

APRIL 2017
SUNDHEDSSTYRELSEN

Afsluttende evaluering af "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper"

– TIDLIG OPSPORING OG INDSATSER I JOBCENTRE

APRIL 2017
SUNDHEDSSTYRELSEN

Afsluttende evaluering af "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper"

– TIDLIG OPSPORING OG INDSATSER I JOBCENTRE

HOVEDRAPPORT

PROJEKTNR.

A030436

DOKUMENTNR.

3

VERSION

02

UDGIVELSESDATO

BESKRIVELSE

UDARBEJDET

lrhv/nan/hle

KONTROLLERET

hle

GODKENDT

hle

INDHOLD

1	Indledning	7
1.1	Baggrund og formål	7
1.2	Metode og datagrundlag	9
1.3	Rapportens opbygning	11
2	Sammenfatning	12
2.1	Sammenfatning af hovedresultaterne	12
2.2	Sammenfatning af effekterne	14
2.3	Erfaringer og læringer	17
3	Tidlig opsporing af skadeligt alkoholforbrug - AUDIT	21
3.1	Indledning	21
3.2	Screeningsmetoden og indsatserne	21
3.3	Hvad kendetegner målgruppen?	28
3.4	Screeningsresultater	30
3.5	Øvrige resultater	35
3.6	Erfaringer og læringer	37
3.7	Effekt af indsatsen?	44
3.8	Forankring	51
4	Tidlig opsporing af mistrivsel – WHO-5	53
4.1	Indledning	53
4.2	Screeningsmetoden og indsatserne	53
4.3	Målgruppe	64
4.4	Screeningsresultater	65
4.5	Erfaringerne og læringer	74
4.6	Effekt?	82
4.7	Forankring	90

BILAG

Bilag A	Metode	93
A.1	AUDIT	93
A.2	WHO-5	93

Indhold

1 Indledning

Denne rapport indeholder resultaterne af den afsluttende evaluering af de projekter, der har fået midler fra den 4. udmøntning af satspuljen "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper" til at gennemføre en indsats i forhold til **tidlig opsporing og indsats i jobcentre**.

Fokus i evalueringen er på de opnåede resultater, effekter og læringer, samt på de dele af projekterne, der forankres. Udover den afsluttende evaluering er der gennemført en midtvejsevaluering i 2014, hvor fokus i højere grad var på processdelen og dermed på, hvordan indsatsen er blevet implementeret, herunder hvordan indsatsen har været organiseret.

Baggrund

1.1 Baggrund og formål

Som en del af satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2009-2012 blev der afsat 72,1 mio. kr. til en styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper. Puljen skal overordnet bidrage til, at socialt udsatte og sårbare personer får bedre mulighed for aktivt at påvirke egen og familiens sundhed og helbred¹.

Formålet med **puljen** er mere konkret:

- > at understøtte forebyggelses- og sundhedsfremmende tiltag og indsatser, der fremmer bedre kvalitet og sammenhæng i den social- og sundhedsfaglige indsats for socialt udsatte og sårbare grupper.
- > at fremme indsatser, som medvirker til at mindske den sociale ulighed i sundhed og bryde den negative sociale arv².

¹ Jf. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2009/socialt-udsatte-og-saarbare-grupper/4-udmoentning>

² Sundhedsstyrelsens udmøntning af satspulje "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper", 2012.

Puljen er blevet udmøntet ad fire omgange i henholdsvis 2009, 2010, 2011 og senest i 2012. Denne evaluering omhandler den fjerde og seneste udmøntning.

Den 4. udmøntning af puljen

Udmøntningen i 2012 blev forestået af Sundhedsstyrelsen og omfattede i alt 30 mio. kr.

I modsætning til tidligere udmøntninger i puljen er både målgruppe, proces og arena detaljeret beskrevet i forbindelse med den fjerde udmøntning af satspuljen.

Fokus i 2012 udmøntningen

Fokus i 2012 udmøntningen har været på **tidlig opsporing** af mentale sundhedsproblemer hos socialt udsatte og sårbare **blandt henholdsvis ledige og skolebørn**.

Konkret har der været sat fokus på følgende to temaer:

- > **Tema 1:** Tidlig opsporing og indsatser i jobcentre
- > **Tema 2:** Fremme af mental sundhed og trivsel blandt skolebørn.

Formålet med de to overordnede indsatsområder

Formålet med **tema 1** er at øge jobsøgendes muligheder for at komme i støttet eller ordinær beskæftigelse gennem en **tidlig opsporing** og en **differentieret indsats** overfor hhv. mentale helbredsproblemer og alkoholproblemer.

Formålet med **tema 2** er at **forebygge** mistrivsel, dårlig sundhed og risikoadfærd blandt børn og unge ved at styrke trivselsindsatserne på skolerne, samt at **styrke opsporing** af og **indsatser** overfor børn, der allerede mistrives. De indsatser, der iværksættes skal være evidensbaserede.

Denne evaluering indeholder resultaterne af den afsluttende evaluering af **tema 1 – Tidlig opsporing og indsatser i jobcentre**.

Resultaterne af den afsluttende evaluering af tema 2 findes i en selvstændig rapport.

Projektkommunerne under tema 2

I alt har syv kommuner modtaget puljemidler under tema 1. Nogle af kommunerne har modtaget midler til en indsats rettet mod tidlig opsporing af både mistrivsel og alkoholproblemer, mens andre alene har fået midler til tidlig opsporing af enten mistrivsel eller alkoholproblemer. Af tabellen nedenfor fremgår det hvilke kommuner, der har modtaget midler og hvilke indsatsområder, de har modtaget midler til.

Tabel 1-1 Deltagende kommuner og indsatsområder

Kommune	Screening for alkohol	Screening for mistrivsel
Faxe	x	
Kolding		x
Norrdjurs og Favrskov		x
Hørsholm	x	x
Vordingborg	x	

Desuden modtog Odsherred Kommune også midler fra puljen, men trak sig efterfølgende fra projektet. Randers er desuden udgået af samarbejdet med Norddjurs/Favrskov Kommuner. I Norddjurs og Favrskov var der oprindeligt fokus på både alkohol og trivsel. Sønderborg Kommune deltog også oprindeligt, men blev stoppet på Sundhedsstyrelsens foranledning, da der ikke var fremdrift nok i projektet.

Målgruppe

Målgruppen var i projektopslaget ledige i matchgruppe 2, som er i risiko for at fjerne sig fra arbejdsmarkedet. I forbindelse med arbejdsmarkedsreformen er målgruppen blevet omdefineret til at være:

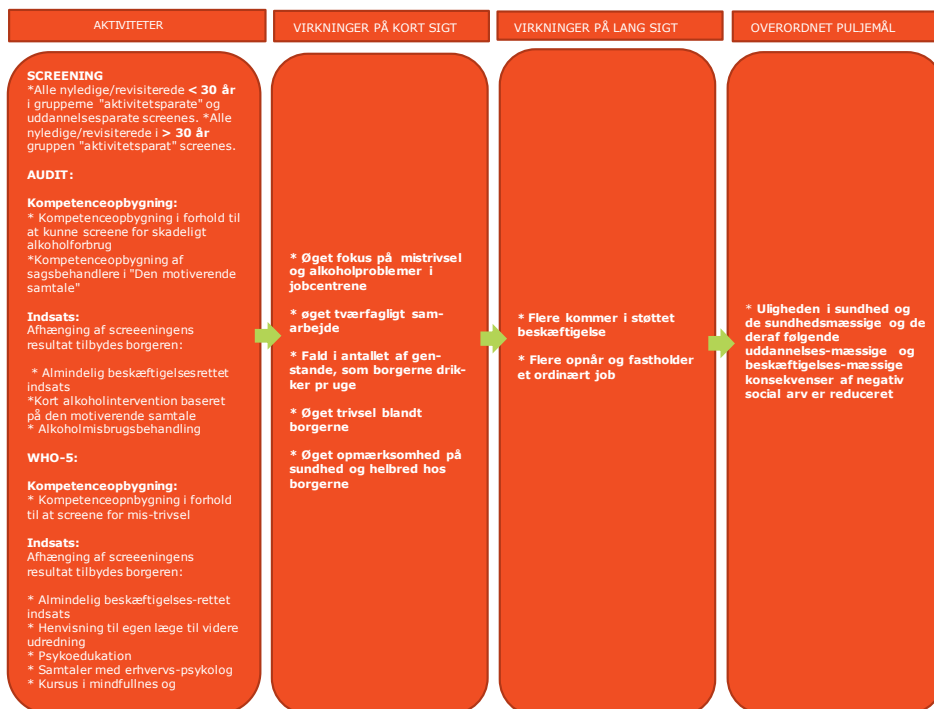
- > **Borgere < 30 år:** Alle nyledige/revisiterede i grupperne "aktivitetsparate" og uddannelsesparate screenes.
- > **Borgere > 30 år:** Alle nyledige/revisiterede i gruppen "aktivitetsparat" screenes.

1.2 Metode og datagrundlag

Typen af evalueringer

Evalueringen af 2012-udmøntningen består af en proces- og en effektevaluering og er baseret på nedenstående forandringsteori.

Tabel 1-2 Forandringsteorien for projekterne under tema 1



Procesevalueringen har haft fokus på de aktiviteter, der er blevet gennemført og de resultaterne, der er kommet ud af den tidlige opsporing og indsats i job-

centrene, mens **effektevalueringen** har fokus på virkningerne på kort og lang sigt, herunder på hvor sandsynligt det er, at de gennemførte aktiviteter og opnåede resultater og effekter vil resultere i, at uligheden i sundhed reduceres på lang sigt.

Som det fremgår af forandringsteorien, så består aktiviteterne i jobcentrene både af kompetenceopbygning af de medarbejdere, der skal forestå screeningen og indsatserne og af gennemførelsen af selve screeningen og de konkrete indsatser.

De forskellige aktiviteter forventes på den korte bane at resultere i, at deltagerne reducerer deres alkohol forbrug og/eller opnår en øget trivsel, herunder en øget opmærksomhed på sammenhængen mellem sundhed og trivsel. Herudover forventes aktiviteterne at resultere i, at der kommer øget fokus på skadeligt alkoholforbrug og mistrivsel i jobcentrene, og et øget tværfagligt samarbejde internt i kommunerne mellem jobcentret og social- og sundhedsområdet. På den længere bane forventes disse resultater at medføre, at flere kommer i støtte beskæftigelse og/eller opnår og fastholder et ordinært job.

Datagrundlag

Fokus i denne evaluering er både på de erfaringer og læringer, der er gjort i forbindelse med implementeringen af screeningen og indsatserne, og på virkningerne på kort og lang sigt.

Evalueringen af de læringer og erfaringer projekterne har gjort i forbindelse med implementeringen er baseret på midtvejsevalueringen, de årlige statusrapporter og afsluttende rapporter samt afsluttende interviews med de enkelte projekter.

Tabellen nedenfor indeholder en beskrivelse af de datakilder, som danner grundlag for evalueringen af virkningerne på kort og lang sigt, og dermed af effekten af screeningen og indsatserne.

Tabel 1-3 De datakilder, der er anvendt som grundlag for vurderingen af virkningerne på kort sigt

VIRKNINGER PÅ KORT SIGT	DATAKILDER
<ul style="list-style-type: none"> * Fald i antallet af genstande, som deltagerne i projektet drikker * Øget trivsel blandt deltagerne i projektet * Øget opmærksomhed på sammenhængen mellem sundhed og trivsel blandt deltagerne * Øget fokus på mistrivsel og alkoholproblemer blandt medarbejderne i jobcentrene * Øget tværfagligt samarbejde i kommunerne 	<ul style="list-style-type: none"> > Projekternes årlige statusrapporter og afslutningsrapporter. > Projektbesøg og interview med projektlederne og centrale nøglepersoner. > Resultaterne af før og efter screeningerne.
VIRKNINGER PÅ LÆNGERE SIGT	DATAKILDER
<ul style="list-style-type: none"> * Flere kommer i støttet beskæftigelse * Flere opnår og fastholder et ordinært job 	<ul style="list-style-type: none"> > Registerdata på individniveau fra Danmarks Statistik koblet med resultaterne af screeningerne.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten består foruden dette kapitel af 3 kapitler:

Kapitel 2 indeholder en sammenfatning af hovedresultaterne af evalueringen.

Kapitel 3 indeholder resultaterne af den afsluttende evaluering af de projekter, der har iværksat tidlig opsporing af alkoholproblemer.

Kapitel 4 indeholder resultaterne af den afsluttende evaluering af de projekter, der har iværksat tidlig opsporing af mistrivsel.

2 Sammenfatning

Indhold

Dette kapitel indeholder en sammenfatning af hovedresultaterne af den samlede evaluering af den 4. udmøntning af satspuljen.

2.1 Sammenfatning af hovedresultaterne

Screening og målrettede indsats har reduceret alkoholforbruget og øget trivsel signifikant

Overordnet viser evalueringen, at det er **muligt at reducere alkoholforbruget og øge trivslen væsentligt** hos ledige med et konstateret stort eller skadeligt alkoholproblem og/eller med risiko eller stor risiko for depression eller stressbelastning, ved at sætte ind med målrettede sundheds- og beskæftigelsesindsatser. De ledige i denne gruppe er typisk ofte samtidigt kendetegnet ved at have en meget lang ledighed bag sig og flere tungtvejende sociale- og sundhedsmæssige problemer, hvilket sætter resultaterne i perspektiv.

Samtidig tyder evalueringen på, at **lediges trivsel har betydning for deres efterfølgende chancer for at komme i gang med uddannelse eller arbejde**. Selvom der er knyttet et hvis forbehold overfor disse resultater, fordi det kun er en begrænset del af de ledige, der har deltaget i opfølgningen på den tilbudte intervention, så indikerer resultaterne, at det er væsentligt at have fokus på de lediges trivsel i forbindelse med beskæftigelsesindsatsen.

For borgere, der slår ud på AUDIT screeningen (alkohol screeningen) består indsatserne enten af en beskæftigelsesrettet indsats suppleret med en kort alkohol intervention eller egentlig alkoholmisbrugsbehandling. For borgere, der slår ud på WHO-5 screeningen (mistrivsels screeningen), består indsatsen - alt efter scoren - af kursus i mindfulness/stresshåndtering, et mentorforløb som en integreret del af beskæftigelsesindsatsen eller udredning hos egen læge og/eller deltagelse i kursusforløb omkring håndtering af dagligdag og egenomsorg (psykoedukation). Indsatserne over for de borgere, der mistrives, har typisk samtidig bestået af et forløb med særlig fokus på mental sundhed og sundlivsstil.

AUDIT screeningen og indsatsen har betydet et **signifikant fald i alkoholindtaget**

Konkret viser resultaterne af evalueringen, at de borgere, der har modtaget en målrettet alkoholindsats **i gennemsnit har reduceret deres alkoholforbrug i forbindelse med alkoholindtagelse med 2,9 genstande** i perioden fra startscreeningen til slutscreeningen. Det dækker over et fald på 3,9 genstande i Faxe Kommune og 1,6 genstande i Vordingborg Kommune.

WHO-5 screening og indsatsen har betydet en **signifikant stigning i trivlsen**

Tilsvarende viser evalueringen, at de borgere, som har modtaget en målrettet trivselsindsats i gennemsnit har forøget deres score med 20 point i perioden fra start- til slutscreeningen. For at sætte dette tal i perspektiv skal det nævnes, at den gennemsnitlige score ved den indledende screening var 35 og at den gennemsnitlige score for befolkningen som helhed er 68. Selvom borgerne i gennemsnit forsat har en lavere trivsel end befolkningen som helhed efter at have deltaget i indsatsen, er der tale om en væsentlig ændring. En forøgelse (eller forringelse) på 10 point i forbindelse med kliniske indsatser regnes således for en klinisk signifikant forskel, dvs. en forskel i trivsel, der er så stor, at den kan tilskrives indsatsen³. Det skal samtidigt nævnes, at tallene dækker over, at der er langt flere af de borgere, der har deltaget i den opfølgende screening, der har haft en positiv udvikling i scoren end en negativ udvikling. 79 % har således oplevet en positiv udvikling i scoren, mens 12 % har oplevet en negativ udvikling.

De der havde dårligst trivsel er blevet hjulpet mest af indsatsen

Interessant i denne sammenhæng er endvidere, at der kan konstateres en svag tendens til, at det især er borgere, der scorede lavt ved den indledende screening, der er blevet løftet mest i trivselsindekset ved den opfølgende screening, og dermed har opnået det største udbytte af indsatsen.

Vi har derimod ikke fundet statistisk sammenhæng mellem borgernes ledighedsgrad i de tre foregående år og udviklingen i trivselsindekset. Det vil sige, at borgere med f.eks. høj forudgående ledighed ikke får det bedre i løbet af interventionen end borgere med lavere forudgående ledighed. Det ser således ikke ud til, at længden af den forudgående ledighedsperiode har betydning for i hvilket omfang borgerne får det bedre.

Målgrupperne har været væsentlig svagere end forventet

Resultaterne af begge screeninger og tilhørende indsatser sættes endvidere yderligere i perspektiv, når der tages højde for, at der er tale om en gruppe af borgere, som befandt sig relativt langt væk fra arbejdsmarkedet, da de blev visiteret til projektet.

Målgruppen var fra start defineret som ledige i matchgruppe 2, men blev i forbindelse med implementeringen af kontanthjælpsreformen ændret til nyledige og revisiterede aktivitetsparate og uddannelsesparate. Denne målgruppe er pr definition hverken jobparat eller umiddelbart uddannelsesparat og har typisk andre problemer end manglende beskæftigelse eller uddannelse. Derfor var forventningen også fra start, at der særligt blandt denne gruppe ville være borgere med alkohol og/eller mistrivselsproblemer, som det ville være vigtigt at få opsporet og sat ind overfor så tidligt som muligt. Det viste sig imidlertid, at gruppen var langt svagere end forventet. Således har langt den overvejende del af gruppen vist sig at være revisiterede, som har været i systemet i mange år. I Kolding, Norddjurs og Favrskov er erfaringen, at borgerne i gennemsnit har været ledige i gennemsnit 10,5 år.

³ Sundhedsstyrelsen: Guide til trivselsindekset: WHO-5.
<http://www.sst.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>

De borgere, der har mistrivselproblemer er typisk mindre ressourcestærke end de der har alkoholproblemer

Analyserne af deltagerne i forbindelse med denne evaluering viser i tråd hermed, at knap 2/3 af deltagerne i alkoholindsatserne har været ledige i mere end halvdelen af tiden de sidste 3 år, mens det gælder knap 3/4 af deltagerne i mistrivselindsatserne. Disse resultater indikerer samtidigt, at **de borger, der har deltaget i mistrivselindsatserne er mindre ressourcestærke end de borgere, der har deltaget i alkoholindsatserne.**

Det skal dog bemærkes, at deltagerne i alkoholindsatserne i Vordingborg både er væsentlig yngre end deltagerne i alkoholindsatserne i Faxe og Hørsholm gennemsnitlig betragtet, og i tråd herved har været ledige i kortere tid. 2/3 er således mellem 18 og 29 år i Vordingborg mod henholdsvis 17 % og 22 % i Hørsholm og Faxe.

Især mænd, borgere uden (hjemmeboende) børn, unge under 29 år og personer, der har været ansat i bygge og anlægsbranchen, der har et alkoholproblem

Kigger vi nærmere på, hvad der kendetegner de borgere, der har scoret over 8 i AUDIT og/eller 35 eller derunder i WHO-5, og dermed på hvem det mere konkret er, der typisk har et stort eller skadeligt alkoholproblem og/eller en meget lav trivsel, så viser resultaterne, hvad angår de personer, der scorer 8 eller derover i AUDIT, at det i højere grad er

- > **mænd** end kvinder.
- > **ledige borgere uden børn – og specielt hjemmeboende og enlige uden børn** end ledige med børn.
- > **unge under 29 år** end ledige mellem 30 og 39 år.
- > borgere der i forbindelse med deres seneste ansættelse som **lønmodtager, arbejdede inden for bygge- og anlægsbranchen** end borgere, der har været ansat i andre brancher.

Især enlige uden børn, borgere med 3 eller flere børn samt indvandrere og efterkommere, der især har en lav trivsel

Hvad angår de borgere, der har opnået en score på 35 og derunder i WHO-5, og dermed er kendetegnet ved at have en risiko eller stor risiko for depression eller stressbelastning, så viser analysen, at det i højere grad er

- > **enlige med børn** end enlige uden børn.
- > **borgere med 3 eller flere børn** end borgere med færre eller ingen børn.
- > **indvandrere og efterkommerne** end personer med dansk oprindelse.

Deltagerne i alkoholindsatserne er således oftere mænd end kvinder og har typisk ingen børn, mens det omvendte gør sig gældende, hvad angår deltagerne i mistrivselindsatserne.

2.2 Sammenfatning af effekterne

Taget i betragtning, at der er tale om en relativt svag målgruppe, som typisk har en række forskellige tungtvejende problemer og ofte ikke været på arbejdsmarkedet i en del år, er det nok heller ikke så overraskende, at **andelen som er kommet i beskæftigelse 12 måneder efter den seneste screening ikke er særlig høj.**

Det forhold at der har været tale om en relativt ressourcesvag gruppe betyder, at projektteamet har skullet bruge forholdsmæssig lang tid på at opnå tillid hos deltagerne og ofte også på at motivere dem til at deltage i indsatserne, samt på at øge deres selvværd. Det betyder, at der ofte er gået et stykke tid inden, det har været muligt at drøfte selvforsørgelse med dem. Derfor er det heller ikke forventeligt, at beskæftigelseseffekten er meget høj.

2.2.1 Effekter af alkoholindsatserne

14% af dem, der deltog i den indledende screening var i beskæftigelse 12 mdr. efter den seneste screening

14 % af de ledige i Faxe og Vordingborg kommuner, der deltog i den indledende alkohol screening, var i beskæftigelse 12 måneder efter den seneste screening⁴. Beskæftigelse omfatter i denne sammenhæng både ordinær beskæftigelse som lønmodtager, beskæftigelse i fleksjob og beskæftigelse med løntilskud.

Ledighedsgraden giver et lidt mere præcist udtryk for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet efter den seneste screening, dels fordi ledigheden både reduceres, når borgeren begynder på en uddannelse og kommer i beskæftigelse⁵, dels fordi ledighedsgraden måles over en længere periode, her i en periode på ca. 9 måneder (39 uger) efter seneste screening. Ledighedsgraden er udtryk for, hvor mange af ugerne i denne periode, borgerne har været helt eller delvist ledige.

Analyserne viser i denne henseende, at de ledige i Faxe og Vordingborg i gennemsnit har været ledige i ca. 75 % af ugerne de første 9-måneder efter den sidste screening.

Når vi tager højde for alle de baggrundsforhold, der indgår i analysen, er det alene borgerens **køn, alder, familietype, og ledighedsgraden i de seneste tre år før** den indledende screening, der har signifikant statistisk sammenhæng med ledighedsgraden i en periode på 9 måneder efter den seneste screening.

Mænd, unge under 29 år, gifte/samlevende med (hjemmeboende) børn og borgere med lav forudgående ledighed er ofte mindre ledige 9 mdr. efter

Mænd har alt andet lige en lavere ledighedsgrad end kvinderne i perioden. De unge under 29 år har en lavere ledighedsgrad end de 30-49 årige, borgere der er gifte eller samlevende og har børn, der er hjemmeboende, har lavere ledighedsgrad end enlige uden børn, og jo lavere ledighedsgraden er i en periode på tre år før den indledende screening, jo lavere er den også i perioden på 9 måneder efter den seneste screening. Sagt med andre ord så er mænd, unge under 29 år, gifte og samlevende med hjemmeboende børn, borgere med en lav ledighedsgrad tre år før den indledende screening i højere grad blevet selvforsørgende end kvinder, de 30-49 årige, enlige uden børn og ledige med høj ledighed de sidste 3 år før den første screening, når vi ser på de første 9 måneder efter den seneste screening.

⁴ En del af borgerne deltog alene i den indledende screening. Enten fordi deres alkoholforbrug ikke var så højt, eller fordi de ikke ønskede eller fik tilbudt deltagelse i den opfølgende screening. Med den seneste screening mener vi således, den seneste af de screeninger for alkoholforbrug, som borgeren deltog i.

⁵ Ledigheden reduceres dog også, hvis borgerne direkte forlader arbejdsmarkedet.

Resultaterne tyder samtidigt på, at når vi måler tilknytningen til arbejdsmarkedet med udgangspunkt i ledighedsgraden i en periode efter den seneste screening, så har borgerens alkoholforbrug ingen betydning for i hvilket omfang borgeren er blevet selvforsørgende.

2.2.2 Effekter af mistrivselsindsatserne

Hvad angår de borgere, der har deltaget i mistrivselsindsatserne, er andelen, der er kommet i beskæftigelse 12 måneder senere lavere, end for de borgere der har deltaget i alkoholindsatserne.

8 % af de ledige, der deltog i den indledende screening, i beskæftigelse 12 måneder efter den seneste screening

Mere konkret var **kun 8 % af de ledige, der deltog i den indledende screening, i beskæftigelse 12 måneder efter den seneste screening**. Beskæftigelse vil både sige ordinær beskæftigelse, beskæftigelse i fleksjob og beskæftigelse med løntilskud.

Ledighedsgraden giver, som nævnt, et lidt mere præcist udtryk for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet og viser, hvor mange af ugerne borgerne har været helt eller delvist ledige i en periode på 9 måneder efter den seneste screening for trivsel.

Den gennemsnitlige ledighedsgrad er 86,6 % blandt de borgere, der deltog i den indledende screening. Det svarer til, at borgerne har været ledige i ca. 87 % af ugerne i 9-måneders perioden siden seneste screening.

Borgernes seneste score har betydning for den efterfølgende ledighed

Resultatet af analyserne - når vi tager højde for de øvrige baggrundsforhold - er at **borgernes seneste score i trivselsindekset har betydning for den efterfølgende ledighed**. Det samme har **borgerens alder, kommune og ledighedsgrad i tre år før den indledende screening**.

Borgere, der trives har en lavere ledighedsgrad -> øget trivsel kan reducere omfanget af ledighed

Borgere, der scorede over 50 i den seneste screening har således en lavere ledighedsgrad i den efterfølgende 9 måneders periode. Resultatet tyder dermed på, at **borgernes trivsel har betydning for deres efterfølgende chancer for at komme i gang med uddannelse eller arbejde**.

Det forhold, at en del af de ledige fortsat scorer under 50 i den opfølgende screening efter interventionen indikerer således, at der kan være behov for at sætte yderligere ind med det mål at øge trivslen endnu mere. De har typisk allerede rykket sig væsentligt, men skal sandsynligvis rykkes endnu mere i forhold til at opnå en synlig effekt på arbejdsmarkedstilknytningen.

Resultaterne viser endvidere, at borgerne i Kolding kommune i højere grad end borgere i de øvrige kommuner er ledige i den 9 måneder lange periode efter den seneste screening, og det selv om vi tager højde for de nævnte baggrundsfaktorer, herunder borgernes ledighedsgrad tre år før den indledende screening. Det kan hænge sammen med, at Kolding først kobede interventionen og dermed de sundhedsfaglige indsatser med erhvervsrettede indsatser i forbindelse med de ændringer, de foretog efter den oprindelige projektperiode. Ændringerne skete fordi de havde konstateret, at såfremt de erhvervsrettede indsatser ikke ligger i

direkte forlængelse af indsatsforløbet er der risiko for, at effekten falder. I Norddjurs og Favrskov har der allerede i projektperioden været fokus på job og uddannelses afklaring og på at overgangen fra projektet til den efterfølgende beskæftigelsesrettede indsats. Resultaterne her indikerer således, at det er vigtigt, at de sundhedsfaglige indsatser kombineres med beskæftigelsesrettede indsatser, samt at disse helst skal ligge som en del af indsatsen eller i direkte forlængelse af indsatsen.

Endelig viser analysen, at specielt borgere med en ledighedsgrad på 80-100 % i en periode på tre år før den indledende screening har højere ledighedsgrad i perioden på 9 måneder efter den seneste screening end borgere med lavere ledighedsgrader i den indledende periode.

Vi har ikke fundet tegn på, at deltagerne med lav trivsel er kommet tættere på arbejdsmarkedet end andre aktivitetsparate

For at få en vurdering af, om borgerne i interventionsgruppen – dvs. de borgere, der scorede under 50 i den indledende screening og som deltog i en intervention og en opfølgende screening – er kommet tættere på arbejdsmarkedet end andre aktivitetsparate, har vi foretaget analyser blandt borgere i interventionsgruppen, hvis indledende screening blev foretaget i 2014. Referencegruppen (kontrolgruppen) består af aktivitetsparate ikke-deltagere fra kommuner i samme klynge, dvs. med sammenlignelige vilkår i relation til kontanthjælp, som de kommuner interventionsgruppen kommer fra.

I de foretagne analyser har vi ikke fundet tegn på, at interventionsgruppen er kommet tættere på arbejdsmarkedet end de øvrige aktivitetsparate. Det kan hænge sammen to forhold. For det første omfatter interventionsgruppen i modsætning til gruppen af øvrige aktivitetsparate udelukkende borgere, der har en meget lav trivsel. Dette kan, som nævnt have betydning for, hvor hårdt borgerne bliver ramt af ledighed. De gennemførte analyser, der alene bygger på registerbaserede oplysninger, tager næppe tilstrækkeligt højde for dette forhold. For det andet har vi i disse analyser – for interventionsgruppen vedkommende – været nødt til at måle tilknytningen til arbejdsmarkedet i en periode, der også omfatter interventionsperioden. Dette forhold kan ligeledes være en del af årsagen til resultatet. Omvendt kan resultaterne fortolkes positivt, således forstået, at det er positivt, at borgerne i interventionsgruppen i lige så høj grad er blevet selvforsørgende, som gruppen af øvrige aktivitetsparate, taget i betragtning, at de alt andet lige i gennemsnit har et lavere trivselsniveau.

2.3 Erfaringer og læringer

De deltagende projekter har gjort en række erfaringer og læringer i forbindelse med implementeringen af projekterne. Disse præsenteres neden for i bulletform.

- > I starten var det meningen, at det var alle sagsbehandlere/vejledere i hovedparten af jobcentre, som skulle screene målgruppen og spørge ind til de lediges alkoholforbrug/trivsel. Men det viste sig relativt tidligt i projektperioden, at det betød, at der ikke blev screenet et tilstrækkeligt antal, fordi jobcentre på det pågældende tidspunkt havde travlt med at implementere først førtidspensionsreformen og dernæst kontanthjælpsreformen. Derfor valgte Vordingborg, Norddjurs og Hørsholm at samle screeningerne

på færre hænder. I Vordingborg blev det lagt ud til en udførerenhed ("Min Vej"), mens det i Norddjurs blev lagt ud til en psykolog hos den private aktør (Akantus), der ligeledes havde ansvaret for indsatserne. I Hørsholm blev ansvaret overdraget til to medarbejdere. I både Favrskov og Kolding havde man allerede valgt denne model fra start. I Kolding var det projektets psykolog, der screenede de visiterede borgere, mens det i Favrskov var en fast socialrådgiver gennem hele projektførelsen. Kun i Faxe har det hele tiden været alle sagsbehandlere, der skulle spørge ind til borgernes alkoholvaner. Fordelen ved at have screeningen på færre hænder er, at screeningen og scoringen foretages mere ensartet. Ulempen er, at ikke alle sagsbehandlere får opmærksomheden på alkohol- og mistrivselproblemer ind under huden.

- > Erfaringerne viser endvidere, at mange af sagsbehandlerne havde **svært ved at spørge ind til borgernes alkoholforbrug og/eller trivsel** i forbindelse med den første eller anden samtale. I takt med at sagsbehandlerne har fået mere viden om de to problemstillinger igennem kurser/oplæg og mere øvelse i at spørge ind, er det blevet lettere.
- > Det er en god idé at have **materiale i form Go-cards, foldere, roll-ups mv. liggende/stående fremme i venterummet på Jobcentret**, så borgerne kan orientere sig i, hvilke tilbud Jobcentret har på sundhedsområdet. Materialet kan samtidigt have den funktion, at borgerne "ubevidst" adviseres om, at alkohol og/eller mistrivsel er noget, der tales om i Jobcentret, og sagsbehandlerne kan i løbet af samtalen med borgeren henvise til materialet i venterummet.
- > Det er **vigtigt, at sagsbehandlerne samtidigt besidder de rette kompetencer** i forhold til både at kunne tage dialogen om alkohol/mistrivsel og motivere borgeren til at reducere forbruget/øge trivslen, herunder eventuelt gå i behandling/blive udredt.
- > **I Faxe har de gode erfaringer med at uddanne ambassadører i den Motiverende Samtale (MI)**, som kan sikre løbende fokus på alkohol på og en mulighed for, at sagsbehandlerne har nogen at sparre med herom løbende.
- > **Borgerne havde ofte en tendens til ikke at svare helt ærligt** og gøre deres resultater lidt bedre, end de måske reelt var. Årsagen hertil var bl.a., at de frygtede for, hvilken betydning resultaterne af screeningen ville få for deres ydelse. Det er i denne henseende flere jobcentres erfaring, at det er en fordel, at screeningen ikke placeres i myndighedsfunktionen, men i stedet i en udførerenhed, hvor det ofte kan være lettere at etablere den nødvendige tillid.
- > **Tillid spiller således en væsentlig rolle for, om borgerne vil gennemføre screeningen**, og for hvor ærligt borgeren udfylder screeningen, hvorfor det ikke nødvendigvis giver mening at screene i forbindelse med den første samtale. Samtidigt er det vigtigt, at der sættes ind så tidligt som muligt, således at problemet ikke kommer til at udgøre en barriere for den lediges muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det handler således

om at finde både de rette personer, det rette sted og det rette tidspunkt til at foretage screeningen.

- > Erfaringerne fra projektet er endvidere, som nævnt ovenfor, at **deltagerne typisk har været langt mere ressourcetsvage end forventet**, hvilket har betydet, at det har været nødvendigt at bruge en del ressourcer på skabe den nødvendige motivation blandt deltagerne for at deltage i indsatsen. Det har især vist sig svært at få deltagerne til at deltage i motionsdelen.
- > Den manglende motivation er bl.a. kommet til udtryk ved lav mødestabilitet. For at komme dette til livs har Jobcenter Kolding i forbindelse med omlægningen af deres projekt indført større grad af **fast struktur og klare rammer**. Erfaringerne fra Kolding er, at indsatsforløbene skal ligge i en fast struktur og det skal være klart, at hvis borgerne ikke møder op et vis antal gange, så kan de ikke fortsætte.
- > Det er samtidigt en læring, at det er **nødvendigt, at indsatsen både er fleksibel og individuel**, givet målgruppens ressourcer og sygdomshistorik. Hvis borgeren har en særlig motivation for mindfulness frem for psykoedukation eller har været i behandling i mange år og derfor i stedet ønsker mindfulness frem for psykoedukation, så skal der være plads til det.
- > Det er endvidere læringen, at det er **nødvendigt at tage små skridt ad gangen** og ikke presse mere ned over borgeren, end vedkommende kan klare, men samtidigt sætte hurtigt ind, når borgeren er klar. Det kan eksempelvis være, når borgeren er klar til at starte på et rygestopkursus eller andet, så skal der være en, der griber bolden med det samme og får tilmeldt borgeren til rygestopkursus.
- > Selvom en del af deltagerne har været skeptiske og demotiverede fra start, har de generelt været **glade for, at jobcentret interesserede sig for deres alkoholforbrug og/eller mistrivsel, og for at blive set og hørt**.
- > En fælles erfaring på tværs af projekterne er endvidere, at målgruppen burde have været bredere end kun de aktivitetsparate og de uddannelsesparate. Der er flere grunde hertil. For det første findes mistrivselproblemer og alkoholproblemer ikke kun blandt aktivitetsparate og uddannelsesparate – omend forekomsten sandsynligvis er højere blandt denne gruppe, men de har typisk eksisteret i en årrække. Ved at fokusere på denne målgruppe er der således **reelt ikke tale om tidlig opsporing**.
- > Uanset om der er tale om personer, der har været i systemet i en del år eller der reelt er tale om nyledige, så vil en del af de personer, der har alkoholproblemer eller mistrivselproblemer, ofte også have andre tungtvæjende sociale og/eller sundhedsmæssige problemer. Konkret kan **screeningen for alkohol med fordel kombineres med screeninger og indsatser overfor mistrivsel**. Erfaringerne fra Hørsholm Kommune viser således, at indsatser overfor mistrivsel ofte reducerer eller helt fjerner eventuelle alkoholproblemer.

- > Uanset at det har været et selvstændigt mål tidligt at opspore skadeligt alkoholforbrug eller mistrivsel blandt aktivitets- og uddannelsesparate, så understreger alle projekterne, at det er vigtigt ikke kun at have fokus på de sundhedsmæssige aspekter. **Der skal også være fokus på, at målet i den sidste ende er selvforsørgelse.** Erfaringerne her er, at opmærksomheden på selvforsørgelse ikke må være afkoblet fra opmærksomheden på alkohol og trivsel, og dermed ikke være noget, der først sker, når borgeren er tilbage i det almindelige forløb. Tværtimod skal det helst sikres, at de to ting går hånd i hånd, således at den opnåede bedre trivsel/mindre alkohol forbrug bruges som udgangspunkt for at tale om mulighederne for at blive selvforsørget. Samtidig er det erfaringen, at **uddannelse og job i sig selv kan være med til at forstærke den opnåede øgede selvværd, motivation og trivsel.** I denne proces lægger især trivselsprojekterne stor vægt på, at det er borgerne selv, der skal være med til at tage ansvar for egen udvikling, samt at borgerne i den proces støttes af en jobcoach/erhvervspsykolog eller lignende med kendskab til både målgruppen og til mulighederne på arbejdsmarkedet.
- > I tilknytning hertil har de projekter, der har arbejdet med trivsel, gjort den erfaring, at det er meget vigtigt og værdifuldt at have **afsluttende møder med borgerne** og sikre, at den viden, der er opnået i projektet kommunikeres videre til og koordineres med de medarbejdere, der skal have dialogen med borgerne efterfølgende. I den forbindelse udfyldes der typisk en eller anden form for dokument, som dokumenterer, hvad det er, borgerne har været igennem, herunder deres udvikling, og hvad næste skridt er. Typisk noteres det i borgerens Jobplan.
- > Endelig er det erfaringen, **at den tværfaglige indsats i høj grad har været relevant, men ikke altid let.** Det er samtidigt erfaringen og læringen, at det at sætte mental sundhed og alkoholforbrug på dagsordenen i Jobcentret naturligt knytter de forskellige områder tættere sammen. Det forudsætter dog, at sundhedsafdelingen/-centret og rusmiddelcentret har et relevant udbud af indsatser, som Jobcentret kan benytte sig af. I Kolding og Hørsholm er det endvidere erfaringen, at det har været meget givtigt at have en sundhedskoordinator/trivselskoordinator, som har kunnet fungere som en slags brobygger mellem de to afdelinger/områder.
- > Det er endvidere en **fordel, hvis Rusmiddelcentret og/eller sundhedsafdelingen/sundhedscentret er lokaliseret i nærheden af Jobcentret**, så der ikke er langt dertil for de borgere, der beslutter at gå i behandling og/eller for at bruge sundhedscentrets tilbud.

Det er **en fordel, hvis rusmiddelcentret har en person siddende i jobcentret jævnligt**, som deltager aktivt i relevante møder med sagsbehandlerne, og som sagsbehandlerne løbende kan bruge som sparringspartner og/eller henvise borgerne til, såfremt de ønsker en første – anonym – samtale, inden de eventuelt starter i en egentlig behandling.

3 Tidlig opsporing af skadeligt alkoholforbrug - AUDIT

3.1 Indledning

Indhold

Dette kapitel indeholder resultaterne af den samlede evaluering af screeningen og de indsatser, der har været iværksat i forhold til tidlig opsporing af skadeligt alkoholforbrug.

Kapitlet indledes med en kort beskrivelse af **screeningsmetoden** og **indsatserne**, samt af **organiseringen** af projektet.

Herefter følger først en beskrivelse af, **hvad der kendetegner målgruppen**, og dernæst en **analyse af resultaterne af screeningerne**, samt af de **læringer og erfaringer**, som de enkelte projekter har gjort i forbindelse med screeningerne og de gennemførte indsatser.

Endelig præsenteres **resultaterne af analyserne** af, i hvilket omfang de gennemførte indsatser har betydet, at deltagerne i højere grad er kommet i enten støttet beskæftigelse eller ordinær beskæftigelse sammenlignet med en sammenlignelig kontrolgruppe.

Kapitlet afsluttes med en kort redegørelse for de enkelte delprojekters overvejelser om, hvilke dele af projekterne, de vil **forankre** fremadrettet.

3.2 Screeningsmetoden og indsatserne

3.2.1 Screeningsmetoden

Screeningsmetoden

De tre kommuner, som har haft fokus på alkohol i deres projekt, har screenet for alkoholforbrug ved at bruge screeningsmetoden AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Testen er oprindeligt udviklet af WHO og er et af de

mest udbredte screeningsmetoder til at identificere og vurdere alkoholproblemer⁶.

Testen består af 10 spørgsmål fordelt på 3 grupper:

- 1 Tre spørgsmål om **stort alkoholforbrug**
- 2 Tre spørgsmål om **alkoholafhængighed**
- 3 Fire spørgsmål om **skadeligt forbrug**.

AUDIT

	Aldrig	Højest én gang om måneden	2-4 gange om måneden	2-3 gange om ugen	4 gange om ugen eller oftere	
Alkoholindtag	1. Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
		1-2 genstande	3-4 genstande	5-6 genstande	7-9 genstande	10 el. flere genstande
	2. Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
		Aldrig	Sjældent	Månedligt	Ugentligt	Dagligt el. næsten dagligt
	3. Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
Alkoholafhængighed	4. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
	5. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne gøre det, du skulle, fordi du havde drukket?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
	6. Har du inden for det seneste år måttet have en lille én om morgenen, efter at du havde drukket meget dagen før?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
Skadeligt alkoholforbrug	7. Har du inden for det seneste år haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter du har drukket?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
	8. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket?	<u>0 point</u>	<u>1 point</u>	<u>2 point</u>	<u>3 point</u>	<u>4 point</u>
		Nej	Ja, men ikke inden for det seneste år	Ja, inden for det seneste år		
	9. Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket?	<u>0 point</u>	<u>2 point</u>		<u>4 point</u>	
	Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine alkoholvaner eller foreslået dig at sætte forbruget ned?	<u>0 point</u>	<u>2 point</u>		<u>4 point</u>	

Kilde: Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin, 2010: Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer.

Som det fremgår af AUDIT-skemaet ovenfor scores hvert spørgsmål med 0-4 point. Den samlede score kan således højst blive 40. Scoren indikerer om der foreligger et alkoholproblem eller ej. Jo højere score, desto større er sandsynlig-

⁶ Jf. <http://vejil.dudal.com/alkohol/?mode=visKapitel&cid=786>

heden for, at der foreligger et alkoholrelateret problem. Er scoren over 7 (eller 5-6 for kvinder), tyder det på, at der er et alkoholproblem.

- > En score på 8-15 tyder på et storforbrug, som vil kunne afhjælpes med kort intervention.
- > En score på 16-19 tyder på et skadeligt forbrug, som kræver kort intervention og/eller medicinsk behandling.
- > En scoren på ≥ 20 tyder stærkt på afhængighed, men man kan ikke udelukke afhængighed, selvom score er under denne grænse. Afhængighed kræver mere intensiv behandling⁷.

Det har endvidere også betydning, hvilke spørgsmål, den screenede borger scorer højt på.

- > Point i spørgsmål 1-3 tyder på et **stort alkoholforbrug**
- > Point i spørgsmål 7-10 tyder på **skadeligt forbrug**
- > Point i spørgsmål 4-6 tyder på **afhængighed**.

Indsatsen

I dette projekt er borgerne blevet tilbudt forskellige interventioner afhængig af screeningens resultat:

- > Hvis der ikke er indikation på **stort alkoholforbrug** tilbydes en almindelig beskæftigelsesrettet indsats.
- > Hvis screeningen tyder på, at borgeren har et **storforbrug eller et skadeligt forbrug af alkohol**, tilbydes en beskæftigelsesrettet indsats suppleret med en kort alkoholintervention.
- > Hvis screeningen tyder på, at borgeren har en **alkoholafhængighed eller et skadeligt forbrug**, som ikke reduceres ved kort intervention, henvises der til alkoholmisbrugsbehandling.

Som udgangspunkt er der i forlængelse af screeningen i jobcenteret gennemført en kort samtale om alkohol (kort alkoholintervention) ved en alkoholkoordinator. De borgere, der har modtaget et tilbud, er efter en periode (der varierer), blevet spurgt, hvad deres alkoholforbrug. Der er dog en væsentlig del af de borgere, der har modtaget et tilbud, som ikke har deltaget i opfølgningen. Dette kan både skyldes, at borgeren ikke har ønsket at medvirke, og/eller at borgeren ikke har svaret ved kontakt. Det kan ikke udelukkes, at dette forhold har haft væsentlig indflydelse på resultaterne.

Resultaterne af de to screeninger og ændringerne i borgernes scorer ved start og slut præsenteres i afsnit 3.4.

⁷ Jf. <http://vejl.dudal.com/alkohol/?mode=visKapitel&cid=786> og <https://www.sst.dk/~media/3709D12CB5F448D698277BBD5B05BCCA.ashx>

3.2.2 Organiseringen af indsatserne

De overordnede rammer

Sundhedsstyrelsen har sat som præmis for projekterne, at de var forankret i jobcenteret. Dette er således også tilfældet i alle tre kommuner. Der er samtidigt i alle tre kommuner forgået et tæt samarbejde med rusmiddelcentrene. Organiseringen af selve screeningen og indsatserne adskiller sig imidlertid en smule i de tre kommuner hvad angår dels hvem, der foretager screeningen, dels hvor stor en del af Jobcentrene, der gennemfører samtaler om alkohol.

I det følgende beskrives kort organiseringen i de tre kommuner med vægt på organiseringen af screeningen og indsatserne.

Overordnet organisering

Faxe

Faxe Kommune havde forud for dette projekt deltaget i Sundhedsstyrelsens modelprojekt "Alkoholforebyggelse i Kommunen" i perioden 2008 til 2012. Projektet resulterede i, at alkoholindsatsen blev højt prioriteret og forankret i en tværgående, helhedsorienteret og sammenhængende organisering på politisk og administrativt niveau⁸. Der eksisterede således allerede fra start både en tværorientatorisk forankring af den samlede alkoholindsats i Faxe Kommune, samt og ikke mindst politisk opbakning til at sætte alkohol på dagsordenen i hele Faxe Kommune.

På det politiske niveau har indeværende projekt været fulgt af en tværgående politisk koordinationsgruppe bestående af borgmester samt deltagere fra 5 fagudvalg. Formålet har været at sikre, at alkoholindsatsen forankres tværgående og sikremulighed for tværgående dialog på det politiske niveau. På det administrative niveau har projektet været styret af en styregruppe bestående af Arbejdsmarkedschefen, Jobcenterchefen og lederen af Rusmiddelcentret. Den daglige ledelse er blevet varetaget af en projektleder med direkte reference til Jobcenterchefen. I projektperioden har der været udskiftning af projektlederen. Skiftet er sket i slutningen af projektperioden (oktober 2015). I forbindelse med skiftet er der sket en række mindre ændringer af projektet. Ændringerne vurderes dog ikke at have haft afgørende betydning for resultaterne af projektet, idet der primært har været tale om ændringer i de opgaver, som projektlederen har varetaget. Dog er der ikke tvivl om, at der er sket tab af viden i forbindelse med skiftet, som skete på et kritisk tidspunkt i projektførelsen. Ændringerne betød bl.a., at målgruppen blev fokuseret og indsnævret til alene at omfatte nyledige aktivitetsparate og fleksjobbere, hvor det tidligere havde været alle nyledige. Med skiftet af projektlederen blev der samtidigt sat ekstra fokus på at få gennemført screeningerne og på at få disse tastet ind, samt på at få etableret et tættere samarbejde med Rusmiddelcentret. Rusmiddelcentret har bl.a. været tilstede i Jobcentret hver anden mandag.

Organiseringen af screeningen

Hvad angår selve screeningen, så har Jobcenter Faxe meget tidligt i projektførelsen valgt at screene alle nyledige inden for de første tre måneder. Det har betydet, at screeningerne er blevet gennemført af alle de sagsbehandlere, som har den første kontakt med de ledige. Faxe Kommune har i tråd hermed også valgt

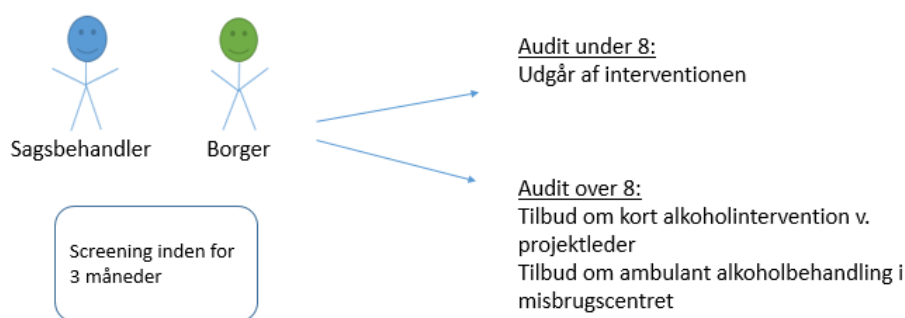
⁸ Kilde: Faxe Kommunes projektbeskrivelse til Sundhedsstyrelsens satspulje: "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper"

at undervise alle sagsbehandlere i den motiverende samtale, der evidensbaseret samtaleteknik, som sigter mod at motivere borgerne til at foretage livsstilsændringer i forhold til bl.a. alkoholforbrug. Målet hermed har været, at alle sagsbehandlere har skullet kunne tale med borgerne om alkohol og motivere dem, der af den ene eller anden grund ikke ønsker at deltage i den indsats, som tilbydes i regi af projektet. Projektet har endvidere valgt at udpege ambassadører i den Motiverende samtale

Organiseringen af indsatsen

Hvad angår selve **indsatsen**, så er der alt efter scoren på screeningen, enten blevet gennemført en kort alkoholintervention i Jobcentret i form af samtaler med projektlederen eller tilbudt ambulante behandling i Rusmiddelscentret, jf. figuren neden for. De borgere der gav samtykke til, at Jobcentret gerne måtte kontakte dem igen og følge op på antallet af genstande, blev kontaktet indenfor 1/2 år efter den første screening.

Screenings- og indsatsforløbet er illustreret i figuren neden for.



Overordnet organisering

Hørsholm

I modsætning til Faxe, så har projektet i Hørsholm ikke på samme måde haft en politisk forankring, hvilket projektmedarbejderne efterfølgende har italesat som en mangel, idet det muligvis ville kunne have understøttet et tættere samarbejde mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet i Hørsholm Kommune:

"Burde også have været politisk forankret – det havde styrket samspillet mellem forvaltningerne. Vi har også manglet en klar udmelding fra politikerne ift. ressourcer". (Projektmedarbejder i Hørsholm Kommune)

Projektet har overordnet været ledet af en styregruppe bestående af centercheferne for de tre centre, der er repræsenteret i projektet, dvs. Jobcenteret, Center for Børn og Voksne (social- og psykiatrimrådet) og Center for Sundhed og Omsorg (Sundhedscentret). Deltagelsen af de tre centre skal ses i lyset af et ønske om, at skabe øget samspil mellem beskæftigelsesindsatsen, den sociale indsats og den sundhedsfremmende indsats. Hørsholm Kommune har således fra start haft et selvstændigt mål om at knytte indsatsene på sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet tættere sammen.

De centrale daglige aktører – hvad angår alkoholindsatsen - har været projektlederen, en udviklingskonsulent og en trivselskoordinator.

Projektlederen har haft det daglige ansvar for projektet og arbejdet tæt sammen med udviklingskonsulenten, der dog fratrådte i projektperioden. Projektlederen og udviklingskonsulenten har ikke haft borger kontakt, men primært arbejdet med dataindhentning og formidling. Begge har været placeret i Jobcentret.

Trivselskoordinatoren har fungeret som mentor og har haft hele myndighedsansvaret for borgerne i projektet⁹. Både psykoterapeuten og trivselskoordinatoren har fysisk været placeret i Sundhedscentret i projektperioden.

Trivselskoordinatoren har endvidere haft til opgave at hjælpe borgerne med at navigere i det kommunale system. I de tilfælde, hvor borgerne ikke umiddelbart har ønsket at deltage i projektet, har trivselskoordinatoren afholdt motiverende samtaler med borgeren og på denne måde motiveret borgeren til at indgå i projektet. Når borgeren har skullet afsluttes i projektet, har trivselskoordinatoren endvidere sørget for at planlægge den videre indsats og overleveret borgeren inklusiv en plan for den fremtidige indsats til en sagsbehandler¹⁰.

Organiseringen af
screeningen

I starten foretog alle sagsbehandlere screeninger, men det viste sig, at det ikke var optimalt, da det ofte blev glemt i en travl hverdag. Derfor blev det allerede i ændret i 2014. Herefter blev ansvaret for screeningen placeret hos to faste medarbejdere placeret i Team Jobsøgning. De to pågældende medarbejdere havde alligevel kontakten med alle nyledige.

Organiseringen af
indsatsen

De borgere, der opnåede en score på over 8 har efterfølgende først haft en samtale med projektets trivselskoordinator om deltagelse i projektets alkoholtilbud. De borgere som var motiverede for at deltage blev visiteret til enten en kort alkoholintervention i Center for Børn og Voksen eller til en egentlig alkoholafvænnings samme sted. Trivselskoordinatoren gennemførte motiverende samtaler med de borgere, som ikke var umiddelbart motiverede for at deltage i indsatsen, jf. figuren neden for.

Screenings- og indsatsforløbet er illustreret i figuren neden for.

⁹ Kilde: Hørsholms Kommunes projektansøgning til Sundhedsstyrelsens satspulje: "Styrket sundhedsindsats overfor socialt udsatte og sårbare grupper"

¹⁰ Kilde: Hørsholm Kommune, 2016: Afslutningsrapport. Projekt: Mening, sammenhæng og trivsel – sunde veje til jobbet. 15. marts 2016.



Overordnet organisering

Vordingborg

Projektet "Åben snak i tide" er løbende blevet fulgt af de politiske beslutningstagere i Vordingborg Kommune, og det bl.a. gennem de politiske udvalg. Det ledelsesmæssige ophæng har været sikret gennem ledelsesdeltagelse i Styregruppen for projektet, som gennem hele forløbet har fulgt projektet tæt¹¹. Konkret har styregruppen bestået af Arbejdsmarkedschefen, Afdelingslederen på beskæftigelsesområdet, lederen af Center for Rusmiddel, Sundhedschefen og projektlederen, der var forankret i Jobcentret. Styregruppen er blevet ændret undervejs, idet hovedparten af personerne i styregruppen har skiftet job i projektperioden. Selvom det ikke ifølge projektlederen har ændret fokuset i projektet, så har den store udskiftning i styregruppen og den samtidige implementering af kontanthjælpsreformen fyldt meget i starten af projektførelsen.

I samme periode skete der ligeledes et skifte i projektlederrollen. Den nye projektleder, der blev tilknyttet projektet, havde været med i projektet siden opstarten, og havde således allerede et godt kendskab til projektet. Projektlederen har efterfølgende sammen med afdelingslederen i Jobcentret udgjort projektets projektgruppe og de har sammen haft ansvaret for den daglige drift af projektet. Projektlederen har fysisk været placeret i Centret for Rusmiddel.

Organiseringen af screeningen

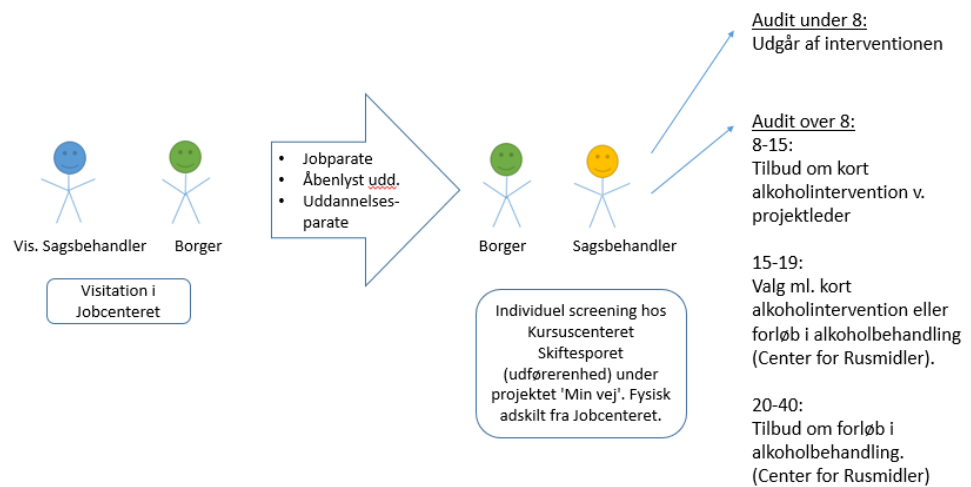
Med ændringerne i ledelsen blev det besluttet at relancere projektet i andet halvår af 2014. Målet var at øge antallet af screeninger og sikre en mere systematisk tilgang og indsats. Tidligere var det alle jobvejledere, som skulle, som skulle screene nyledige kontanthjælps- og uddannelseshjælpsmodtagere ved 1. eller 2. mødegang. Men erfaringerne var, at det ofte ikke skete bl.a. fordi sagsbehandlerne havde travlt med andre ting, herunder implementeringen af kontanthjælpsreformen, og flere samtidigt fandt, at det var for tidligt at spørge ind til alkohol. I forbindelse med ændringerne blev screeningerne fysisk rykket ud til afklaringsforløbet "Min vej", som er et 14-dages introduktions- og afklaringsforløb for alle nyledige kontanthjælps- og uddannelseshjælpsmodtagere⁸. For at øge antallet af personer, der screenes, blev screeningen endvidere gjort obligatorisk.

¹¹ Kilde: Vordingborg Kommune, 2016: Afslutningsrapport. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projektet: Åben snak i tide. 23. marts 2016

I starten foregik screeningen i gruppeforløb på Skiftesporet (Udføreenhed under projektet "Min Vej"). Men det blev hurtigt afskaffet, da erfaringerne viste, at det ikke fungerede. Efterfølgende har den enkelte borger udfyldt skemaet "ale-ne" og talt med sagsbehandleren om resultatet.

Organiseringen af indsatsen

Alt efter hvilken score borgerne opnåede blev de tilbudt enten en kort alkohol intervention, som blev forestået af projektlederen, eller tilbud om forløb i Center for Rusmiddel, jf. figuren neden for.



3.3 Hvad kendetegner målgruppen?

Indhold

Dette afsnit indeholder en kort beskrivelse af målgruppen, hvad angår køn, alder og forudgående ledighed.

Datagrundlag

Datagrundlaget for dette afsnit og de efterfølgende to afsnit om screeningsresultaterne og effekterne af indsatsen er baseret på registerdata fra Danmarks Statistik koblet med resultaterne af screeningerne, jf. bilagsafsnittet om metoden.

Alt i alt bygger resultaterne på oplysninger for 404 borgere, der deltog i screeningen med henblik på tidlig opsporing af stort eller skadeligt alkoholforbrug.

3.3.1 Køn, alder og forudgående ledighed

Fordelingen på køn

Der er **lige mange mænd som kvinder**, der har deltaget i screeningen for alkohol, jf. tabellen neden for. Betragtes de enkelte kommuner, så har der deltaget lidt flere mænd i screeningerne i Vordingborg end i Faxe og Hørsholm, men forskellene mellem de tre kommuner er ikke signifikante.

Tabel 3-1 Screenede borgere fordelt efter køn

	Kvinder	Mænd
Hørsholm	50%	50%
Faxe	52%	48%
Vordingborg	44%	56%
Samlet	50%	50%

Aldersfordelingen

Derimod er der **relativt stor forskel på de screenede borgeres aldersfordeling** i kommunerne. Der er væsentligt flere unge blandt deltagerne i Vordingborg kommune end i de to andre kommuner. Unge i alderen 18-29 år udgør således to tredjedele af deltagerne i Vordingborg kommune, men kun omkring en femtedel af deltagerne i Hørsholm og Faxe.

Tabel 3-2 Screenede borgere fordelt efter alder i screeningsåret

	18-29 år	30-49 år	50-69 år
Hørsholm	17%	57%	26%
Faxe	22%	58%	21%
Vordingborg	64%	27%	9%
Samlet	32%	50%	18%

Fordeling på ledighedsgrad

I Tabel 3-4 har vi inddelt deltagerne i den indledende screening efter deres ledighedsgrad, dvs. andelen af uger de har været ledige i en periode på tre år før den indledende screening.

Knap 2/3 af deltagerne har været ledige i mere end halvdelen af tiden de sidste 3 år, hvilket antyder, at der er tale om en relativ ressourcsvg gruppe af borgere. Der er dog stor forskel på fordelingen i de enkelte kommuner.

Som det ses, har deltagerne fra Vordingborg ikke været lige så hårdt ramt af ledighed i denne periode som deltagerne i to andre kommuner. Dette skal ses i sammenhæng med de mange unge, der indgår blandt de screenede borgere i Vordingborg kommune. 45 % af deltagerne i Vordingborg har været ledige i mindre end 25 % af ugerne i de foregående tre år mod 24 % i Hørsholm kommune og 27 % i Faxe kommune.

Tabel 3-3 Screenede borgere fordelt efter deres ledighedsgrad tre år før den indledende screening

	Under 25 %	25-49%	50-79%	80-100%
Hørsholm	24%	17%	28%	30%
Faxe	27%	8%	19%	46%
Vordingborg	45%	15%	10%	31%
Samlet	31%	11%	18%	41%

3.4 Screeningsresultater

Indhold

Dette afsnit indeholder en gennemgang og analyse af resultaterne af de AUDIT screeninger, som de tre kommuner har gennemført, og dermed en analyse af screeningsresultaterne ved start og sluttidspunktet for de borgere, der har takket ja til at indgå i projektet.

Der sættes både fokus på, i hvilket omfang de gennemførte indsatser har betydet, at borgerne har nedsat deres alkoholforbrug og på hvad der kendetegner de borgere, som har fået et tilbud om en intervention.

Datagrundlag

Datagrundlaget består af resultaterne af screeningerne og registerdata fra Danmarks Statistik. Der skal i denne henseende gøres opmærksom på, at det kun er de borgere, der har givet samtykke til, at vi må bruge deres data, som indgår i analysen.

3.4.1 Den indledende screening

Screeningsresultaterne i de tre kommuner viser, at **det gennemsnitlige alkoholforbrug ved den første screening er knap 4 genstande** i forbindelse med alkoholindtagelse, jf. tabellen neden for.

I Faxe drikker godt halvdelen af de screenede borgere 1-2 genstande i forbindelse med alkoholindtagelse. Det gælder cirka hver tredje i Vordingborg, hvor knapt hver femte til gengæld drikker 10 eller flere genstande i forbindelse med alkoholindtagelse.

Tabel 3-4: Fordeling og gennemsnitligt alkoholforbrug i forbindelse med alkoholforbrug for screenede borgere i kommunerne

Kommune	Antal borgere	Genstande							Gns. ¹³	Gns. score i AUDIT ¹²
		0	1-2	3-4	5-6	7-9	10 el. flere			
Hørsholm	46	Ikke angivet								6,8
Faxe	257	0%	52%	18%	14%	7%	9%	3,6	5,8	
Vordingborg	101	12%	31%	18%	12%	8%	18%	3,5	7,0	
Samlet ¹⁴	404	4%	46%	17%	13%	7%	11%	3,8	6,2	

¹² En score på 8-15 tyder på et storforbrug, som vil kunne afhjælpes med kort intervention. En score på 16-19 tyder på skadeligt forbrug, som kræver kort intervention og/eller medicinsk behandling. En score på ≥ 20 tyder stærkt på afhængighed, men man kan ikke udelukke afhængighed, selvom score er under denne grænse. Afhængighed kræver mere intensiv behandling og eventuelt henvisning.

¹³ Intervalmidtpunkterne er anvendt i beregningen af gennemsnittet med undtagelse af kategorien 10 genstande eller flere, hvor der er taget udgangspunkt i 10 genstande i forbindelse med alkoholindtagelse. Det angivne gennemsnit kan derfor være lavere end det reelle gennemsnit.

¹⁴ Da Hørsholm ikke har angivet antal genstande ved screening, er kommunen ikke medregnet i den samlede opgørelse.

Blandt de borgere, der er blevet screenet, er det kun 29 %, der havde en AUDIT score på 8 eller derover, og som dermed efterfølgende blev tilbudt en intervention.

3.4.2 Hvad karakteriserer de borgere, der scorer 8 og derover i den indledende screening?

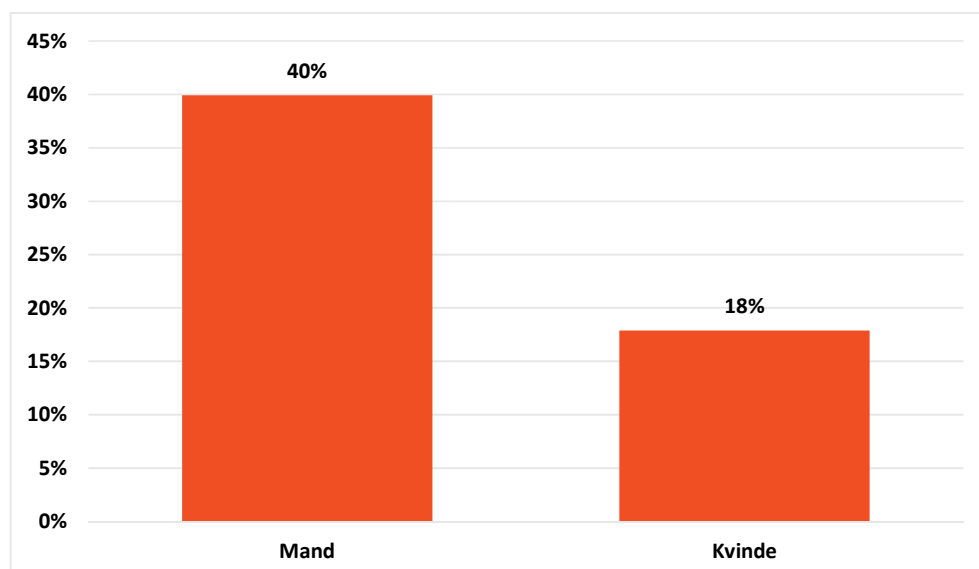
Spørgsmålet er nu, hvad der karakteriserer de ledige borgere, der scorer 8 og derover i den indledende screening, og som derfor har fået tilbud om intervention? Er det f.eks. i højere grad kvinder, ældre eller borgere uden en erhvervs-kompetencegivende uddannelse, der scorer 8 og derover?

Vi har undersøgt dette spørgsmål på grundlag af en lang række baggrundsforhold: køn, alder, familietype, antallet af børn, herkomst (dansk eller indvandrer/efterkommer), uddannelse (erhvervskompetencegivende uddannelse eller ej), ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, antal år uden beskæftigelse, seneste branche, hvorvidt borgeren har været indlagt eller behandlet ambulantly på et sygehus i kalenderåret før screening, samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før screening.

Resultatet er, at andelen, der scorer 8 og derover varierer efter borgerens køn, alder, familietype, antallet af børn og borgerens seneste branche.

Den indledende screening afslører således en **betydelig kønsforskel** med hensyn til andelen, der scorer 8 og derover. Det er tilfældet for 40 % af mændene, der deltog i den indledende screening og 18 % af kvinderne (Tabel 3-5).

Tabel 3-5 Andel der scorede 8 og derover i den indledende screening opdelt efter køn

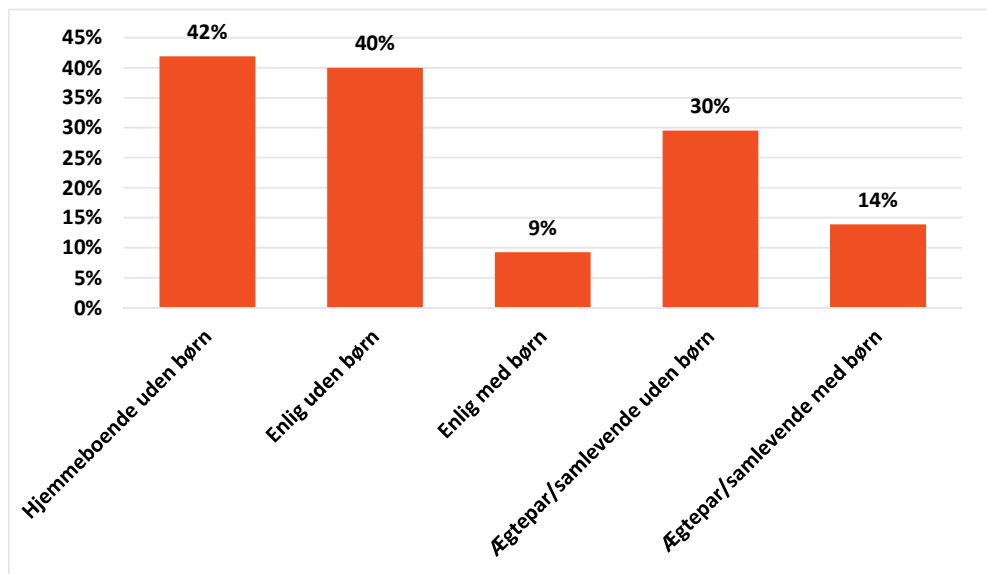


Samtidig er det i højere grad **ledige borgere uden børn – og specielt hjemmeboende og enlige uden børn**, der scorer 8 og derover. 42 % af de hjemmeboende

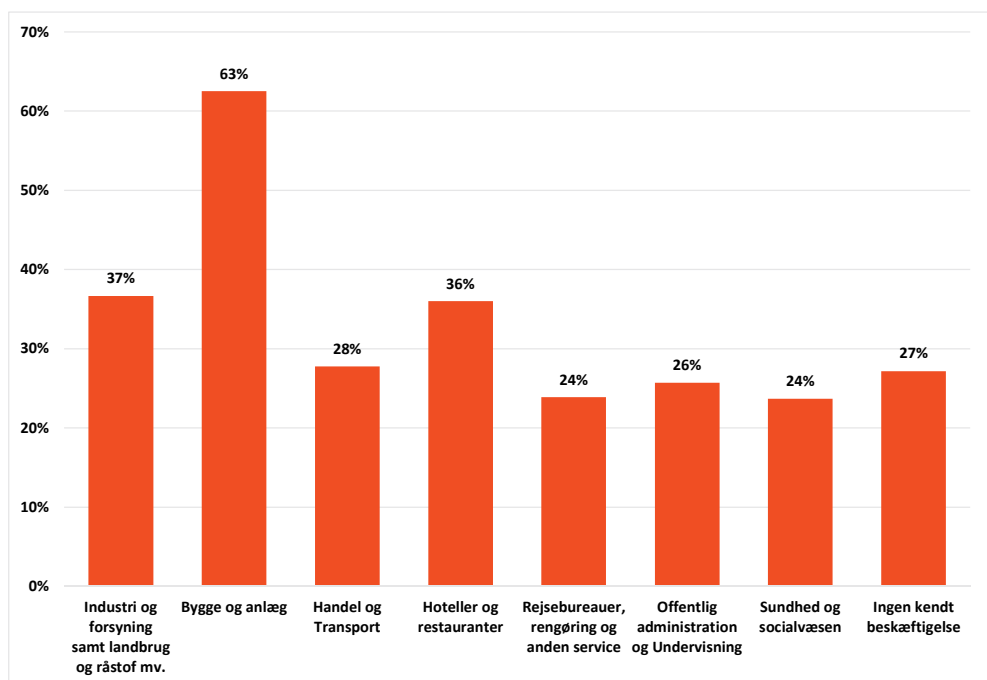
uden børn og 40 % af de enlige uden børn scorer 8 og derover i den indledende screening. Blandt ægtepar uden børn er andelen 30%, mens den er 9 % blandt enlige med børn og 14 % blandt ægtepar/ samlevende med børn (Tabel 3-6).

Samtidig og i forlængelse heraf er der en tendens til, at en større andel af de unge under 29 år scorer 8 og derover sammenlignet med de 30-39 årige. Det gælder 34 % af de unge under 29 år mod 21 % af de 30-39 årige. Herudover er der ikke signifikante aldersforskelle.

Tabel 3-6 Andel der scorede 8 og derover i den indledende screening opdelt efter familietype



Tabel 3-7 Andel der scorede 8 og derover i den indledende screening opdelt efter borgerens seneste branche



Borgere, der i forbindelse med deres seneste ansættelse som lønmodtager, arbejdede inden for bygge- og anlægsbranchen scorer i langt højere grad 8 og derover end borgere i de øvrige brancher. Næsten 2/3 af de borgere, der senest arbejdede inden for bygge- og anlægsbranchen (63 %), scorer 8 og derover. Til sammenligning er den tilsvarende andel 37 % inden for industri og forsyning samt landbrug, råstof mv. og 36 % inden hotel og restauration (Tabel 3-7). Disse resultater skal også ses i sammenhæng med den betydelige kønsforskel, vi fandt tidligere i dette afsnit.

3.4.3 Den opfølgende screening

Som det fremgår af tabellen udgør andelen af borgere, som har deltaget i opfølgningen, kun 33 % af det samlede antal borgere, der havde en AUDIT score på 8 og derover. I Vordingborg var andelen 44 %, og i Faxe var den 26 %.

Tabel 3-8: Screening og opfølgning i Faxe og Vordingborg kommune

Kommune	Antal indledende screeninger	Antal borgere der scorer 8 eller derover på AUDIT	Gns. alkoholforbrug blandt borgere der scorer 8 eller derover på AUDIT	Andel borgere med score på 8 og derover i AUDIT, der er blevet fulgt op
Faxe	257	66	6,6	26%
Vordingborg	101	36	7,5	44%
Samlet	358	99	6,9	33%

Tabel 3-9 viser alene tal for de borgere, som både er blevet screenet og fulgt op i projektet.

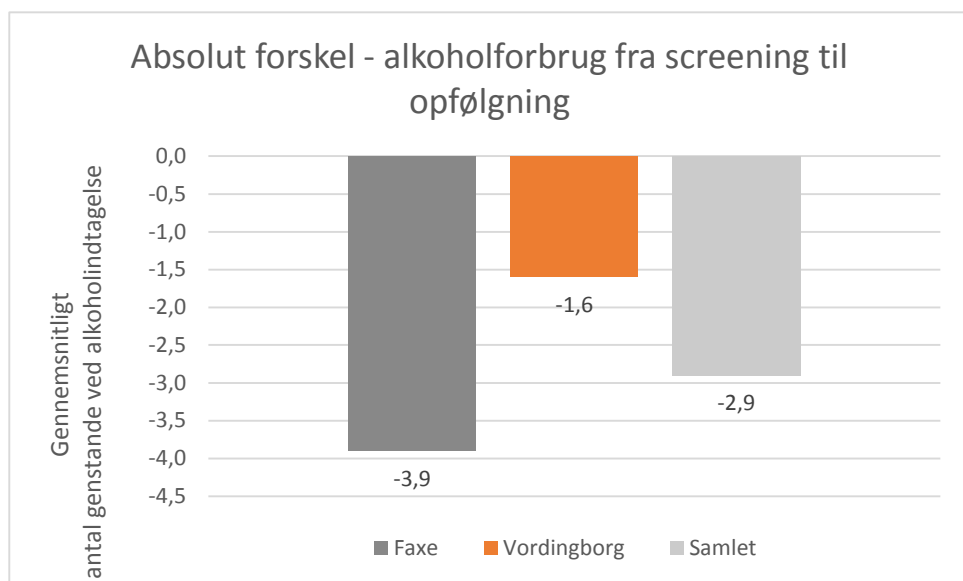
Tabel 3-9: Gennemsnitligt alkoholforbrug ved alkoholindtagelse for borgere, som både er screenet og fulgt op - og som har modtaget en intervention

Kommune	Antal screenede og opfulgte borgere der har scoret over 8 i AUDIT.	Gennemsnit alkoholforbrug (genstande) ved indledende screening	Gennemsnit alkoholforbrug (genstande) ved opfølgning	Gennemsnitlig ændring i alkoholforbrug pr. borger der er fulgt op (antal genstande, (%))
Faxe	17	6,4	2,5	-3,9 (-61%)
Vordingborg	15	7,5	5,9	-1,6 (-21%)
Samlet	32	7,0	4,1	-2,9 (-41%)

Tabel 3-10 viser den absolutte forskel på alkoholforbruget ved alkoholindtagelse ved hhv. screening og opfølgning. I Vordingborg Kommune drak borgerne i indsatsen gennemsnitligt 1,6 genstande mindre i forbindelse med alkoholindtagelse ved opfølgningen end ved screeningstidspunktet. I Faxe kommune drak borgerne gennemsnitlig 3,9 genstande mindre ved opfølgningen. Begge forskelle er statistisk signifikante.

Ser man samlet på resultaterne, er **det gennemsnitlige alkoholforbrug 2,9 genstande mindre ved alkoholindtagelse på opfølgningstidspunktet end ved den indledende screening**. Denne forskel er ligeledes statistisk signifikant.

Tabel 3-10 Den absolutte forskel på dagligt antal genstande mellem screening og opfølgning



Tabel 3-11 viser udviklingen i de opfulgte borgeres alkoholforbrug i de to kommuner. I Vordingborg kommune har 47 % af de borgere, der har deltaget i opfølgningen fået et mindre alkoholforbrug ved alkoholindtagelse. Resten har det samme eller et større forbrug ved opfølgningen.

I Faxe har 65 % af de borgere, der har deltaget i opfølgningen, fået et mindre alkoholforbrug ved alkoholindtagelse, mens ingen har fået et større alkoholforbrug. 35 % havde det samme alkoholforbrug ved opfølgningen.

Tabel 3-11 Udviklingen i borgernes alkoholforbrug ved alkoholindtagelse fra den indledende til den opfølgende screening.

Kommune	Antal borgere	Andel, der har fået mindre alkoholforbrug	Andel der har uændret eller større alkoholforbrug
Faxe	17	65%	35%
Vordingborg	15	47%	53%
Samlet	32	56%	44%

Umiddelbart er der altså gode resultater af screeningen for alkoholforbrug og den tilbudte intervention. Som følge af den meget lave andel af borgerne, der har deltaget i opfølgningen, og risikoen for, at der har været selektionsbias forbundet med, hvilke af deltagerne, der har deltaget i opfølgningen, skal resultaterne dog vurderes med endog meget stort forbehold. Det kan således ikke udelukkes, at de borgere som er blevet fulgt op (og har tilladt en opfølgning), har reduceret deres forbrug mere end de borgere, som ikke har deltaget i opfølgningen.

Det kan heller ikke udelukkes, at der er tale om en rapporteringsbias, i form af at de borgere, der har deltaget i opfølgningen for at fremstå som 'en succes', har angivet et mindre alkoholforbrug end de rent faktisk havde i forbindelse med opfølgningen.

3.5 Øvrige resultater

Udover faldet i antallet af genstande har projekterne ligeledes givet anledning til en række andre resultater.

Overordnet har de tre projekter bl.a. endvidere resulteret i:

- > Øget fokus blandt sagsbehandlerne i jobcentrene på, at de ledige kan have et potentielt alkoholproblem og dermed øget mulighed for tidlig opsporing og indsats
- > Øget tværfagligt samarbejde mellem jobcentret og mis-/rusmiddelcentret.

I Faxe har alle sagsbehandlerne endvidere fået øget øvelse i og blevet mere trygge i at spørge ind til borgernes alkoholforbrug. Det samme er ikke sket i samme omfang i Hørsholm og Vordingborg, hvor screeningen er lagt ud til et begrænset antal medarbejdere.

Tabellen neden for indeholder en opsummering af de øvrige resultater i de enkelte kommuner.

Resultater			
	Sagsbehandlerne	Borgerne/deltagerne	Andet
Faxe	<ul style="list-style-type: none"> > Alle sagsbehandlerne er uddannet i at bruge AUDIT og Den Motiverende Samtale, og dermed blevet mere øvede og trygge ved at spørge ind til borgernes alkoholforbrug. > Der er uddannet et internt ambassadørkorps i Den Motiverende samtale, som kan agere sparringspartner for den enkelte medarbejder og initiere øvelser. > Medarbejderne er blevet mere øvede og trygge ved at spørge ind til borgernes alkoholproblemer. 	<ul style="list-style-type: none"> > Deltagerne i projektet har opnået større viden om skaderne ved at drikke alkohol > De borgere, der har deltaget i indsatser på Rusmiddelcentret har fået redskaber til at tackle deres forbrug. 	<ul style="list-style-type: none"> > Der er udarbejdet foldere, postkort og rull-ups, som informerer, om projektet og at kommunen har fokus på alkohol. > Samarbejdet mellem Jobcentret og Rusmiddelcentret er blevet tættere. > Rusmiddelkonsulenterne møder skiftevis op på centrets respektive teammøder og informerer om deres arbejde og sparrer i forhold til borgere der har brug for en ekstra indsats. > Virksomhedskonsulenterne er informeret om alkoholprojektet.
Hørsholm	<ul style="list-style-type: none"> > Alle sagsbehandlerne er blevet uddannet i at bruge AUDIT og den motiverende samtale. > Alle sagsbehandlerne i Center for Børn og Voksne er blevet uddannet i at kunne foretage Kort Alkoholintervention. 	<ul style="list-style-type: none"> > Deltagerne i projektet har opnået større viden om skaderne ved at drikke alkohol > De borgere, der har deltaget i indsatser på Misbrugscentret har fået redskaber til at tackle deres forbrug. > 	<ul style="list-style-type: none"> > Oprettelse af trivselskoordinatorfunktion > Jobcentret og Sundhedscentret har opnået øget kendskab til hinanden
Vordingborg	<ul style="list-style-type: none"> > Alle medarbejdere i Jobcenteret har gennemgået et kort kompetenceudviklingsforløb ift. indsatsens kerneområder. > Medarbejderne på "Min Vej" har opnået øget tryghed ved og øvelse i at spørge ind til borgerens alkoholforbrug. 	<ul style="list-style-type: none"> > Deltagerne har opnået større viden om skaderne ved at drikke alkohol > De borgere, der har deltaget i indsatser på CfR har fået redskaber til at tackle deres forbrug. > Øget selvværd og motivation. 	<ul style="list-style-type: none"> > Projektet har bidraget positivt til samarbejdet mellem projektets samarbejdspartnere. > CfRs alkoholbehandler arbejder en dag hver anden uge i Jobcentret og deltager i møder, superviserer og bistår med opfølgning på screeninger.

3.6 Erfaringer og læringer

Indhold Dette afsnit indeholder en opsamling af nogle af de væsentligste erfaringer og læringer, som de enkelte projekter har gjort i forbindelse med screeningen og den efterfølgende indsats.

Datagrundlag Afsnittet er baseret på projekternes årlige statusrapporter, deres afslutningsrapporter, samt de afsluttende interviews med projektholdet/projektlederen.

3.6.1 Erfaringer og læringer

De tre kommuner, som har deltaget i projektet har gjort en række fælles erfaringer.

Reformerne har haft betydning for afgrænsning og sammensætning af målgruppe Overordnet har projekterne i alle tre kommuner været præget af, at de er blevet implementeret i **skyggen af førtidspensionsreformen og kontanthjælpsreformen**, som trådte i kraft henholdsvis den 1. januar 2013 og den 1. januar 2014. De to reformer har på forskelligvis haft **betydning for både afgrænsningen og sammensætningen af målgruppen** for AUDIT screeningen. Kontanthjælpsreformen betød således bl.a., at man gik væk fra at opdele de ledige i matchgrupper og til i stedet at opdele dem i visitationsgrupper¹⁵. Oprindeligt var målgruppen for AUDIT screeningen ledige i matchgruppe 2. Efter kontanthjælpsreformen blev målgruppen afgrænset til alle nyledige og revisiterede aktivitetsparate over 30 år og alle nyledige og revisiterede aktivitetsparate og uddannelsesparate under 30 år. I starten var visitationen til de forskellige visitationsgrupper præget af end del usikkerhed og forskellige praksis på tværs af jobcentre, hvorfor der alene af den grund er forskel på sammensætningen af målgruppen for screeningen på tværs af de tre kommuner og på sammensætningen af målgruppen før og efter 1. januar 2014. Førtidspensionsreformen betød samtidigt, at sammensætningen af kontanthjælpsmodtagere ændrede sig, idet ledige under 40 år som hovedregel ikke længere kan opnå førtidspension efter 1. januar 2013. De grupper, som før blev tildelt førtidspension fylder derfor mere i jobcentret efter reformen i 2013.

Reformerne har også betydet stor travlhed og mindre fokus på screeningen Begge **reformer har samtidigt betydet stor travlhed i jobcentre** i forhold til at implementere de nye regler, og mindre tid til og fokus på at screene de borgere, der i målgruppen. I alle tre kommuner gik det derfor trægt i starten med at få gennemført screeningerne. I Hørsholm og Vordingborg valgte de som konsekvens heraf at ændre praksis, således, at det ikke længere var alle sagsbehandlere/vejledere, der skulle foretage screeninger, men kun enten to sagsbehandlere (Hørsholm) eller de vejledere, som var tilknyttet et 14 dages afklaringsforløb (Vordingborg), jf. afsnit 3.2.

¹⁵ Visitationsgrupperne består af jobparate, åbenlys uddannelsesparat, uddannelsesparat og aktivitetsparat.

Hørsholm Kommune beskriver situationen således¹⁶:

"I en travl hverdag kunne screeningen blive glemt nogle gange, også selvom motivationen blandt medarbejderne er rigtig god i forhold til at få visiteret borgere. Nu er screeningsprocessen lagt om, så det kun er to medarbejdere der screener (disse to medarbejdere har alligevel fat i alle nyledige borgere) hvilket sikrer, at vi nu får screenet alle nyledige borgere."

I Vordingborg Kommune blev projektet implementeret samtidigt med to andre projekter – "Beskæftigelsesindikatorprojektet" og "Brug for Alle", hvilket sammen med de to reformer betød, at projektet ikke blev prioriteret tilstrækkeligt i starten.

Den ændrede praksis har i begge kommuner betydet, at antallet af screeninger efterfølgende er steget, samt at screeningerne er foretaget mere systematisk.

Hørsholm Kommune peger på, at den ændrede praksis imidlertid også har haft den slagside, at ikke alle sagsbehandlere, som ønsket, har opnået et naturligt og konstant fokus på alkohol og mistrivsel: *"Dog har det også den betydning, at ikke alle sagsbehandlere dermed involveres i screeningen og at projektets ønske om at indlejre fokus på alkoholmisbrug og fokus på psykisk mistrivsel, nok ikke kan opnås i så stor grad som ønsket"*¹⁷.

Udover de ovenfor beskrevne erfaringer, så har de tre kommuner endvidere gjort en række fælles erfaringer i forbindelse med selve screeningen og den efterfølgende indsats.

Svært at spørge ind til borgernes alkoholvaner

For det første har alle tre kommuner oplevet, at sagsbehandlerne i starten oplevede, at det var meget **svært at spørge ind til borgernes alkoholvaner**. Mange var bekymret for, hvordan den enkelte borgere ville reagere, herunder om de ville føle, at sagsbehandlerne beskyldte dem for at have et alkohol problem. Sagsbehandlerne oplevede især, at det var svært at spørge de borgere, der ikke havde et synligt problem. I forhold til de borgere, der havde et problem har screeningen omvendt været en god anledning til at få talt om alkoholproblemer. Således siger en af de interviewede projektmedarbejdere i Hørsholm Kommune:

"Det har gjort det lettere at spørge ind til nogle gruppers alkoholvaner, når vi har haft AUDIT. Tit har man siddet med nogle, man VED drikker – hvordan tages der fat på det?"

Barriererne for at spørge ind lå ofte også hos sagsbehandlerne selv i starten. Eksempelvis siger en sagsbehandler:

¹⁶ Kilde: Hørsholm Kommune, 2014: Statusrapport. Projekt: Mening, sammenhæng og trivsel – sunde veje til jobbet. 19. december 2014

¹⁷ Kilde: Hørsholm Kommune, 2014: Statusrapport. Projekt: Mening, sammenhæng og trivsel – sunde veje til jobbet. 19. december 2014

"Da jeg fik at vide, at vi skulle spørge og udfylde skemaer vedr. borgernes alkoholvaner, synes jeg til at starte med, at det gik for tæt på".

Faxe har opsummeret de barrierer, som sagsbehandlerne oplevede i starten af projektforløbet i forhold til at tale om alkohol ud fra AUDIT i følgende bullets¹⁸:

- > *"Alkohols status som tabu hos både sagsbehandlere og borgere*
- > *At sagsbehandlerne havde svært ved, at det ikke kun var de borgere med synlige problemer med alkohol, der var i målgruppen*
- > *At nogle borgere kunne føle sig beskyldt for at være misbrugere, når de blev stillet spørgsmål om alkohol.*
- > *At sagsbehandlerne manglede tid ift. samtalen om alkohol*
- > *At sagsbehandlerne kunne være usikre på, hvordan en samtale om alkohol kunne forløbe*
- > *Ud fra sagsbehandlerne beskrivelse, at borgerne kunne være nervøs for konsekvenserne ved deres svar".*

Over tid er det blevet lettere at spørge ind til borgernes alkoholvaner

Det er dog samtidigt erfaringen i alle tre kommuner, at det **over tid er blevet lettere at spørge ind til borgernes alkoholvaner**, og at *"screeningen legitimerer det og stiver dialogen lidt af"* (Projektmedarbejder i Hørsholm Kommune). Sagsbehandlerne har dog gennem hele projektperioden haft **svært ved at få screeningen implementeret som en fast praksis i forbindelse med de første samtaler** med borgerne, fordi der så mange andre informationer, der skal formidles til borgerne i forbindelse med disse samtaler. Eksempelvis siger projektlederen i Faxe Kommune:

"Et af de største problemer har været at få skemaerne ind, da sagsbehandlerne har set opgaven som "endnu noget" de skulle og skal nå."

"I lang tid opfattede de "alkoholfokus" som et projekt og udfordringen har været, at få det forankret som en del af arbejdsgangen".

Der skal hele tiden være fokus på screeningen for at det bliver gjort

Det er således også erfaringen, at såfremt der ikke er **eksplicit fokus på, at screeningerne** skal gennemføres, så bliver det ofte ikke gjort. Dette var bl.a. en af grundene til, at de valgte at gøre screeningen obligatorisk i forbindelse med relanceringen af projektet i Vordingborg Kommune, og at Faxe Kommune valgte at uddanne ambassadører i den Motiverende Samtale, som kunne agere sparingspartner jf. afsnit 3.2.

Bruger humor som indgangsreplik

Sagsbehandlerne i alle tre kommuner har ofte brugt humor til at få hul på samtalen eller taget udgangspunkt i egen relation til alkohol. Eksempelvis er der flere af sagsbehandlerne i Hørsholm, der har anvendt følgende sætning for at få

¹⁸ Kilde: Statusrapport, 2013: Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udgave, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Alkoholfokus i Jobcenter Faxe.

hul på samtalen og selve screeningen: "Jeg drikker et glas vin om aftenen – jeg er også i målgruppen". I Vordingborg har vejlederne på Skiftesporet bl.a. brugt følgende sætning, når modstanden hos borgerne kom til udtryk som modstand mod staten: "Sundhedsstyrelsen mener, at alle er alkoholikere indtil det modsatte er bevist". Vil du derfor ikke hjælpe med at udfylde dette skema?" I Faxe har indgangsreplikken ofte været: "Kan du også godt lide et godt glas rødvin til en bøf?" I forhold til at bruge denne replik siger en af sagsbehandlerne: "Det er altid en god måde at starte på, man får et smil og en åbning til at spørge, om borgerne drikker udover det gode glas rødvin. Denne tilgang modtages altid positivt, fordi det ikke kun omfatter alkohol, men også om borgeren sætter pris på god mad, og så bliver det ikke så grænseoverskridende."

I Faxe Kommune har sagsbehandlerne endvidere også kunnet henvise til, at "I Faxe taler vi om alkohol", idet Kommunen med Borgmesteren i spidsen har sat alkohol på dagsordenen i hele kommunen. Således er det i Faxe Kommune forbudt at drikke på offentlige steder, hvor der er børn under 18 år tilstede.

God nytte af at have fysisk materiale om kommunens alkoholfokus

Endelig har de i Faxe Kommune haft **god nytte af at have fysisk materiale liggende på sagsbehandlerne skriveborde** i form af postkort og foldere, som i korte træk forklarer, hvorfor sagsbehandlerne spørger til deres alkoholvaner, samt to roll-ups om alkohol, som de med mellemrum kunne stille op i jobcentret.

Svært at få borgerne til at gennemføre en indsats

Udover det har været svært at få sat alkohol på dagsordenen i samtalen med borgerne både mentalt og især rent praktisk, så har det også været **svært at få borgerne til at gennemføre screeningen og ikke mindst den efterfølgende indsats**. Hvad angår den efterfølgende indsats, så har det især været svært at få de borgere til at deltage, som enten har et stort, skadeligt eller afhængigt forbrug. Blandt denne gruppe har der både været borgere, der åbenlyst har erkendt, at de har et problem, men som ikke ønskede at gøre noget ved det, og borgere, som sagsbehandlerne vidste havde et problem, men som scorede lavere end forventet – og det sandsynligvis ud fra et ønske om, at det ikke skal registreres. Vordingborg Kommune har i denne sammenhæng oplevet, at borgerne har scoret lavere, når de har sagt, at de skal udfylde skemaet.

Konkret beskriver Vordingborg Kommune udfordringerne således i deres afsluttende statusrapport¹⁹:

"Trods vejledernes kendskab til alkoholproblematikken blandt en del af de nylede kontanthjælpsmodtagere, har det været svært at rekruttere deltagere til projektet, både hvad angår AUDIT screening, men især de "5 korte samtaler om alkohol. Erfaringen har været, at de borgere, der har et stort forbrug (både storforbrug, skadeligt forbrug og afhængighed), i overvejende grad ikke ønsker at deltage i projektet. De indsamlede AUDIT skemaer er således hovedsageligt fra borgere, uden et for stort forbrug af alkohol."

¹⁹ Kilde: Vordingborg Kommune, 2016: AFSLUTNINGSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Åben snak i tide. 23. marts 2016.

Vordingborg Kommune skriver i tilknytning hertil videre:

"Nogle borgere scorer højt og griner bare af det, fordi det er en del af deres livsstil. Der er andre borgere, som vejlederen vidste havde et højt forbrug, men som besvarede spørgsmålene, så man ikke kunne se forbruget." Og videre: "Nogle borgere har været åbenlyst fulde, og underviseren fra Skiftesporet har vejledt til behandling, men de går hjem og fortsætter."

I Hørsholm har de ligeledes oplevet, at borgerne har scoret lavere end forventet:

"I forhold til AUDIT er der meget få af de screenede, der har haft et skadeligt alkoholforbrug. Dette er meget overraskende især set i lyset af, at sundhedsprofilen for Hørsholm viser, at alkohol er et problem i kommunen. Vi vurderer, at mange af borgere med et alkoholproblem har været tilbageholdende med at udfylde Audit i overensstemmelse med deres reelle forbrug pga. manglende lyst til at blive registreret med et alkoholproblem".

I Faxe er meldingerne stort set de samme, hvilket bl.a. kommer til udtryk i deres Statusrapport fra 2014²⁰:

"Der er forsat barrierer i forhold til at rekruttere borgere til "En kort snak om alkohol" – motiverende samtaler med projektleder for borgere med et højt forbrug. En sagsbehandler fortæller, at det ikke er problematisk for hende at få borgerne i målgruppen til at takke ja til samtale, men at de borgere, der har drukket i mange år, og som måske nok er afhængige for det meste siger nej."

En af sagsbehandlerne i Faxe Kommune har bl.a. fortalt følgende historie om en af de borger, der har takket nej²¹: *"En af vores borgere har diagnosen kronisk alkohol syndrom. Han ønsker ikke at ændre sine alkoholvaner – men vi snakker altid om det og om de skader det giver og i hans tilfælde har medført, men som han altid siger til mig: Hvis jeg kvitter mine øller så mister jeg mine bøller (hans venner/netværk). Men han ved, at der er en stående invitation til ham hos center for rusmiddel. Og jeg tager han personligt i hånden, hvis dagen kommer hvor han ønsker behandling."*

Projektlederen i Faxe har i tilknytning hertil gjort følgende observation: *"Ofte kan dørtrinnet til Rusmiddelcentret i kommunen virke for højt, og der er fx en opfattelse hos borgere (og måske også sagsbehandlere), at hvis man går i behandling i Rusmiddelcentret kræver det fuldstændig afholdenhed."*

²⁰ Kilde: Faxe Kommune, 2014: Statusrapport. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Projekt: Alkoholfokus i Jobcenter Faxe. 19. december 2014.

²¹ Caseeksempel, som projektlederen i Faxe Kommune efterfølgende har sendt til COWI i oktober 2016.

Dem der scorer højest har ofte andre tungevejende problemer også

I forhold til borgere, der enten har et stort, afhængigt eller skadeligt forbrug er der flere af sagsbehandlerne, der er inde på, **at denne gruppe ofte har andre og lige så tungt vejende problemer**, som det også er vigtigt at tage højde for.

Nogle af sagsbehandlerne i Faxe har således også udtrykt tvivl om, hvorvidt tilbuddene til de grupper, der score over 8 i testen, er det rette for de borgere, der samtidigt har et liv med andre problemstillinger og eventuelle traumer. De vil ifølge projektlederen føle sig mere trygge ved at kunne tilbyde borgerne psykologhjælp²².

I Hørsholm Kommune har de haft den fordel, at de både har haft indsats i forhold til et for højt alkohol forbrug og i forhold til mistrivsel, og derfor har kunnet sætte ind overfor begge problemstillinger. Interessant i denne sammenhæng er, at de har kunnet konstatere, at indsatsen overfor mistrivsel har haft en positiv effekt på borgernes alkoholforbrug²³:

"En del af borgerne har både en trivselsproblematik og en alkoholproblematik og vores hidtidige erfaring viser, at når der er behandlet for trivselsproblematikken så forsvinder problematikken omkring et skadeligt alkoholforbrug i de fleste tilfælde."

Selvom det har været svært at få nogle grupper af borgere til at tage imod Jobcentrenes tilbud om en alkoholindsats, så er der også flere af sagsbehandlerne, der er inde på, at screeningen og tilbuddet om indsats ofte har sået et frø hos borgerne og fået dem til at tænke over deres forbrug, hvilket kan være det første skridt på vejen til et mindre forbrug. Der bliver også nævnt eksempler på, at borgerne er kommet tilbage senere eller at deres pårørende har henvendt sig:

Målgruppen har været for snæver og oftest ikke nyledige

Endelig nævner alle tre kommuner, at **målgruppen har været for snæver og reelt ikke dækket nyledige, samt at de har været svagere end forventet**. De, der screenes, har således ofte været i systemet i mange år og haft andre problemer end et stort, afhængigt eller skadeligt alkohol forbrug, hvorfor der **reelt ikke er tale om tidlig opsporing**. Hertil kommer, at det, som nævnt ovenfor, har været svært at rekruttere et tilstrækkeligt antal inden for den fastsatte målgruppe, hvorfor alle tre projekter stort set fra start har valgt at screene en bredere målgruppe end den, der på forhånd var defineret for projektet overordnet.

Vordingborg Kommune skriver eksempelvis i deres afslutningsrapport²⁴:

²² Kilde: Faxe Kommune, 2014: Statusrapport. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Projekt: Alkoholfokus i Jobcenter Faxe. 19. december 2014.

²³ Kilde: Hørsholm Kommune, 2014. Statusrapport. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Mening, sammenhæng og trivsel – sundere veje til jobbet. 19. december 2014.

²⁴ Vordingborg Kommune, 2016: AFSLUTNINGSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Åben snak i tide. 23. marts 2016.

"Oplevelsen blandt disse vejledere er dog også, at når borgeren med et alkoholoverforbrug kommer på kontanthjælp, så er alkoholforbruget blevet så stort, at der ikke længere er tale om "tidlig indsats"."

I forbindelse med de afsluttende interviews siger en af projektmedarbejderne i Vordingborg videre:

"Det burde være alle, der screenes, eksempelvis de unge uddannelsesparate eller nyledige for at forebygge, frem for at vente til de er aktivitetsparate og "har drukket i 10 år". De, der har scoret højt, er jobparate, men ikke aktivitetsparate."

I Hørsholm Kommune er oplevelsen lignende²⁵:

"På trods af at de visiterede borgere pr definition var nyledige på kontanthjælp, var realiteten, at de fleste havde været i systemet i mange år. Det kunne eksempelvis være en borger, der var overgået fra sygedagpenge til kontanthjælp efter flere år på sygedagpenge og måske endda før det, kom fra dagpengesystemet. En revalidend, der ikke magtede uddannelse, og derfor overgik til kontanthjælp og som ligeledes måske havde været på kontanthjælp i mange år før revalidering. Borger, der blev om-matchet fra mangeårig jobparat til aktivitetsparat."

Konkrete cases

Projektlederen fra Faxe Kommune har som del af deres afslutning af projektet afholdt en konference med deltagelse af politikere, ledere fra Jobcentret, sagsbehandlere, medarbejdere fra Rusmiddelcentret mv. og i den forbindelse indsamlet en række konkrete cases:

Borger 1: *Da sagsbehandler møder borger første gang, fremgår alkohol overhoved ikke af sagen. Da borger møder ind, lugter han af alkohol. Der oplyses, at der er et alkoholprojekt i gang, og at der er et skema der skal gennemgås. Dette betyder, at sagsbehandler som borger skal forhold sig til alkohol. Borger oplyser så, at han har drukket, hvilket sagsbehandler så kan bekræfte, at det kan lugtes. Borger bliver meget overrasket, for som han siger: "Jeg har ikke drukket så meget." Borger bliver opmærksom på, at han lugter af alkohol og han kan godt se, at det ikke er det bedste at komme i Jobcentret og lugte. Borger drikker ikke hver dag, men når han bliver stresset og presset tyr han til flasken. Der oplyses om, at det er muligt at få råd og vejledning i Rusmiddelcentret, idet borger ikke mener han har et egentligt alkoholmisbrug, så behandling ikke er nødvendigt for ham. Borger vælger at kontakte Rusmiddelcentret, hvor han kommer i et forløb og der får han mange gode værktøjer til, hvorledes han skal gøre. Efterfølgende var det meget naturligt at snakke om alkohol, det var en del af samtalen.*

²⁵ Hørsholm Kommune, 2016: AFSLUTNINGSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Mening, sammenhæng og trivsel – sunde veje til jobbet. 15. marts 2016

Borger 2: *Borger har været inde til samtale flere gange, hvor alkoholskemaet også er gennemgået. Borger indrømmer, at han drikker papvin. Borger er ikke påvirket ej heller lugter af alkohol når han møder til samtale. Borger ønsker ikke at gøre noget ved det, da han ikke mener, det er et problem. Ved sidste samtale er borger tydeligt fysisk påvirket, ryster og koldsved. Borger siger, at det skyldes angst for at komme i Jobcentret. Der spørges ind til alkoholforbrug, hvilket falder meget naturligt ind, idet det talte vi om ved tidligere samtale. Borger oplyser, at han har drukket en del dagen op til, men stopper således at han ikke kommer til at lugte, når han skal møde i f.eks. Jobcentret. Der vejledes i kontakt til Rusmiddelcentret. Borger oplyser, at han tidligere har snakket med egen læge. Der oplyses, at Rusmiddelcentret har megen viden og ekspertise i forhold til behandling. Borger vil overveje at kontakte Rusmiddelcentret. Borger er p.t. i døgnbehandling.*

Borger 3: *Borgeren er sygemeldt pga. stress og depression. Der indledes med en snak om vedkommendes tidligere tilknytning til arbejdsmarkedet, og hvilke udfordringer der ligger i det, at han nu har barrierer i at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Borger bliver meget overrasket da jeg direkte spørger ind til, hvilket forhold han har til alkohol. Borger oplyser, at han p.t. er tørlagt alkoholiker og ikke har drukket i lang tid. Borger spørger om det har nogen betydning i hans sag i jobcentret, at han er tørlagt alkoholiker. Der oplyses så til borger, at Faxe Kommune har valgt, at der skal sættes ord på alkohol og at det nødvendigvis ikke er til det negative. Da borger hører, hvorfor jeg spørger ind til alkohol siger han, at det er meget fornuftigt. Samtalen gør, at jeg som sagsbehandler får muligheder for at komme ind på emner i hans liv, både helbredsmæssigt og socialt. Borger var meget glad for, at det var en meget "nem" samtale om et svært emne.*

3.7 Effekt af indsatsen?

Som vi har set tyder resultaterne umiddelbart på, at indsatsen og screeningen af alkoholforbruget har haft gode resultater. Spørgsmålet er nu, om vi kan se en beskæftigelsesmæssig effekt af indsatsen?

Det vil sige, kan vi se resultater af indsatsen, når vi måler på, hvor mange der er kommet i beskæftigelse efter den seneste screening eller på graden af ledighed?

3.7.1 Beskæftigelse

Først ser vi på, hvor mange, der er kommet i beskæftigelse som lønmodtagere efter seneste screening. **14 % af de ledige i Faxe og Vordingborg kommuner, der deltog i den indledende screening, var i beskæftigelse 12 måneder efter den seneste screening (Tabel 3-12).**

Et halvt år efter den seneste screening var 12 % i beskæftigelse, og 9 måneder efter var andelen 13 %.

Beskæftigelse omfatter i denne sammenhæng både ordinær beskæftigelse som lønmodtager, beskæftigelse i fleksjob og beskæftigelse med løntilskud. Hvis borgeren på denne måde har været i beskæftigelse som lønmodtager i løbet af den kalendermåned, hvor der er gået 9 måneder siden seneste screening, defineres

det i det følgende som beskæftigelse, uanset antallet af timer, borgeren har arbejdet i den pågældende måned.

En del af borgerne deltog – som vi tidligere har været inde på – alene i den indledende screening. Enten fordi deres alkoholforbrug ikke var så højt, eller fordi de ikke ønskede eller fik tilbudt deltagelse i den opfølgende screening. Med den seneste screening mener vi således, den seneste af de screeninger for alkoholforbrug, som borgeren deltog i.

Tabel 3-12 Andel af ledige borgere i Faxe og Vordingborg, der var i ordinær beskæftigelse, i fleksjob eller i beskæftigelse med løntilskud 6, 9 og 12 måneder efter den seneste screening. Borgere, der deltog i den indledende screening.

	6 mdr. efter seneste screening	9 mdr. efter seneste screening	12 mdr. efter seneste screening
Andel i beskæftigelse	12%	13%	14%

Hvilke borgere er især kommet i beskæftigelse?

Spørgsmålet er nu, hvad der karakteriserer de ledige borgere, der især var i beskæftigelse 9 måneder efter den seneste screening. Lige som tidligere har vi undersøgt dette på grundlag af en række baggrundsforhold: Antal genstande i forbindelse med alkoholindtagelse, køn, alder, familietype, antallet af børn, herkomst (dansk eller indvandrer/ efterkommer), uddannelse (erhvervskompetencegivende uddannelse eller ej), ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, antal år uden beskæftigelse, seneste branche, hvorvidt borgeren har været indlagt eller behandlet ambulat på et sygehus i kalenderåret før screening, samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før den indledende screening.

Når vi ikke tager højde for påvirkningen fra de øvrige baggrundsforhold er resultatet er, at andelen, der er kommet i beskæftigelse varierer med borgerens alkoholforbrug, alder, familietype, kommune, ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, antal år uden beskæftigelse samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før den indledende screening (Tabel 3-13).

Borgere, der normalt indtager 5 genstande eller flere ved alkoholindtagelse samt borgere, der normalt slet ikke drikker, er i højere grad kommet i beskæftigelse 9 måneder efter seneste screening end borgere, der normalt indtager 1-4 genstande. Dette resultat er også signifikant, når vi tager højde for de øvrige baggrundsforhold²⁶. F.eks. er 22 % af de borgere, der normalt drikker 5 eller flere genstande kommet i beskæftigelse 9 måneder senere, mod 8 % af de borgere, der normalt drikker 1-4 genstande.

²⁶ Det vil sige alle de nævnte baggrundsforhold bortset fra antallet af år uden beskæftigelse, der ikke indgår i analysen samtidig med ledighedsgraden.

Tabel 3-13 Andel af de ledige borgere, der var i ordinær beskæftigelse, fleksjob eller i beskæftigelse med løntilskud 9 måneder efter den seneste screening. Borgere i Faxe og Vordingborg kommune, der deltog i den indledende screening.

Baggrundsforold	Andel der er kommet i beskæftigelse 9 mdr. efter seneste screening
Genstande ved alkoholindtagelse ifølge seneste screening	
0 genstande	20%
1-4 genstande	8%
5 el. flere genstande	22%
Alder	
Under 29 år	21%
30-49 år	9%
50+ år	7%
Familietype	
Ingen børn	16%
Børn	7%
Kommune	
Faxe	9%
Vordingborg	20%
Ledighedsgrad de sidste tre år før indledende screening	
Ledighedsgrad under 25%	24%
Ledighedsgrad 25-49%	19%
Ledighedsgrad 50-79%	7%
Ledighedsgrad 80-100%	6%
Antal år uden beskæftigelse	
Under 1 år	24%
1-3 år	12%
3-5 år	6%
5 år el. mere	4%
Aldrig haft beskæftigelse	10%
Indikation på psykisk lidelse året før screening	
Ja	26%
Nej	12%

De unge er i højere grad kommet i beskæftigelse 9 måneder senere end de øvrige ledige. 21 % af de unge under 29 år er i beskæftigelse på dette tidspunkt mod 9 % af de 30-49 årige og 7 % af de 50+ årige, jf. tabellen oven for.

Samtidig er borgere, der ikke har børn, i højere grad kommet i beskæftigelse end borgere, der har børn. Blandt borgere med børn er 7 % i beskæftigelse 9 måneder senere, blandt borgere, der ikke har børn er andelen 16 %.

De ledige fra Vordingborg kommune er i højere grad kommet i beskæftigelse, end de ledige fra Faxe kommune. 20 % af de ledige fra Vordingborg var i beskæftigelse 9 måneder senere mod 9 % af de ledige fra Faxe kommune. Dette resultat skal selvfølgelig ses i lyset af de mange unge og de mange med en lav ledighedsgrad, der blev screenet i Vordingborg kommune, som vi så tidligere (Tabel 3-2 og Tabel 3-3).

Ledige med en ledighedsgrad på 50 % og derover - dvs. at de har været helt eller delvist ledige i mere end halvdelen af ugerne i de sidste tre år før den indledende screening - er i mindre grad kommet i beskæftigelse end ledige med lavere ledighedsgrad. 24 % af de ledige med en ledighedsgrad på mindre 25 % var således kommet i beskæftigelse 9 måneder senere mod kun 6 % af de ledige med en ledighedsgrad på 80-100 %.

Samtidig er det især ledige, der har forholdsvis aktuelle beskæftigelseserfaringer som har fået arbejde. 24 % af de ledige, der har været i beskæftigelse inden for det seneste år, er i beskæftigelse 9 måneder senere, hvorimod andelen kun er 4 % blandt de ledige, hvor det er mindst 5 år siden, de senest var i arbejde.

Andelen, der er kommet i beskæftigelse er desuden højere blandt borgere med en indikation på en psykisk lidelse end blandt borgere, der ikke har indikation på en psykisk lidelse. Borgere med indikation på en psykisk lidelse omfatter borgere, der i kalenderåret før den indledende screening, var indlagt eller blev behandlet ambulant med en aktions- eller bi-diagnose i diagnosegrupperne DF00 – DF99, der omfatter kontakter i forbindelse med psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, eller som ifølge Sygesikringsregisteret modtog ydelser med en specialekode 24 Psykiatri eller 35 Distriktpsikiatri. Blandt borgere med indikation på en psykisk lidelse var 26 % i ordinær beskæftigelse, i fleksjob eller løntilskudsjob 9 måneder senere, mens den tilsvarende andel var 12 % blandt borgere, der ikke havde indikation på en psykisk lidelse. Muligheden for at komme i fleksjob eller job med løntilskud udgør antagelig en del af baggrunden for dette resultat.

For at se hvilke af disse forhold, der har størst statistisk sammenhæng med beskæftigelse 9 måneder senere, har vi foretaget en analyse²⁷, hvor vi tager højde for alle de baggrundsforhold, der indgår i analysen, dvs. antal genstande i forbindelse med alkoholindtagelse, køn, alder, familietype, antallet af børn, herkomst (dansk eller indvandrer/ efterkommer), uddannelse (erhvervskompetencegivende uddannelse eller ej), ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, hvorvidt borgeren har været indlagt eller behandlet ambulant på et sygehus i kalenderåret før screening, samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før den indledende screening.

²⁷ Analysen er foretaget som en logistisk regressionsanalyse.

Resultatet er, at når samtidig tages højde for alle disse forhold, er det **alene borgerens alkoholforbrug, ledighedsgraden i de seneste tre år før den indledende screening og indikation på en psykisk lidelse**, der har signifikant statistisk sammenhæng med, om den ledige er i beskæftigelse 9 måneder efter den seneste screening eller ej.

Borgere, der ved den seneste screening har oplyst, at de drikker 1-4 genstande i forbindelse med alkoholindtagelse, har mindre sandsynlighed for at være i beskæftigelse – dvs. ordinær beskæftigelse, fleksjob eller job med løntilskud - 9 måneder senere end borgere, der har oplyst, at de drikker 5 genstande og derover i forbindelse med alkoholindtagelse. Som det fremgår af det følgende afsnit, genfindes denne sammenhæng ikke, når vi ser på ledighedsgraden i hele perioden på 9 måneder.

Samtidig er der en klar sammenhæng mellem graden af ledighed i en periode på tre år før den indledende screening og chancen for at være i beskæftigelse 9 måneder efter den seneste screening. Jo hårdere borgeren har været ramt af ledighed, dvs. jo større ledighedsgraden er, jo mindre er chancen for, at han/hun beskæftiget 9 måneder senere.

Endelig er der en klar statistisk sammenhæng mellem indikation for psykisk lidelse og chancen for at være beskæftigelse. Borgere, med indikation på en psykisk lidelse, har således større sandsynlighed for at være i beskæftigelse 9 måneder efter seneste screening, end borgere der ikke har indikation på en psykisk lidelse. Som vi skal se i det følgende afsnit genfindes denne sammenhæng dog ikke, når vi ser på ledighedsgraden i hele perioden på 9 måneder.

3.7.2 Ledighedsgrad i 9 måneder efter seneste screening

I det forrige afsnit har vi belyst arbejdsmarkedstilknytningen på grundlag af oplysninger om, hvorvidt borgerne var i beskæftigelse som lønmodtagere i en bestemt måned – uanset antallet af arbejdstimer.

I det følgende sætter vi i stedet fokus på et lidt mere præcist udtryk for borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet, nemlig ledighedsgraden i en periode på ca. 9 måneder (39 uger) efter seneste screening, der er udtryk for hvor mange af ugerne i denne periode, borgerne har været helt eller delvist ledige.

Disse resultater peger ligeledes på, at **deltagerne i den indledende screening har massive ledighedsproblemer**. I gennemsnit har de ledige i Faxe og Vordingborg, der deltog i den indledende screening af alkoholforbruget, en ledighedsgrad på 74,7 svarende til, at de har været ledige i ca. 75 % af ugerne i 9-måneders perioden siden seneste screening. 17 % har en ledighedsgrad på mindre en 25 %, 10 % har en ledighedsgrad på 25-49 %, 8 % har en ledighedsgrad på 50-79 % og 65 % har en ledighedsgrad på 80-100 %.

Hvilke borgere har den laveste ledighedsgrad?

Vi har undersøgt, hvad der karakteriserer de borgere, der har den laveste ledighedsgrad i perioden på 9 måneder efter seneste screening. Resultatet er, at når

der ikke tages højde for påvirkningen fra andre baggrundsforhold, varierer andelen, der er kommet i beskæftigelse med borgerens køn, alder, uddannelse, kommune, ledighedsgrad i de seneste tre år før den indledende screening, antal år uden beskæftigelse og seneste branche (Tabel 3-14).

Andre signifikante sammenhænge har vi ikke fundet, dvs. der er ikke signifikant forskel på ledighedsgraden i 9 måneders perioden uanset om borgeren har et højt eller lavt alkoholforbrug i forbindelse med alkoholindtagelse, og ledighedsgraden adskiller sig heller ikke signifikant mellem f.eks. borgere med indikation på en psykisk lidelse og borgere, der ikke har indikation på en psykisk lidelse.

Som det fremgår, er det især mændene, de unge, ledige uden erhvervskompetencegivende uddannelse, ledige fra Vordingborg, ledige med en lav ledighedsgrad i perioden tre år før den indledende screening, borgere med aktuelle beskæftigelseserfaringer og borgere, der senest har været ansat inden for bygge og anlæg, rengøringsbranchen, rejsebureauer eller anden service, der har været ledige i mindre end halvdelen af ugerne i en periode på 9 måneder efter seneste screening. Herudover er der en tendens til, at andelen med en ledighedsgrad under 50 % er større blandt hjemmeboende end blandt de øvrige ledige²⁸.

For at se hvilke af disse forhold, der har størst statistisk sammenhæng med ledighedsgraden 9 måneder senere, har vi foretaget en analyse, **hvor vi tager højde for alle de baggrundsforhold**, der indgår i analysen²⁹, dvs. antal genstande i forbindelse med alkoholindtagelse, køn, alder, familietype, familietype, herkomst (dansk eller indvander/ efterkommer), uddannelse (erhvervskompetencegivende uddannelse eller ej), ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, hvorvidt borgeren har været indlagt eller behandlet ambulantly på et sygehus i kalenderåret før screening, samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før den indledende screening.

Resultatet er, at når samtidig tages højde for alle disse forhold, er det alene borgerens **køn, alder, familietype, og ledighedsgraden i de seneste tre år før** den indledende screening, der har signifikant statistisk sammenhæng med ledighedsgraden størrelse i en periode på 9 måneder efter den seneste screening.

Analysen viser, at **mændene alt andet lige har en lavere ledighedsgrad** end kvinderne i perioden, at de **unge under 29 år** har en lavere ledighedsgrad end de 30-49 årige, at **borgere der er gifte eller samlevende og har børn, og borgere der er hjemmeboende**, har lavere ledighedsgrad end enlige uden børn, og endelig at **jo lavere ledighedsgraden er i en periode på tre før** den indledende screening, jo lavere er den også i perioden på 9 måneder efter den indledende screening.

²⁸ Dette er ikke vist i tabellen.

²⁹ Der er foretaget en regressionsanalyse med de nævnte baggrundsforhold.

Tabel 3-14 *Andel af de ledige borgere (ved den indledende screening), der havde en ledighedsgrad på under 50 % i en periode på 9 måneder efter den seneste screening. Borgere, der deltog i den indledende screening for alkoholforbrug.*

Baggrundsforhold	Andel der med en ledighedsgrad på mindre end 50 % i perioden
Køn	
Mænd	36%
Kvinder	18%
Alder	
Under 29 år	44%
30-49 år	11%
50+ år	23%
Uddannelse	
Ingen erhvervskompetencegivende uddannelse	30%
Erhvervskompetencegivende uddannelse	18%
Kommune	
Faxe	22%
Vordingborg	35%
Ledighedsgrad de sidste tre år før indledende screening	
Ledighedsgrad under 25%	50%
Ledighedsgrad 25-49%	36%
Ledighedsgrad 50-79%	24%
Ledighedsgrad 80-100%	8%
Antal år uden beskæftigelse	
Under 1 år	46%
1-3 år	22%
3-5 år	17%
5 år el. mere	14%
Aldrig haft beskæftigelse	19%
Seneste branche	
Bygge og anlæg, rengøring, rejsebureauer el. anden service	43%
Anden branche	24%
Ingen kendt beskæftigelse	19%

Det vil sige, at når vi måler tilknytningen til arbejdsmarkedet på denne lidt mere præcise måde, hvor vi tager udgangspunkt i ledighedsgraden i en periode efter den seneste screening, så tyder resultaterne ikke på, at borgerens alkoholfor-

brug har betydning for ledighedsgraden. Resultaterne på dette punkt svarer således ikke til resultaterne i det forrige afsnit, hvor chancerne for at have arbejde som lønmodtager på et bestemt tidspunkt blev analyseret.

3.8 Forankring

I dette afsnit sætter vi fokus på, hvilke dele af projekterne, som de enkelte kommuner har valgt at forankre. Som de fremgår neden for er det kun Vordingborg, der har valgt at fortsætte screeningen. I Faxe fortsætter de med at spørge ind til borgernes alkoholvaner og henviser til Rusmiddelcentret. I Hørsholm fortsætter det samarbejde Jobcentret hidtidigt har haft med Misbrugscentret, jf. neden for.

3.8.1 Faxe

I Faxe Kommune spørges alle målgrupper af ledige fortsat systematisk ind til deres alkoholforbrug, men de bruger ikke længere AUDIT skemaet. En del af sagsbehandlerne har ifølge projektlederen skemaet liggende i skuffen, fordi det er en god spørgeguide, men de fleste er selvkørende nu. Faren er dog, at de kan glemme at spørge borgeren, hvorfor der er fokus på, at have en lille bunke folder liggende på skrivebordet³⁰.

Kommunen fortsætter endvidere uddannelsen af nyansatte medarbejdere i Den Motiverende Samtale samt udviklingen og af ambassadører i Den Motiverende Samtale.

Der foregår ligeledes fortsat regelmæssige møder mellem jobcentret og Rusmiddelcentret med fokus på de borgere, der kræver en ekstra indsats og skal motiveres til at gå i behandling. Et initiativ, der blev indført i slutningen af projektperioden efter Kommunen kunne konstatere, at det ikke gav tilstrækkeligt, at der sad en repræsentant fra Rusmiddelcentret i Jobcentret en gang om ugen.

Endelig planlægger Faxe Kommune at gennemføre SMS-undersøgelser for at måle på borgertilfredshed i samtalerne – og for at sikre medarbejderne bliver ved med at spørge ind til borgernes alkoholvaner.

3.8.2 Hørsholm

I Hørsholm Kommune er det vurderingen, at der ikke har været nok borgere gennem en kort alkohol intervention til at danne grundlag for at fortsætte en sådan indsats. Center for Børn og Voksne Børne, som har stået for den korte alkoholintervention, har gennem en årrække haft et godt samarbejde med Mis-

³⁰ Faxe Kommune, 2016: AFSLUTNINGSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Alkoholfokus i Jobcenter Faxe. 16. november 2016

brugscentret ift. afdækning af alkoholforbrug og alkoholbehandling. Dette samarbejde fortsætte som hidtil³¹.

3.8.3 Vordingborg

I Vordingborg Kommune har de ifølge deres afslutningsrapport forankret screeningen, den fremskudte behandling og gruppetilbuddene.

Screeningen og indsatsen fortsætter med at foregå på Skiftesporet.

Der vil endvidere fortsat sidde en alkoholbehandler (den tidligere projektleder) i den åbne rådgivning hver anden tirsdag, hvor hun rådgiver om både alkohol og stoffer.

³¹ Hørsholm Kommune, 2016: AFSLUTNINGSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Mening, sammenhæng og trivsel – sunde veje til jobbet. 15. marts 2016

4 Tidlig opsporing af mistrivsel – WHO-5

4.1 Indledning

Indhold

Dette kapitel indeholder resultaterne af den samlede evaluering af de projekter, der har iværksat tidlig opsporing af mistrivsel.

Kapitlet indledes med en kort beskrivelse af **screeningsmetoden** og **indsatserne**, samt af **organiseringen** af projektet.

Herefter følger først en beskrivelse af, **hvad der kendetegner målgruppen**, og dernæst en **analyse af resultaterne af screeningerne**, samt af de **læringer og erfaringer**, som de enkelte projekter har gjort i forbindelse med screeningerne og de gennemførte indsatser.

Endelig præsenteres **resultaterne af analyserne** af, i hvilket omfang de gennemførte indsatser har betydet, at deltagerne i højere grad er kommet i enten støttet beskæftigelse eller ordinær beskæftigelse sammenlignet med en sammenlignelig kontrolgruppe.

Kapitlet afsluttes med en kort redegørelse for de enkelte delprojekters overvejelser om, hvilke dele af projekterne, de vil **forankre** fremadrettet. Projekterne

4.2 Screeningsmetoden og indsatserne

4.2.1 Screeningsmetoden

Metoden

De fire kommuner, der har screenet for mistrivsel har anvendt metoden WHO-5, der er et trivselsindeks. WHO-5 er udviklet af professor Per Bech for WHO og kan bruges til at måling af trivsel³².

³² Kilde: Sundhedsstyrelsen: Guide til trivselsindekset: WHO-5.
<http://www.sst.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>

Indekset består mere konkret af fem spørgsmål om, hvordan testpersonen har følt sig tilpas i de seneste to uger. Spørgsmålene måler i hvilket omfang testpersonen de sidste 2 uger har

- > været glad og i godt humør
- > følt sig rolig og afslappet
- > følt sig aktiv og energisk
- > vågnet frisk og udhvilet
- > haft en hverdag fyldt med ting, der interesserer vedkommende.

Alt efter hvor stor en del af tiden de sidste 2 uger, testpersonen vurderer, at de enkelte udsagn passer, tildeles en score på mellem 0 og 5 point. Hvis testpersonen vurderer, at udsagnet passer på, hvordan han eller hun har haft det, det meste af tiden, så scores spørgsmålet med 5 point. Hvis testpersonen vurderer, at udsagnet på intet tidspunkt passer på, hvordan han eller hun har haft det, så scores spørgsmålet med 0 point, jf. tabellen neden for.

Tabel 4-1 WHO-5

	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	...har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
2	...har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
3	...har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
4	... er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
5	...har min hverdag været fyldt med ting, der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

Det samlede pointtal beregnes ved at lægge scoren på hver af de fem udsagn sammen og gange med 4. Herved opnås en samlet score på mellem 0 og 100. under 50, kan det være et tegn på depression eller på, at testpersonen har været udsat for en langvarig stressbelastning.

Tolkning af resultater Den samlede score siger noget om testpersonens trivsel. Jo højere score, jo højere trivsel³³.

Er den samlede score på

- > **0-35** : Kan der være **stor risiko** for depression eller stressbelastning.

³³ Kilde: Sundhedsstyrelsen: Guide til trivselsindekset: WHO-5.

<http://www.sst.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>

- > **36-50**: Kan der være **risiko** for depression eller stressbelastning.
- > **> 50** : Er der **ikke umiddelbart risiko** for depression eller stressbelastning.

Den gennemsnitlige samlede score for befolkningen som helhed er 68.

Indsatser

Afhængig af screeningens resultat tilbydes borgeren i dette projekt følgende typer af indsatser.

Hvis den samlede score er på

- > **0-35** og der dermed er **indikation på**, at borgeren kan lide af **en egentlig depression**, henvises borgeren til videre **udredning hos egen læge** og/eller deltagelse i **kursusforløb omkring håndtering af dagligdag og egenomsorg** (psykoedukation).
- > **36-50** og der dermed er **indikation på mistrivsel**, men ikke indikation på en egentlig depressionstilstand, tilbydes borgeren – som en integreret del af beskæftigelsesindsatsen – deltagelse i **kursus i mindfulness/stresshåndtering** over en periode på 6-12 uger eller et **mentorforløb** i form af samtaler med fokus på at støtte borgeren i af (gen-)etablere kontakt til uddannelse eller arbejde.
- > **> 50** og der ikke er indikation på mistrivsel eller depression tilbydes borgeren en almindelig beskæftigelsesindsats.

WHO-5 skemaet udfyldes ved start og slut af indsatsforløbet. I forbindelse med fortolkningen af effekten af indsatsen, så regnes en forøgelse (eller forringelse) på 10 pointtal i forbindelse med kliniske indsatser for en klinisk signifikant forskel, dvs. en forskel i trivsel der er så stor, at den kan tilskrives indsatsen³⁴.

4.2.2 Organisering af indsatsen

Sundhedsstyrelsen har, ligesom for de projekter, der omhandlede screening for alkohol, sat som præmis, at projekterne er forankret i jobcenteret. Dette er også tilfældet i alle fire kommuner.

I det følgende beskrives kort organiseringen i de tre kommuner med vægt på organiseringen af screeningen og indsatserne.

Hørsholm

Overordnet organisering

Projektet "Mening, sammenhæng og trivsel – sunde veje til jobbet" i Hørsholm Kommune har overordnet været ledet af en administrativ styregruppe bestående af centercheferne for de tre centre, der er repræsenteret i projektet, dvs. Jobcentret, Center for Børn og Voksne (social- og psykiatriområdet) og Center for Sundhed og Omsorg (Sundhedscentret). Deltagelsen af de tre centre skal ses i lyset af et ønske om, at skabe øget samspil mellem beskæftigelsesindsatsen,

³⁴ Kilde: Sundhedsstyrelsen: Guide til trivselsindekset: WHO-5.

<http://www.sst.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>

den sociale indsats og den sundhedsfremmende indsats. Hørsholm Kommune har således fra start haft et selvstændigt mål om at knytte indsatserne på sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet tættere sammen.

De centrale daglige aktører – hvad angår trivselsindsatsen – har på den ene side været projektlederen og udviklingskonsulenten, og på den anden side været trivselskoordinatoren og psykoterapeuten.

Projektlederen har haft det daglige ansvar for projektet i tæt sammen med udviklingskonsulenten, der dog fratrådte i projektperioden. Projektlederen og udviklingskonsulenten har ikke haft borger kontakt, men primært arbejdet med dataindhentning og formidling.

Trivselskoordinatoren har fungeret som mentor og har haft hele myndighedsansvaret for borgerne i projektet, mens psykoterapeuten har haft ansvaret for indsatsen i form af mindfulness, psykoedukation og erhvervspsykologiske samtaler³⁵. Både psykoterapeuten og trivselskoordinatoren har fysisk været placeret på Louiselund i Sundhedscentret i projektperioden, mens projektlederen og udviklingskonsulenten har siddet i Jobcentret. Ideen med at placere trivselskoordinatoren og psykoterapeuten i Sundhedscenteret var at understøtte samarbejdet på tværs af områderne.

Trivselskoordinatoren har endvidere haft til opgave at hjælpe borgerne med at navigere i det kommunale system, og koordinere projektets behandlingstilbud og de øvrige beskæftigelsestiltag. I de tilfælde, hvor borgerne ikke umiddelbart har ønsket at deltage i projektet, har trivselskoordinatoren afholdt motiverende samtaler med borgeren og på denne måde motiveret borgeren til at indgå i projektet. Når borgeren har skullet afsluttes i projektet, har trivselskoordinatoren endvidere sørget for at planlægge den videre indsats og overleveret borgeren inklusiv en plan for den fremtidige indsats til en sagsbehandler³⁶.

Louiselund blev åbnet i maj 2012, og var på ansøgningstidspunktet endnu i sin vorden i forhold til at udvikle sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Projekt "Mening, sammenhæng og trivsel -sunde veje mod jobbet" var tænkt, som startskud til udvikling af tilbud, og som en katalysator for det tværfaglige samarbejde mellem Jobcentret og Sundhedscentret. I løbet af 2013 og 2014 blev sundhedscenterdelen på Louiselund imidlertid afviklet. Enkelte funktioner/opgaver i det oprindelige team sundhedsfremme blev i den forbindelse flyttet til rehabiliteringsenheden³⁷. Den ramme, der er beskrevet i projektbeskrivelsen, som skulle løfte sundhedsfremmedelen i projektet ikke været til stede i størstedelen af projektperioden. Det betød bl.a., at den fysiske træning, som var tænkt ind i projektet ikke har kunnet lade sig gøre.

³⁵ Kilde: Hørsholms Kommunes projektansøgning til Sundhedsstyrelsens satspulje: "Styrket sundhedsindsats overfor socialt udsatte og sårbare grupper"

³⁶ Kilde: Hørsholm Kommune, 2016: Afslutningsrapport. Projekt: Mening, sammenhæng og trivsel – sunde veje til jobbet. 15. marts 2016.

³⁷ ³⁷ Kilde: Hørsholm Kommune, 2016: Afslutningsrapport. Projekt: Mening, sammenhæng og trivsel – sunde veje til jobbet. 15. marts 2016.

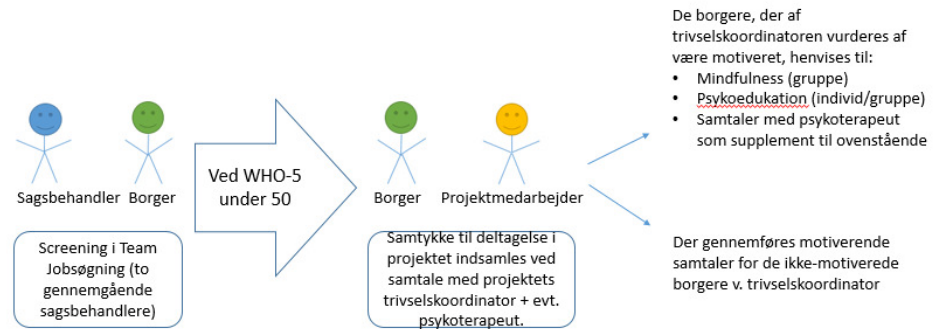
Organiseringen af screeningen

Screeningen lå først hos alle sagsbehandlere, men de forskellige reformer og omorganiseringer tog opmærksomheden fra screeningen. Herudover havde sagsbehandlerne svært ved at forklare hvad psykoedukationen egentlig gik ud på, hvorfor de stoppede med at henvise borgere. Screening blev derfor flyttet til to faste medarbejdere i Team Jobsøgning i 2014. De to pågældende medarbejdere havde alligevel kontakten med alle nyledige.

Organiseringen af indsatsen

Hvis borgeren har scoret under 50 i screeningen, kommer borgeren til (en motiverende) samtale med trivselskoordinatoren og evt. også psykoterapeuten. Dette sker uanset om borgeren vil være med eller ej. Alt efter borgerens score henvises vedkommende enten til Mindfulness eller psykoedukation, samt til samtaler med psykoterapeut som supplementet til de to andre indsatser, jf. figuren neden for.

Screenings- og indsatsforløbet er illustreret i figuren neden for.



Kolding

Den overordnede organisering

Projektet "Sund på Tværs" har fysisk været placeret i Job og Aktiv i Jobcenter Kolding. Job og Aktiv er en underafdeling under Kontanthjælp og Integrationsrådgivningen, som bl.a. varetager sagsbehandlingen af aktivitetsparate borgere over 30 år, borgere der har behov for en tværfaglig indsats og nyankomne flygtninge. Job og Aktiv står for Kolding Kommunes egne aktiveringsprojekter³⁸, og fungerer således som udførerenhed. Job og Aktiv er beliggende i en særskilt bygning i forhold til Jobcentret, men i gåafstand til Jobcentret.

Projektet "Sund på Tværs" er baseret på en grundtese om, at en tilstrækkelig grad af trivsel er en forudsætning for indtræden eller tilbagevenden til arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet. Projektet har i tråd hermed og med formålet med satspuljeprojektet et mål om, at evidensbaserede sundhedsfremmende elementer på sigt indgår som et fast forankret element i beskæftigelses-

³⁸ Se: <https://www.kolding.dk/borger/arbejde-ledighed/kontanthjaelp-uddannelseshjaelp/aktivering/job-og-aktiv-jobcentrets-egne-aktiveringsprojekter/aktivering-job-og-aktiv>

indsatsen overfor aktivitetsparate og uddannelsesparate³⁹. Projektet har således fra start haft et stort fokus på det tværfaglige samarbejde mellem på den ene side Senior og Sundhedsforvaltningen og på den anden side Beskæftigelses- og integrationsforvaltningen. Konkret har der gennem hele projektet været et tæt og øget samarbejde mellem projektet, sundhedscentret og misbrugscentret, samt de øvrige afdelinger i Jobcentret. Der har bl.a. været etableret ERFA grupper på tværs af de forskellige områder, som løbende har mødtes i projektperioden. Projektet har også haft et samarbejde med de praktiserende læger, som de har løbende har orienteret om resultaterne af WHO-5 og psykologsamtalen med borgernes accept. Jobcentrets lægekonsulent har præsenteret projektet i Bylægeforeningen, og uddelt foldere således, at de praktiserende læger i Kolding Kommune er blevet orienteret om forløbet i Jobcentret. Endelig har projektet igennem projektføreløbet fået etableret et samarbejde med psykiatrisk afdeling.

Der har gennem hele projektperioden været en stor interesse for projektet både på det administrative niveau og på det politiske niveau. Der er således løbende blevet orienteret om projektet på politisk-, chef og teamleder niveau⁴⁰ og det med det formål både at skabe indsigt og viden om projektet og dets resultater og for at drøfte mulighederne for at forankre projektet, som et fast tilbud.

Projektet har på lige fod med de andre satspuljeprojekter, som er evalueret i denne rapport, været påvirket af implementeringen af førtidspensionsreformen og kontanthjælpsreformen og af løbende omorganiseringer, samt udskiftning i gruppen af projektmedarbejdere.

Tidligt i projektføreløbet stoppede den projektansvarlige. Det betød, at tanker og intentioner i nogen grad også forsvandt, og at den nye projektansvarlige skulle bruge en del tid på at sætte sig ind i projektet. Herudover er en af samarbejdspartneren fra Alkoholafdelingen (Lederen) også stoppet i sin stilling i starten af projektperioden, og senere en af de ansatte fra alkoholafdelingen, der underviste i misbrug i sundhedsuddannelsen. Endelig har sundhedskoordinatoren været på barsel i projektperioden⁴¹.

Projektet har lige som de øvrige projekter i starten oplevet, at det var svært at rekruttere et tilstrækkeligt antal borger til projektet. Problemet i starten var, at de ofte scorede for højt til at være i målgruppen. Det vendte i andet år af projektet, hvor der omvendt var en tendens til, at mange borgerne scorede lavt og i nogle tilfælde så lavt, at de ikke havde tilstrækkelige ressourcer til at deltage. De seneste par år har der imidlertid ikke været problemer med at rekruttere

³⁹ Kilde: Ansøgningsskema for Satspuljeprojekt: "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper". Tema: Tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projektitel: "Sundhed på Tværs."

⁴⁰ Kilde: Kolding Kommune, 2016: STATUSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Sundhed på Tværs. December 2015.

⁴¹ Kilde: Kolding Kommune, 2014: STATUSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Sundhed på Tværs. 19. december 2014.

nok, hvilket bl.a. skyldes, at der er opnået et godt kendskab til projektet blandt de myndighedssagsbehandlere og kontaktpersoner, som forestår visiteringen til projektet. Projektet har i det seneste år stået med den omvendte situation efter at projektet er blevet tilpasset og målgruppen blevet udvidet til at også omfatte personer på ledighedsydelse, sygedagpengemodtagere og jobparate, at der har været visiteret flere til projektet end det har været muligt at optage. Det har derfor været nødvendigt at oprette et for-forløb til projektet:

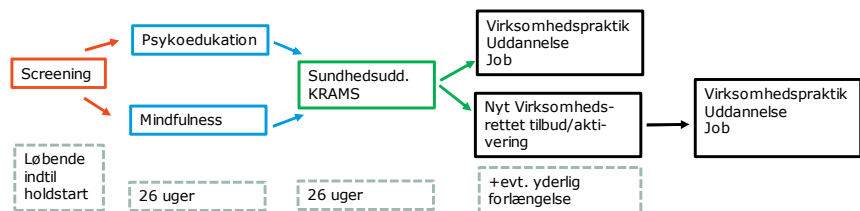
"For de borgere, som er så påvirket af stress og angst barrierer eller sociale fobier og som ikke med det samme kan tilgå projekt Sund På Tværs, indskrives de på et for-forløb til Sund På Tværs, med en tydelig plan for optrapning i tid, fortrolighed til huset og personalet, samt opstart på motionshold og motiverende samtaler ved en konkret kontaktperson. Målet er at få dem klar til at tilgå næste Sund På Tværs hold."⁴²

Organiseringen af screeningen

Ansvar for selve visiteringen til projektet ligger hos de myndighedssagsbehandler og kontaktpersoner, der arbejder med målgruppen for projektet. I første omgang henvises borgerne til en samtale med psykologen i projektet. Samtalen er forpligtende og indeholder en orientering om formålet med screeningen og indholdet af den efterfølgende indsats. Accepterer borgeren at deltage i projektet, indskrives deltagelsen i borgerens jobplan. Herefter er borgeren forpligtiget til at deltage. Selve screeningen foretages ligeledes af den tilknyttede psykolog. Den efterfølgende indsats bestod i projektperioden 2013-2015 af 26 uger, jf. figuren neden for.

Organiseringen af indsatsen

Alt efter den enkelte borgers score på WHO-5 og behov for indsats visiteres borgeren til enten psykoedukation eller mindfulness. Begge indsatser er følges op af en sundhedsuddannelse med fokus på KRAMS faktorerne.



Kilde: Jobcenter Kolding

Selve sundhedsuddannelsen er blevet tilpasset undervejs, idet borgerne gav udtryk for, at de godt kendte til KRAMS faktorerne og derfor syntes at undervisningen var spild af tid. Erfaringen var imidlertid, "at det var tydeligt, at de nok

⁴² Kilde: AFSLUTNINGSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Sundhed på Tværs. 1. marts 2017

var bekendt med KRAMS faktorerne, men ikke udlevede dem i praksis.⁴³ Der blev bl.a. indført besøgsundervisere udefra, i form af bl.a. en tidligere misbruger, der fortalte om sit liv, før under og efter et misbrug. En kandidat, som i den grad har formået at tiltrække sig kursisternes opmærksomhed. Sundhedsundervisningen har været forestået af fysioterapeuten fra Sundhedscentret, som også har fungeret som brobygger mellem sundhedscentret og Jobcentret, herunder sikret at borgerne i det omfang der har været relevant er blevet tilmeldt de åbne sundhedstilbud i Sundhedscentret.

Når borgerne slutter i forløbet udfyldes der et overgangsskema til borgerens sagsbehandler. Af skemaet fremgår scoren på screeningen og hvad borgeren er lykkes med og har arbejdet med samt hvad der skal arbejdes videre med. Skemaet er også et vigtigt dokument for den enkelte borger.

Projektteamet har været fuldstændig tro mod projektbeskrivelsen indtil årsskiftet 2015/2016, hvor de fik yderligere midler til at fortsætte projektet. Det nye projekt er blevet tilpasset i forhold til den række erfaringer og læringer, som projektet har gjort undervejs, jf. neden for.

Den tilpassede model Bl.a. er målgruppen, som nævnt ovenfor, udvidet til også at omfatte jobparate, sygedagpengemodtagere og personer på ledighedsydelse. Herudover er selve undervisningsforløbet skåret ned fra 26 uger til 14-16 uger. Samtidigt er det ugentlige timetal ændret fra 4-6 timer til 10 timer ugentligt og fordelt på flere dage.

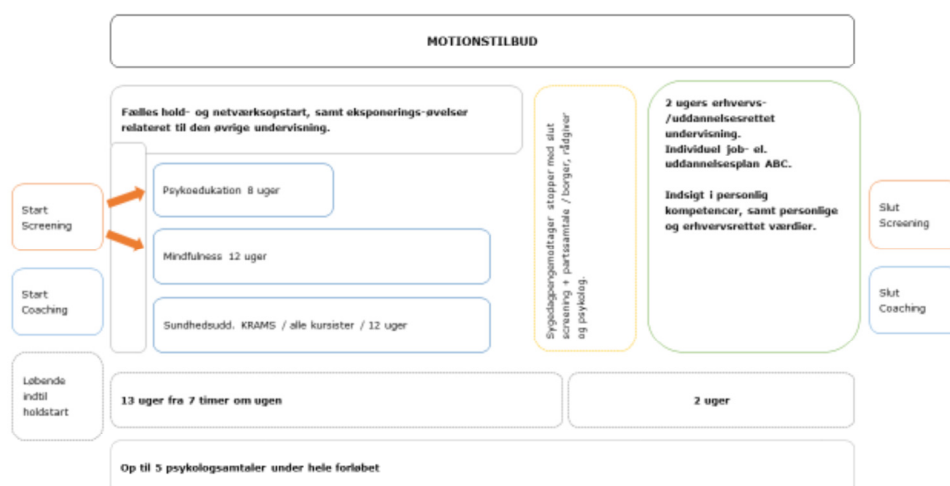
Der er endvidere indført fælles opstart på netværkshold ved projektets kognitiv-terapeut, som afmystificerer og legaliserer vigtigheden i at være forskellige individer. Netværksholdet er gennemgående under hele forløbet, hvor alle deltagere på holdet mødes, den sidste dag i ugen og taler om de udfordringer og succeser, de har mødt i den øvrige undervisning, (Mindfulness, Psykoedukation, sundhedsundervisning og motion). Møderne på netværksholdet drejer sig ligeså meget om, at deltagerne skal lære at kommunikere og opøve nye mestringsstrategier i en tryk gruppe⁴⁴.

Endelig er der blevet indført krav om fremmøde, samt 2 uger med virksomhedsrettede undervisningsaktiviteter med inddragelse af jobkonsulenter og det i direkte forlængelse af indsatsen. Forløbet afsluttes med en screening for arbejdsmarkedsparethed. Screeningen fortages ligeledes ved opstart.

Den nye model ser ud som vist i nedenstående figur.

⁴³ Kilde: Kolding Kommune, 2016: STATUSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Sundhed på Tværs. December 2015.

⁴⁴ Kilde: AFSLUTNINGSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper. - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: Sundhed på Tværs. 1. marts 2017



Norddjurs-Favrskov

Den overordnede organisering

Projektet "På sporet – sund vej ud af ledighed" er et partnerskabsprojekt med deltagelse af Norddjurs og Favrskov kommuner. Oprindeligt var Randers og Odder en del af partnerskabet, men de er begge udgået af projektet. De fire kommuner ønskede med det fælles projekt at kunne sparre med hinanden og bruge hinandens erfaringer både i løbet af projektperioden og efterfølgende. I projektansøgningen skriver kommunerne eksempelvis: *"Vi ser en stor styrke i at være flere kommuner sammen om projektet. Det giver anledning til erfaringsudveksling, positiv sparring og læring af hinanden. Desuden forøger partnerskabet mulighederne for, at erfaringerne og de opnåede kompetencer i højere grad forankres i kommunerne, fordi særligt de mindre kommune kan have stor glæde af fortsat samarbejde og synergi."*⁴⁵

Kommunerne har en fælles vision om at understøtte effekten af en målrettet, tværfaglig og tværsektoriel tidlig indsats for socialt udsatte og sårbare grupper. Både Norddjurs og Favrskov har samtidigt begge et ønske om at forbedre og udvikle det tværfaglige samarbejde og samtidigt finde de frem til de metoder, der virker bedst i forhold til at få aktivitetsparate i beskæftigelse.

Oprindeligt ønskede begge kommuner at screene for både alkohol og trivsel, men de har begge alene screenet for mistvivsel.

I Norddjurs har projektet været forankret som en naturlig del af opgaveløsningen i Jobcentret, mens projektet i Favrskov har været forankret i det kommunale aktiveringscenter (Center for Vejledning og Afklaring). I Favrskov har sundhedsafdelingen været inddraget og haft ansvaret for motionsdelen af indsatsen. I Norddjurs har der imidlertid ikke været et tværfaglige samarbejde mellem sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet.

⁴⁵ Ansøgningsskema for Satspuljeprojekt: "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper." Tema: Tidlig opsporing og indsats i jobcentre, Projekt: På sporet – sund vej ud af ledighed.

Begge kommuner har indgået aftale med konsulentvirksomheden Akantus, der har en lang erfaring med målgruppen og relevante kompetencer i forhold til at varetage indsatsdelen. Konkret har Akantus bidraget med en jobcoach og en psykolog. Akantus har både deltaget i den overordnede styring og koordinering af projektet, og forestået det 12 ugers forløb med jobcoaching og mindfulness, samt udarbejdet forslag til fremadrettet plan for deltagerne efter forløbet. Akantus har også varetaget rollen som brobygger mellem de to kommuner og været dem, der har båret resultaterne og erfaringerne videre mellem de to kommuner, samt forestået en stor del af evalueringen. Endelig var det Akantus, der var initiativtager til projektet.

Overordnet har projektet været styret af to ledergrupper – en i hver kommune. I Norddjurs har styregruppen bestået af projektlederen, afdelingsleder og faglig koordinator fra Jobcentret og direktør, jobcoach og psykolog fra Akantus. I Favrskov har ledergruppen bestået af en afdelingsleder, en teamleder og en ledende sundhedskonsulent, samt direktør, jobcoach og psykolog fra Akantus⁴⁶.

I begge kommuner har der været tilknyttet en leder med ansvar for projektet, som samtidigt har fungeret som mellemed mellem sagsbehandlerne og Akantus samt den øverste ledelse i Jobcentrene⁴⁷.

Projektledelsen af det samlede partnerskabsprojekt har været varetaget af en afdelingsleder i Jobcenter Norddjurs.

Organiseringen af screeningen

Hvad angår selve screeningen så blev den i starten gennemført af alle sagsbehandlere i Norddjurs, men implementeringen af førtidspensionsreformen betød af denne praksis måtte opgives, da sagsbehandlerne ikke kunne nå at screene alle. Henvisningen til projektet skete alene ud fra mistanke om mistrivsel. Fra august 2013 overgik ansvaret for screeningen i Norddjurs til psykologen hos Akantus. Det var dog fortsat sagsbehandlerne som henviste til psykologen, jf. figuren neden for.

I Favrskov henviste sagsbehandlerne til en bestemt socialrådgiver, som forestod screeningen af alle, jf. figuren neden for. I forhold til den videre visitation til projektet har den i lige så høj grad været baseret på socialrådgiverens sunde fornuft, som på resultater af screeningen. I Favrskov har de således valgt også at inkludere borgere, der scorede over 50.

I både Favrskov og Norddjurs er borgerne endvidere blevet screenet for selvvurderet helbred ved start og slut. Resultaterne af disse screeninger har ligeledes indgået som grundlaget for visitationen af borgeren til projektet.

⁴⁶ Kilde: AFSLUTNINGSRAPPORT. "Styrket sundhedsindsats overfor socialt udsatte og sårbare grupper". – 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: På sporet – sund vej ud af ledighed. Norddjurs og Favrskov Kommuner. 30.3.2016.

⁴⁷ Kilde: AFSLUTNINGSRAPPORT. "Styrket sundhedsindsats overfor socialt udsatte og sårbare grupper". – 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: På sporet – sund vej ud af ledighed. Norddjurs og Favrskov Kommuner. 30.3.2016.

Organiseringen af indsatsen

Alt efter scoren er borgene blevet visiteret til mindfulness, stresshåndtering, mentorforløb, afklaring og coaching, psykoedukation og/eller blevet henvist til egen læge. Størstedelen af disse indsatser har været varetaget af Akantus.

I Favrskov startede borgerne i hold hver 12. uge. Akantus har afholdt for-samtale med borgerne før de startede på selve forløbet. I Norddjurs har der været løbende optag, hvorfor de ikke har afholdt for-samtale.

I begge kommuner har der været et tilbud om motion, som i Favrskov er blevet varetaget af Sundhedsafdelingen, mens det i Norddjurs er blevet varetaget af det lokale fitnesscenter om motionsdelen.

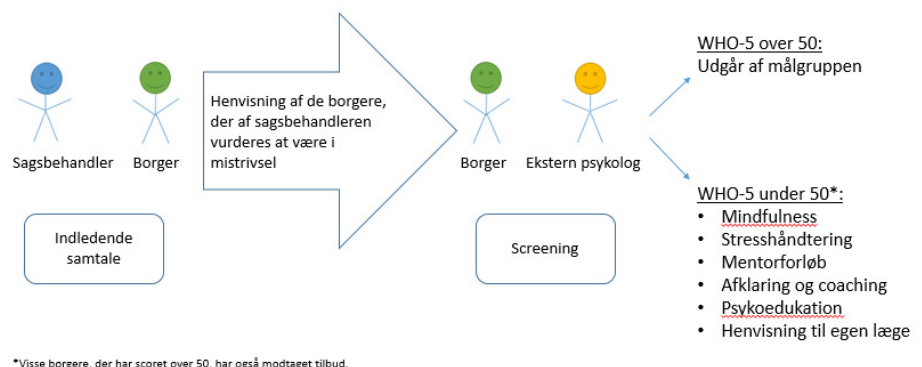
Selve indsatsen har således bestået af tre dele, som samlet har båret betegnelsen Livsmestringsmodulet⁴⁸:

- > Psykoedukation, hvor der undervises ud fra den kognitive tilgang, der går ud på at identificere tanker, følelser, kropslige fornemmelser og handlinger og særligt erkende en sammenhæng.
- > Mindfulness, som en forlængelse af psykoedukation
- > Sundhed med særlig fokus på mental sundhed og sund livsstil.

Om projektet skriver de to kommuner i deres afslutningsrapport:

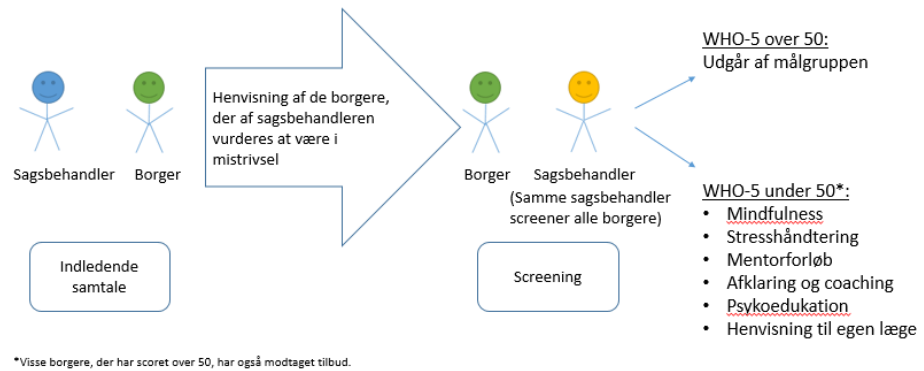
"På sporet har bidraget med et projekt, hvor deltagerne bliver mødt med anerkendelse og en målrettet indsats af en psykolog med både undervisning og individuelle samtaler rettet mod livsmestring. Desuden er de blevet mødt af en job-coach, som også er psykoterapeut, og som har en viden om mulighederne for afklaring om job og uddannelse, som kan arbejde med empowerment, og som tror på, at det kan lykkes for dem at nærme sig selvforsørgelse."

Figur 4-1 Organiseringen af screeningen og indsatsen i Norddjurs



⁴⁸ Kilde: AFSLUTNINGSRAPPORT. "Styrket sundhedsindsats overfor socialt udsatte og sårbare grupper". – 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: På sporet – sund vej ud af ledighed. Norddjurs og Favrskov Kommuner. 30.3.2016.

Figur 4-2 Organiseringen af screeningen og indsatsen i Favrskov



4.3 Målgruppe

Indhold

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af de screenede borgere med hensyn til køn, alder og ledighedsgrad de seneste tre år.

Datagrundlag

Datagrundlaget for dette afsnit og for afsnit 4.4 om screeningsresultater samt afsnit 4.6 om effekter bygger på resultater af screeningerne samt registerdata fra Danmarks Statistik jf. bilagsafsnittet om metoden.

Alt i alt bygger resultaterne på oplysninger for 546 borgere, der deltog i screeningen med henblik på tidlig opsporing af mistrivsel.

4.3.1 Køn, alder og forudgående ledighed

To ud af tre af de screenede borgere er kvinder. Kønsfordelingen adskiller sig således fra de borgere, der er blevet screenet for alkohol.

Kønsfordelingen blandt de screenede borgere er ikke helt ens i de fire kommuner, hvor især Hørsholm og Favrskov adskiller sig fra hinanden. I Hørsholm er der nogenlunde lige mange kvindelige og mandlige deltagere, mens der er en klar overvægt af kvinder i Favrskov.

Tabel 4-2 Screenede borgere fordelt efter køn

	Kvinder	Mænd
Hørsholm	52%	48%
Kolding	65%	35%
Norrdjurs	61%	39%
Favrskov	72%	28%
Samlet	63%	36%

Godt halvdelen af de screenede borgere er mellem 30 og 49 år. Der er imidlertid også relativt stor forskel på de screenede borgeres aldersfordeling i de fire kommuner. Der er væsentligt flere unge blandt deltagerne i Norrdjurs og Favrskov kommuner end i Kolding og Hørsholm. Unge i alderen 18-29 år udgør såle-

des omkring halvdelen af deltagerne i Norddjurs og Favrskov kommuner, men kun omkring en fjerdedel af deltagerne i Kolding og mindre end en femtedel af deltagerne i Hørsholm.

Tabel 4-3 Screenede borgere fordelt efter alder i screeningsåret

	18-29 år	30-49 år	50-69 år
Hørsholm	17%	61%	22%
Kolding	23%	63%	14%
Norddjurs	50%	28%	13%
Favrskov	49%	28%	13%
Samlet	33%	54%	13%

I Tabel 4-4 er deltagerne i den indledende screening inddelt efter deres ledighedsgrad, dvs. andelen af uger, de har været ledige i en periode på tre år før den indledende screening.

Knap tre ud af fire har været ledige i mere end halvdelen af tiden de sidste tre år, hvilket er mere end de borgere, der deltog i alkohol screeningen. Det tyder således på, at de borgere, som er screenet for mistrivsel, alt andet lige er mindre ressourcestærke, end de borgere der er screenet for alkohol.

Som det ses, har deltagerne fra Hørsholm ikke været lige så hårdt ramt af ledighed i denne periode som deltagerne i specielt Kolding og Norddjurs kommune. 30 % af deltagerne i Hørsholm har været ledige i 80-100 % af ugerne i de foregående tre år mod 56 % i Kolding kommune og 49 % i Norddjurs kommune.

Tabel 4-4 Screenede borgere fordelt efter deres ledighedsgrad tre år før den indledende screening

	Under 25 %	25-49%	50-79%	80-100%
Hørsholm	22%	19%	30%	30%
Kolding	21%	9%	15%	56%
Norddjurs	13%	14%	23%	49%
Favrskov	26%	10%	20%	43%
Samlet	20%	11%	19%	50%

4.4 Screeningsresultater

Indhold

Dette afsnit indeholder en gennemgang og analyse af resultaterne af de WHO-5 screeninger, som de fire kommuner har gennemført, og dermed en analyse af screeningsresultaterne ved start og slut for de borgere, der har takket ja til at indgå i projektet.

Der sættes både fokus på, i hvilket omfang de gennemførte indsatser har betydet, at borgerne har opnået en øget trivsel, og på hvad der kendetegner de borgere, som har deltaget i projektet.

Datagrundlag

Datagrundlaget består af resultaterne af screeningerne og registerdata fra Danmarks Statistik. Der skal i denne henseende gøres opmærksom på, at det kun er de borgere, der har givet samtykke til, at vi må bruge deres data, som indgår i analysen.

4.4.1 Den indledende screening

Den gennemsnitlige score ved den indledende screening med WHO-5 for de 546 deltagere er 35, dvs. betydeligt lavere end gennemsnittet for befolkningen som helhed, der er 68. En borger, hvis screening giver et resultat i intervallet 0-35, vil bl.a. få at vide, at der kan være en reel risiko for, at han/ hun lider af depression eller langvarig stress, og at borgeren bør overveje at søge læge, for at få det undersøgt.

Der er en vis forskel på den gennemsnitlige score i de fire kommuner. Gennemsnittet ved den indledende screening i Kolding er således signifikant højere end i både Hørsholm og Norddjurs kommune (Tabel 4-5), og det til trods for, at de screenede i Kolding har været ledige i længere tid end i de øvrige kommuner.

Tabel 4-5: Den gennemsnitlig score for alle screenede borgere i kommunerne

Kommune	Antal screeninger	Gennemsnitlig score ved indledende screening
Hørsholm	54	30
Kolding	278	38
Norddjurs	145	32
Favrskov	69	36
Samlet	546	35

Andelen, der har scoret 50 og derunder – og som dermed er i interventionsgruppen – er samtidig mindre i Kolding end i de tre øvrige kommuner. 73 % af de screenede i Kolding havde en score på 50 og derunder, hvor andelen var 83 %, 83 % og 92 % i henholdsvis Favrskov, Norddjurs og Hørsholm⁴⁹. I det følgende vil vi anvende udtrykket 'en score på under 50' om borgere, med en score på 50 og derunder.

4.4.2 Hvad karakteriserer de borgere, der scorer under 50 i den indledende screening?

Spørgsmålet er nu, hvad der karakteriserer de ledige borgere, der scorer under 50 i den indledende screening, og som derfor har fået tilbud om intervention? Er det f.eks. i højere grad kvinder, ældre eller borgere uden en erhvervskompetencegivende uddannelse, der scorer under 50?

⁴⁹ Der er dog ikke signifikant forskel på andelen i Kolding og Favrskov pga. få observationer.

Vi har undersøgt dette spørgsmål på grundlag af en lang række baggrundsforhold: køn, alder, familietype, antallet af børn, herkomst (dansk eller indvandrer/efterkommer), uddannelse (erhvervskompetencegivende uddannelse eller ej), ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, antal år uden beskæftigelse, seneste branche, hvorvidt borgeren har været indlagt eller behandlet ambulært på et sygehus i kalenderåret før screening, samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før screening.

Det bemærkelsesværdige resultat er, at der – bortset fra de kommunale forskelle, som blev omtalt i forrige afsnit - ikke er signifikant statistisk sammenhæng mellem nogle af disse baggrundsforhold og andelen af ledige borgere i undersøgelsen, der scorer under 50. Det vil sige, at der ikke på grundlag af disse forhold er nogle grupper, der adskiller sig fra de øvrige, og f.eks. i højere grad scorer højt i WHO-5 testen.

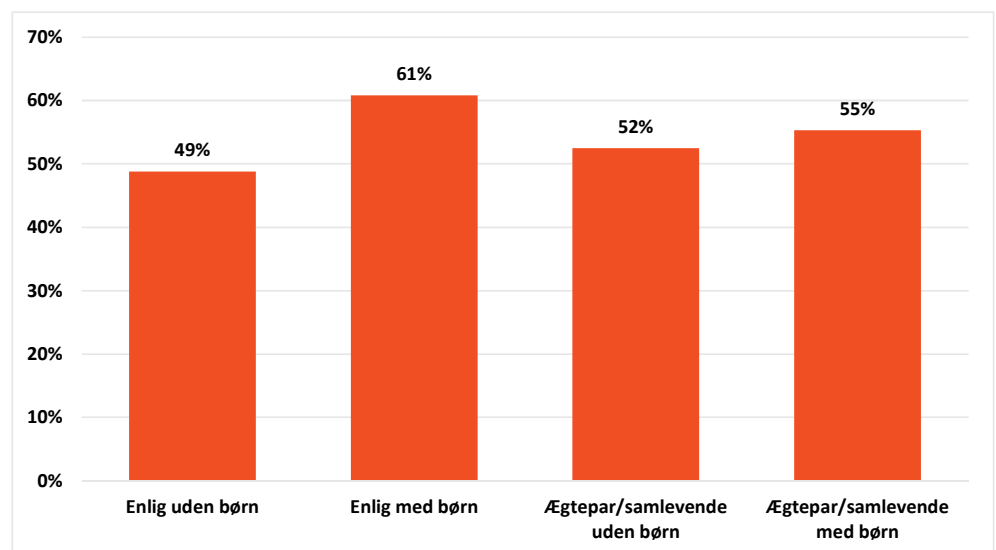
4.4.3 Hvad karakteriserer de borgere, der scorer meget lavt i den indledende screening?

Ser vi i analysen i stedet på, hvad der karakteriserer de borgere, der scorer meget lavt – dvs. 35 og derunder (i det følgende omtalt som 'score under 35') – er resultatet et andet.

Her viser det sig, at andelen med meget lav score varierer efter borgerens familietype, antallet af børn, etniske baggrund og kommune.

Blandt de ledige i undersøgelsen er der flere **enlige med børn**, end enlige uden børn, der har et meget lavt trivselsindeks (Tabel 4-6). Blandt enlige med børn er andelen med meget lav score 61 %, mens den er 49 % blandt enlige uden børn. Herudover er der ikke signifikante forskelle på de enkelte familietyper.

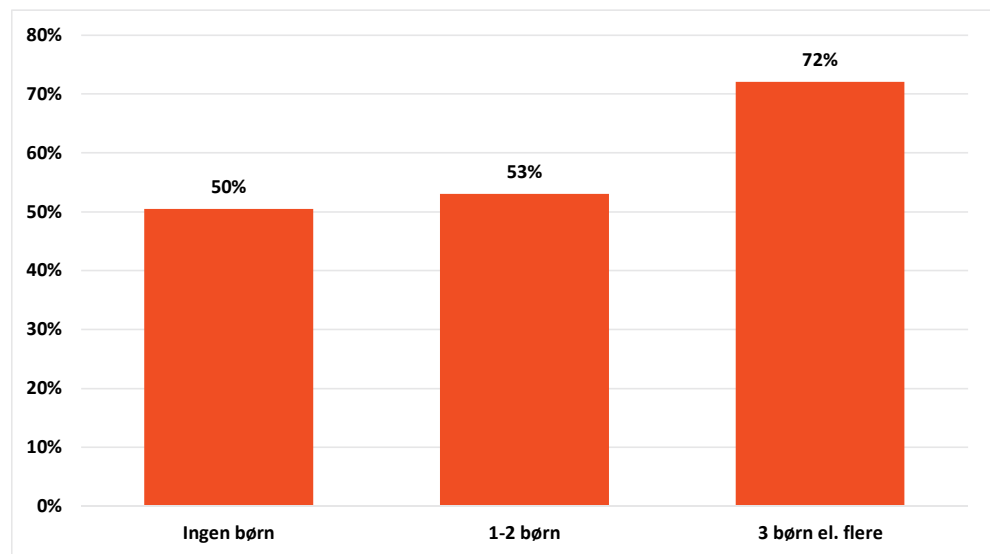
Tabel 4-6 *Andel af borgerne der scorer under 35 i WHO-5 screeningen opdelt efter familietype*



Samtidig har **ledige med 3 eller flere børn** i noget højere grad en meget lav score end de øvrige. 72 % af de borgere, der havde tre børn eller mere, scorede under 35 i den indledende screening. Den tilsvarende andel var 53 % blandt de ledige med 1-2 børn og 50 % blandt de ledige uden børn.

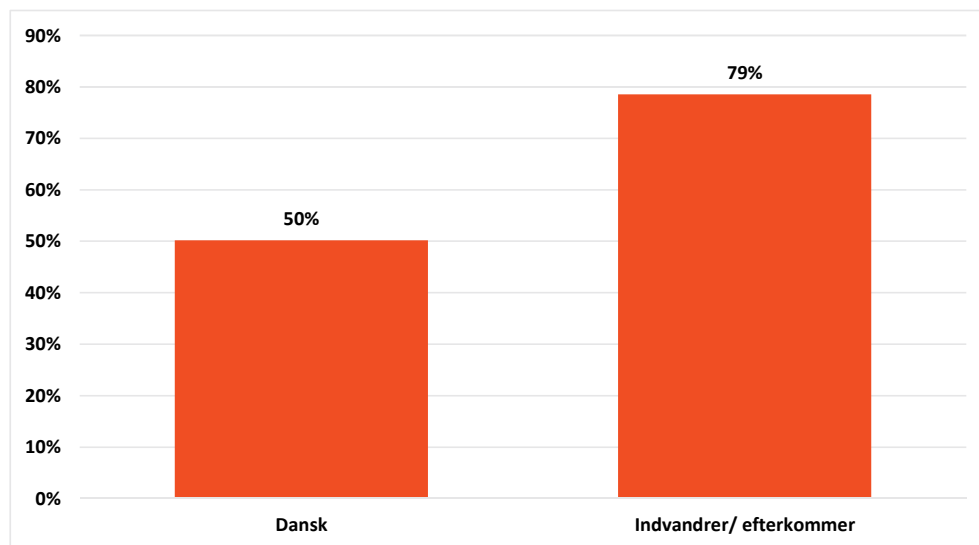
Denne tendens findes især blandt ledige med dansk baggrund, men også blandt **indvandrere og efterkommere**, men på grund af for få observationer er den ikke signifikant, når vi tager højde for borgernes etniske baggrund.

Tabel 4-7 *Andel af borgerne der scorer under 35 i WHO-5 screeningen opdelt efter antallet af børn*

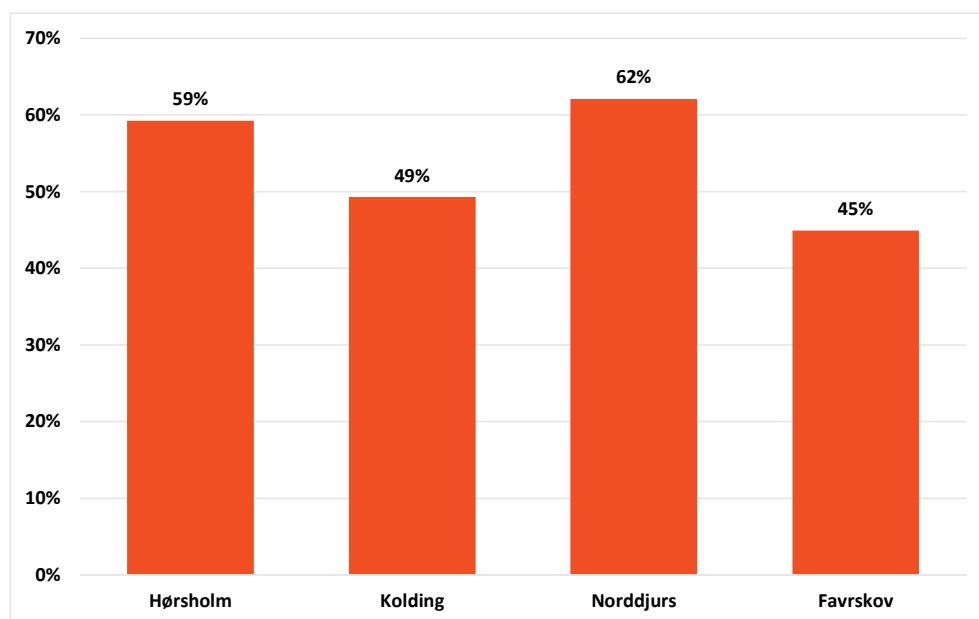


Ledige, der er indvandrere eller efterkommere, har i betydeligt større grad end ledige med dansk baggrund en meget lav score i trivselsindekset. 79 % af de borgere, der er indvandrere/ efterkommere scorede således under 35 i WHO-5 screeningen mod 50 % af de ledige med dansk baggrund jf. Tabel 4-8. Undersøgelsen tyder dermed på betydelige problemer med de ledige indvandrere og efterkommeres generelle trivsel.

Tabel 4-8 *Andel af borgerne der scorer under 35 i WHO-5 screeningen opdelt efter etnisk baggrund*



Tabel 4-9 *Andel af borgerne der scorer under 35 i WHO-5 screeningen opdelt efter kommune*



Herudover er der **signifikant flere af de ledige i Norrdjurs kommune** end i såvel Kolding som Favrskov kommune, der scorer meget lavt i trivselsindekset. 62 % af de ledige i Norrdjurs kommune scorer således under 35 mod 49 % af de ledige i Kolding kommune og 45 % af de ledige i Favrskov kommune (Tabel 4-9).

58 % af de ledige med meget lav WHO-5 score **var ikke indlagt eller i ambulant behandling i løbet af det foregående kalenderår, dvs. deres trivselsproblemer kom ikke til sygehusenes kendskab i det pågældende år**. Andelen adskiller sig ikke signifikant fra de øvrige ledige på dette punkt.

Vi finder heller ikke signifikant statistisk sammenhæng mellem andelen, der scorer meget lavt på trivselsindekset, og de lediges ledighedsgrad i de foregående tre år.

Tager vi højde for de øvrige baggrundsforhold, der indgår i analysen, er det **alene borgernes etniske baggrund og bopælskommunen**, som har betydning for, hvor mange der scorer meget lavt på trivselsindekset. Indvandrere og efterkommere scorer i højere grad end borgere med dansk baggrund meget lavt, og borgere i Norddjurs kommune scorer i højere grad meget lavt end borgere i Hørsholm kommune.

4.4.4 Tilbud om intervention. Hvem vælger at deltage?

Godt halvdelen (54 %) af de borgere, der deltog i den første screening, og som fik tilbud intervention, fordi de scorede under 50 i forbindelse med screeningen, har også deltaget i den opfølgende screening efter interventionen.

Blandt de, der har opnået en score på under 50, er det i Kolding kun omkring hver tredje (34 %), som efter indsatsen er blevet fulgt op af en ny screening. I Hørsholm gælder det for godt halvdelen (58%) og i Norddjurs og Favrskov for cirka tre ud af fire (henholdsvis 77 % og 74 %).

Tabel 4-10: Screening og opfølgning

Kommune	Antal screeninger	Andel med score på under 50	Andel opfulgte borgere blandt borgere med indledende score på under 50
Hørsholm	54	93%	58%
Kolding	278	73%	34%
Norddjurs	145	83%	77%
Favrskov	69	83%	74%
Samlet	546	79%	54%

4.4.5 Scorer borgerne højere på trivselsindekset efter interventionen?

De borgere, som har deltaget i en intervention og den opfølgende screening har generelt fået det bedre end ved den indledende screening. Gennemsnitligt er **screeningsresultatet blevet forøget med 20 point** og den **gennemsnitlige score ved den opfølgende screening er steget til 48**, jf. tabellen neden for.

Tabel 4-11: Gennemsnitlig score ved screening og opfølgning samt den gennemsnitlige ændring i scoren pr. person

Kommune	Antal screene- de og opfulgte borgere med indledende score på under 50	Gennemsnitlig WHO-5 score ved indleden- de screening	Gennemsnitlig WHO-5 score ved opfølgning	Gennemsnitlig ændring i sco- re pr. person
Hørsholm	29	30	52	+22
Kolding	70	28	50	+22
Norddjurs	93	26	47	+20
Favrskov	42	28	44	+15
Samlet	234	28	48	+20

Der er ikke signifikant forskel på den gennemsnitlige ændring i scoren mellem de fire kommuner.

Tallene dækker over, at der er **langt flere af de borgere, der har deltaget i den opfølgende screening, der har haft en positiv udvikling** i scoren end en negativ udvikling. 79 % har således oplevet en positiv udvikling i scoren, mens 12 % har oplevet en negativ udvikling (

Tabel 4-12).

Tabel 4-12 Udviklingen i WHO-5 scoren blandt opfulgte borgere med indledende score op til 50.

Kommune	Andel med posi- tiv udvikling	Andel med samme score	Andel med negativ ud- vikling
Hørsholm	83%	3%	14%
Kolding	81%	9%	10%
Norddjurs	76%	11%	13%
Favrskov	76%	10%	14%
Samlet	79%	9%	12%

Der er en svag tendens til, at det især er **borgere, der scorede lavt ved den indledende screening, der er blevet løftet mest i trivselsindekset** ved den opfølgende screening.

Vi har derimod ikke fundet statistisk sammenhæng mellem de lediges ledighedsgrad i de tre foregående år og udviklingen i trivselsindekset. Det vil sige, at borgere med f.eks. høj forudgående ledighed ikke får det bedre i løbet af interventionen end borgere med lavere forudgående ledighed.

Som nævnt er det kun godt halvdelen af de borgere, der scorede under 50 i den indledende screening, som har deltaget i den opfølgende screening. Spørgsmålet

er derfor, i hvilket omfang resultaterne kan generaliseres til alle borgere, som scorede under 50 eller om det først og fremmest er de borgere, der har fået det bedre, som har deltaget i den opfølgende screening.

4.4.6 Øvrige resultater

De fire kommuner peger hver især på, at den gennemførte indsats endvidere har resulteret i en række andre resultater end øget trivsel hos borgerne.

I alle fire kommuner har projektet endvidere medført, at

- > der er kommet øget fokus på og viden om mistrivsel i Jobcentrene og betydningen heraf borgernes sandsynlighed for at opnå fast beskæftigelse.
- > der er kommet øget viden om KRAMS-faktorernes betydning for borgernes trivsel hos borgerne selv.
- > der er kommet et tættere samarbejde mellem beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet i kommunerne.

De øvrige resultater er opsummeret i tabellen neden for. En del af de opnåede resultater er udtryk for opfyldelse af den række af konkrete mål, som projekterne fastsatte fra start. Andre er opnået som led i tilpasningen af indsatsmodellen.

Alle fire kommuner understreger, at **de opnåede resultater ligger over det forventede**, ikke mindst taget i betragtning, at der er tale om en langt mere resourcesvag gruppe end forventet.

I Norddjurs og Favrskov har de gennemført en økonomisk beregning, som viser, at kommunen potentielt kan opnå en **gevinst på 132.000 kr. pr. borger pr. år** ved selvforsørgelse som følge af sparet kontanthjælp og kommunal skatteindtægt ved en mindsteløn. Det betyder ifølge de to kommuner, at de 64 deltagere, som enten er kommet i ordinær uddannelse eller i job, har givet en samlet gevinst til de to kommuner på ca. 8.448.000 kr. for et enkelt år. De to kommuner påpeger, at det næsten 3. mio. kr. mere end bevillingen til projektet.

I Kolding har de målt på i hvor høj grad de iværksatte indsats har ændret adfærden i positiv retning, og fået følgende resultater:

- > **"90 % af deltagerne mener, at undervisningen i mindfulness har bidraget til en ændret adfærd i positiv retning.**
- > **94 % af borgerne tillægger undervisningen i psykoedukation, at den enkelte har ændret adfærden i positiv retning.**
- > **89 % af deltagerne er begyndt at tænke sundere og tillægger sundhedsuddannelse, betydning for at de har ændret vaner i positiv grad på nogle af de 5 krams faktorer: "Rygning, alkohol, kost, motion og søvn".**

Resultater			
	Sagsbehandlerne	Borgerne/deltagerne	Andet
Hørsholm	<ul style="list-style-type: none"> > Alle sagsbehandlerne er uddannet i at bruge WHO-5. > Der er opnået erfaringer ift hvordan mental sundhed har en indvirkning på trivslen og på borgerens arbejdsmarkedsparathed. 	<ul style="list-style-type: none"> > Deltagerne har opnået øget selvværd og motivation. > Deltagerne har opnået et handleberedskab ift. at overkomme mistrivsel. Konkret melder borgerne tilbage, at de har fået redskaber til selvforståelse, tackling af problemer som sortsyn, dårlig søvn, social angst og nedsat selvværd alt i alt en bedre mestringsevne og livsduelighed. > Deltagerne har opnået bedre trivsel end forventet fra start og en højere grad af tilknytning til arbejdsmarkedet end forventet. 	<ul style="list-style-type: none"> > I alle tre centre er der opbygget tværorganisatoriske samarbejdsrelationer og – erfaringer. > Oprettelse af trivselskoordinatorfunktion.
Kolding	<ul style="list-style-type: none"> > Øget fokus på og viden om mistrivsel og konsekvenserne heraf blandt de myndighedssagsbehandler og kontaktpersoner, der arbejder med målgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> > Øget selvværd, livsmestrings kompetencer og handlekraft samt mindre social isolation. > Deltagerne er begyndt at tænke sundere og har ændret vaner på nogle af de 5 krams faktorer: "kost, Rygning, alkohol, motion og søvn." 	<ul style="list-style-type: none"> > Erfaret at kortere forløb, struktur, faste rammer og forventninger, socialt fællesskab og netværk er recepten på et godt forløb, og tilpasset indsatsmodellen i forhold hertil. > Øget tværfaglig samarbejde, fællessprog og viden om hinandens arbejdsområder. > Sundhedskoordinatoren er fastansat, hvilket bl.a. har medført fortsat fokus på eksempelvis smertehåndtering og betydningen af sundhedsfremmende tilbud. > Samarbejde med de praktiserende læger.

			<ul style="list-style-type: none"> >Kontakt med uddannelsesinstitutionerne. >Implementering af Schultz FASIT progressions Værktøj.
Norrdjurs-Favrskov	<ul style="list-style-type: none"> >Øget fokus på og viden om mistrivsel og konsekvenserne heraf blandt de sagsbehandlere, der arbejder med målgruppen. 	<ul style="list-style-type: none"> >Deltagerne har følt sig set og hørt. >Deltagerne har fået en række redskaber, som har bidraget til øget trivsel, livsmestring, selvværd og motivation. >Deltagerne er blevet mere robuste og opnået tro på, at de kan klare et job eller en uddannelse. >Størstedelen af deltagerne har gennemført forløbet (92%) (Forventningen var, at kun 80% ville gennemføre). 	<ul style="list-style-type: none"> >Øget vægt på tværfagligt samarbejde mellem Jobcentret og Sundhedsafdelingen i Favrskov Kommune. >Øget samarbejde mellem kommunens ungeindsats og voksenområdet i Norrdjurs. >Der er udviklet kurser/forløb for borgere med lav trivsel. >Der er udviklet oplysende foldere til deltagerne og oplysende skrivelser til relevante medarbejdere.

4.5 Erfaringerne og læringer

Indhold

I det følgende opsummeres nogle af de væsentligste erfaringer og læringer, som de fire kommuner har gjort i forbindelse med implementeringen af projekterne.

Datagrundlag

Datagrundlaget er dels de enkelte projekters årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen og deres afslutningsrapport, dels afsluttende interviews med nøglemedarbejdere på de enkelte projekter.

4.5.1 Erfaringer

De fire deltagende kommuner har både gjort en lang række fælles og individuelle erfaringer i projektperioden. En stor del af disse er præcis de samme, som de kommuner, der har screenet for alkohol, har gjort. Dermed også sagt, at en del af erfaringerne og læringerne hænger sammen med dels den periode projekterne er gennemført i, dels i de rammevilkår, hvorunder projekterne er gennemført, samt og ikke mindst med målgruppens karakteristika.

Reformerne har betydet ekstra travlhed og mindre fokus på screeningen

Projekterne har haft den fælles udfordring, at de er blevet implementeret samtidigt med **ikrafttræden af først førtidspensionsreformen og dernæst kontant-hjælpsreformen**. Begge reformer har både betydet ekstra travlhed i de enkelte jobcentre, og ofte også omorganiseringer, samt og ikke mindst en ændring af afgrænsningerne af jobcentrenes målgrupper. Sidstnævnte aspekt har haft direkte konsekvenser for dette projekt, som også har måtte forholde sig til en ændring af afgrænsningen af målgruppen undervejs. Herudover har den øgede travlhed i jobcentrene betydet, at det har været **svært for sagsbehandlerne at få tid til og huske at få screenet målgruppen i starten af projektet**. Derfor blev screeningsprocessen i både Hørsholm og Norddjurs omlagt. I Hørsholm overgik screeningen til 2 faste medarbejdere, mens den i Norddjurs overgik til Akantus. I Favrskov var det fra start en fast socialrådgiver, der forstod screeningen, mens det i Kolding var den psykolog, der var tilknyttet projektet.

Om fordelene og ulemperne ved at screeningen koncentrerer på færre hænder skriver Hørsholm og Norddjurs:

"Nu er screeningsprocessen lagt om, så det kun er to medarbejdere, der screener, hvilket sikrer, at vi nu får screenet alle nyledige borgere. Dog har det også den betydning, at ikke alle sagsbehandlere dermed involveres." (Hørsholm, Afslutningsrapport 2016)

"Fordelen ved at lade sagsbehandleren gennemføre screeningen er at fokus på trivsel og alkohol i højere grad integreres i beskæftigelsesforløbet og at der er større sandsynlighed for forankring af indsatsen ved projektets udløb." (Hørsholm, Afslutningsrapport 2016)

"Vores erfaring er, at der er en fordel, at screeningen ikke bliver spredt til for mange sagsbehandlere, det kan medføre for store udsving i scoringen." (Norddjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

Svært at spørge ind til borgernes trivsel ved den første samtale

Den manglende screening i starten skyldes endvidere for nogle sagsbehandlers vedkommende, at det har været **svært at skulle spørge ind til borgerens trivsel i forbindelse med den første samtale**. Således siger en af projektmedarbejderne fra Norddjurs:

"Det er grænseoverskridende at introducere WHO-5 første gang man møder en borger, så screeningen blev ikke brugt. Dem, der møder borgeren første gang (visitationen) har svært ved at spørge ind til, om borgeren har depressive symptomer og lignende uden at blive små psykologer. Måske kunne man have én medarbejder til screening, men i Norddjurs havde man ikke, som i Favrskov en udførerenshed." (Norddjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

Fordel af screeningen placeres i en udførerenshed

I forlængelse heraf er de interviewede projektmedarbejdere i Norddjurs og Favrskov i forbindelse med det afsluttende interview endvidere inde på det aspekt, at det er en **fordel, hvis screeningen kan placeres i en udførerenshed**, som det har været tilfælde i både Favrskov og Kolding. Fordelen herved er, at det undgås at myndighedsfunktionen både skal screene og tildele af ydelser/tilbud, og dermed kommer til at sidde med en dobbeltrolle. Fordelen er endvidere, at borger-

ne ikke på samme måde frygter at der es svar kan få betydning for deres sag og derfor svarer mere ærligt.

Borgerne er mindre ressourcestærke end forventede

Fælles for projekterne er endvidere, at de alle har oplevet, at borgerne generelt har været **mindre ressourcestærke end forventet**. En stor del af de borgere, der er blevet screenet har således ofte været i systemet i mange år og har ofte en række tungtvejende problemer udover manglende beskæftigelse. Det har bl.a. betydet, at de enkelte jobcentre har været nød til at tilpasse indsatsen, så der i højre grad blev taget hånd om de forskellige individuelle barrierer, som borgerne stod overfor.

"Det har ikke været svært at rekruttere projektdeltagere. Det har dog vist sig, at deltagerne var mere præget af mistrivsel og fysiske og psykiske udfordringer, end vi havde forventet inden projektstart. For at imødegå de barrierer, vi har mødt, har det været nødvendigt at lægge større vægt på den individuelle indsats end forudset og her i afslutningsfasen har vi det seneste år imødegået det med en særlig intensiv individuel indsats." (Hørsholm, Afslutningsrapport 2016)

"Stort set alle screenede (55 ud af 59) har haft en dårlig trivsel og langt størstedelen har haft behov for psykoedukation, hvor vores forventning var at størstedelen ville have behov for mindfulness. Flere af borgerne har endvidere ikke haft et mentalt beredskab til at kunne reflektere over egen situation. Der blev derfor i forløbet lagt vægt på at udvikle metoder, der kunne støtte borgeren i denne proces.....På trods af at de visiterede borgere pr definition var nyledige på kon-tanthjælp, var realiteten, at de fleste havde været i systemet i mange år." (Hørsholm, Afslutningsrapport 2016)

Konkret nævner Jobcenter Kolding i forbindelse med det afsluttende interview, at de borgere, der har deltaget i projektet i gennemsnit havde en forsørgelseshistorik på 10,5 år, hvilket understreger, at der i højere grad har været tale om revisterede borgere end egentlige nyledige.

Favrskov og Norddjurs har gjort samme observation:

"Vi vurderer desuden, at mange af deltagerne har stået uden for arbejdsmarkedet i meget lang tid (op til 10-12 år), ligesom de igennem flere generationer har været vant til offentlig forsørgelse". (Norddjurs og Favrskov, Statusrapport 2014)

Svært at motivere borgerne

De fire kommuner nævner i sammenhæng hermed, at det har været **en selvstændig udfordring at motivere borgerne**. Den manglende motivation kommer bl.a. til udtryk ved en skepsis over for de tilbud, som projektet indeholder og det især i forhold til motionstilbuddet. Herudover kommer den manglende motivation til udtryk ved **dårlig mødestabilitet** og det igen især i forhold til motionstilbuddet.

"Deltagerne er ydermere kendetegnet af motivationsløshed, håbløshed, dårlige erfaringer med at modtage hjælp, skepsis i forhold til hvad det aktuelle kursus indebærer og for nogens vedkommende decideret modstand mod at indgå i et samarbejde. " (Norddjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

"I forhold til projektdeltagerne så er mange af dem mødt op med meget lave forventninger til, at "det nytter", og vi har skullet arbejde med deres motivation både på holdene og i mange tilfælde også ved de individuelle samtaler. Ikke mindst motionsdelen har været udfordret af manglende motivation, og der har været deltagere, som har nægtet at deltage i øvelserne, og som udtalte, at de blot kom til motionen for "at få deres penge". (Norddjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016).

I Norddjurs og Favrskov har de taget konsekvensen og helt opgivet motionsdelen som en integreret del af tilbuddet til de borgere, der har en lav trivsel – omend de erkender, at noget af problemet med den manglende opbakning til motionsdelen skyldes, at tilbuddet lå i andre lokaler end resten af projektet.

"Vores konklusion er dog, at selvom alle ved, at motion kan bidrage til trivsel, så mener vi ikke, at motion bør være et pligtigt del af tilbuddet, da effekten slet ikke står mål med indsatsen. Det vil derfor fremover være et tilbud i begge kommuner ved siden af På Sporet." (Norddjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

I Kolding har de ligesom i Norddjurs og Favrskov oplevet, at borgerne i starten var meget negative overfor sundhedstilbuddet (sundhedsuddannelsen), og her især overfor, at de skulle undervises i KRAMS faktorerne. Projektholdet har her valgt den taktik at stille krav om fremmøde, samt krydre indholdet af undervisningen med eksterne oplægsholdere. Disse ændringer har haft en positiv effekt på borgernes oplevelse af undervisningen og på deres fremmøde.

"Sundhedsfremmende undervisning har tidligere være udfordret på den manglende mødestabilitet. Men efter ændringen af projektets rammer og struktur, samt implementering af relevante oplægsholdere, i form af en tidligere misbruger og en diætist, som fortæller om kost, og viden om søvn er blevet en integreret del af Krams faktorerne, er der sket en positiv ændring." (Kolding, Afslutningsrapport, 2017).

I Hørsholm har de haft den udfordring, at det ikke har været muligt at tilbyde det omfang af forebyggende sundhedsindsatser, som det var tænkt fra start, idet den afdeling, som skulle have løfte opgaven blev kraftigt beskåret efter projektets start af økonomiske årsager. Så her har det været organisatoriske og økonomiske barrierer i selve jobcentret, som har udgjort en barrierer, og ikke motivationen hos de enkelte borgere.

Tilfredshed med at borgerens trivsels- og sundhedsmæssige barrierer i talesættes

Selvom borgerne ikke nødvendigvis har været positive overfor alle elementerne af indsatsforløbet og været skeptiske overfor projektet fra start, har mange ifølge projektlederne og –holdet **udtrykt stor tilfredshed med, at jobcentret har sat fokus på borgernes sundhedsmæssige barrierer**. Projektlederne fortæller således, at mange borgere har givet udtryk for, at de er glade for, at deres trivsels- og sundhedsmæssige barrierer italesættes og at det også er parametre, der vægtes og lyttes til. Kolding og Norddjurs-Favrskov beskriver det bl.a. på følgende måde:

"Borgerne vil gerne arbejde med sig selv og have det bedre. Udsigten til at kunne få hjælp og støtte og ikke mindst friheden til at vælge, hvorvidt de vil deltage i projektet eller ej har øget interessen hos den enkelte, og gjort dem mindre mistænksomme. Viden om at de kan få tilbudt psykologhjælp via samtaler har bestemt også betydet, at en del borgere har takket ja, til at påbegynde Sund På Tværs." (Kolding, Afslutningsrapport 2017)

"Det fremgår især af vores interne tilfredsheds evalueringer, at deltagerne har følt en tryghed ved projektet og ved projektets psykolog og jobcoach, og har de har følt sig set og hørt" (Norrdjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

Tillid er en forudsætning for at få borgerne til at åbne op

Erfaringerne fra projekterne er i tilknytning hertil, at det kræver tillid og tid og ikke mindst den rette tilgang at få borgerne til at åbne op for deres trivsels- og sundhedsmæssige barrierer. Det forudsætter endvidere, at der er mulighed for at sætte fokus på den enkeltes individuelle barrierer og tage individuelle hensyn. I forhold hertil peger projekterne bl.a. på, at de enkelte borgere kan have forskellige behov for indsats og for at modtage indsatsen i kortere eller længere tid. Nogle af de borgere, som ifølge screeningen burde modtaget psykoedukation har måske i højere grad brug for mindfulness og omvendt. Det kan bl.a. være de borgere, der har levet med en eller anden form for sygdom i mange år og dermed allerede har indgående viden om, hvordan det er at leve med sygdommen. I forhold til længden af forløbet er bl.a. Norrdjurs og Favrskov inden på, at varigheden for nogle borgere har været for kort:

"Hvis en borger sidder grundigt personligt fast, kræver det både tid og indsats at løsne denne fastlåsthed. Dette betyder at nogle borgere har været i projektet i op til et halvt år. 4 uger er set fra det perspektiv alt for lidt." (Norrdjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

I Kolding er det omvendt erfaringen, at de 26 ugers forløb, som deres projekt har været oprindeligt, har været for lang tid, hvorfor de i forbindelse med omlægningen af projektet, har kortet forløbet ned til ca. 14 uger med ca. 7-10 timer ugentligt fordelt på 4 dage pr uge. Erfaringen er, at flere nu takker ja til tilbuddet. Om baggrunden for at ændre længde skriver Kolding i deres afslutningsrapport følgende:

"De borgere der takkede nej til indsatsen, begrundede det med det lange forløb på 26 uger eller at de ikke har magtet at møde i 10 timer om ugen. Begrundelsen i det lange forløb, går igen fra dem, der er ophørt i projektet før tid." (Kolding, Afslutningsrapport 2017)

Holdundervisning kan både øge fællesskabet og være en øvelse i sig selv

Vigtigheden af at kunne tage individuelle hensyn overskygger imidlertid ikke, at det giver rigtig god mening, at selve undervisningen foregår i hold. Herved har deltagerne i højere grad mulighed for at drage nytte af hinanden og bruge hinandens erfaringer, samt øve sig i at indgå i fællesskaber. Så på den ene side skal der være plads til det individuelle fokus og individuelle behov, men samtidigt er det vigtigt, at borgerne er en del af et fællesskab og lære at kunne begå sig i en gruppe og drage nytte af de muligheder, der ligger heri.

"Derudover har det været positivt og virksomt, at deltagerne har lært hinanden at kende under undervisningsforløbene. Det, at deltagerne har kunnet beskrive og diskutere egen situation, har været befriende og opløftende og været en medvirkende faktor til at øge deres trivsel." (Hørsholm, Afslutningsrapport 2016)

I Kolding har de i forbindelse med omlægningen af projektet efter den oprindelig projektperiodes udløb, taget netværksdelen ind som en integreret del af det nye projekt og etableret netværkshold, hvor alle deltagerne på holdet mødes den sidste dag i ugen og taler om de udfordringer og succeser, de har mødt i den øvrige undervisning. Målet hermed har bl.a. været at øge fællesskabet blandt deltagerne og have et trygt forum, hvor deltagerne kan øve de mestringsstrategier, de har opnået i forbindelse med undervisningen. Konkret beskriver Kolding selv netværksholdet på følgende måde:

"En anden og anderledes undervisningsform, udarbejdet af vores kognitiv terapeut, hvor delmål fra ugens undervisning løftes op i netværksundervisningen, tabuer brydes, nye mestringsstrategier sættes i rammer med henblik på, at den enkelte taler og gentager, hvad der skal arbejdes med og evt. finder en på holdet, så deltagerne kan støtte hinanden uden for undervisningen, i at træne det de er udfordret på. Men mest relevant er det at disse borgere trænes i at bruge et netværk og træne det at samtale og give udtryk for hvad der er udfordringer og hvordan de kan lykkes. Formålet med at implementere denne undervisningsform, var et forsøg på at højne stabiliteten og fremmødet til projektundervisningen." (Kolding, Afslutningsrapport 2017).

Målgruppen kunne med fordel være bredere

I forhold til målgruppen og målgruppens ressourcer og begrænsninger er alle projekterne endvidere inde på det spørgsmål, om **projektets målgruppe og dermed inklusionskriterierne, er de rigtige**. På den ene side er omfanget af mistrivselssproblemer ofte store hos de aktivitetsparate, på den anden side kan en del af problemerne være et følge af en lang ledighedsperiode, hvorfor der, som alkohol projekterne også fremhæver, ikke er tale om tidlig opsporing. Samtidigt er flere inde på, at det også vil være relevant at screene en bredere målgruppe og lade visitationen til indsatserne være baseret på flere kriterier end alene scoren i WHO-5.

I Norddjurs og Favrskov er projektmedarbejderne i forbindelse med det afsluttende interview inde på, at både ressourceforløbsborgere og de "dårlige" sygedagpengemodtagere, samt en del af ungegruppen ligeledes vil kunne profitere af at deltage i et forløb, der har fokus på at øge deres trivsel og sundhed mere generelt.

Der kan være behov for at supplere WHO-5

I forhold til at udsøge den rette målgruppe stiller Norddjurs og Favrskov **spørgsmålstegn ved om WHO-5 er det rette værktøj** hertil. I Favrskov har de valgt i lige så høj grad at lade kendskabet til målgruppen og den sunde fornuft afgøre, om målgruppen blev visiteret til projektet eller ej, hvilket har betydet, at en del af projektdeltagerne har haft en score på over 50.

"Det er vores erfaring, at selvom vi synes, at WHO-5 er et godt vejledende værktøj, så er det alligevel et "simpelt" redskab, så det er vores holdning, at det

har givet god mening, ikke kun at læne os op ad det, men også vægte iagttagelsen af borgernes trivsel." (Norddjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

I begge kommuner har de samtidigt valgt at screene borgerne for selvvurderet helbred ved start og slut.

I Kolding har de ligeledes valgt at supplere WHO-5 screeningen. Konkret har de udviklet en screening for borgernes arbejdsmarkedsparethed, som de anvender ved start og slut. Screening er først taget i anvendelse i forbindelse med omlægningen af projektet, hvorfor der endnu ikke foreligger tilstrækkelig viden om screeningens anvendelighed. Herudover har Kolding endvidere udviklet en form for ICF skema til Jobcenterets rådgiver, så de kan vurdere hvilken indsats den enkelte borg har behov for i Sundhedscentret. Om skemaet skriver projektlederen i afslutningsrapporten:

"ICF skema er fortsat under afprøvning og er ment som et redskab, hvor den enkelte myndighedsrådgiver via konkrete spørgsmål, kan blive opmærksom på hvilke relevante tilbud, der er på Sundhedscentret og som evt. bør overvejes." (Kolding, Afslutningsrapport 2017)

Der skal være fokus på, at målet i sidste ende er selvforsørgelse

Uanset at det har været et selvstændigt mål tidligt at opspore mistrivsel blandt aktivitets- og uddannelsesparate, så understreger alle projekterne, at det er vigtigt ikke kun at have fokus på de sundhedsmæssige aspekter. **Der skal også være fokus på, at målet i den sidste ende er selvforsørgelse.** Erfaringerne her er, at fokusset på selvforsørgelse ikke må være afkoblet fra fokusset på trivsel, og dermed ikke være noget, der først sker, når borgeren er tilbage i det almindelige forløb. Tværtimod skal det helst sikres at de to ting går hånd i hånd, således at den opnåede bedre trivsel bruges som udgangspunkt for at tale om mulighederne for at blive selvforsørget. Samtidigt er det erfaringer, at uddannelse og job i sig selv kan være med til at forstærke den opnåede øgede trivsel. I denne proces lægger projekterne stor vægt på, at det er borgerne selv, der skal være med til at tage ansvar for egen udvikling, samt at borgerne i den proces støttes af en jobcoach/erhvervspsykolog eller lignende med kendskab til både målgruppen og til mulighederne på arbejdsmarkedet.

"Vi mener, at det er vigtigt, at der er fokus ikke bare på at flytte deltagerne fra mistrivsel til trivsel eller tættere på trivsel, men også på selvforsørgelse og motivation for job eller uddannelse og en mere aktiv livsførelse. Det er vores erfaring, at det, ud over det økonomiske incitament, også kan styrke trivslen, hvis det lykkes at komme i gang med job eller uddannelse. Det er desuden vigtigt at have fokus på "robusthed" og "livsmestring", og at metoderne tager afsæt i empowerment."(Norddjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

"Erfaringen fra projektet viser også, at på trods af deltagernes helbredsmæssige udfordringer, så oplever vi, at de i mange tilfælde får det bedre af at komme i gang med job eller uddannelse. I andre tilfælde har de brug for at blive udredt og komme i behandling, men vores erfaring er, at det kan være en fordel sideløbende med en behandling at blive fastholdt i projektet der, hvor det er muligt." (Norddjurs-Favrskov, Afslutningsrapport 2016)

"Kombinationen af psykoedukation, erhvervspsykologiske samtaler og fælles samtaler med borger, sagsbehandler og psykoterapeut har været et stærkt redskab/metode i det arbejdsmarkedsrettede arbejde." (Hørsholm, Afslutningsrapport, 2016)

I Kolding har de i forbindelse med omlægningen af deres projekt efter den oprindelige projektperiode valgt at ændre projektet, så alle de deltagere, der har gennemført "Sundhed På Tværs" starter direkte i en målrettet virksomhedsindsats, hvor en erhvervscoach overtager og arbejder videre med borgeren og overdragelse til en virksomhedskonsulent. Om baggrunden for ændringen skriver Kolding i deres afslutningsrapport:

"Der har i overvejende grad været stor fokus på at øge trivlsen for den enkelte, og for lidt fokus på at bruge den øgede trivsel til succesfuldt og i tide, til at få det overført til et arbejdsmarkedsrettet fokus, til gavn for den enkelte borgere."

Vigtigt at den videre indsats står ovenpå de opnåede resultater og at resultaterne dokumenteres på sagen

I tilknytning hertil har alle projekterne gjort den erfaring, at det er meget vigtigt og værdifuldt at have **afsluttende møder med borgerne** og sikre, at den viden, der er opnået i projektet kommunikeres videre til og koordineres med de medarbejdere, der skal have dialogen med borgerne efterfølgende. I den forbindelse udfyldes der typisk en eller anden form for dokument, som dokumenterer, hvad det er borgerne har været igennem, herunder deres udvikling, og hvad næste skridt er. Typisk noteres det i borgerens Jobplan.

I Kolding har de udviklet et egentligt overdragelseskema, som de i deres afslutningsrapport beskriver således:

"Overgangsskemaet er en skriftlig rapport, der følger med borgeren og rådgiver, når den enkelte afslutter sit forløb på SPT. Den enkelte borgers kontaktperson og de undervisere, der har fulgt den enkelte borger, udarbejder et skriv om forløbet og hvad der forventeligt skal arbejdes videre med, når den pågældende afslutter SPT. Overgangsskemaet bliver udleveret til borgeren og journaliseret på borger sagen i Jobcenteret." (Kolding, Afslutningsrapport 2017).

"Andet fagpersonale der overtager sagen fra SPT forløbet, har udtrykt begejstring for overgangsskemaet, som giver indblik i hvad der er foregået på SPT, hvilke udfordringer og positive udviklinger, den enkelte har haft undervejs og hvad der skal arbejdes videre med. Yderligere er det viden, som borgerne selv medvirker til at få frem. Dette for at frembringe ejerskab via empowerment til den fortsatte udvikling mod arbejdsmarkedet." (Kolding, Afslutningsrapport 2017).

I Norddjurs-Favrskov har Akantus i forbindelse med projektet udviklet en Akanthus-plan, som udfyldes af jobcoachen og psykologen for hver deltager og beskriver, hvad der er gennemgået og hvad status er for den enkelte med vægt på anbefaling til næste skridt.

Endelig er det erfaringen, **at den tværfaglige indsats i høj grad har været relevant, men ikke altid let**. Det er samtidigt erfaringen og læringen, at det at sætte mental sundhed på dagsordenen i Jobcentret naturligt knytter de to områder

tættere sammen. Det forudsætter dog, at sundhedsafdelingen/-centret har et relevant udbud af indsatser, som Jobcentret kan benytte sig af. I Kolding og Hørsholm er det endvidere erfaringen, at det har været meget givtigt at have en sundhedskoordinator/trivselskoordinator, som har kunnet fungere som en slags brobygger mellem de to afdelinger/områder. I Kolding har sundhedskoordina-
toren samtidigt kunne sikre, at der blev taget aktion så snart en borger var parat til eksempelvis rygestop kursus eller andre af de kurser, der udbydes i regi af sundhedscentret. Samtidigt har sundhedskoordina-
toren i Kolding været med til at sikre en højere grad af fælles sprog mellem de to områder og fælles forståelse for hinandens områder.

Kolding skriver følgende om samarbejdet i deres afslutningsrapport:

*"I takt med kendskabet til projekt Sund På Tværs, er der sket et øget tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, fra afdeling for aktivitet og integration, til afdeling for henholdsvis sygedagpengemodtagere, borgere på ledighedsydelse og afdelingen for Jobparate. Lige som anden udfører afdeling for sygedagpenge-
modtagere ved Jobcenter Kolding, har stor interesse i at høre om erfaringer og læringsprocesser til brug for deres afdeling, eller indgå et samarbejde om de faglige kompetencer på tværs. Der er også skabt en anden og direkte åbning for de borgere der er indskrevet på Sund På Tværs, såfremt det vurderes at Sundhedscenter, misbrugscenter eller lignende tilbud er gavnlig for den enkelte borger. Der tages nemlig kontakt i det øjeblik behovet hos borgeren udtales, så der ikke sker en forsinkelse af tilbuddet og borgeren igen trækker sig." (Kolding, Afslutningsrapport 2017)*

Hørsholm skriver følgende i deres afslutningsrapport fra 2016 om deres erfaringer med at have en trivselskoordinator:

"Trivselskoordinators tværgående funktion har været af vægtig betydning for at skabe en sammenhængende indsats. Dvs. at vi stadig kan arbejde videre på, at skabe disse for sagsbehandlingen og borgernes trivsel essentielle arbejdsgange, der går på tværs af centrene." (Hørsholm, Afslutningsrapport 2016)

Målet om et tættere samarbejde mellem de to områder er således langt hen af vejen nået – omend i mere udpræget grad i Kolding og Favrskov end i Norddjurs og Hørsholm.

4.6 Effekt?

Indsatsen og screeningen med WHO5 ser ud til at have forbedret borgernes trivsel, men som nævnt er også disse resultater forbundet med en del usikkerhed. I dette afsnit belyser vi på den baggrund spørgsmålet om, hvorvidt der er en beskæftigelsesmæssig effekt af indsatsen. Spørgsmålet er, om vi kan se resultater af indsatsen, når vi måler på, hvor mange der er kommet i beskæftigelse efter den seneste screening, graden af ledighed, andelen der er kommet i et virksomhedsrettet tilbud efter seneste screening, eller andelen, som jobcenteret vurderer som job- eller uddannelsesparate.

4.6.1 Beskæftigelse

8 % af de ledige, der deltog i den indledende screening, var i beskæftigelse 12 måneder efter den seneste screening (Tabel 4-13). Beskæftigelse vil både sige ordinær beskæftigelse, beskæftigelse i fleksjob og beskæftigelse med løntilskud. Et halvt år efter den seneste screening var 7 % i beskæftigelse, og 9 måneder efter den indledende screening var andelen ligeledes 7 %.

En del af borgerne deltog alene i den indledende screening. Enten fordi deres trivselsindeks var over 50, eller fordi de ikke ønskede at deltage i interventionen eller fik tilbudt deltagelse i den opfølgende screening. Med den seneste screening mener vi således, den seneste af de screeninger med WHO-5, som borgeren deltog i.

Tabel 4-13 Andel af de ledige borgere, der var i ordinær beskæftigelse, i fleksjob eller i beskæftigelse med løntilskud 6, 9 og 12 måneder efter den seneste screening. Borgere, der deltog i den indledende screening.

	6 mdr. efter seneste screening	9 mdr. efter seneste screening	12 mdr. efter seneste screening
Andel i beskæftigelse	7%	7%	8%

Den relativt lave andel, der er kommet i beskæftigelse 12 måneder efter den seneste screening, hænger bl.a. sammen med, at andelen, der er kommet i beskæftigelse er noget lavere i Kolding kommune end i de øvrige kommuner. I Norddjurs kommune er andelen således 11 % og i Favrskov kommune er den 15 %, mens den i Kolding kommune kun er 4 %.

Hvilke borgere er især kommet i beskæftigelse?

Spørgsmålet er nu, hvad der karakteriserer de ledige borgere, der især er i beskæftigelse 9 måneder efter den seneste screening. Vi har undersøgt dette på grundlag af en række baggrundsforhold: Seneste score i WHO-5, køn, alder, familietype, antallet af børn, herkomst (dansk eller indvandrere/ efterkommer), uddannelse (erhvervskompetencegivende uddannelse eller ej), ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, antal år uden beskæftigelse, seneste branche, hvorvidt borgeren har været indlagt eller behandlet ambulant på et sygehus i kalenderåret før screening, samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før den indledende screening.

Resultatet er, at andelen, der er kommet i beskæftigelse, varierer med borgersens kommune, ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, antal år uden beskæftigelse, seneste branche samt hvorvidt borgeren var indlagt eller blev behandlet ambulant på et sygehus i kalenderåret før den indledende screening – vel at mærke når vi ikke tager højde for påvirkningen fra de øvrige baggrundsforhold (Tabel 4-14).

Tabel 4-14 Andel af de ledige borgere, der var i ordinær beskæftigelse, fleksjob eller i beskæftigelse med løntilskud 9 måneder efter den seneste screening. Borgere, der deltog i den indledende screening.

Baggrundsforhold	Andel der er i beskæftigelse 9 mdr. efter seneste screening
Kommune	
Hørsholm	13%
Kolding	3%
Norrdjurs	8%
Favrskov	13%
Ledighedsgrad de sidste tre år før indledende screening	
Ledighedsgrad under 25%	7%
Ledighedsgrad 25-49%	5%
Ledighedsgrad 50-79%	16%
Ledighedsgrad 80-100%	4%
Antal år uden beskæftigelse	
Under 1 år	20%
1-3 år	8%
3-5 år	5%
5 år el. mere	0%
Aldrig haft beskæftigelse	2%
Seneste branche	
Primære og sekundære erhverv	6%
Privat service	9%
Offentlig adm., undervisning, sundhed og uopl. branche	9%
Ingen kendt beskæftigelse	2%
Indlagt eller behandlet ambulant på sygehus året før screening?	
Ja	4%
Nej	9%

Det vil også sige, at vi ikke har fundet statistisk sammenhæng mellem borgernes seneste score på trivselsindekset, og andelen, der er i beskæftigelse 9 måneder senere.

Andelen, der er kommet i beskæftigelse 9 måneder efter seneste screening, er noget lavere i Kolding kommune end i Norrdjurs. 3 % af de ledige borgere i Kolding er kommet i beskæftigelse mod 13 % af de ledige borgere i Favrskov. Der er ikke andre signifikante kommunale forskelle.

Samtidig er det især borgere med en ledighedsgrad på 50-79 % i tre år før den indledende screening, der er i beskæftigelse 9 måneder efter seneste screening. 16 % af de ledige i denne gruppe er i beskæftigelse 9 måneder senere. Dette resultat er bemærkelsesværdigt og adskiller sig fra resultaterne vedr. screening for borgernes alkoholforbrug, hvor der var en klar positiv sammenhæng mellem borgernes ledighedsgrad før den indledende og andelen, der var i beskæftigelse. Til sammenligning er den tilsvarende andel kun 4 % blandt de, der har en ledighedsgrad på 80-100 %, men også blandt de ledige, der har en lavere ledighedsgrad, er det kun få, der er kommet i beskæftigelse, i løbet af de 9 måneder.

Der er dog samtidig statistisk sammenhæng mellem antallet af år siden seneste beskæftigelse og andelen af borgere, der er i beskæftigelse 9 måneder efter seneste screening. 20 % af de ledige, der har haft beskæftigelse inden for det seneste år og dermed har relativt aktuelle erfaringer fra arbejdsmarkedet, er i ordinær beskæftigelse, fleksjob eller job med løntilskud 9 måneder efter den seneste screening. Den tilsvarende andel er f.eks. 0 % blandt de ledige, hvor det er mere end 5 år siden, de sidst havde arbejde.

Borgere, der har været indlagt eller er blevet behandlet ambulantly på et sygehus i kalenderåret før den indledende screening er ikke i lige så høj grad i beskæftigelse som borgere, der ikke har været i kontakt med et sygehus. Blandt borgere, der har været indlagt eller behandlet ambulantly, er andelen, der er i beskæftigelse 4 %, hvor den tilsvarende andel er 9 % blandt borgere, der ikke har været i kontakt med et sygehus.

For at se hvilke af disse forhold, der har størst statistisk sammenhæng med beskæftigelse 9 måneder senere, har vi foretaget en analyse, **hvor vi samtidig tager højde for de baggrundsforhold**, der indgår i analysen, dvs. antal genstande i forbindelse med alkoholindtagelse, køn, alder, familietype, antallet af børn, herkomst (dansk eller indvandrer/ efterkommer), uddannelse (erhvervskompetencegivende uddannelse eller ej), ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, hvorvidt borgeren har været indlagt eller behandlet ambulantly på et sygehus i kalenderåret før screening, samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før den indledende screening⁵⁰.

Resultatet er, at når samtidig tages højde for alle disse forhold, er det alene ledighedsgraden i de seneste tre år samt indlæggelse eller ambulantly behandling, der har statistisk sammenhæng med chancen for at være i beskæftigelse. Igen er det borgere med ledighedsgrad på 50-79 % og borgere, der ikke har været i kontakt med sygehuset, der har størst sandsynlighed for at være kommet i beskæftigelse.

4.6.2 Ledighed

I det forrige afsnit har vi belyst arbejdsmarkedstilknytningen på grundlag af oplysninger om, hvorvidt borgerne var i beskæftigelse som lønmodtagere i en bestemt måned – uanset antallet af arbejdstimer.

⁵⁰ Analysen er foretaget som en logistisk regressionsanalyse.

I det følgende sætter vi i stedet fokus på et lidt mere præcist udtryk for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet, nemlig ledighedsgraden i en periode på ca. 9 måneder (39 uger) efter seneste screening, der er udtryk for hvor mange af ugerne i denne periode, borgerne har været helt eller delvist ledige.

Den lave beskæftigelse blandt de ledige, der er blevet screenet med WHO-5, indebærer naturligvis også, at ledigheden er høj. Den gennemsnitlige ledighedsgrad – dvs. andelen af uger med hel eller delvis ledighed – i en periode på 9 måneder efter den seneste screening for livskvalitet er 86,6 % blandt de borgere der deltog i den indledende screening, svarende til at de har været ledige i ca. 87 % af ugerne i 9-måneders perioden siden seneste screening. 7 % har en ledighedsgrad på mindre en 25 %, 6 % har en ledighedsgrad på 25-49 %, 7 % har en ledighedsgrad på 50-79 % og 79 % har en ledighedsgrad på 80-100 %.

Hvilke borgere har de laveste ledighedsgrader efter screening?

Spørgsmålet er nu, hvad der karakteriserer de ledige borgere, der har de laveste ledighedsgrader i en periode på 9 måneder efter den seneste screening.

Vi har undersøgt dette ved hjælp af regressionsanalyse, hvor vi samtidig tager højde for en række baggrundsforhold: Seneste score i WHO-5, køn, alder, familietype, antallet af børn, herkomst (dansk eller indvander/ efterkommer), uddannelse (erhvervskompetencegivende uddannelse eller ej), ledighedsgrad i tre år før den indledende screening, seneste branche, hvorvidt borgeren har været indlagt eller behandlet ambulært på et sygehus i kalenderåret før screening, samt hvorvidt borgeren havde indikation på en psykisk lidelse i kalenderåret før den indledende screening.

Resultatet af analysen er, at **borgernes seneste score i trivselsindekset har betydning for den efterfølgende ledighed**. Det samme har borgerens **alder, kommune og ledighedsgrad i tre år før** den indledende screening.

Tabel 4-15 *Andel af de ledige borgere (ved den indledende screening), der havde en ledighedsgrad på under 50 % i en periode på 9 måneder efter den seneste screening. Borgere, der deltog i den indledende screening for livskvalitet.*

Baggrundsforhold	Andel der havde en ledighedsgrad på under 50 % i perioden
Seneste score med WHO-5	
Op til 50	10%
Over 50	18%
Alder	
Under 29 år	25%
30-39 år	8%
40-49 år	4%
50+ år	7%
Kommune	
Hørsholm	18%
Kolding	6%
Norddjurs	19%
Favrskov	21%
Ledighedsgrad de sidste tre år før indledende screening	
Ledighedsgrad under 25%	26%
Ledighedsgrad 25-49%	19%
Ledighedsgrad 50-79%	23%
Ledighedsgrad 80-100%	4%

Resultaterne af regressionsanalysen illustreres af Tabel 4-15, der viser andelen af de borgere, der deltog i den indledende screening, der var ledige i mindre end halvdelen af ugerne i en periode på 9 måneder efter den seneste screening.

Borgere, der scorede over 50 i den seneste screening med WHO-5, har en lavere ledighedsgrad i perioden. Resultatet tyder dermed på, at screeningen kan give en indikation af borgernes chancer for at komme i gang med uddannelse eller arbejde. 18 % af de borgere, der scorede over 50, havde en ledighedsgrad på mindre end 50 %, mens den tilsvarende andel er 10 % blandt de borgere, der scorede 50 og derunder i trivselsindekset.

Samtidig har de unge under 29 år en lavere ledighedsgrad i 9-måneders perioden end de øvrige deltagere i screeningerne med WHO-5. 25 % af de unge under 29 havde en ledighedsgrad på mindre end 50 %, mens denne andel f.eks. var 7% blandt 50+ årige.

Ledige i Kolding kommune har samtidig en noget højere ledighedsgrad end borgere i de øvrige kommuner, selv om vi tager højde for de nævnte baggrundsfaktorer, herunder borgernes ledighedsgrad tre år den indledende screening. 6 %

af borgerne i Kolding kommune var ledige i mindre end halvdelen af ugerne i måleperioden, mens den tilsvarende andel var 18 % i Hørsholm, 19 % i Norddjurs og 21 % i Favrskov.

Endelig viser analysen, at specielt borgere med en ledighedsgrad på 80-100 % i en periode på tre år før den indledende screening, har højere ledighedsgrad i perioden på 9 måneder efter den seneste screening end borgere med lavere ledighedsgrader i den indledende periode.

4.6.3 Er interventionsgruppen kommet tættere på arbejdsmarkedet end andre aktivitetsparate?

For at få en vurdering af, om borgerne i interventionsgruppen – dvs. de borgere, der scorede under 50 i den indledende screening og som deltog i en intervention og en opfølgende screening – er kommet tættere på arbejdsmarkedet sammenlignet med andre aktivitetsparate, har vi foretaget analyser blandt borgere i interventionsgruppen, hvis indledende screening blev foretaget i 2014.

Der er foretaget analyser af:

- > Borgernes ledighedsgrad i en periode på 12 måneder efter den indledende screening⁵¹
- > Antallet af timer, hvor borgeren har haft lønnet arbejde i 2015
- > Andelen af borgere, der er i virksomhedsrettede tilbud 12 måneder efter den indledende screening
- > Andelen af borgere, der er rykket fra visitationskoden aktivitetsparat til visitationskoden jobparat/ uddannelsesparat 12 måneder efter den indledende screening.

Analyserne omfatter aktivitetsparate deltagere i interventionen, hvis indledende screening blev foretaget i 2014, samt borgere, der var ledige med visitationskoden aktivitetsparat ultimo 2. kvartal 2014 – idet den 4. juli 2014 er den gennemsnitlige dato, hvor den indledende screening af interventionsgruppen blev foretaget.

Referencegruppen bestående af aktivitetsparate ikke-deltagere omfatter borgere fra kommuner i samme klynge, dvs. med sammenlignelige vilkår i relation til kontanthjælp, som de kommuner interventionsgruppen kommer fra.

Alle analyser er blevet foretaget ved hjælp af regressionsanalyse med variabelen deltager/ ikke deltager i interventionen som forklarende baggrundsfaktor tillige

⁵¹ Det havde været mere optimalt at analysere ledighedsgraden i en periode på 12 måneder efter interventionen, men den afsluttende screening er ind i mellem foretaget længe efter interventionen er afsluttet, så vi har valgt at analysere ledighedsgraden i en periode på 12 måneder fra den indledende screening.

med følgende baggrundsfaktorer: Køn, alder, familietype, herkomst, uddannelse, kommune-klynge, ledighedsgrad de seneste tre år før interventionen (hhv. 4. juli 2014 for ikke-deltagernes vedkommende), seneste branche samt oplysning om hvorvidt borgeren var indlagt eller blev behandlet ambulantly i det foregående kalenderår⁵².

Ingen af de foretagne analyser tyder på, at interventionsgruppen er kommet tættere på arbejdsmarkedet end de øvrige aktivitetsparate, måske snarere tværtimod.

I analysen af ledighedsgraden finder vi, at ledighedsgraden i en periode på 12 måneder efter den indledende screening (hhv. den 4. juli 2014 for ikke-deltagernes vedkommende) er større i interventionsgruppen end i gruppen af øvrige aktivitetsparate.

Tilsvarende finder vi i analysen af antallet af timer, hvor borgeren har haft lønnet arbejde, at antallet af timer med løn i 2015 er lavere blandt borgerne i interventionsgruppen end blandt de øvrige aktivitetsparate.

Samtidig finder vi ikke signifikant ikke forskel på interventionsgruppen og de øvrige aktivitetsparate med hensyn til andelen, der er i virksomhedsrettet tilbud 12 måneder efter den indledende screening.

Endelig finder vi ikke signifikant forskel på interventionsgruppen og kontrolgruppen med hensyn til hvor mange, der er rykket fra visitationsgruppen aktivitetsparat til visitationsgruppen jobparat/ uddannelsesparat 12 måneder efter den indledende screening.

Alt i alt har vi således ikke fundet tegn på, at de gennemførte interventioner har bragt interventionsgruppen tættere på arbejdsmarkedet end de øvrige aktivitetsparate i kommuner med sammenlignelige vilkår.

Nogle af analyserne tyder tværtimod på, at interventionsgruppen ikke har klaret sig lige så godt som andre aktivitetsparate. Dette kan hænge sammen to forhold. For det første omfatter interventionsgruppen i modsætning til gruppen af øvrige aktivitetsparate udelukkende borgere, der har en lav livskvalitet. Dette forhold, kan, som vi har set, have betydning for, hvor hårdt borgerne bliver ramt af ledighed, dvs. for ledighedsgraden i den efterfølgende periode. De gennemførte analyser, der alene bygger på registervariabel, tager næppe tilstrækkeligt højde for dette forhold. For det andet har vi – for interventionsgruppen vedkommende – være nødt til at måle ledighedsgraden og antallet af løntimer i en 12 måneders periode fra og med den indledende screening, dvs. i en periode, der også omfatter interventionsperioden. Dette forhold kan ligeledes medvirke til at ledigheden er højere og antallet af timer med løn er lavere i interventionsgruppen end i gruppen af øvrige aktivitetsparate.

⁵² Det er desuden afprøvet, hvorvidt analyser foretaget ved hjælp af propensity score matching, giver andre resultater, men det er ikke tilfældet.

4.7 Forankring

De fire kommuner har alle afsluttet deres oprindelige projekter, og har valgt at forankre forskellige dele af deres projekter.

Neden for findes en kort opsummering baseret på projekternes afslutningsrapporter af, hvilke dele af projekterne som kommuner har valgt at forankre efterfølgende.

I alle fire kommuner er der et stort ønske om forankre projekterne eller de centrale dele af projektet. Samtidigt skal det nævnes, at implementeringen af projekterne har betydet, at der er skabt en større opmærksomhed om mistrivsel hos de ledige, samt typisk også et tættere samarbejde mellem jobcentret og sundhedsområdet/-centret. Så selvom projekterne ikke forankres 100 procent vil den læring og de erfaringer, der er høstet i projektperioden, fortsat bestå – i hvert tilfælde i en periode. Skal samarbejdet mellem jobcentret og sundhedsområdet/-sundhedscentret fortsætte vil det sandsynligvis kræve en fortsættelse af de fælles opgaver og/eller tilstedeværelsen af en tværgående koordinatorfunktion.

4.7.1 Kolding

I Kolding Kommune fik de ekstra midler til at fortsætte projektet efter årsskiftet 2015/2016. Indtil da havde de, som nævnt, været fuldstændig tro mod den oprindelige projektbeskrivelse. Det nye projekt blev tilpasset de læringer og erfaringer, de havde gjort i projektperioden. Recepten var kortere forløb, struktur, faste rammer og forventninger, socialt fællesskab og netværk. Denne model har projektet kørt videre med siden og frem til i dag, hvor projektet afventer resultatet af denne evaluering.

Resultaterne af projektet er blevet præsenteret for Arbejdsmarkedsudvalget, som har anerkendt projektet og gerne ser det projektet forankret, som et fast tilbud, afhængig af resultaterne af indeværende evaluering.

På nuværende tidspunkt er der dog allerede enkelte elementer, som er blevet forankret.

Bl.a. er den person fra Afdelingen for Forebyggelse og Sundhedsfremme, som har været sundhedskoordinator i projektet blevet fastansat pr. 1. januar 2017. Som del af aftalen skal personen fortsat deltage i de månedlige personalemøder på Sundhedscentret med henblik på at fastholde viden og kontakt om udvikling og nye tilbud på området.

Kolding Kommune skriver i deres afslutningsrapport fra 1. marts 2017, at såfremt det skulle vise sig, at projekt "Sund På Tværs" på trods af politisk opbakning ikke skulle modtage en beslutning om fast forankring, så er der flere elementer i projektet, der klart skal implementeres i eksisterende tilbud, med de tilgængelige ressourcer, der er i afdelingen.

Det er:

- > Mindfulness
- > Sundhed / KRAMS faktorerne.
- > Netværks og eksponeringsundervisningen.
- > Schultz progressions værktøj
- > Motion
- > Evaluerings- og overgangs skemaer
- > Screening WHO-5
- > Eventuelt indtænke konsulentkøb til undervisning i psykoedukation. (I stedet for en fast ansat psykolog, selv om fastansættelse af psykolog vil være at foretrække).

Der eksisterer således et ønske om, at videreføre hovedparten af de centrale dele af det eksisterende projekt.

4.7.2 Hørsholm

På baggrund af projektets resultater er der ifølge projektets afslutningsrapport et ønske om at videreføre screeningen enten for alle borgere eller for de borgere, som sagsbehandlerne skønner, har et behov. Der er også et ønske om at videreføre indsatserne. Da borgergruppen i Hørsholm er relativ lille, er det ikke muligt at ansætte en "in-house" til at køre indsatserne videre, men i stedet går overvejelserne på at købe et forløb hos Anden Aktør til de borgere, der har behov for det.

4.7.3 Norddjurs-Favrskov

Af Norddjurs og Favrskovs afslutningsrapport fra medio marts 2016 fremgår det, at det er lykkedes at forankre På Sporet – Sund vej ud af ledighed i et projekt **På Sporet 2** i Favrskov. I Norddjurs dog kun ind til 30.4.2016, hvorefter det er sendt i udbud.

Driften sker ved, kommunerne køber gennemførelsen af Akantus, der har karakter af anden aktør. Projektet fortsætter som det var, men uden motionsdelen som et fast tilbud og med mulighed for at fortsætte på forløbet i flere omgange, hvis der er behov for det. Elementerne livsmestring ved psykolog og job- og uddannelsescoaching ved jobcoach er begge fastholdt. Herudover er der tilknyttet et tilbud om undervisning i hverdagsøkonomi og individuel vejledning heri for deltagere med et særligt behov. Endelig er der som noget nyt koblet en mulighed for en fortsat mentorfunktion for afsluttede deltagere ved job- og uddannelseskonsulenten fra På Sporet.

Begge kommuner fortsætter desuden med en grundig evaluering og med screening med WHO-5 og selvoplevet helbred ved start og slut og med tilfredsheds-

evaluering, ligesom de fortsætter med opgørelse af resultater bl.a. rettet mod job og uddannelse 3 måneder efter afslutning af På Sporet 2⁵³.

⁵³ Norddjurs-Favrskov, 2016: AFSLUTNINGSRAPPORT. Satspulje vedr. socialt udsatte og sårbare grupper - 4. udmøntning, tidlig opsporing og indsats i jobcentre. Projekt: På Sporet – Sund vej ud af ledighed. 30.03.2016

Bilag A Metode

A.1 AUDIT

Efter rensning af data fra deltagende kommuner er antallet af deltagere i screeningen for skadeligt alkoholforbrug opgjort til 422. Heraf har der ikke kunnet findes registeroplysninger for 18 deltagere. Det skyldes antageligt, at de pågældende borgere ikke var bosiddende i Danmark den 1/1 i det kalenderår, hvor de deltog i screeningen (for deltagere i 2016 vil det dog sige, at de ikke var bosiddende i Danmark den 1/1 2015). Tilbage er 404 deltagere, for hvilke der har kunnet findes registeroplysninger. Resultaterne vedrørende tidlig opsporing for skadeligt alkoholforbrug i denne rapport vedrører disse 404 deltagere.

Datagrundlaget består af data vedrørende de gennemførte screeninger samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik om deltagernes køn, alder, herkomst, uddannelse, arbejdsmarkedserfaringer mv.

A.2 WHO-5

Efter rensning af data fra de deltagende kommuner er antallet af deltagere i screeningen for mistrivsel opgjort til 564. Heraf har der ikke kunnet findes registeroplysninger for 18 deltagere. Det skyldes antageligt, at de pågældende borgere ikke var bosiddende i Danmark den 1/1 i det kalenderår, hvor de deltog i screeningen (for deltagere i 2016 vil det dog sige, at de ikke var bosiddende i Danmark den 1/1 2015).

Tilbage er 546 deltagere, for hvilke der har kunnet findes registeroplysninger. Resultaterne vedrørende tidlig opsporing for mistrivsel ved hjælp af WHO-5 i denne rapport vedrører disse 546 deltagere.

Datagrundlaget består af data vedrørende de gennemførte screeninger samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik om deltagernes køn, alder, herkomst, uddannelse, arbejdsmarkedserfaringer mv.