



Socialstyrelsen

Vidensdokument

Social Færdighedstræning

August 2017

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af:

Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk

www.socialstyrelsen.dk

Indhold udarbejdet af: chefkonsulent Mett Marri
Lægsgaard, DEFACTUM, for Socialstyrelsen.

Udgivet: August 2017

Download eller se til rapporten på
www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

ISBN: 978-87-93407-84-8

Indhold

Indledning	2
Metode.....	2
Overordnet formål med SFT.....	2
Teoretisk baggrund	2
SFT i dette projekt	3
Målgruppe.....	4
Resultater	5
Effekten af SFT.....	5
Borgernes og medarbejdernes oplevelse af SFT.....	6
Implementering.....	7
Økonomi	9

Indledning

Dette vidensdokument beskriver Social Færdighedstræning (SFT), sådan som metoden er afprøvet i projektet "Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser". Projektet er finansieret af satspuljemidler via Fremrykningspuljen og DEFACTUM har evalueret projektet på vegne af Socialstyrelsen. Ni kommuner har deltaget i afprøvningen af SFT i perioden 2014-2016. De ni projektkommuner har tilsammen gennemført 46 SFT-gruppeforløb, heraf har de 19 gruppeforløb været genstand for evalueringen.

Vidensdokumentet henvender sig primært til ledere og medarbejdere fra kommuner, hvor man overvejer at indføre SFT, og hvor man har brug for et første hurtigt overblik. Det følgende er således en kort gennemgang af SFT som metode, projektets målgruppe, metodens effekt samt erfaringer med implementering og økonomiske konsekvenser i forbindelse med denne afprøvning. En mere uddybende beskrivelse af metoden og af evalueringens resultater kan findes i evalueringsrapporten og i metode- og implementeringsguiden.¹

Metode

Overordnet formål med SFT

Sociale færdigheder defineres som de færdigheder, der sætter individet i stand til at klare sig i en given social sammenhæng, dvs. at løse praktiske problemer, engagere andre mennesker i en relation, mobilisere et støttende netværk, bo selvstændigt og klare et arbejde.² SFT fokuserer på at træne borgeren i at tage medansvar i den medicinske behandling, at mestre egne psykiatriske symptomer, at opdage tidlige tegn på eksempelvis psykose, samt at forbedre kommunikative færdigheder og evne til konfliktløsning.

Teoretisk baggrund³

Robert P. Liberman udviklede SFT i 1960'erne, dels med inspiration fra Albert Banduras sociale læringsteorier og Joseph Wolpes assertionstræning, dels med afsæt i kognitiv adfærdsteori. Banduras sociale læringsteorier handler om, hvordan adfærd kan indlæres ved iagttagelse af andres adfærd. Kognitiv adfærdsteori rummer en tilgang, der involverer hjælp til personer til at se konsekvenser af egen adfærd, forstå egne motiver og udvikle nye måder at kontrollere egen adfærd på, og inkluderer træning i sociale færdigheder.

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

¹ Evaluering, Social færdighedstræning, Metode- og implementeringsguide, Social færdighedstræning

² Statens referenceprogram for skizofreni. Sundhedsstyrelsen 2004.

³ Dette afsnit inklusive referencer bygger på projektets metodebeskrivelse, som udgøres af: Fohlmann, A. (2009): Social færdighedstræning. I: Nordentoft, M. et al. (red) *Psykose hos unge – symptomer, behandling og fremtid*. København. Psykiatrifonden: Kapitel 12, s. 161-168.

adfærdsteoretiske perspektiv på sociale færdigheder i den praktiske guide til Social Færdighedstræning "Social Skills Training for Schizophrenia".⁴

SFT i dette projekt

I forbindelse med metodeafprøvningen af SFT har projektets leverandør af kompetenceudvikling udviklet en manual for udførelsen af SFT i gruppe samt en plan for gruppetrænerens kompetenceudvikling. Manualen kan ikke stå alene, men skal altid underbygges af kompetenceudvikling af de gruppetrænere, der skal udføre SFT. Manualen og kompetenceudviklingen er mere udførligt beskrevet i metode- og implementeringsguiden – her følger blot en kort præsentation af rammerne for gruppeforløbet og manualens indhold.

Rammer for SFT i gruppe

Rammerne for SFT i gruppe, som metoden er afprøvet i projektet, er som følger:

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

Manual for SFT⁵

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

Evaluering af den anvendte metode

Der er gennemført en evaluering af metoden på baggrund af borgernes og gruppetrænerens vurderinger. Resultaterne udpeger følgende punkter til overvejelse:

Antal gruppedeltagere: Ved projektets start var det et krav, at der skulle indgå 8-10 deltagere i hver gruppe. I praksis har tallet været lidt lavere, fordi projektkommunerne havde svært ved at rekruttere nok borgere – og ifølge deltagerne har det været godt. Borgerne vurderer, at 4-8 deltagere er optimalt, mens gruppetrænerne siger i gennemsnit syv. Gruppetrænerne vurderer, at for mange deltagere går ud over den tid, der er til den enkelte, og over trykniveauet i gruppen. Samtidig må antallet ikke blive for lavt, da gruppen så bliver for sårbar overfor frafald.

Modulernes længde: Der er delte meninger om modulernes længde, men især konfliktmodulet vurderer borgerne for kort. Blandt gruppetrænerne er der forskellige holdninger til, hvilke moduler der er hhv. for korte og for lange. Gruppetrænerne i projektet har tilpasset modulernes længde efter gruppedeltagerens behov - og det giver metoden netop også plads til - så de tilpasninger, der efterspørges, kan sandsynligvis rummes af metoden, som den foreligger.

⁴ Bellack et al. (2004): *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by-Step Guide*. New York: Guilford Press.

⁵ Manualen kan rekvireres via henvendelse til Socialstyrelsen, Center for Handicap og Psykisk Sårbarhed: Socialstyrelsen, Center for Handicap og Psykisk Sårbarhed

Målgruppe

SFT er en af de bedst undersøgte metoder til forbedring af funktionsevne og evne til selvstændig livsførelse. Metoden er primært undersøgt – og har vist effekt - i forhold til personer med skizofreni, men der er ingen forbehold i selve metoden, der betinger, at den udelukkende skulle være anvendelig i forhold til personer med skizofreni.

På voksenområdet er der også vist positiv effekt i forhold til voksne med autisme, senhjerne-skade og udviklingshæmning. Der er også forskning indenfor børneområdet, der viser positiv effekt af SFT i forhold til børn med ADHD og autisme, samt børn med indlæringsvanskeligheder og isolerede børn.⁶

Metodeafprøvningens målgruppe blev af Socialstyrelsen defineret til at være borgere med svære psykiske lidelser. Projektets inklusionskriterier fremgår af nedenstående boks.

Målgruppe for afprøvning af SFT

- **Alder:** over 18 år
- **Køn:** Mænd og kvinder
- **Sprog:** Minimum funktionelt dansk
- **Støtte:** Borgeren får bostøtte efter SEL § 85, eller anden støtte med lignende mål
- **Diagnose:** Borgeren har en eller flere af diagnoserne F2 Skizofreni mm (20-29), F3 Affektive sindslidelser (30, 31, 33.2, 33.3, 34), F4 Nervøse og stress-relaterede tilstande (40, 41, 42, 43 (dog ikke 43.0 og 43.2), 44, 45), F6 Personlighedsforstyrrelser
- **VUM (Voksenudredningsmetoden)**
 - Borgeren er i VUM vurderet til at have en sindslidelse, herunder en eller flere af følgende problemer: Angst, depression, personlighedsforstyrrelse, forandret virkelighedsopfattelse
 - Borgeren vurderes i VUM, tema 4-10 (Praktiske opgaver i hjemmet, Egenomsorg, Kommunikation, Mobilitet, Samfundsliv, Socialt liv og Sundhed) til at ligge inden for vurderingerne 2-4 (moderat problem, svært problem, fuldstændigt problem) på minimum 3 ud af de 7 parametre/temaer
 - Den samlede vurdering af borgeren vurderes i VUM til at ligge på C, D eller E (moderat problem, svært problem eller fuldstændigt problem)

Metodeafprøvningen viser, at SFT har en effekt overfor den målgruppe, projektet har inkluderet. Evalueringen kan ikke vise, hvilke målgrupper SFT i øvrigt egner sig til, men medarbejderne fra de ni projektkommuner er overbeviste om, at SFT vil egne sig til en meget bredere målgruppe end den, projektet har inkluderet, og de planlægger fremadrettet at udvide målgruppen for tilbuddet om SFT. Flere kommuner vil tilbyde SFT til alle indenfor bestemte tilbud, for eksempel alle, der får bostøtte eller botilbud, eller alle indenfor socialpsykiatrien. Andre kommuner planlægger at tilbyde SFT til alle borgere, der har udfordringer med sociale færdigheder.

⁶ Se metode- og implementeringsguiden for henvisninger til de konkrete studier: Metode- og implementeringsguide, Social færdighedstræning

Evalueringens resultater giver naturligvis ingen svar på, om SFT vil have en effekt overfor de ovennævnte målgrupper, men de medarbejdere, der har arbejdet med SFT, har en formodning om, at metoden vil have positiv virkning over for de ovenfor nævnte grupper. Medarbejderne nævner dog også forhold, der kan hæmme borgernes udbytte, for eksempel misbrug eller for omfattende kognitive vanskeligheder. Der er dog ikke belæg for at bruge disse som egentlige eksklusionskriterier, da en del kommentarer tyder på, at det kan være vanskeligt at bedømme borgernes mulighed for at deltage, og for at få udbytte af forløbet, på forhånd. Flere er blevet overraskede over, at en borger, der blev vurderet som meget dårlig, kunne indgå i og profitere af SFT, mens andre, som var vurderet egnede, ikke kunne gennemføre.

De resultater, som præsenteres i det følgende, vedrører den version af SFT, som kommunerne har praktiseret, over for den målgruppe, som har indgået i projektet.

Resultater

Resultaterne af SFT er undersøgt gennem et RCT-studie af effekten. RCT-studiet inkluderer 304 borgere, som er randomiseret til henholdsvis en indsatsgruppe og en kontrolgruppe. Borgere er blevet vurderet og har udfyldt en række spørgeskemaer ved forløbets start, afslutning og ved opfølgning seks måneder efter. Der er afslutningsmåling på op til 234 borgere og opfølgningsmåling på op til 194 borgere (afhængigt af spørgeskema). Spørgeskemaerne måler udviklingen af sociale færdigheder, recovery og generel trivsel hos både de borgere, der har deltaget i SFT, og hos en matchende kontrolgruppe, for at kunne sammenligne resultaterne. Desuden er der gennemført analyser af hvilke variable – for eksempel køn, diagnose, alder – der har indflydelse på effekten. Endelig er der gennem spørgeskemaer og interview indhentet kvalitative vurderinger af borgernes udbytte. I det følgende opsummeres effektevalueringens vigtigste resultater.

Effekten af SFT

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

RCT-studiet viser, at SFT i gennemsnit har haft en lille effekt ved afslutningen af gruppeforløbet på borgernes sociale funktionsniveau⁷ og graden af mental recovery.⁸ De deltagere, der har modtaget SFT, har haft en statistisk signifikant større udvikling på disse to indikatorer, end de borgere, der i samme periode har modtaget traditionel indsats. Effekten målt ved afslutning af gruppeforløbet aftager imidlertid i perioden op til opfølgningstidspunktet et halvt år efter for både socialt funktionsniveau og graden af recovery.⁹

⁷ Socialt funktionsniveau måles ved hjælp af *Personal and Social Performance (PSP)*, som er et klinisk måleinstrument, der måler graden af social dysfunktion. Morosini, P. et al. (2000): Development, reliability, and acceptability of a new version of the DSM-IV social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101:323-329.

⁸ Graden af mental recovery måles ved hjælp af *Mental Health Recovery Measure (MHRM)*, som er et spørgeskema udviklet til at måle mental recovery hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Bullock, W. A. (2005): Mental Health Recovery Measure (MHRM). I: Campbell-Orde, T. et al. (Prepared by) *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures. Volume II*. The Evaluation Center@HSRI: Cambridge, MA.

⁹ Statistisk signifikans anvendes til at påvise, at et resultat (for eksempel en forskel mellem grupper) ikke alene skyldes en tilfældighed. Effekstørrelse anvendes til at vurdere størrelsen på en observeret forskel. Klinisk signifikans forholder sig til spørgsmålet om, hvor stor/vigtig en given forskel er i klinisk forstand

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

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

Effekten af SFT på socialt funktionsniveau gælder i særlig grad de borgere, der er diagnosticeret senest (og altså sandsynligvis har haft symptomer og følgevirkninger i kortest tid), samt unge mellem 25-34 år. Evalueringen kan ikke afklare, om alder i sig selv er afgørende, eller om det er diagnosetidspunktet, som indikerer hvor længe borgeren har levet med vanskelighederne, der har størst indflydelse på borgerens udvikling.

Effekten af SFT på socialt funktionsniveau gælder desuden i særlig grad de borgere, der har en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mv.), samt de deltagere, der ved startmålingen havde henholdsvis det næstbedste og næstdårligste niveau på skalaen for socialt funktionsniveau.

I forhold til recovery er det i særlig grad borgere, der ved MHRM baselinemålingen vurderede sig selv på det næstdårligste niveau samt deltagere med en hoveddiagnose inden for F2 (Skizofreni mv.) eller F4 (Nervøse og stress-relaterede tilstande) – der profiterer af indsatsen.

Der er sammenhæng mellem borgernes fremmøde og udvikling

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

Borgernes og medarbejdernes oplevelse af SFT

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

Gruppetrænerens vurdering af deltagerens udbytte er også meget positiv. Samtlige gruppetrænere vurderer, at borgerne i høj grad eller nogen grad har udbytte af SFT. De nævner en lang række områder, som SFT fokuserer på, og hvor de kan se forbedringer hos borgerne: borgerne bliver bedre til at sætte ord på følelser og symptomer og at handle på det, borgerne bliver bedre til at lytte og til at koncentrere sig, borgerne bliver bedre til at tackle konflikter og borgerne får mere selvtillid. Gruppetrænerne fortæller også om, hvordan borgerne kan overføre færdighederne til hverdagen og har succes med at bruge øvelser og modeller i det daglige liv. Nogle bliver bedre til at deltage i sociale sammenhænge og får større netværk og de melder sig i stigende grad til aktiviteter, for eksempel på værestedet.

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

Implementering

Implementeringen af SFT er monitoreret gennem spørgeskemaundersøgelser blandt projektmedarbejderne og opfølgende interview tre gange i løbet af projektperioden. Temaerne for implementeringsevalueringen har været organisering, ledelse og kompetencer. Desuden er udførelsen af SFT monitoreret gennem fidelitetsspørgeskemaer og en certificeringsproces af SFT-gruppetrænerne. Endelig har evalueringen af metoden udpeget vigtige opmærksomhedspunkter i forhold til integration af SFT med øvrig indsats. I det følgende opsummeres implementeringsevalueringens vigtigste resultater.

Kendskab til metoden mindsker modstand

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

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

Samarbejde fordrer ledelsesopbakning på tværs af relevante enheder

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

Opbakning på tværs af enheder har også vist sig betydningsfuld i forhold til Beskæftigelsesindsatsen. Et SFT-forløb bryder på flere måder med kommunernes sædvanlige tilgang til visitation til tilbud og aktiviteter, blandt andet ved at vare 9 måneder. Det er vigtigt, at kommunen tager stilling til, hvordan tilbuddet om SFT kan tilrettelægges, så borgeren kan sikres ro til at gennemføre forløbet.

Eksisterende samarbejde og tillid som drivkræfter

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

Borgerne som ressourcer i udbredelsen af metoden

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

Supervision er en uomgængelig del af kompetenceudviklingen

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

Arbejdet med metoden skaber øget arbejdsglæde og motivation blandt medarbejderne

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

Motiveringsarbejde tager tid og ressourcer

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

Integration med øvrig indsats

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

Efterfølgende vedligeholdelse

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

Økonomi

De økonomiske konsekvenser af metoden er analyseret dels ud fra et omkostningsperspektiv, dels gennem analyser af omkostningerne set i forhold til metodens effekt. Dataindsamlingen har haft primært fokus på monitorering af medarbejdernes forbrugte timer til kompetenceudvikling, visitation og udførelse af SFT. Desuden er der foretaget et registertræk på udvalgte variable i forhold til forbrug af sundhedsydelser. På baggrund af disse data er der foretaget en samlet omkostningsvurdering. Resultaterne fra omkostningsvurderingen er derefter sat i forhold til effekten af metoden i en række cost-effectiveness og cost-utility analyser. Endelig er der udført en analyse af arbejdsmarkedstilknytning med udgangspunkt i registerdata. I det følgende opsummeres de vigtigste resultater vedrørende SFTs økonomiske konsekvenser.

Omkostninger til implementering og drift af SFT

Omkostningsvurderingen viser, at der i projektet har været implementeringsomkostninger til i gennemsnit 30.329 kr. pr. borger og driftsomkostninger til i gennemsnit 47.667 kr. Vurderingen indeholder udelukkende implementeringsomkostninger til kompetenceudvikling og til aflønning af gruppetrænere i forbindelse med kompetenceudvikling, og driftsomkostninger til visitation og motivering af borgere og til gruppetræning. Omkostninger til ledelse, lokaler, transport, evaluering etc. er ikke talt med, og en kommune skal selv lægge disse omkostninger til.

Der er grund til at tro, at omkostningerne kan være lavere ved implementering af SFT, som ikke er underlagt de samme betingelser som i projektet. Projektet har givet gruppetrænerne mulighed for blandt andet at være tre trænere om en gruppe med henblik på oplæring. Projektet har også stillet krav om inklusion af en målgruppe med omfattende vanskeligheder og dermed indebåret et omfattende motiveringsarbejde. Endelig er omkostningerne regnet ud i forhold til et forholdsvis lille antal borgere – for hver kommune drejer det sig om de to første grupper. Jo flere borgere en kommune inkluderer i gruppeforløb, jo billigere bliver implementeringsprisen pr. borger. Muligvis vil driftsomkostningerne også falde, når gruppetrænerne bliver dygtigere og behøver mindre tid til forberedelse og sparring.

Det er også væsentligt at pointere, at rammerne for projektet har medført, at SFT er givet som en supplerende indsats, og at sammenligningen med kontrolgruppen derfor viser en stor forskel i omkostninger. Hvis SFT gives som erstatning for anden indsats, bør omkostningerne til SFT sammenlignes med omkostningerne til den indsats, borgeren ellers ville modtage.

Ressourceforbrug i forhold til sundhedsydelser

En sammenligning af omkostninger til sundhedsydelser i henholdsvis interventions- og kontrolgruppe viser et signifikant merforbrug af psykiatriske sengedage i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen i 15-månedersperioden fra baseline til opfølgning. Merforbruget skyldes dog primært få borgeres lange indlæggelser, der påvirker sammenligningen i væsentlig grad. Øvrige forskelle i sundhedsydelser – omkostninger til sengedage i psykiatrien, ambulante besøg samt receptpligtig medicin (psykofarmaka) er ikke signifikante.

Cost-effectiveness og cost-utility analyser

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

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

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

Borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet

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

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

Den økonomiske evaluering skal læses med forbehold

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

- Omkostninger til implementering og drift i metodeafprøvningen er sandsynligvis højere, end de vil være i en efterfølgende implementering – det vil også have indflydelse på beregningen af cost-effectiveness.
- Forskellen i omkostninger til sundhedsydelse skyldes primært få borgere meget lange indlæggelser, som påvirker sammenligningen markant.
- SFT er givet som en supplerende indsats, og sammenligningen med kontrolgruppen vil derfor vise en stor forskel i omkostninger. Hvis SFT gives som erstatning for anden indsats, bør omkostningerne til SFT sammenlignes med omkostningerne til den indsats, borgeren ellers ville modtage. Og hvis SFT kommer til (helt eller delvist) at erstatte anden indsats, må de lavere omkostninger forbundet med denne indsats indgå i beregningerne.
- Ændringer i borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet er monitoreret over en forholdsvis kort tidshorisont i forhold til at kunne forvente væsentlige ændringer.

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



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

september 2017