbrug).
- Borgeren har et svagt netværk, og/eller borgerens netværk har betydelige udfordringer (fx pga. misbrug)
- Borgeren er isoleret, og/eller borgerens netværk har massive udfordringer (fx pga. misbrug)
- Ved ikke

8. Psykisk helbred

8.1 Har borgeren, efter din vurdering, psykiske problemer, der begrænser hans/hendes hverdag?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad.....
- I nogen grad
- I mindre grad.....
- Slet ikke
- Ved ikke

8.2 Har borgeren en diagnose?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 8.3
- Nej..... gå til 8.4
- Ved ikke gå til 8.4

8.3 Hvilken diagnose eller diagnoser har borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

- Skizofreni/Skizotypi
- Bipolar/maniodepressiv lidelse
- Borderline
- Andre personlighedsforstyrrelser
- ADHD
- Angst.....
- Depression.....
- Spiseforstyrrelse
- Demens
- Autisme
- Hjerneskade
- Udviklingshæmning.....
- Andet, skriv hvad Fritekst
- Ved ikke

8.4 Får borgeren lægeordineret medicin for psykiske problemer?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja.....
- Nej.....
- Ved ikke

8.5 Er borgeren i behandling (psykiatrisk behandling, psykologsamtaler eller lignende) pga. sit psykiske helbred?

(Sæt kun ét kryds)

Ja.....

Nej.....

Ved ikke

9. Fysisk helbred

9.1 Har borgeren, efter din vurdering, fysiske helbredsmæssige gener, der begrænser hans/hendes dagligdag?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad.....

I nogen grad

I mindre grad.....

Slet ikke

Ved ikke

9.2 Har borgeren et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til 9.3

Nej..... gå til 10.1

Ved ikke gå til 10.1

9.3 Hvilke fysiske helbredsproblemer eller handicap har borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

- Problemer med arme, ben, ryg eller nakke (fx gigt).....
- Blindhed/svær synsnedsettelse.....
- Nedsat hørelse.....
- Problemer med åndedræt eller lunger (fx astma eller KOL).....
- Problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb
- Problemer med mave, lever, nyrer eller fordøjelse.....
- Sukkersyge/diabetes.....
- Ordblindhed
- Andre fremadskridende sygdomme, fx kræft, sklerose, HIV eller Parkinsons syge.....
- Andet helbredsproblem eller handicap, skriv Fritekst
- Ved ikke

10. Misbrug

10.1 Har borgeren, efter din vurdering, et misbrug af alkohol, hash, stoffer, medicin eller lign.?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 10.2
- Nej..... gå til 11.1
- Ved ikke gå til 11.1

10.2 Har borgeren, efter din vurdering, et alkoholmisbrug?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang.....
- Ja, i et vist omfang.....
- Ja, i begrænset omfang.....
- Nej.....
- Ved ikke

10.3 Har borgeren, efter din vurdering, et misbrug af hash eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang.....
- Ja, i et vist omfang.....
- Ja, i begrænset omfang.....
- Nej.....
- Ved ikke

10.4 Har borgeren, efter din vurdering, et misbrug af heroin, kokain, amfetamin eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang.....
- Ja, i et vist omfang.....
- Ja, i begrænset omfang.....
- Nej.....
- Ved ikke

11. Mestring

11.1 Er borgeren, efter din vurdering, i stand til at varetage dagligdags funktioner (fx vaske op, gøre rent, handle ind eller lignende)?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, borgeren er i høj grad i stand til at varetage dagligdags funktioner
- Ja, borgeren er i nogen grad i stand til at varetage dagligdags funktioner
- Borgeren er i begrænset grad i stand til at varetage dagligdagsfunktioner
- Nej, borgeren har meget vanskeligt ved at varetage dagligdags funktioner
- Ved ikke

11.2 I hvilken grad er borgeren, efter din vurdering, i stand til at benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem (eksempelvis psykiatri og misbrugsbehandling)?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren kan i høj grad benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem
- Borgeren kan i nogen grad benytte det eksisterende behandlings- og støtte system.....
- Borgeren kan i begrænset grad benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem.....
- Borgeren har meget vanskeligt ved at benytte det eksisterende behandlings- og støttesystem.....
- Ved ikke

11.3 I hvilken grad er borgeren, efter din vurdering, i stand til at benytte det øvrige velfærdssystem (fx kontakten til jobcenter)?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren kan i høj grad benytte det øvrige velfærdssystem
- Borgeren kan i nogen grad benytte det øvrige velfærdssystem.....
- Borgeren kan i begrænset grad benytte det øvrige velfærdssystem
- Borgeren har meget vanskeligt ved at benytte det øvrige velfærdssystem
- Ved ikke

12. Sproglige og kulturelle barrierer

12.1 Hvordan er borgerens dansk kompetencer?

(Sæt kun ét kryds)

- Borgeren taler stort set intet dansk.....
- Borgeren kan forstå og tale lidt dansk.....
- Borgeren kan føre basale samtaler på dansk
- Borgeren taler flydende dansk
- Ved ikke

12.2 Er der en tolk til stede ved borgerens møder og aktiviteter i CTI-indsatsen?

(Sæt gerne flere krydser)

- Ja, CTI-medarbejderen/kommunen stiller en tolk til
rådighed/bestiller en tolk
- Ja, borgerens peer-støtte tolker
- Ja, en person i borgerens netværk tolker ved møderne.....
- Nej, men CTI-medarbejderen taler grønlandsk.....
- Nej, det har ikke været muligt at skaffe en tolk
- Nej, borgeren har ikke behov for tolkning.....

12.3 Har borgeren, efter din vurdering, problemer i forhold til at forstå og begå sig i det danske samfund?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad.....
- I nogen grad
- I mindre grad.....
- Slet ikke
- Ved ikke

Bilag 3 Borgerspørgeskema

Borgerskema

Introduktion til CTI-medarbejderen:

Inden du går i gang med at besvare borgerskemaet sammen med borgeren, skal du sikre dig, at du, eller en anden CTI-medarbejder, har orienteret borgeren om undersøgelsen og dataindsamlingen, samt at borgeren har fået udleveret det tilhørende informationsdokument: ”Information til borgeren om dataindsamling om Overgangs- og peer-støtte”.

Borgerens navn eller initialer: _____

Borgerens CPR nummer: (kun ved opstart)

Navn på borgerens CTI-medarbejder: _____

Dato for udfyldelsen af borgerskemaet: _____

Start på borgerskemaet

Dette skema skal besvares som led i evalueringen af projektet om CTI og peer-støtte. Skemaet udfyldes ved opstarten af dit CTI-forløb, efter 3 måneder, 6 måneder og lige før du afslutter dit CTI-forløb. Skemaet udfyldes under en samtale mellem dig og din CTI-medarbejder. CTI-medarbejderen kan hjælpe med at læse spørgsmålene højt, forklare eventuelle uklarheder, og CTI-medarbejderen kan også være den, der udfylder skemaet, men det er dine besvarelser, der registreres i skemaet.

Alle spørgsmål i skemaet stilles til alle, der deltager i et CTI-forløb i din kommune samt i to andre kommuner.

1. Trivsel og helbred

De første spørgsmål handler om, hvordan du har det.

Trivselsindeks WHO-5							
Angiv venligst, ved hvert af de 5 udsagn, det svar, der kommer tættest på, hvordan du har følt dig i de seneste 2 uger.							
I de sidste 2 uger ...		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1.1	... har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
1.2	... har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
1.3	... har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
1.4	... er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
1.5	... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

Borgerskema

Her er flere spørgsmål om, hvordan du har det. Til hvert spørgsmål kan du svare enten: 'Hele tiden', 'Det meste af tiden', 'Noget af tiden', 'Lidt af tiden' eller 'På intet tidspunkt'.

Sæt kun ét kryds for hvert spørgsmål.

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1.6 Hvor ofte har du inden for de seneste 4 uger følt dig trist til mode?					
1.7 Hvor ofte har du inden for de seneste 4 uger haft lav selvtillid?					
1.8 Hvor ofte har du inden for de seneste 4 uger manglet interesse for de ting, du gør i hverdagen?					
1.9 Hvor ofte har du inden for de seneste 4 uger været alene, selvom du havde mest lyst til at være sammen med andre?					
1.10 Hvor ofte har du inden for de seneste 4 uger haft svært ved at klare hverdagsting, såsom at stå op om morgenen, åbne breve eller købe ind?					

Nu kommer der nogle spørgsmål om dit helbred.

1.11 Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Sæt kun ét kryds)

- Fremragende.....
- Vældig godt.....
- Godt.....
- Mindre godt.....
- Dårligt.....

Borgerskema

1.12 Har du fysiske smerter, der vanskeliggør din dagligdag?

(Sæt kun ét kryds)

- Virkelig meget
- En hel del.....
- Noget.....
- Lidt.....
- Slet ikke

2. Arbejde, uddannelse og øvrige faste aktiviteter

De næste spørgsmål handler om arbejde, uddannelse og andre aktiviteter.

2.1 Tror du, at du kan klare et arbejde?

(Sæt kun ét kryds)

- Jeg tror slet ikke, jeg kan klare at arbejde.....
- Jeg tvivler meget på, at jeg kan klare at arbejde
- Jeg er usikker på, om jeg kan klare at arbejde.....
- Jeg er nogenlunde sikker på, at jeg kan klare at arbejde
- Jeg er helt sikker på, at jeg kan klare at arbejde.....
- Jeg er i arbejde
- Ved ikke/ønsker ikke at svare.....

2.2 I hvilket omfang deltager du i aktivering eller uddannelse?

(Sæt kun ét kryds)

- Hver dag.....
- 2-4 dage om ugen.....
- En enkelt gang om ugen
- 1-3 gange om måneden.....
- Sjældnere.....
- Deltager ikke i aktivering eller uddannelse
- Ved ikke/ønsker ikke at svare

Borgerskema

2.3 I hvilket omfang deltager du i aktiviteter i hverdagen, hvor du møder andre mennesker? (eksempelvis sociale aktiviteter, kreative aktiviteter eller lignende).

(Sæt kun ét kryds)

- Hver dag.....
- 2-4 dage om ugen.....
- En enkelt gang om ugen.....
- 1-3 gange om måneden.....
- Sjældnere
- Aldrig
- Ved ikke/ønsker ikke at svare.....

3. Familie og netværk

De næste spørgsmål handler om din familie og dit netværk (kæreste/ægtefælle og venner).

3.1 Har du børn, der er under 18 år?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 3.2
- Nej..... gå til 3.5
- Ønsker ikke at svare gå til 3.5

3.2 Bor du sammen med dit barn/dine børn?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 3.4
- Nej..... gå til 3.3
- Ønsker ikke at svare gå til 3.5

Borgerskema

3.3 Hvor ofte har du den seneste måned haft kontakt med dit barn/dine børn?

(Sæt kun ét kryds)

- Hver uge.....
- 1-3 gange om måneden.....
- 3-6 gange om året
- Sjældnere
- Aldrig
- Ønsker ikke at svare

3.4 Har du den sidste måned oplevet vanskeligheder i forhold til at hjælpe og støtte dit barn/dine børn i hverdagen?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, dagligt.....
- Ja, ugentligt.....
- Ja, men kun et par gange.....
- Nej.....
- Ønsker ikke at svare

3.5 Hvor ofte har du kontakt til familie i Danmark?

(Sæt kun ét kryds)

- Hver uge.....
- 1-3 gange om måneden
- Sjældnere.....
- Slet ikke.....
- Har ikke familie i Danmark
- Ønsker ikke at svare

Borgerskema

3.6 Hvor ofte har du kontakt til familie i Grønland?

(Sæt kun ét kryds)

- Hver uge
- 1-3 gange om måneden
- Sjældnere.....
- Slet ikke.....
- Har ikke familie i Grønland.....
- Ønsker ikke at svare

3.7 Hvor ofte har du kontakt med venner og bekendte?

(Sæt kun ét kryds)

- Hver uge
- 1-3 gange om måneden
- Sjældnere.....
- Slet ikke.....
- Har ikke venner og bekendte
- Ønsker ikke at svare

3.8 Oplever du at kunne få støtte fra familie, venner eller en partner, når du har brug for hjælp?

(Sæt kun ét kryds)

- Min familie/venner/partner støtter mig næsten aldrig, når jeg har behov for det
- Min familie/venner/partner støtter mig ikke særlig tit, når jeg har behov for det
- Det svinger. Nogle gange støtter familie/venner/partner, andre gange ikke.....
- Min familie/venner/partner støtter mig for det meste
- Min familie/venner/partner støtter mig meget.....
- Ønsker ikke at svare

4. Alkohol og stoffer

De næste spørgsmål handler om brug af rusmidler. Vi stiller disse spørgsmål til alle i CTI-forløbet.

4.1 Har du drukket alkohol inden for de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja gå til 4.1.1
- Nej gå til 4.2
- Ved ikke/ønsker ikke at svare gå til 4.2

4.1.1 Hvor ofte drikker du mindst fem genstande alkohol på én dag?

(Sæt kun ét kryds)

- Dagligt eller næsten dagligt
- Ugentligt
- Månedligt
- Mindre end en gang om måneden
- Ved ikke/ønsker ikke at svare

4.2 Har du røget hash inden for de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja gå til 4.2.1
- Nej gå til 4.3
- Ved ikke/ønsker ikke at svare gå til 4.3

Borgerskema

4.2.1 Hvor ofte ryger du hash?

(Sæt kun ét kryds)

- Dagligt eller næsten dagligt.....
- Ugentligt.....
- Månedligt.....
- Mindre end en gang om måneden.....
- Ved ikke/ønsker ikke at svare.....

4.3 Har du taget stoffer som kokain, heroin eller amfetamin inden for de seneste 3 måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 4.3.1
- Nej..... gå til 5.1
- Ved ikke/ønsker ikke at svare..... gå til 5.1

4.3.1 Hvor ofte tager du stoffer som kokain, heroin eller amfetamin?

(Sæt kun ét kryds)

- Dagligt eller næsten dagligt.....
- Ugentligt.....
- Månedligt.....
- Mindre end en gang om måneden.....
- Ved ikke/ønsker ikke at svare.....

5. Mål med dit forløb

De sidste spørgsmål handler om dine personlige mål med dit CTI-forløb.

5.1 Hvilke områder af dit liv vil du gerne arbejde med i CTI-forløbet? Nedenfor er nogle eksempler på områder, som man kan arbejde med. Du er også velkommen til at skrive andre områder. Du kan angive op til tre mål/områder. *(Dette spørgsmål stilles kun første gang, borgerskemaet udfyldes).*

	Mål/område 1	Mål/område 2	Mål/område 3
Jobsituation			
Økonomi			
Alkohol, hash eller stoffer			
Psykisk helbred			
Fysisk helbred			
Bolig			
Uddannelse			
Tale bedre dansk			
Natværk (familie, venner mv.)			
Børn			
Håndtering af praktiske hverdagsting			
Andet, skriv hvad			

6. Status på mål med forløbet

Dette punkt udfyldes kun ved faseovergangene (3 og 6 måneder) og ved afslutningen af forløbet (9 måneder).

Første gang du udfyldte dette skema, angav du, at du har nogle personlige mål for dit forløb. *(CTI-medarbejderen genopfrisker målene sammen med borgeren).*

6.1 I hvor høj grad vil du mene, at du har nået en forbedring i forhold til de mål, som du satte dig ved starten af dit forløb? *Alle borgerens mål (max 3) skal vurderes.*

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Mål 1					
Mål 2					
Mål 3					

7. Skemaet er færdigt

Tak, fordi du tog dig tid til at besvare skemaet.

Bilag 4 Opfølgningsspørgeskema til borgeren

Opfølgningsskema (9 måneder efter forløbets afslutning)

Opfølgningsskemaet udfyldes af CTI-medarbejderen ved et opfølgende besøg hos borgeren. Besøget gennemføres 18 måneder efter forløbets opstart (svarende til 9 måneder efter forløbets planmæssige afslutning).

Borgerens navn/initialer og CPR nummer: _____

Navn på borgerens CTI-medarbejder: _____

Dato for udfyldelsen af opfølgningsskemaet: _____

Spørgsmålene under punkt 1 udfyldes af CTI-medarbejderen. Hvis der er opnået kontakt til borgeren, og borgeren ønsker at besvare opfølgningsskemaet, udfyldes resten af skemaet i samarbejde med borgeren.

1. Kontakt til borgeren ved 9 måneders opfølgning

1.1 Har det været muligt for CTI-medarbejderen at få kontakt til borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til 1.3

Nej..... gå til 1.2

1.2 Hvad er årsagen til, at CTI-medarbejderen ikke kan få kontakt til borgeren?

(Sæt gerne flere kryds)

Borgeren er bortrejst, flyttet eller lignende.....

Borgeren er indlagt.....

Borgeren besvarer ikke CTI-medarbejderens henvendelse (ønsker ikke kontakt).....

Borgeren er død.....

Andet, skriv hvad Fritekst

Ved ikke

1.3 Ønsker borgeren at besvare opfølgningsskemaet?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... gå til punkt 2

Nej..... Det øvrige skema udfyldes ikke.

2. Trivsel og helbred

De første spørgsmål handler om, hvordan du har det.

Trivselsindeks WHO-5

Angiv venligst, ved hvert af de 5 udsagn, det svar, der kommer tættest på, hvordan du har følt dig i de seneste 2 uger.

I de sidste 2 uger ...		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
2.1	... har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
2.2	... har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
2.3	... har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
2.4	... er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
2.5	... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

3. Arbejde, uddannelse og øvrige faste aktiviteter

De næste spørgsmål handler om arbejde, uddannelse og andre aktiviteter.

3.1 Tror du, at du kan klare et arbejde?

(Sæt kun ét kryds)

Jeg tror slet ikke, jeg kan klare at arbejde.....

Jeg tvivler meget på, at jeg kan klare at arbejde.....

Jeg er usikker på, om jeg kan klare at arbejde.....

Jeg er nogenlunde sikker på, at jeg kan klare at arbejde.....

Jeg er helt sikker på, at jeg kan klare at arbejde.....

Jeg er i arbejde gå til 3.3

Ved ikke/ønsker ikke at svare.....

Opfølgningsskema

3.2 I hvilket omfang deltager du i aktivering eller uddannelse?

(Sæt kun ét kryds)

- Hver dag.....
- 2-4 dage om ugen.....
- En enkelt gang om ugen.....
- 1-3 gange om måneden.....
- Sjældnere.....
- Deltager ikke i aktivering eller uddannelse
- Ved ikke/ønsker ikke at svare.....

3.3 I hvilket omfang deltager du i aktiviteter i hverdagen, hvor du møder andre mennesker? (eksempelvis sociale aktiviteter, kreative aktiviteter eller lignende).

(Sæt kun ét kryds)

- Hver dag.....
- 2-4 dage om ugen.....
- En enkelt gang om ugen.....
- 1-3 gange om måneden.....
- Sjældnere.....
- Aldrig
- Ved ikke/ønsker ikke at svare.....

4. Bolig

4.1 Hvor bor/overnatter du?

(Sæt kun ét kryds)

- I egen bolig (ejer- eller lejebolig)
- I en midlertidig udslusningsbolig
- I et lejet værelse.....
- Hos familie, venner, bekendte.....
- Hos en partner/kæreste.....
- På krisecenter
- På herberg eller forsorgshjem.....
- På gaden.....
- Andet, skriv hvad Fritekst

5. Netværk

5.1 Oplever du at kunne få støtte fra familie, venner eller en partner, når du har brug for hjælp?

(Sæt kun ét kryds)

- Min familie/venner/partner støtter mig næsten aldrig, når jeg har behov for det.....
- Min familie/venner/partner støtter mig ikke særlig tit, når jeg har behov for det.....
- Det svinger. Nogle gange støtter familie/venner/partner, andre gange ikke
- Min familie/venner/partner støtter mig for det meste.....
- Min familie/venner/partner støtter mig meget
- Ønsker ikke at svare

6. Tilbud

6.1 Er du tilknyttet nogle af følgende tilbud eller indsatser på nuværende tidspunkt? CTI-medarbejderen kan hjælpe med at forklare, hvis det er uklart, hvad der menes med de forskellige tilbud.

(Sæt gerne flere kryds)

- En lokal NGO
- Sociale initiativer eller andre aktiviteter (fx kreative tilbud)
- Mentor
- Sagsbehandler på jobcenteret.....
- Bostøtte, hjemmevejleder eller lign. efter servicelovens § 85
- Støtte-kontaktperson efter servicelovens § 99
- Social vicevært
- Aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104
- Psykiatrisk behandling.....
- Psykologbehandling.....
- Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme/plejebehov.....
- Alkoholbehandling
- Antabusbehandling.....
- Substitutionsbehandling for opiat/heroinmisbrug.....
- Social stofmisbrugsbehandling
- Administration af økonomi/kontanthjælp.....
- Andet, skriv hvad Fritekst

6.2 Er du stoppet i nogle tilbud, siden du afsluttede CTI-forløbet (de seneste 9 måneder).

(Sæt kun ét kryds)

- Ja..... gå til 6.3
- Nej..... gå til 6.4
- Ved ikke..... gå til 6.4

6.3 Hvis ja, hvad var årsagen til, at du stoppede? Skriv årsagen:

Opfølgningsskema

6.4 Hvis du har behov for hjælp i hverdagen, ved du så, hvem du kan kontakte, eller hvor du kan få hjælp?

(Sæt kun ét kryds)

Ja.....

Nej.....

Ved ikke.....

7. Skemaet er færdigt

Tak, fordi du tog dig tid til at besvare opfølgningsskemaet.

Bilag 5 Fidelitetsskema

Fidelitetsskema for CTI-metoden på projektniveau. CTI- og peer-støtte til socialt udsatte grønlændere

Skemaet måler fideliteten på projektniveau, dvs. en samlet vurdering af alle jeres CTI-forløb. Skemaet udfyldes af projektlederen i dialog med CTI-medarbejderne.

Målingen er baseret på selvurdering. Det er vigtigt, at der foretages en realistisk vurdering af fideliteten i projektet. Fidelitetsmålingen er, foruden en monitorering af fideliteten i indsatsen, også et redskab til refleksion i projektet over, om indsatsen udføres med en høj grad af fidelitet. Scoren for den enkelte kommune benyttes løbende (fx på netværksmøder) som et redskab til at styrke implementeringsprocessen.

I evalueringens afrapportering vil scoren for den enkelte kommune ikke kunne identificeres, men scoren på kommuneniveau indgår i en samlet analyse af, hvordan fideliteten påvirker resultaterne af indsatserne.

Det er projektlederens ansvar at inddrage CTI-medarbejderne i udfyldelsen af fidelitetsskemaet og sikre, at svarene indtastes i det elektroniske skema. Vi anbefaler, at projektlederen forud for indberetningen mødes med CTI-medarbejderne for sammen at gennemgå skemaet og diskutere fideliteten på de forskellige spørgsmål i skemaet. Herefter indberetter projektlederen scoren på hvert spørgsmål i det elektroniske skema. Fidelitetsmålingen gentages hver 6. måned gennem projektperioden. Resultaterne formidles efterfølgende til kommunerne med henblik på en fortsat styrkelse af implementeringen.

Skemaet består af en række udsagn, der alle vurderes på en fire-punkts skala, hvor 1 svarer til en lav grad af fidelitet, mens 4 svarer til en høj grad af fidelitet. For nogle udsagn er der en vurdering af, hvor stor en andel af borgerne der opfylder udsagnet. Her anvendes kategorierne 'under 40 %', '40-70 %', '70-90 %' og 'over 90 %'. Her skal projektlederen og medarbejderen i fællesskab *foretage en vurdering af, hvor stor en del af borgerne der opfylder det enkelte udsagn*. Det forudsættes altså ikke, at projektlederen og medarbejderne indhenter denne viden for hver enkelt borger. Målinger for hver enkelt borger bliver indhentet fra medarbejderskemaerne. Både målingen af fideliteten på projektniveau og de individuelle fidelitetsmål fra medarbejderskemaerne vil indgå i en samlet analyse af fideliteten af indsatsen.

	1	2	3	4	9
1. Der er maksimalt 10 borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder	Der er 20 eller flere borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder	Der er mellem 15 og 19 borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder	Der er mellem 11 og 14 borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder	Der er maksimalt 10 borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu
2. Der arbejdes systematisk efter indholdet af CTI-metodens tre faser (CTI-forløbet følger de tre faser omkring planlægning/ igangsættelse, afprøvning/tilpasning og overdragelse/forankring)	Der arbejdes ikke systematisk efter indholdet af CTI-metodens tre faser	Der arbejdes kun i begrænset grad systematisk efter indholdet af CTI-metodens tre faser	Der arbejdes i betydelig grad systematisk efter indholdet af CTI-metodens tre faser	Der arbejdes i høj grad systematisk efter indholdet af CTI-metodens tre faser	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu
3. De tre faser i CTI-indsatsen har samme længde på hver 3 måneder	De tre faser har samme længde, på hver 3 måneder, for under 40 % af borgerne	De tre faser har samme længde, på hver 3 måneder, for 40-70 % af borgerne	De tre faser har samme længde, på hver 3 måneder, for 70-90 % af borgerne	De tre faser har samme længde, på hver 3 måneder, for over 90 % af borgerne	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu
4. CTI-medarbejderen har mindst fire møder med borgeren i løbet af den første måned af fase 1 for at skabe kontakt og tillid og igangsætte forløbet	For under 40 % af borgerne har CTI-medarbejderen mindst fire møder med borgeren i løbet af den første måned i forløbet	For 40-70 % af borgerne har CTI-medarbejderen mindst fire møder med borgeren i løbet af den første måned i forløbet	For 70-90 % af borgerne har CTI-medarbejderen mindst fire møder med borgeren i løbet af den første måned i forløbet	For over 90 % af borgerne har CTI-medarbejderen mindst fire møder med borgeren i løbet af den første måned i forløbet	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu

5. CTI-medarbejderen og borgeren^[2] har i første fase mindst to møder med øvrige aktører omkring borgeren (fx sociale tilbud og kontaktpersoner på jobcenter eller socialcenter), som borgeren har behov for kontakt med	CTI-medarbejderen og borgeren har mindst to møder med øvrige aktører omkring borgeren for under 40 % af borgerne, i første fase	CTI-medarbejderen og borgeren har mindst to møder med øvrige aktører omkring borgeren for 40-70 % af borgerne, i første fase	CTI-medarbejderen og borgeren har i første fase mindst to møder med øvrige aktører omkring borgeren for 70-90 % af borgerne, i første fase	CTI-medarbejderen og borgeren har i første fase mindst to møder med øvrige aktører omkring borgeren for over 90 % af borgerne, i første fase	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu
6. CTI-medarbejderen varetager koordination til myndighedssagsbehandler, jobcenter og andre aktører	CTI-medarbejderen udfører koordination til myndighedssagsbehandler, jobcenter og andre aktører for under 40 % af borgerne	CTI-medarbejderen varetager koordination til myndighedssagsbehandler, jobcenter og andre aktører for 40-70 % af borgerne	CTI-medarbejderen varetager koordination til myndighedssagsbehandler, jobcenter og andre aktører for 70-90 % af borgerne	CTI-medarbejderen varetager koordination til myndighedssagsbehandler, jobcenter og andre aktører for over 90 % af borgerne	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu
7. Der følges op på CTI-indsatsen og dens fokusområder sammen med myndighed (socialcenter/jobcenter)	Der følges op på CTI-indsatsen og dens fokusområder sammen med myndighed for under 40 % af borgerne	Der følges op på CTI-indsatsen og dens fokusområder sammen med myndighed for 40-70 % af borgerne	Der følges op på CTI-indsatsen og dens fokusområder sammen med myndighed for 70-90 % af borgerne	Der følges op på CTI-indsatsen og dens fokusområder sammen med myndighed for over 90 % af borgerne	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu

^[2] Det forudsættes her, at sådanne møder afholdes sammen med borgeren. Der kan dog være situationer, fx pga. ustabilitet i borgerens liv, hvor det kan være en nødvendighed, at CTI-medarbejderen mødes uden borgeren med en anden aktør med henblik på fx at koordinere indsatsen.

Nedenstående spørgsmål kan først udfyldes fra 2. eller 3. fidelitetsmåling, når CTI-medarbejderne har erfaringer med at afslutte CTI-forløb.					
8. Der udarbejdes hen mod afslutningen af CTI-forløbet en langsigtet plan sammen med borgeren for en eventuel videre indsats	Der udarbejdes en langsigtet plan for en eventuel videre indsats for under 40 % af borgerne	Der udarbejdes en langsigtet plan for en eventuel videre indsats for 40-70 % af borgerne	Der udarbejdes en langsigtet plan for en eventuel videre indsats for 70-90 % af borgerne	Der udarbejdes en langsigtet plan for en eventuel videre indsats for over 90 % af borgerne	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu
9. Der afholdes i tredje fase et afsluttende møde mellem borgeren, CTI-medarbejderen og støttenetværket, hvor ansvaret for en eventuel videre indsats overdrages	Der afholdes et afsluttende møde mellem borgeren, CTI-medarbejderen og støttenetværket, hvor ansvaret for en eventuel videre indsats overdrages, for under 40 % af borgerne	Der afholdes et afsluttende møde mellem borgeren, CTI-medarbejderen og støttenetværket, hvor ansvaret for en eventuel videre indsats overdrages, for 40-70 % af borgerne	Der afholdes et afsluttende møde mellem borgeren, CTI-medarbejderen og støttenetværket, hvor ansvaret for en eventuel videre indsats overdrages, for 70-90 % af borgerne	Der afholdes et afsluttende møde mellem borgeren, CTI-medarbejderen og støttenetværket, hvor ansvaret for en eventuel videre indsats overdrages, for over 90 % af borgerne	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu
10. CTI-forløbet afsluttes efter 9 måneder	Forløbet afsluttes efter de 9 måneder for under 40 % af borgerne	Forløbet afsluttes efter de 9 måneder for 40-70 % af borgerne	Forløbet afsluttes efter de 9 måneder for 70-90 % af borgerne	Forløbet afsluttes efter de 9 måneder for over 90 % af borgerne	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu
11. Der etableres anden støtte (fx § 85-bostøtte, mentor, peer-støtte/frivillig støtte) for borgeren efter de 9 måneders CTI-forløb, hvis borgeren har behov for støtte	Der etableres ikke anden støtte til borgeren efter de 9 måneders CTI-forløb, selvom borgeren har behov for støtte	Der etableres kun sjældent anden støtte til borgeren efter de 9 måneders CTI-forløb, selvom borgeren har behov for støtte	Der etableres ofte anden støtte til borgeren efter de 9 måneders CTI-forløb, hvis borgeren har behov for støtte	Der etableres altid anden støtte til borgeren efter de 9 måneders CTI-forløb, hvis borgeren har behov for støtte	Ved ikke/kan ikke udfyldes endnu

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD