



METODECENTRET
Center for Innovation & Metodeudvikling

Model for adfærdsændring

- Et afprøvningsprojekt for borgere med udviklingshæmning med et rusmiddelproblem.

Erfaringsopsamling 2020

Model for adfærdsændring

- Et afprøvningsprojekt for borgere med udviklingshæmning med et rusmiddelproblem. Erfaringsopsamling 2020.

Metodecentret
Olof Palmes Allé 19
8200 Aarhus N

Helle Høgh

Udgivet september 2020

Download på www.metodecentret.dk

Der kan frit citeres fra erfaringsopsamlingen, korrekt angivelse er:

Høgh, Helle, 2020. Model for adfærdsændring – Et afprøvningsprojekt for borgere med udviklingshæmning med et rusmiddelproblem. Erfaringsopsamling 2020. Metodecentret.

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	4
2	RESUMÉ	6
2.1	BEGREBSAFKLARING	7
3	MODEL FOR ADFÆRDSÆNDRING	8
3.1	HVORFOR ANVENDE MODEL FOR ADFÆRDSÆNDRING PÅ DET SOCIALE OMRÅDE?	8
3.2	MODELLENS KERNEKOMPONENTER	9
3.3	OPERATIONALISERING AF MODELLEN	11
3.4	FASE 1: FORSTÅ ADFÆRDEN - HVAD SKAL ÆNDRES?	12
3.5	FASE 2: INTERVENTIONSDESIGN OG IMPLEMENTERINGSMULIGHEDER	14
3.6	OPSAMLING	15
4	DELTAGERE, ORGANISERING OG AKTIVITETER	16
4.1	DELTAGERE OG AKTIVITETER I AFPRØVNINGSPROJEKTET	16
4.2	FORSKELLIGE FORUDSÆTNINGER FOR PROJEKTDELTAGELSE PÅ TVÆRS AF TEAM	19
5	BORGERNES ÆNDRERE FORBRUGSADFÆRD	21
5.1	FIRE BORGERCASES	21
5.2	DEN SOCIALFAGLIGE STØTTE OG INDSATS SET FRA ET BORGERPERSPEKTIV	27
5.3	OPSAMLING PÅ BORGERCASES OG BORGERUNDERSØGELSEN	29
6	FAGPERSONERNES VURDERING AF MODELLEN	30
6.1	MODELLENS STRUKTUR OG SYSTEMATIK, SET I FORHOLD TIL DET SOCIALFAGLIGE ARBEJDE	30
6.2	HAR MODEL FOR ADFÆRDSÆNDRING VÆRET MED TIL AT ØGE DEN FAGLIGE REFLEKSION?.....	34
6.3	HAR MODEL FOR ADFÆRDSÆNDRING VÆRET MED TIL AT ÆNDRE TILGANGEN TIL ARBEJDET MED BORGERNE?	39
6.4	PERSPEKTIVERNE FOR SPREDNING OG FASTHOLDELSE AF MODEL FOR ADFÆRDSÆNDRING I FREMTIDEN	41
6.5	OPSAMLING	42
7	PERSPEKTIVERING AF MODELLENS ANVENDELSE PÅ DET SOCIALFAGLIGE OMRÅDE	44
8	REFERENCER	46
9	BILAGSSAMLING	47
9.1	BILAG 1: OVERSIGT OVER DE GENNEMFØRTE PROJEKTAKTIVITETER, DELTAGERNE HAR MEDVIRKET I.	47
9.2	BILAG 2: SWOT-ANALYSE AF MODELLENS ANVENDELSE. FORETAGET VED MIDTVEJSEVALUERINGEN EFTERÅR 2019. ...	48

1 Indledning

Erfaringsopsamlingen fra afprøvningsprojektet Model for adfærdsændring bygger på et læn- gerevarende samarbejde mellem Viborg Kommune og Metodecentret (2017-2020). Første fase af samarbejdet har omhandlet en udviklingsfase (2017), hvor Model for adfærdsændring blev udviklet, tilpasset og oversat med udgangspunkt i den engelske *The Behaviour Change Wheel* model, udviklet af adfærdspsykologen Susan Michie (Michie et al., 2011). Modellen bygger på teori og en systematisk gennemgang af 19 evidensbaserede koncepter, hvor der fokuseres på hvordan forandring og adfærdsændring skabes.

Udviklingen af Model for adfærdsændring er foregået i et samarbejde mellem socialfagligt personale og ledelse af bostøtten på voksenhandicapområdet i Viborg Kommune, Rusmiddelcenter Viborg og Metodecentret¹. Anden fase af projektet (2018-2020) har været et afprøvningsprojekt, hvor modellen er blevet afprøvet i større skala, med deltagelse af Kontaktcentret for bostøtte og to kommunale botilbud i Viborg Kommune, et regionalt botilbud i Region Midtjylland og Rusmiddelcenter Viborg. Metodecentret har faciliteret afprøvningsprojektet, forestået vejledning i anvendelse af modellen til de deltagende fagpersoner, og stået for denne erfaringsopsamling.

Målgruppen og emnet, afprøvningsprojektet har omhandlet, har været voksne borgere med udviklingshæmning med et rusmiddelproblem. I Viborg Kommune har der kunnet konstateres en stigning i omfanget af rusmiddelproblemer blandt borgere med udviklingshæmning, der modtager støtte efter Service Lovens §§ 85, 107 samt 108. Ligeledes har Region Midtjylland konstateret, at en stor del af deres borgere på de specialiserede botilbud har et rusmiddelproblem og er anbragte med dom som konsekvens af kriminalitet. Det er en målgruppe og problemstilling, de fleste socialfaglige medarbejdere oplever som kompleks, svær at arbejde med og ændre på. Metodecenteret foretog i 2017 en gennemgang af forskningslitteraturen på området, som viste, at et manglende samarbejde på tværs af fagområderne, og generel mangel på tilbud i den almindelige kommunale rusmiddelbehandling til borgere med kognitive handicap, er med til at vanskeliggøre indsatsen omkring borgerne (Høgh, 2017). I projektet har der derfor også været fokus på brobygning og samarbejde mellem de socialfaglige medarbejdere, borgere og rusmiddelbehandlere for at understøtte anvendelse af modellen.

Model for adfærdsændring har været afprøvet som en socialfaglig model i arbejdet med at skræddersy individuelle interventioner, som borgeren kan profitere af. Modellen er bygget op om to faser. Den første er en kortlægnings- og analysefase, der skal være med til at af-dække, analysere, italesætte og etablere et samarbejde med borgeren om deres adfærd. Herunder at identificere, hvad borgeren ville kunne ændre på og er motiveret for at arbejde med. Den anden fase er en interventions- og implementeringsfase, hvor der arbejdes med interventionsdesign og tilrettelæggelse af, hvordan skræddersyede interventioner skal udføres og

¹ Susan Michies team på University College London har ydet sparring til Metodecentrets projektleder i udviklingen af den danske model.

fastholdes sammen med borgeren. Der udformes en aktionsplan for de handlinger og den støtte, der er nødvendige for, at borgeren kan ændre sin adfærd.

Som en del af afprøvningen er der udarbejdet et kompendium *Model for adfærdsændring i praksis*, som kan hentes fra Metodecentrets hjemmeside.² Her findes en arbejdsbeskrivelse af modellen og de fem arbejdsredskaber, der er udarbejdet til at understøtte det faglige arbejde i de forskellige faser.

² www.metodecentret.dk

2 Resumé

Model for adfærdsændring er en generisk model udviklet til at foretage en systematisk kortlægning og faglig analyse af en borgers problem. På baggrund af kortlægning og analyse tilrettelægges sammen med borgeren en eller flere skræddersyede interventioner, der samles i en aktionsplan, som skal støtte borgeren i at kunne ændre sin adfærd i daglig praksis.

Formålet med afprøvningen har været at få solid viden om, hvorvidt Model for adfærdsændring i en oversat og tilpasset version, vil være en virksom model i det socialfaglige arbejde med komplekse problemstillinger – her afprøvet i forhold til rusmiddelproblemer og misbrug.

Fagpersoner har i afprøvningen evalueret modellen i forhold til følgende spørgsmål:

- Hjælper modellen med at foretage en struktureret kortlægning og analyse af en borgers problemadfærd?
- Har modellen været med til at øge den faglige refleksion i forhold til at tilrettelægge skræddersyede interventioner til den enkelte borger?
- Har arbejdet med modellen ændret tilgangen til arbejdet med borgeren?

De overordnede resultater i erfaringsopsamlingen viser, at de socialfaglige deltagere i projektet vurderer, at Model for adfærdsændring i høj grad eller i nogen grad hjælper med at foretage en struktureret kortlægning og analyse af en borgers problemadfærd, og samtidig har været med til at øge den faglige refleksion i forhold til at tilrettelægge og begrunde skræddersyede interventioner til den enkelte borger. Der tegner sig et mere nuanceret billede af, hvorvidt arbejdet med modellen vurderes at have bevirket en styrket relation eller ændret tilgang til samarbejde med borgeren.

Deltagere fra den kommunale bostøtte vurderer generelt arbejdet med modellen for mere fagligt virksomt, og udtrykker et større fagligt udbytte med afprøvningen, end deltagere fra botilbuddene. Det skyldes primært forskellige vilkår for afprøvningen og organisering af projektarbejdet, som har haft afgørende betydning for implementeringen af Model for adfærdsændring i arbejdsstedets praksis. I bostøtten har medarbejderne været organiseret i et "misbrugsteam", hvor de har mødtes fast en gang om ugen i en time til kollegial sparring. På botilbuddene har det på grund af arbejdsplaner og mødetidspunkter været vanskeligt for deltagerne at samles som et team. Her er arbejdet med modellen i højere grad blevet et individuelt fagligt anliggende, fordi det har været vanskeligt at mødes med kollegaer og drøfte modellen, samt sparre med hinanden om den enkelte borgers situation. Et generelt tidspres, og i perioder manglende prioritering fra ledelsen, er nævnt som faktorer, der også har været medvirkende til, at afprøvningen er blevet nedprioriteret og vejledning blevet udskudt eller aflyst. Der har således været forskellige implementeringsvilkår for modellen i hhv. bostøtte og botilbud, hvilket der bør være en opmærksomhed på ved fremtidig implementering af modellen.

I forhold til det borgerrettede arbejde med modellen, er det samlet set lykket at ændre på ca. 42 % af de deltagende borgeres forbrugsadfærd. I alt har 24 borgere³ været omfattet afprøvningen af Model for adfærdsændring fra både bostøtte og botilbud. I projektforsøget er det lykket fem borgere (21 %) helt at ophøre et flerårigt misbrug af rusmidler bl.a. med massiv støtte fra deres socialfaglige støttepersoner, men også ved at have deltaget i et behandlingsforløb hos det lokale rusmiddelcenter, hvor der har været etableret et tværfagligt samarbejde omkring borgerne. Yderligere fem borgere (21 %) er lykket med at reducere eller "behovsudske" deres daglige forbrug, og i perioder har de kun haft et forbrug i weekender eller været helt afholdende. Godt halvdelen af borgerne har et stort set uændret forbrug, mens én borger har øget sit forbrug.

2.1 Begrebsafklaring

Igennem erfaringsopsamlingen anvendes lidt forskellige betegnelser for borgernes rusmiddelproblemer. Dels forbrug, som er den betegnelse, der oftest anvendes inden for det kommunale rusmiddelbehandlingsområde. Dels misbrug som ofte anvendes indenfor det socialfaglige område. Fælles for begge betegnelser, som de skal forstås i denne sammenhæng, er at borgerens indtag af rusmidler, både alkohol, medicin eller illegale stoffer er problemskabende for borgeren selv eller andre.

Der anvendes også lidt forskellige betegnelser for borgergruppen. Udviklingshæmning er omfattet af WHO's diagnoseliste ICD-10, hvor der sondres mellem fire forskellige grader af udviklingshæmning, baseret på måling af intelligens. Inden for det sociale område anvendes udviklingshæmning, men i lige så høj grad benyttes betegnelsen kognitiv funktionsnedsættelse, psykisk funktionsnedsættelse eller kognitivt handicap. På behandlerområdet er der en tendens til i højere grad at anvende betegnelsen kognitiv funktionsnedsættelse end udviklingshæmning. I erfaringsopsamlingen vil alle de nævnte betegnelser blive anvendt.

³ Reelt har der været ca. 30 borgere omfattet projektet, men vi har kun valide data og samtykke fra 24 borgere (se s. tabel xx), hvorfor det er dette antal vi medtager i erfaringsopsamlingen.

3 Model for adfærdsændring

Model for adfærdsændring bygger på inspiration og elementer af *The Behaviour Change Wheel* udarbejdet af sundheds- og adfærdspsykolog Susan Michie (Michie et al. 2011). Den engelske model er udviklet med det formål at guide fagprofessionelle til at designe adfærdsændrende interventioner inden for det primære sundhedsområde (Michie et al. 2011, 2014, 2020). Modellen bygger på teori og begreber fra en systematisk gennemgang af 19 evidensbaserede koncepter for at skabe forandring og ændringer af adfærd, på tværs af fagdiscipliner. Den viden og tilgang er også relevant for fagprofessionelles arbejde med borgere på det specialiserede socialområde, hvilket er baggrunden for selve afprøvningsprojektet.

3.1 Hvorfor anvende Model for adfærdsændring på det sociale område?

Borgere på det specialiserede socialområde har ofte mange forskellige problemstillinger på én gang, fx udviklingshæmning, psykiatrisk diagnose, misbrug, kriminalitet mv., hvor der ikke findes én standardløsning eller én konkret metode til at løse borgerens situation. Den socialfaglige person må derfor prioritere og estimere, hvad der er vigtigst at arbejde med, sammen med den enkelte borger. Grundet denne kompleksitet må den hjælp og støtte, som det socialfaglige personale giver til borgeren tilrettelægges forskelligt, fordi den skal tilpasses de forskellige årsager, der kan være til problemerne. Løsningen vil ofte bero på det socialfaglige personales faglige dømmekraft og erfaring i forhold til, hvilke problemstillinger der må arbejdes med for at skabe bedre trivsel for borgeren. Men ofte kan dette komme til at fremstå som serier af hurtige "her-og-nu" løsninger på borgerens problemer, uden at have foretaget en mere indgående kortlægning og analyse af borgerens problemstilling. Ved at prioritere tid til at foretage en struktureret kortlægning og analyse af borgerens situation, er hypotesen bag afprøvningsprojektet, at fagpersoner i højere grad vil kunne handle på baggrund af en reflekteret og begrundet viden, som flugter borgernes egne ønsker og behov.

De overordnede spørgsmål vi er optaget af i forbindelse af afprøvningsprojektet er, hvordan kvalificerer vi det faglige skøn, så interventionerne iværksættes på et reflekteret og oplyst grundlag? Hvordan sikrer vi, at vi kender baggrunden for den prioritering, der foretages? Hvordan identificerer vi, hvor det vil være bedst at sætte ind, og hvad borgeren er mest motiveret for? Hvad er mulighederne for at implementere den bedste indsats for den enkelte borger? Og hvordan tilrettelægges og iværksættes interventionerne bedst, så de understøtter borgerens adfærdsændring i en positiv retning, og fastholder den på sigt? Disse spørgsmål adresserer Model for adfærdsændring via sin systematiske fremgangsmåde i praktisk anvendelse.

Model for adfærdsændring er et bud på en forsknings- og teoribaseret model, der har en systematisk fremgangsmåde i forhold til at kvalificere det faglige skøn og begrunde de valg, der træffes sammen med borgeren. Der arbejdes systematisk med at forstå den adfærd, der ønskes ændret, og den kompleksitet adfærden rummer i forhold til at kunne ændres i praksis.

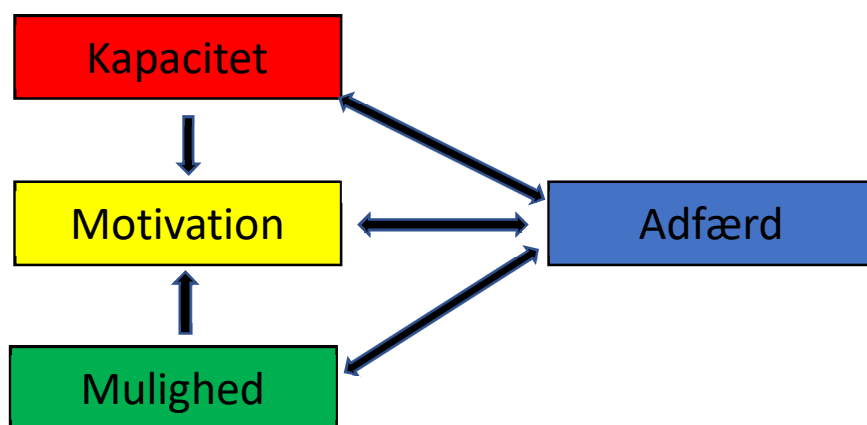
I de følgende afsnit gives der en kort introduktion til kernekomponenterne og den teori, modellen bygger på.

3.2 Modellens kernekomponenter

Teorien bag modellen bygger på, at der altid må være tre elementer til stede for, at en forandring kan ske. For det første må der være en *kapacitet* til at foretage ændringen, for det andet må der være en *mulighed* for at adfærdsændringen kan opstå, og for det tredje må der være en tilstrækkelig stærk *motivation* for at ændre på adfærden.

Modellen bygger på disse tre kerneelementer: *kapacitet* + *motivation* + *mulighed* = adfærdsændring (Michie et al. 2011). De tre komponenter interagerer med hinanden, hvilket er illustreret med pilene i figur 1.

Figur 1. KMM-analysemodel



Ved at styrke *mulighed* eller *kapacitet* kan *motivation* også styrkes. Styrket *motivation* kan styrke både *kapacitet* eller *mulighed*, men kun hvis der handles på motivationen. Tænkningen kan illustreres ved, at det at eje en cykel (*mulighed*) eller det at kunne køre på en cykel (*kapacitet*) kan være med til at højne *motivationen* til at bruge cykel som transportadfærd. Men *motivation* i sig selv vil ikke forbedre ens cykleegenskaber (*kapacitet*) eller give adgang til en cykel (*mulighed*), uden at individet handler på *motivationen* til at købe en cykel eller øver sig i at køre på cykel.

Set i forhold til rusmiddelproblemer, kan viden om rusmidlers sundhedsmæssige skadevirkning (*kapacitet*) og faglig støtte (*mulighed*) være med til at øge borgerens *motivation* for at ændre på sit forbrug. Og borgerens *motivation* er vigtig for at kunne handle, i forhold til at komme i behandling (*mulighed*), og opnå bedre trivsel og sundhed (*kapacitet*) samt forbedre borgerens generelle livsforhold (*muligheder*).

Der er således forskellige fysiske, kognitive, sociale og reflektive dimensioner, der kan påvirke de tre kernekomponenter i modellen. Michie har inddelt hvert kernekomponent i to dimensioner, som må tænkes ind i analysen af borgerens adfærdshandlinger, og har betydning for adfærdændringen. Figur 2 illustrer dette, og dimensionerne er uddybet i tabel 1.

Figur 2. De tre kernekomponenter i model for adfærdændring og de forskellige dimensioner, der påvirker dem.



Tabel 1. Oversigt over kernekomponenternes dimensioner.

Analyseområder for målgruppe	Dimension 1	Dimension 2
Kapacitet	Fysisk – evne til at optage adfærden (styrke, udholdenhed, praktiske kundskaber)	Psykologisk – evne til at optage adfærden (viden, kognition, styrke og udholdenhed i den mentale proces)
Motivation	Automatisk – aktivering af adfærden (følelsesmæssige reaktioner, behov, impulser, reflekser, hæmninger, vaner og triggere)	Reflekterende – aktivering af adfærden (planlægning og evaluering, selvbevidste intentioner, overbevisning)
Muligheder	Fysisk – omgivelser der fremmer/hæmmer adfærden (tid, ressourcer, rum og sted)	Socialt – omgivelser der fremmer/ hæmmer adfærden (normer, relationer, støtte, netværk)

Michie's forskning viser, at det er sjældent alle tre kernekomponenter er til stede i lige høj grad for personer, der skal ændre adfærd. Der må derfor foretages en grundig analyse af, hvilke komponenter og dimensioner, der må støttes via målrettede interventioner for at fremme det ønskede adfærdsmål. Det er især relevant, når der er tale om en gruppe borgere, der er udfordret kapacitetsmæssigt (både fysisk og psykologisk), hvis motivation kan være styret af automatik (impulser, behov, vaner), og hvis sociale og fysiske muligheder kan være begrænsede pga. afhængighed af andre mennesker og samfundsmæssige barrierer.

Michie anbefaler, at der både anvendes teori og evidensbaseret viden til at vurdere, hvilke af de 6 dimensioner, der skal arbejdes med for at fremme borgerens adfærdsændring. Men også at bruge borgerens egne erfaringer via selvevaluering, dialog eller interview. Kombinationen af både teori samt evidensbaseret viden og borgerens egne vurderinger og input giver et godt afsæt for at identificere effektive interventioner, der kan arbejdes med for at fremme adfærdsændringen.

3.3 Operationalisering af modellen

Modellen giver fagpersonen en struktur og analytisk tilgang til, sammen med borgeren, at kunne besvare fire overordnede spørgsmål:

1. *Hvilken adfærd skal ændres?*
2. *Hvor skal vi sætte ind for at ændre adfærden?*
3. *Hvad skal vi gøre for at ændre adfærden?*
4. *Hvordan skal vi gøre det?*

Arbejdet med modellen kan inddeles i to faser:

- Fase 1 er en modellens kortlægnings- og analysedel, der handler om at forstå adfærden, og hvad der må ændres.
- Fase 2 er modellens interventionsdel, der handler om at skræddersy og iværksætte målrettede interventioner, der vil kunne understøtte adfærdsændringen hos den enkelte borger.

Figur 3 viser den systematik, der arbejdes med i hver fase gennem 6 forskellige trin.

Figur 3. Oversigt over modellens faser og trin.



3.4 Fase 1: Forstå adfærden - hvad skal ændres?

Specificering af adfærdsmål (fase 1, trin 1, 2 og 3)

Ud fra en helhedsorienteret tilgang handler det om at kortlægge og beskrive de forskellige former for adfærd, der er koblet til borgerens problemstilling. Samtidig skal borgeren aktivt inddrages så meget som muligt i undersøgelsen af sin egen adfærd.

Trin 1 består i at kortlægge og afdække borgerens problemstilling som adfærd. **Hvad gør borgeren?** Der arbejdes rundt om borgeren med et "udefra" perspektiv, hvor steder, tidspunkter, hyppighed og omfang mv. registreres eller observeres. Samtidigt arbejdes der med et "indefra" perspektiv, hvor borgerens oplevelse af fx et rusmiddels virkning, funktion, følelser, selvforståelse mv. undersøges. Der er udarbejdet et arbejdsskema, som fagpersonen kan benytte til afdækning af borgerens rusmiddelforbrug.⁴

I **trin 2** identificeres, ud fra afdækningen i trin 1, et konkret *adfærdsmål*⁵ for, **hvor der skal sættes ind**. Adfærdsmålet retter sig mod den adfærd, som fagpersonen og borgeren tænker vil have størst effekt på at kunne ændre borgerens overordnede forbrug i en retning, der er mere positiv for borgerens velvære. Det er meget konkrete og tydelige adfærdsendringer i borgerens hverdag, der skal arbejdes med.

⁴ Se kompendiet *Model for adfærdsendring i praksis*, Redskab 1 "Beskriv problemet som adfærd".

⁵ Se kompendiet *Model for adfærdsendring i praksis*, Redskab 2 "Vælg adfærdsmål".

Hvis borgerens problem fx er hash, så viser borgerens adfærd måske, at hash indtages som selvmedicinering før sengetid for at kunne sove. Eller at borgeren ryger hash alene i egen bolig for at "dulme" sin ensomhed eller angst for at gå ud. Disse adfærdsmønstre fx søvn og ensomhed, der er forbundet med borgerens forbrugsadfærd, kunne være mål for adfærdsændringen. Det er ikke nødvendigvis rusmidlerne, der skal adresseres direkte, men den **funktion** som rusmidlerne har for borgeren, og hvordan der kan findes alternativer – sættes noget andet i stedet.

Når adfærdsålet er valgt, analyseres den ønskede adfærd i **trin 3** så præcist som muligt i forhold til at specificere, **hvad der må forandres** for, at adfærdsændringen kan ske? Den "gamle" eksisterende adfærd sættes over for design af en "ny" adfærd, hvor det helt konkret vurderes⁶:

- Hvem skal gøre noget anderledes, end de plejer
- Hvad skal gøres anderledes
- Hvornår det skal gøres
- Hvor det skal gøres
- Hvor hyppigt etc.

Det kan fx være, at nogle af de bostøttetimer, en borger er visiteret til i egen bolig, skal flyttes til et bostøttecenter for at bryde borgerens isolationsadfærd, hvis den ses som en kilde til borgerens forbrug. Det er vigtigt, at borgeren er involveret i dette arbejde, og selv har mulighed for at komme med idéer eller udtrykke behov⁷.

Trin 1, 2 og 3 består i at kortlægge og analysere en problemstilling og fokusere på, hvor der bedst kan sættes ind for at ændre den. Det er en vigtig erfaring fra projektet, at fagpersonen skal blive i kortlægningen og analysen af borgerens problem, og ikke begynde at handle løsningsfokuseret før analysen er lavet færdig. Det sidste led i analysen er at anvende modellens adfærdsteori, og analysere borgerens *kapacitet*, *motivation* og hvilke *muligheder*, der er for at adfærden kan ændres.

Adfærdsanalyse – KMM-analyse (fase 1, trin 4)

Adfærdsanalysen⁸ (KMM) udarbejdes for at gøre designet af, **hvad vi skal gøre anderledes for at ændre adfærden** mere fokuseret og struktureret. Modellens teori om adfærdsændring, illustreret i den grønne cirkels tre elementer: *kapacitet*, *mulighed* og *motivation* og de 6 dimensioner, sættes her i spil. Hvis ikke der er *kapacitet* (både fysisk og psykologisk "kunnen") *mulighed* (både socialt og fysisk "rum"), og *motivation* (enten "implicitte" behov eller "eksplicitte" ønsker) til stede, viser teorien bag modellen, at ændring af adfærden sandsynligvis ikke

⁶ Se kompendiet *Model for adfærdsændring i praksis*, Redskab 3 "Beskriv den eksisterende 'gammel' adfærd og 'nye' adfærd"

⁷ I projektet har der været anvendt forskellige KRAP-skemaer i dette arbejde, men også blot samtale med borgeren.

⁸ Se kompendiet *Model for adfærdsændring i praksis*, Redskab 4 "KMM-analysen-hvad må ændres?"

vil lykkes. For at kunne arbejde med adfærdsændring foretages derfor en grundig analyse af, hvilke dimensioner der må støttes via målrettede interventioner for at fremme den ønskede adfærd.

For borgere med udviklingshæmning viser afprøvningsprojektet, at der må være en særlig opmærksomhed på dimensionerne *psykologisk kapacitet* i forhold til at støtte borgernes hukommelse og kognition. Men også *automatisk motivation* ift. borgernes impuls- og behovsstyring. Her kan der være behov for at skærme borgeren fra ydre påvirkning fx personer eller "triggere", som giver lyst til fx at ryge hash eller drikke alkohol. Fagpersonerne kan i høj grad være med til at skabe nye *muligheder* både *fysiske* og *sociale* for borgeren, som kan være en stor hjælp og have afgørende betydning for borgerens adfærdsændring. Det kan være i form af at hjælpe med at finde ny bolig, ny beskæftigelse eller tilbyde sociale aktiviteter, borgeren kan deltage i, og er motiveret for.

KMM-analysen skal altså give fagpersonen viden om, hvilke dimensioner borgeren har brug for faglig støtte og hjælp til, for at kunne ændre adfærd. Det er vigtig viden, for at kunne lave et godt fagligt design af interventioner målrettet den konkrete borger – *før der skrives til handling*. Generelt skal kortlægningen og analysen i fase 1 sikre, at fagpersonen kender baggrunden for den prioritering, der foretages og samtidig sikre, at de interventioner, der iværksættes sker på et reflekteret og oplyst grundlag, og i et samarbejde med borgeren og dennes ønsker.

Udover at analysere input fra observation og samtale med borgeren om, hvad en ny adfærd kunne indebære, kan det være relevant at analysere sagsmateriale eller andet skriftligt materiale, der er tilgængeligt omkring borgeren. Ved at gennemlæse materialet med en optik på borgerens *kapacitet*, *motivation* og *mulighed*, kan der være yderligere input til at kvalificere interventionsdesignet, hvilket fase 2 handler om.

3.5 Fase 2: Interventionsdesign og implementeringsmuligheder

Iværksætte og implementere interventioner (fase 2, trin 5 og 6)

Fase 2 handler om, **hvordan** fagpersoner og borgere skal iværksætte de individuelt planlagte interventioner målrettet adfærdsmålet, så det påvirker borgerens problemstilling i en positiv retning. Borgerens egne forslag til iværksættelse indgår som en aktivt og vigtigt element i udformningen af de nye tiltag eller indsatser. Til at understøtte dette arbejde udarbejder fagpersonen sammen med borgeren en aktionsplan.

Aktionsplanen⁹ omfatter forskellige elementer, der alle spiller ind for at kunne realisere en forandring. Det handler både om konkret planlægning af handlemuligheder, men også hvordan handlingerne kan understøttes, både fagligt og organisatorisk, så de bliver realistiske at gennemføre i praksis:

⁹ Se kompendiet *Model for adfærdsændring i praksis*, Redskab 5 "Aktionsplan – hvordan skal vi nå adfærdsmålet"

1. **Konkret planlægning:** Der udarbejdes en konkret plan for, hvem der skal gøre hvad, hvornår, hvor ofte etc. Hver aktivitet planlægges i detaljen sammen med borgeren og/eller ressourcepersoner.
2. **Implementeringsvurdering:** Der udarbejdes en vurdering af barrierer og fremmere i forhold til, at adfærdsændringen kan realiseres. Fx vurderes det, om der må ydes ekstra organisatorisk eller økonomisk støtte for, at ændringen kan realiseres eller om andre samarbejdspartnere må involveres.
3. **Forebyggelses/tilbagefaldsplan:** Der udarbejdes en mestringsplan sammen med borgeren i forhold til håndtering af svære situationer med mulighed for tilbagefald, en såkaldt *Hvis-Så-plan*.

Det er vigtigt, at der løbende bliver evalueret på aktionsplanen og justeret på indsatsen i forhold til, at borgerens *kapacitet, motivation og mulighed* kan ændres i processen. Erfaringerne fra projektet viser, at borgergruppens impulsstyring kan være en udfordring i forhold til at fastholde de aftalte interventioner. Der må derfor være en opmærksomhed på løbende at tilpasse aktionsplanen i forhold til borgerens situation.

3.6 Opsamling

Model for adfærdsændring er en model, der generelt vil kunne anvendes til at arbejde med design af adfærdsændringer. Den er baseret på adfærdspsykologisk teori og forskningsevicens, som tilbyder en struktur og særlige fokusområder for det faglige arbejde. Modellen er generisk, dvs. den kan anvendes på mange forskellige målgrupper, med mange forskellige problemstillinger – og i mange forskellige kontekster. Dette er især en kvalitet, når det drejer sig om det specialiserede socialområde, hvor indsatserne ofte må have en individuel tilrettelæggelse for at møde borgerens behov. Modellen er altså ikke en særlig model for at arbejde med voksne borgere med udviklingshæmning eller rusmiddelproblematikker, selvom det har været casen i afprøvningsprojektet.

4 Deltagere, organisering og aktiviteter

I perioden 2018-2020 har Viborg Kommunes voksenhandicapområde deltaget i afprøvningen af Model for adfærdsændring gennem Kontaktstedet (bostøtten) og to kommunale bosteder. Herudover har Specialområde Udviklingshæmning og ADHD (SUA) fra Region Midtjylland deltaget med en enhed på et bosted. Rusmiddelcenter Viborg har haft et væsentligt bidrag i projektet ved at tilbyde særlige ydelser inden for projektrammen, i form af fremskudt behandling til borger, og undervisning samt supervision til de socialfaglige deltagere. Ud over selve afprøvningen af Model for adfærdsændring, har der således også været fokus på tværfaglig brobygning mellem behandler- og socialområdet. Der har været nedsat en tværfaglig styregruppe, som har haft repræsentation af både Rusmiddelcentret, voksenhandicapområdet i Viborg Kommune og SUA Region Midtjylland. Styregruppen har stået for den overordnede koordinering af projektdeltagelsen på tværs.

4.1 Deltagere og aktiviteter i afprøvningsprojektet

I alt har ca. 10 socialpædagogiske medarbejdere været fast tilknyttet til projektet og fire afdelingsledere. Hver deltagende enhed har haft et projektteam bestående af socialfaglige frontmedarbejdere og afdelingsleder. Der har været stabil deltagelse fra medarbejderne i bostøtten, mens der har været en hel del udskiftninger af medarbejdere fra botilbuddene. I alt 24 borgere har indgået i afprøvningsprojektet og givet samtykke til at deltage i dataindsamlingen. Antallet af borgere er opgjort samlet set, da der er borgere, som er blevet hhv. udskrevet og indskrevet i projektperioden pga. fx fraflytning eller afslutning. I tabel 2 vises en oversigt over de deltagende enheder, antal medarbejdere og borgere i projektet.

Tabel 2. Oversigt over projektdeltagere og omfang af medarbejdere og borgere i afprøvningen.

Projektdeltager	Kort beskrivelse	Antal borgere tilknyttet projektet
Bostøtten, Viborg Kommune <i>Deltaget med 5 socialpædagoger + 1 afdelingsleder (alle gennemgående)</i>	Kontaktstedet er base for kommunens bostøtte, der yder støtte og vejledning til borgere i eget hjem. Der ydes bostøtte og mentorstøtte til borgere efter § 85 og § 82, stk a og b i Serviceloven (SL) og § 31b Lov om arbejde og beskæftigelse (LAB). Der ydes bostøtte alle ugens dage fra 7-23, og tilbydes dagligt socialt samvær eller gruppebasert bostøtte i Kontaktstedet. Der er ansat 45 pædagogiske medarbejdere, 2 fremskudte sagsbehandlere og 1 frivilligheds koordinator. Bostøtten i Viborg Kommune servicerer omkring 400 borgere, hvoraf 9% vurderes at have et rusmiddelproblem. Bostøtten har etableret et "misbrugsteam" af medarbejdere, der primært arbejder med borgere med rusmiddel-	17 borgere

Projektdeltager	Kort beskrivelse	Antal borgere tilknyttet projektet
	problemer. Flere i teamet har deltaget i udviklingen af Model for adfærdsændring i den første fase af projektet i 2017.	
Kærsangervej 252, Viborg Kommune <i>Deltaget med 3 socialpædagoger og 1 afdelingsleder (1 gennemgående, 2 udskiftet)</i>	Et døgndækkende socialpædagogisk tilbud med plads til 8 beboere, hvor der tilbydes ydelser efter §108 i SL. Der er intern beskæftigelse og formålet er, at borgerne fremadrettet undgår, at komme ud i kriminalitet eller fortsat misbrug. Halvdelen af beboerne har haft rusmiddelproblemer. Det er ikke en lukket institution.	3 borgere
Tårnly, Viborg Kommune <i>Deltaget med 2 socialpædagoger og 1 afdelingsleder (udskiftning af leder)</i>	En ungdomsinstitution med plads til 15 beboere i alderen 18-25 år, hvor der tilbydes ydelser efter §107 i SL. Målgruppen er unge borgere med varigt nedsat psykisk funktionsevne, og evt. psykiatrisk diagnose. Tårnly er godkendt af Socialtilsynet til at arbejde med borgere med misbrugsproblemer, der bor 6 borgere i den deltagende enhed. Der er ansat 10 medarbejdere, og der har været gennemsnitligt 1-3 borgere med rusmiddelproblemer i projektperioden. Det er ikke en lukket institution.	3 borgere
Mosetoft, Region Midtjylland Specialområde Udviklingshæmning og ADHD <i>Deltaget med 1 socialpædagog og 1 afdelingsleder (4 deltagere udgået)</i>	Mosetofts deltagende døgnenhed tilbyder ydelser efter §108 i SL. Målgruppen er borgere med nedsatte psykiske funktionsevner, der har en række komplekse problemstillinger, og er dømt til anbringelse som følge af kriminalitet. Det er ikke en lukket institution. I den deltagende enhed, har der været to borgere med rusmiddelproblemer, hvoraf den ene ikke ønskede at deltage.	1 borger
Rusmiddelcenter Viborg (RCV) <i>Deltaget med en behandler (en behandler udgået)</i>	Rusmiddelcentret tilbyder behandling ift. alkohol og stoffer jf. Sundhedslovens §141 og Servicelovens §101 Som en del af projektet har RCV tilbudt fremskudt behandling. Behandler har afholdt møder med borgeren på Kontaktstedet eller bostedet i stedet for, at de skulle komme på Rusmiddelcentret. RVC har også løbende tilbudt undervisning og supervision af de socialfaglige deltagere.	8 borgere har modtaget fremskudt behandling. Indenfor projektammen er der afholdt 117 samtaler med borgere i målgruppen.

Alle socialfaglige projektdeltagere har udgjort et projektteam og deltaget i forskellige aktiviteter¹⁰. Det faglige element i projektet har både omhandlet forståelse og anvendelse af Model

¹⁰ Se bilag 1

for adfærdsændring, men også omfattet opkvalificering af viden om borgere med udviklingshæmning med rusmiddelproblemer samt brobygning mellem fagområderne. Alle aktiviteter har skullet støtte op om modellens afprøvning i arbejdet med borgeres rusmiddelproblemer.

4.1.1 Vejledning i anvendelse af Model for adfærdsændring

Den projektaktivitet, der har fyldt mest har været den løbende vejledning, som deltagerne har modtaget fra Metodecentret i anvendelse af modellen. I opstarten af afprøvningen af modellen var der tilbud om hyppige vejledninger en gang om ugen, efter tre måneder hver 2. eller 3. uge, mens der i afslutningen af afprøvningen i 2020 var tilbud om vejledning en gang om måneden. De fleste vejledninger har været gennemført over telefon, Skype eller ved fysisk møde på arbejdsstedet. Vejledningen har været af mellem 45-60 minutters varighed og primært omhandlet det borgernære arbejde med modellen, samt understøttelse af den faglige refleksion modellens analyse kan bidrage med. I slutevalueringen vurderer alle deltagere, at vejledningen har hjulpet i anvendelse af modellen i praksis. I alt 71 % svarer "i meget høj grad" eller "i høj grad" og 29 % "i nogen grad" på spørgsmålet om, i hvor høj grad de vurderer, at vejledningen fra Metodecentret har hjulpet i anvendelsen af modellen.

Der er imidlertid meget stor variation teamene i mellem ift., hvor mange vejledninger i anvendelse af modellen, der er blevet gennemført jf. bilag 1. Team Bostøtte har modtaget 24 vejledningstimer, mens botilbuddene har modtaget mellem 9 og 18 vejledningstimer fordelt over 15 måneder. Mosetoft er den deltagende enhed, der har modtaget mindst vejledning, og haft flest aflysninger.

4.1.2 Deltagelse i workshops

Der har været afviklet fire faglige workshops i afprøvningsprojektet, hvor de deltagende team har haft gensidig erfaringsudveksling omkring afprøvningen af modellen, samt fået faglige input omkring rusmidler, skadevirkning og skadereduktion af Rusmiddelcenter Viborg. Der har også været gæsteoplæg omkring KRAP, rusmidler på bosteder, det pædagogiske arbejde med borgere i misbrug og tværfagligt samarbejde. På alle workshops har deltagerne bidraget med løbende evaluering og kvalificering af modellens arbejdsplaner samt evaluering af afprøvningsprocessen. Der er bl.a. foretaget en SWOT-analyse¹¹, der har fokus på både styrker, svagheder, muligheder og barrierer for anvendelse af modellen ved projektets midtvejsevaluering. På baggrund af tilbagemeldingerne har Metodecentret løbende justeret arbejdet med modellen og samarbejdet med styregruppen omkring implementeringsudfordringer.

4.1.3 Borgermålinger og interviews

I afprøvningsprojektet har samlet set 24 borgere indgået i datamaterialet. Projektet har omfattet ca. 17 personer fra bostøtten, ca. 6 borgere fra kommunale botilbud og en borger fra det regionale botilbud jf. tabel 2. Da der har været udskiftning i den kommunale borgergruppe, har alle 24 borgere ikke været med fra projektstart i februar 2019 til dataindsamlingen er afsluttet i maj 2020. Borgerne er løbende udgået og blevet indsluset i projektet. Ud af

¹¹ Se bilag 2

de 24 borgere har kun 7 været gennemgående. Alle borgere har givet skriftligt samtykke til at deltage i projektet og dataindsamlingen på det tidspunkt, de er indtrådt i projektet. Der har været en klar overvægt af mænd i projektet. Aldersmæssigt har de fordelt sig mellem 19 og 48 år, med overvægt af borgere i 20'erne. Der er blevet foretaget 5 stikprøvemålinger omkring borgernes trivsel og rusmiddelforbrug i løbet af projektperioden. Herudover er der gennemført individuelle semi-strukturerede interviews med 11 borgere omkring erfaringer med rusmidler. Interview er gennemført i perioden februar - marts 2020. Borgerne har fordelt sig på alderstrin mellem 19 og 48 år, kun to har været kvinder. Borgerne har modtaget bostøtte eller boet på botilbud. Alle interviews er optaget og efterfølgende transskriberet.

Borgerundersøgelserne har blandt andet været anvendt til at mobilisere viden om borgere i målgruppen. Der findes meget lidt viden om borgere med udviklingshæmning og deres forbrug eller misbrug af rusmidler, deres erfaringer med behandling eller behandlingsbehov. Denne viden vil blive publiceret i selvstændige artikler, og er derfor ikke medtaget i denne erfaringsopsamling om afprøvning af selve modellen.

4.1.4 Særlige tilbud fra Rusmiddelcenter Viborg (RCV) i afprøvningsperioden

RCV har som led i afprøvningsprojektet stillet sig til rådighed for, at de deltagende socialpædagogiske enheder kunne modtage undervisning om rusmidler i hele personalegruppen og ikke kun deltagerne i projektet. Dette har bostøtten benyttet sig af, men ingen af botilbudene. RCV har også tilbudt supervision og faglig sparring i forhold til bekymring omkring borgers forbrug og tilbudt fremskud behandling. I forhold til borgerne har RCV tilbudt fremskudt behandling, har foregået på de botilbud borgerne var tilknyttet eller Kontaktcentret, hvis de har boet i egen bolig. I alt 8 ud af ca. 30 borgere har benyttet sig af dette tilbud, hvoraf de fleste er tilknyttet botilbuddene. Det at Rusmiddelcentret har bidraget med sin faglighed i projektarbejdet, vurderes at have haft stor betydning. I alt 86 % af de socialfaglige deltagere vurderede ved slutmålingen, at det tværfaglige samarbejde med rusmiddelbehandlingen var blevet styrket "i meget høj grad" eller "i høj grad" gennem projektet.

4.2 Forskellige forudsætninger for projektdeltagelse på tværs af team

Forudsætningerne for en vellykket implementering af Model for adfærdsændring i den organisatoriske praksis, har været meget forskellige fra bostøtte til botilbud. Det skyldes bl.a. den helt grundlæggende forskel, der ligger i at arbejde i et dagtilbud og et døgntilbud. Bostøttedeltagerne har haft lettere ved at organisere en fast mødestruktur i teamet. Ledelsen har givet teamet råderum til at mødes en time, en gang om ugen, gennem hele afprøvningsforløbet. Dette fremhæves af alle bostøttedeltagerne, som helt afgørende for fastholdelse af fokus og succesoplevelser med modellen. Herudover har flere af bostøttedeltagerne haft en fordel i at kende til modellen gennem deltagelse i udviklingsfasen i 2017. Den faste mødestruktur har bevirket, at bostøtten også har kunnet iværksætte spredning af modellen til medarbejdere uden for projektteamet. Der blev i efteråret 2019 etableret en "mentorordning", hvor projektteamets deltagere hver især fik til opgave at være mentor for kollegaer, der havde støttetimer hos borgere med et rusmiddelproblem. Mentorordningen har betydet, at projektteamet har skullet formidle modellens indhold og systematiske fremgangsmåde til kollegaer,

og de har ydet sparring til deres borgere. Det har bevirket en ekstra faglig kvalificering af bostøttedeltagerne, at de har skullet fungere som mentorer, hvilket Metodecentret har ydet sparring omkring til teamet.

Situationen har været meget anderledes på de deltagende botilbud. På to af de tre botilbud har arbejdet med afprøvning af modellen primært været et individuelt fagligt arbejde, fordi det kun sjældent lykkes at mødes med de øvrige i teamet pga. skiftende arbejdstider. Det er ikke lykket at få teammøder ind i arbejdsplanerne, og alle teams har oplevet at have forskudte vagter, så der kunne gå en uge eller mere mellem de så hinanden. Ét botilbud har haft mulighed for at mødes i teamet, men samtidig oplevet et stort tidspres. Teamet har ikke følt, de har kunnet fordybe sig i arbejdet med modellen. Det har betydet, at de har valgt at nedprioritere arbejdet med modellens redskaber, og i stedet arbejdet med flere borgerrettede KRAP redskaber, som led i afdækningen af borgerens forbrugsadfærd. Tænkningen fra modellen og de forskellige dimensioner, har de anvendt i deres fælles drøftelser af mulige adfærdsændringer. I to af de deltagende botilbud, har der været stor udskiftning af teamdeltagere, hvilket også har virket som en barriere for afprøvningen, på grund af manglende indsigt i modellen og deltagelse i vejledningsmøder. Der har ikke været spredningsinitiativer på botilbuddene, hvilket har været beskrevet af fagpersonalet som en barriere, fordi kollegaer, der arbejder med samme borger, ikke har haft indsigt i arbejdet med modellen. Et af botilbuddene har holdt et fagligt oplæg omkring modellen for en anden afdeling med borgere i målgruppen, og der planlægges flere spredningsaktiviteter fremover.

Disse forskellige implementeringsforudsætninger kan spores i deltagernes afsluttende vurdering af Model for adfærdsændring som socialfaglig model (se kapitel 6). Herudover har om sætningen af modellen til den valgte målgruppe været vanskeliggjort af, at der i udgangspunktet har manglet faglig viden omkring borgere med udviklingshæmning med et rusmiddelproblem.

5 Borgernes ændrede forbrugsadfærd

I alt 24 borgere har været omfattet af fagpersonernes afprøvning af modellen, fordelt i bostøtten og botilbud jf. tabel 2. Ud af de 24 borgere er det lykkedes for fem borgere (21 %) at komme helt ud af et mangeårigt misbrug i projektperioden. For alle fem borgere skyldes det et ihærdigt arbejde og støtte fra socialfagligt personale, der har anvendt modellens fase 1 og 2 systematisk i arbejdet med borgerens adfærdsændring i kombination med de borgerrettede KRAP-redskaber. Alle borgere har også deltaget i behandlingsforløb ved det kommunale rusmiddelcenter.

Andre fem borgere (21 %) er lykkedes med at reducere deres forbrug, men med flere tilbagefald. De har generelt haft et noget ujævnt forbrug, hvor de i perioder har kunnet reducere og "behovsudskyde" deres daglige forbrug, og i korte perioder helt været afholdende. Fx har borgere kunnet udskyde at ryge hash i nogle timer, fra om eftermiddagen til efter aftensmad, hvilket har betydet, at de har røget mindre. For tre ud af de fem borgere blev et dagligt blandet forbrug ændret til kun at være i weekenden, og da kun med ét rusmiddel (hash eller amfetamin)¹².

Over halvdelen af borgerne (54 %) har stort set et uændret forbrug og én borger (4 %) har øget sit forbrug. Erfaringen fra afprøvningen med denne gruppe har været, at det har været svært at finde borgerens motivation og tilrettelægge adfærds mål og interventioner. Fagpersonerne har været udfordret af borgernes impulsstyring, fordi det, der har kunnet stabilisere borgeren i en periode, hurtigt har kunnet ændre sig og skabe tilbagefald. Der har således ofte måttet ændres på adfærds mål, og arbejdet med modellen har skullet starte forfra, fordi borgerens situation ændrede sig.

For at give et indblik i, hvordan fagpersoner har anvendt modellen beskrives i næste afsnit fire borgercases. De fire borgercases skal give et indblik i, hvorledes der kan arbejdes med modellen både i forhold til kortlægnings-, analyse- og handlingselementerne. Eksemplerne skal bidrage til at forstå, hvorledes arbejdet med modellens struktur kan være med til at kvalificere det faglige skøn og den prioritering, der foretages i designet af individuelt tilrettelagte interventioner for borgerne.

5.1 Fire borgercases

I de fire cases oplyses borgernes køn, alder og tilknytning til hhv. bostøtte eller botilbud ikke af hensyn til borgernes anonymitet. Alle borgere har givet samtykke til, at deres data må anvendes. De forskellige cases er beskrevet en smule forskelligt i forhold til fagpersonernes måde at lave analyse på. De to første cases omhandler borgere, der er kommet helt ud af deres misbrug, mens de to sidste cases omhandler en borger, der har reduceret forbruget kraftigt, og den sidste case omhandler en borger, der er i et uændret dagligt forbrug. Casen,

¹² Borgere har dog været meget "impulsstyret" og hurtigt kunnet finde en lejlighed til at ryge fx hvis de har oplevet for store udsving i dagligdagen med modgang eller negative oplevelser. Således har tilbagemeldingerne fra personalet været, at COVID-19 nedlukningen i marts 2020 har skabt en del tilbagefald blandt denne borgergruppe, så de atter er begyndt at have et dagligt forbrug.

hvor borgerens adfærd ikke er blevet ændret, er taget med for at illustrere, hvordan modellen alligevel kan give faglig relevans at arbejde med.

5.1.1 Case 1: Borger med alkoholproblem

I forbindelse med et uheld blev en borgerens alkoholproblem synligt for både borgerens socialfaglige kontaktperson og familie. Kontaktpersonen anvendte modellens fase 1 til at kortlægge og analysere borgerens forbrugsadfærd, og modellens fase 2 til at tilrettelægge interventioner (handling), der kunne understøtte borgerens adfærdsændring.

Første skridt var at kortlægge og forstå borgerens alkoholproblem i adfærdshandlinger, gennem observation og samtale med borgeren. Gennem observation kunne kontaktpersonen se, at borgeren ikke havde vist tegn på at have et stort forbrug i sin egen bolig, fx mange tomme flasker. Ved at spørge ind til borgerens forbrugsadfærd: Hvor, hvor meget, med hvem etc. blev det afdækket, at borgeren drak på sin arbejdsplads, hvor borgeren var ansat på særlige vilkår. Borgeren drak ca. 10-15 øl i løbet af en arbejdsdag, og havde gjort det i en længere periode. Der var kun sporadisk kollegaer og arbejdsgiver på arbejdsstedet, og borgeren havde derfor gode vilkår for at kunne drikke sine øl i løbet af dagen, uden at det blev opdaget. Men ved et uheld (som ikke var arbejdsrelateret) blev problemet blotlagt. I modellens forståelsesramme gav arbejdsstedet og betingelserne altså borgeren **mulighed** for at kunne udvikle et alkoholforbrug i arbejdstiden.

Årsagen til, at borgeren drak, var at borgeren forbandt sit arbejde med megen stress. Borgeren forklarede kontaktpersonen, at arbejdsgiver gav borgeren flere arbejdsopgaver end vedkommende kunne magte. I modellens forståelsesramme manglede borgeren **kapacitet** til at kunne løfte opgaven. Borgeren følte sig nødsaget til at måtte lægge flere timer på arbejdsstedet for at kunne nå det hele, og det gav stress. Borgeren tænkte, at alkohol kunne være med til at "tage toppen af stressen". Alkohol blev borgerens copingstrategi til at komme igennem en stressfuld arbejdsdag, og over tid blev det en **motivation** for at tage på arbejde.

Borgeren kobede selv sit alkoholforbrug med stress på arbejdet, og det blev problemet kontaktpersonen valgte at arbejde med som adfærdsmål i modellen: "*Vi skal reducere borgerens oplevelse af stress på arbejdet*". Det var altså ikke alkoholen, der var målet, men stressen.

I analysen af borgerens adfærd kom støttepersonen frem til, at der måtte ske ændringer med borgerens nuværende arbejdssituation, som en vej til at ændre på borgerens forbrugsadfærd. I modellens forståelsesramme måtte der arbejdes med dimensionerne **mulighed** og **kapacitet**. Der kunne være behov for at finde andre **muligheder** for borgeren, hvor der var faste rammer omkring arbejdsopgaver og forventninger, så borgerens **kapacitet** ikke blev overskredet i form af stress. Det skulle være et sted, hvor borgeren ikke var alene, og derved havde mulighed for at drikke i arbejdstiden. Kontaktpersonens faglige skøn var, at ændring af disse forhold ville have en positiv virkning på borgerens alkoholproblem (adfærden). Det skulle også undersøges om borgeren var **motiveret** for at komme i rusmiddelbehandling.

Næste skridt var at koble analysen med, hvilke konkrete handlinger, der kunne skabe en positiv adfærdsændring for borgeren og reducere forbruget af alkohol. Den første ændring var, at borgeren faktisk var **motiveret** for at komme i alkoholbehandling. Motivationen var bl.a. båret af et ønske og støtte fra borgerens familie samt omstændigheder forbundet med uheldet. Borgeren havde været skamfuld omkring sit alkoholproblem, og havde forsøgt at skjule det for sin familie og kontaktpersonen. Ved at blive afsløret gennem uheldet, var det en lettelse for borgeren at kunne være ærlig om sit forbrug. Borgeren begyndte at gå til samtaler i rusmiddelcentret, og tage antabus, hvilket bevirkede totalt ophør med at drikke alkohol. Kontaktpersonen foreslog borgeren, at det kunne være en **mulighed** at skifte arbejdsplads, til et sted der var mindre stressfuldt, og hvor borgeren ikke var alene i arbejdstiden. Det ville borgeren gerne, og støttepersonen hjalp borgeren med at finde en ny arbejdsplads, hvor den nye arbejdsgiver blev informeret om, at borgerens stresstærskel var lav. Det betød, at arbejdsgiver kunne tilrettelægge en arbejdsdag, som borgeren havde **kapacitet** til at kunne indfri. Det blev pointeret, at det var vigtigt, at borgeren kun arbejdede de timer, der var visiteret til. Der kunne være risiko for tilbagefald, hvis borgeren ikke kunne overskue eller nå sine arbejdsopgaver. Det blev aftalt, at kontaktperson, borger og den nye arbejdsgiver jævnligt afholdt samtaler for at forebygge, at situationer med stress og ekstra arbejde opstod – og dermed mulighed for tilbagefald.

Ændringerne i borgerens liv, i forhold til behandling og nye arbejdsforhold betød, at borgerens trivsel blev forbedret markant. Der kom klare aftaler om arbejdstiden, og kontaktpersonen hjælper borgeren med at fastholde sin trivsel på arbejdet gennem løbende samtaler med arbejdsgiver. Borgeren modtager forsat antabusbehandling, og har ikke drukket alkohol siden uheldet. Borgeren overvejer at afslutte sin antabus, fordi der ikke længere opleves trang til at drikke alkohol.

Fagpersonens refleksion om at anvende Model for adfærdsændring:

Borgerens kontaktperson er ikke sikker på, at vedkommende havde koblet borgerens alkoholforbrug med stress på arbejdspladsen, hvis ikke modellen havde været anvendt i kortlægningen og analysen af borgerens problem. Da uheldet, der synliggjorde borgerens alkoholproblem, ikke var koblet til arbejdsstedet, var der ikke umiddelbart en logisk kobling mellem de to forhold. Det kunne have betydet, at borgeren efter sygemelding havde vendt tilbage til samme arbejdsplads, og hurtigt havde kunnet få et tilbagefald ved at genetablere sin daglige rutine med at drikke øl, fordi forholdene og den medfølgende stress ikke havde ændret sig.

5.1.2 Case 2: En borger med et stort indtag af forskellige rusmidler

Borgeren havde gennem flere år haft et stort indtag af forskellige rusmidler både spiritus, medicin, amfetamin, kokain og hash. Borgeren var påvirket, både fysisk og psykisk (**kapacitet**), af det store indtag af rusmidler bl.a. dårlig søvn, spiste for lidt og havde periodisk en voldelig og aggressiv adfærd i forhold til andre mennesker. Der var mange konflikter i borgerens sociale liv og meget larm og fester i og omkring borgerens bolig (**mulighed**). Borgeren sov som regel hele formiddagen og startede ofte med at enten drikke eller tage piller. Rusmidlerne

blev således betragtet som en barriere for, at borgeren kunne komme i et beskæftigelsestilbud, og kontaktpersonerne følte ikke, de kunne komme videre med borgeren og var opgivende. Ved at bruge modellen til at kortlægge og analysere borgerens konkrete adfærd fandt kontaktpersonerne frem til, at der var et mønster i borgerens anvendelse af rusmidler, som de ikke før havde været opmærksomme på.

Gennem kortlægningen sammen med borgen fandt de ud af, at borgeren anvendte forskellige rusmidler som medicin, alkohol og stoffer sporadisk i dagtimerne, og ofte som en del af et socialt fællesskab med andre. Mens hash blev fast indtaget hver aften. Borgeren forklarede, at hashen var vigtig, fordi den skabte "ro i hovedet", så borgeren kunne falde i søvn om natten. Da hashen blev beskrevet som en slags "sovemedicin" af borgeren, blev kontaktpersonerne sporet ind på, at borgeren kunne hjælpes til at få en bedre søvn om aftenen, på anden vis end ved at ryge hash. Der blev således arbejdet med **muligheder** og **kapacitet** som fokusområder. Ved at tilbyde borgeren nye **muligheder** for at kunne opnå en bedre søvn, var det kontaktpersonernes faglige vurdering, at det kunne have en positiv indvirkning på hele borgerens døgnrytme, og dermed også funktionsniveauet i dagstimerne dvs. borgerens **kapacitet**. Hvis borgeren var **motiveret** til at kunne erstatte rusmidler med andre midler til at kunne sove godt, ville der være et incitament at bygge videre på, for at få borgeren til at ophøre med at indtage rusmidler i andre sammenhænge.

Borgeren var **motiveret** for at få en bedre søvn, og finde andre metoder end hash til at få "ro i hovedet". Ved at fokusere på anvendelse af hash ud fra et adfærdsperspektiv, blev der formuleret et adfærdsmål om, at "*forbedre borgerens søvnrytme, så borgeren kunne få en god nattesøvn og være frisk om morgenen*". Det var altså ikke hashen, der var målet, men søvnen.

Næste skridt var at sætte handling på de forandringer, der måtte ske, for at ændre borgeres adfærd. Sammen med borgeren fandt kontaktpersonerne ud af nye **muligheder**, der kunne afprøves. Borgeren var interesseret i yoga, og der blev fundet fire gode afspændingsøvelser, som borgeren skulle lave efter tandbørstning, som led i et nyt soveritual. Dvs. kontaktpersonerne handlede på borgerens **motivation** til at ændre på adfærden. Der blev bestilt en kugle-dyne, som borgeren kunne afprøve, som kunne give tyngde, og en bedre kropslig opmærksomhed og tryghed hos borgeren for at støtte borgerens fysiske og psykiske **kapacitet**. Der blev samtidigt arbejdet med en række **muligheder**. Borgeren havde forklaret, at vedkommende ofte blev vækket om natten ved, at telefonen ringede eller ved SMS-lyde. Ofte var det venner, der lokkede med fest. Borgerens mobiltelefon blev derfor gemt væk for natten, og der blev indkøbt et digitalt vækkeur, så borgeren kunne blive vækket af det i stedet for telefonen. Endvidere blev der arbejdet på at finde bedre boligforhold til borgeren, hvor der ikke var så meget larm og fest. Der blev også lavet en "tryghedsaftale" om, at borgeren hver aften kl. 22 var i kontakt med en af kontaktpersonerne, hvor borgeren blev mindet om de nye "soverutiner" og ønsket en god nats søvn. Endelig blev der taget kontakt til borgerens læge om mulighed for sovemedicin. Alle disse små handlinger var med til at understøtte borgerens **mulighed, motivation og kapacitet** for at kunne ændre på sin søvn- og døgnrytme uden anvendelse af hash. Samtidig blev der etableret et samarbejde med rusmiddelcentret omkring

borgerens behandling. Efter et langt stræk på over et halvt år, bar indsatsen frugt i forhold til, at borgeren blev motiveret til komme helt ud af sit misbrug. Ved projektets afslutning havde borgeren været ude af sit misbrug i nogen tid.

Fagpersonernes refleksion om at anvende Model for adfærdsændring:

Borgerens kontaktpersoner vurderer ikke, at de uden modellens kortlægning og analyse var kommet frem til at iværksætte de mange små handlinger, de fandt frem til omkring borgerens søvnrytme. De havde ikke før været så meget nede i detaljeniveau sammen med borgeren omkring adfærd. Søvn viste sig at være et godt sted at starte samarbejdet med borgeren, fordi borgeren selv var motiveret. Den bedre søvn bevirkede, at borgeren med tiden fik en anderledes og god start på dagen, hvor der ikke længere var behov for alkohol eller kokain. Arbejdet med søvnrytmen medførte en kaskade af andre små adfærdsmaal over tid. Det bevirkede, at borgeren efterhånden blev motiveret for at komme helt ud af sit rusmiddelforbrug, støttet og opmuntret af kontaktpersonerne. Borgeren kom ud af sit misbrug og har gennem længere tid været i et tilpasset beskæftigelsestilbud flere gange om ugen. Selvom borgeren er ude af sit misbrug, er der fortsat andre problemer, der må arbejdes med.

Det at arbejde "mikro-orienteret", og med en opmærksomhed på detaljerne i borgerens adfærd, beskriver kontaktpersonerne, som meget motiverende i deres arbejde. Det er her, de har fundet størst glæde af at arbejde med modellens strukturerede tilgang til adfærdsændring. Selvom borgeren i starten syntes umulig at flytte på i forhold til sit rusmiddelproblem, så har de altid fundet nye veje at gå med borgeren, selvom et adfærdsmaal har måttet opgives i processen.

5.1.3 Case 3: Borger med et stort dagligt hashforbrug og blandet misbrug

Borgeren havde gennem flere år haft et aktivt blandingsmisbrug. Borgeren havde været vanskelig at motivere til forandring og haft en stor mistilid til samarbejde med støtte- og kontaktpersoner pga. en domsforanstaltning. Der havde været forsøgt hjælp til rusmiddelproblemerne ved rusmiddelcenteret, men uden stor effekt. Borgeren havde en tendens til at isolere sig i egen bolig, hvor der er dårlig hygiejne og borgeren sov det meste af dagen.

Gennem kortlægningen fandt kontaktpersonerne ud af, at borgeren indtog hash og kokain især om aftenen i egen bolig. Det var oftest alene eller nogle gange sammen med en anden. Borgeren fortalte, at det ofte var meget sent om aftenen, at trangen meldte sig, fordi det var der, vedkommende følte sig allermest ensom og havde brug for at få ro i hovedet. Borgeren havde meget rod i sin bolig og ingen ordentlig seng at sove i. Kontaktpersonerne fandt gennem samtale ud af, at borgeren var **motiveret** for at få en bedre søvn, og det blev det første adfærdsmaal, der blev arbejdet med. Rummet borgeren sov i, var meget kaotisk med kasser og div. elektronisk udstyr, herudover havde borgeren ikke en ordentlig seng at sove i. Kontaktpersonerne gik i gang med at samarbejde med borgeren om det fysiske "sovemiljø" som adfærdsmaal dvs. finde bedre **mulighed** for borgerens søvn. Der blev ryddet op og gjort rent, så soveværelset ikke fremstod kaotisk, og der blev anskaffet en ny seng, som borgeren blev vældig glad for. Næste skridt var at undersøge om borgeren kunne erstatte rusmidler med sovemedicin, hvilket blev indført over en periode, og medførte en bedre søvn for borgeren.

Borgeren røg fortsat hash indimellem, men droppede kokain, hvilket borgeren blev anerkendt for - og anerkendelsen virkede **motiverende** for borgeren. Den gode søvnudvikling medførte, at borgeren kunne komme i dagbeskæftigelse (**mulighed**), som blev en stor motivationsfaktor for borgeren. Under beskæftigelsen blev der ikke indtaget rusmidler. Borgeren fik meget anerkendelse af kontaktpersonerne for sine adfærdsændringer, og det medførte, at borgerens mistillid over for personalet ændrede sig. Kontaktpersonerne tog initiativ til at indføre ugentlige trivselssamtaler dvs. tilbød nye **muligheder** til borgeren. Misbruget blev et fast punkt i samtalerne. Gennem samtalerne fandt kontaktpersonerne frem til, at borgeren gerne ville kontakten til dem, men havde brug for, at personalet var mere opsøgende. Borgeren var med til at udpege tidspunkter, hvor kontakten var særlig vigtig for at forebygge muligheden for at ryge hash. Det bevirkede en ny struktur i samarbejdet og en meget større kontaktflade mellem kontaktpersonen og borgeren. Kontaktpersonerne blev generelt mere opmærksomme på at opsøge borgeren, og møde borgeren med anerkendelse, også selv om borgeren fortsat røg hash ca. tre gange om ugen. Det vigtige var, at det lykkedes borgeren at reducere kraftigt i sit forbrug. Borgeren fik med tiden øget appetit, en sund kulør, blev mere social og formåede i stigende grad selv at være kontaktsøgende (**kapacitet**). Der er fortsat enkelte tilbagefald i borgerens forbrugsadfærd ved projektets afslutning, men trivselssamtalerne fortsætter og gavner relationen mellem borger og kontaktpersoner samt åbner for nye **muligheder**, som borgeren er motiveret for at prøve af.

Fagpersonernes refleksion om at anvende Model for adfærdsændring:

Kontaktpersonerne vurderede, at modellen havde været god at anvende i forhold til at være fokuseret på fakta og detaljerne omkring borgerens forbrugsadfærd. Det at starte med det faktuelle var godt, fordi borgeren i udgangspunktet ikke var særligt samarbejdsvillig og nærede mistillid til kontaktpersonerne. Efterhånden som tilliden blev opbygget, kunne kontaktpersonerne opbygge en fast struktur for samarbejdet med borgeren gennem ugentlige trivselssamtaler. Trivselssamtalerne er opbygget omkring modellens kerneelementer omkring **kapacitet, motivation og mulighed**, som kontaktpersonerne tager udgangspunkt i ved samtalerne. Det har været med til at styrke relationen til borgeren. Borgeren føler sig set og anerkendt og har en anderledes åbenhed omkring sine udfordringer, end før afprøvningsprojektet. Det er ofte små ting, der fører til øget trivsel hos borgeren, og kontaktpersonerne har fået et skærpet fokus på de små succeser, som skal have tid til at blomstre og blive anerkendt. De små succeser bliver brugt aktivt i samtalerne for at huske borgeren på, hvor langt vedkommende er kommet fx forandringen fra at sove på en gammel sofa til at sove i en ny seng og sove godt om natten, fordi sovemedicinen er bedre end hash.

5.1.4 Case 4: Borger med et stort dagligt hashforbrug

Borgeren er vanskelig at hjælpe, fordi vedkommende altid er påvirket og ryger både morgen, middag, aften og nat. Da borgeren har et massivt forbrug, har det været vanskeligt for kontaktpersonerne at finde en motivation hos borgeren. Der er blevet arbejdet med mange forskellige adfærdsmaal, og der er blevet arbejdet med rigtig mange **muligheder**, som en vej til at stimulere borgerens motivation til at ændre på sit forbrug. Der har været arbejdet med at styrke borgerens sociale fællesskaber, og guidning i at være sammen med andre socialt. Men

det er ikke gået som forventet. Dernæst blev der arbejdet med borgens angst, og forsøg på at motivere borgeren til at prøve medicin for at dæmpe angst, i stedet for hash. Men borgeren syntes ikke medicinen hjalp og undlod at tage den. Næste adfærdsmål var at få borgeren i beskæftigelse, hvilket lykkedes. Borgeren var **motiveret** for beskæftigelsestilbuddet, og formåede at være afholdende og udskyde sit forbrug i løbet af de timer, borgeren var på arbejdspladsen. Arbejdsgiver vidste godt, at borgeren røg og tilpassede arbejdsopgaver herefter. Men den gode udvikling blev væltet ved, at Jobcenteret pressede på med at skruetimetallet op for borgeren på arbejdspladsen. Det blev rigtig svært for borgeren, fordi der skulle udsættes yderligere et par timer med at ryge hash. Det betød, at borgeren fik et stort fravær fra arbejdspladsen, og ofte slet ikke kom afsted. Ved afslutningen af projektet forsøgte kontaktpersonerne at få reduceret i borgerens timer på arbejdspladsen igen, for at bevare motivationen hos borgeren, og som et middel til at udskyde behov for at ryge hash i dagstimerne. Rusmiddelcentret har været en god sparringspartner for kontaktpersonerne i arbejdet med modelafprøvningen, og i perioder har borgeren været motiveret for at modtage behandlings-samtaler.

Fagpersonernes refleksion om at anvende Model for adfærsændring:

Selvom kontaktpersonerne ikke har lykkedes at flytte borgeren særlig meget omkring forbrugsadfærden af hash, giver de udtryk for, at det alligevel har givet mening at arbejde med modellen. Det har skabt en del frustration, at adfærdsmålene gentagne gange har måttet opgives, fordi de ikke har virket. Men de fremhæver, at arbejdet efter modellen har været med til at fastholde fokus på borgerens situation og holde dem i gang i det faglige arbejde:

"Det er vigtigt, at vi ikke mister modet til at finde et nyt adfærdsmål. Så modellen holder os i gang, så vi ikke opgiver borgeren. Nogle gange må man også bare sadle om og konstatere, at det var ikke løsningen, når man er kommet halvvejs. Så går man tilbage i modellen og finder en ny adfærdshandling og undersøger: Kan vi så ændre den i stedet?"

Når borgerne er "svære" sager, giver fagpersonerne udtryk for, at det er vigtigt med faglig sparring og supervision, som kan være med til at styrke den faglige refleksion. Det kan fx være, at barren for adfærdsmålet er sat for højt i forhold til borgerens situation.

5.2 Den socialfaglige støtte og indsats set fra et borgerperspektiv

Model for adfærsændring er i udgangspunktet en faglig model udviklet til fagpersoner og ikke til borgere. Men det er interessant at få borgernes perspektiv på, hvordan de har oplevet fagpersonernes tilgang til samarbejde, hjælp og samtale omkring deres rusmiddelproblemer. Borgernes erfaringer og oplevelser med støtte og hjælp fra fagprofessionelle er baseret på Metodecentrets interviews. Her er der blevet spurgt til, om borgeren har talt med sin kontaktperson eller andre fagpersoner om sit rusmiddelproblem, og hvordan de har oplevet at få hjælp.

For de borgere, de er kommet ud af et flerårigt forbrug og afhængighed, har det socialfaglige personale været en vigtig støtte i adfærdsændringen i kombination med rusmiddelbehandling. En borger fortæller:

"De [socialfagligt personale] har gjort hvad de kunne, og de gik jo og ventede på, at jeg selv var indstillet på hjælp. Så blev jeg skærmet. Og så har vi haft en masse samtaler, og det føler jeg, hjælper mig. De har også været gode til at være hos mig i svære perioder. Jeg fandt ud, at man skulle snakke med dem, for at de kunne hjælpe".

En anden borger beskriver også samtaler, og den anerkendende måde borgeren er blevet mødt på af fagpersonalet, som hjælpsomt til at komme ud af sit problem:

"De hjalp mig igennem at tale med mig, altså de blev ved og ved med at presse på den rigtige måde. De gav mig troen, og de gav mig jo håbet til, at jeg nok skulle komme ud af det. Og selvom ja, jeg faldt da i mange gange, men jeg fik ikke en løftet pegefinger, eller de dømte mig ikke (...) De kunne også fortælle, hvem jeg egentlig er som person. De kunne jo tydeligt se, at jeg blev aggressiv og voldelig, og de viste mig, at de ikke var bange for mig. De sagde: 'Du kan gøre hvad du vil, vi er ikke bange for dig'. Det var faktisk en god måde for mig".

De to eksempler viser, at begge borgere har profiteret af samtaler om deres rusmiddelproblemer. Samtidig har fagpersonerne mødt borgerne på en anerkendende og positiv måde og hjulpet med at finde håb og tro på, at de kan komme ud af deres situation. Samtidig illustrerer borgerne, at det er en proces, som kan strække sig over lang tid, og det er vigtigt at få etableret tilliden og relationen i samarbejdet.

Andre borgere, som har fortsat deres forbrug, har også stor tillid til, at deres socialfaglige støttepersoner vil hjælpe, hvis borgeren ønsker det. En borger bruger kontaktpersonen til at hjælpe med at holde styr på, hvor mange dage borgeren formår at holde sig ædru mellem tilbagefaldene. Andre får hjælp til at skifte vandet i sin bong for at skadereducere.

En borger har forsøgt at reducere sit forbrug til kun at være i weekenderne og har bl.a. fået hjælp fra sin kontaktperson til at lave aktivitetsplaner, som kan holde borgeren beskæftiget, så der ikke opstår kedsomhed eller ensomhed, der giver lyst til at ryge hash:

"N [kontaktpersonen] prøver at skemalægge ting og sager, så det er mere passende til mit liv. Så jeg har noget at give mig til hele tiden, og er der nogen huller, jamen så kan jeg snakke med N om det, så kan N da bare foreslå noget".

Generelt gav borgerne udtryk for stor anerkendelse af, at deres kontaktpersoner gerne vil støtte og hjælpe dem. Men, at det godt kunne tage noget tid før de åbnede sig over for kontaktpersonen. Flere borgere var godt klar over, at de selv var en barriere for at ændre på deres forbrug, og anerkendte, at kontaktpersonerne blev ved med at tilbyde deres hjælp og samtaler. Samtidig nævnte flere af borgerne på forskellig vis, at det var vigtigt, at kontaktpersonen havde virket åben og imødekommende og ikke virkede fordomsfulde eller fordømmende.

5.3 Opsamling på borgercases og borgerundersøgelsen

Hvis fagprofessionelle skal hjælpe borgerne med at ændre deres situation, er det vigtigt at have et åbent og undersøgende fokus på den enkelte borgers forbrug, for at kunne tilrettelægge en indsats, der vil kunne hjælpe borgeren. De fire borgercases illustrerer på forskellig vis, hvordan der er blevet arbejdet med modellen. Men fælles for alle cases er, at strukturen i Model for adfærdsændring dvs. at begynde med en kortlægning og analyse af borgerens adfærd før der skrives til handling, har været en god praksis i forhold til at tilrettelægge forskellige interventioner sammen med borgeren. Modellens tre kernelementer *kapacitet*, *motivation* og *mulighed* har på forskellig vis været tænkt ind i analysen i forhold til at identificere særlige områder, der skulle arbejdes med for at hjælpe borgeren til at kunne ændre adfærd. Især er der blevet arbejdet med *kapacitet* og *mulighed* som en konstruktiv måde at styrke borgerens *motivation* til at ændre adfærd.

Borgerne har oplevet, at især samtale med deres kontaktpersoner om deres forbrugsadfærd har været meget brugbart. Samtalerne har bl.a. været med til at opbygge tillid i relationen, og at borgerne selv er blevet mere afklarede omkring, hvad de har haft behov for. Det har været vigtigt, at borgerne har følt, de er blevet mødt med imødekommenhed og uden fordomme omkring deres rusmiddelproblem. Det er også vigtigt, at det anerkendes, at det kan tage tid før borgeren finder ud af, hvad der er behov for og ønsker af hjælp.

Men hvad siger fagpersonerne om modellens anvendelse i det sociale arbejde i forhold til projektets hypotese om, at de i højere grad vil kunne handle på baggrund af en reflekteret og begrundet viden, der flugter med borgerenes ønsker og behov?

6 Fagpersonernes vurdering af modellen

Ved afslutningen af projektet er det faglige personale blevet spurgt om deres oplevelse af arbejdet med modellen, ud fra de overordnede spørgsmål, vi har været optaget af at undersøge gennem afprøvningsperioden:

- Hjælper modellen med at foretage en struktureret kortlægning og analyse af en borgers problemadfærd?
- Har modellen været med til at øge den faglige refleksion i forhold til at tilrettelægge skræddersyede interventioner til den enkelte borger?
- Har arbejdet med modellen ændret tilgangen til arbejdet med borgeren?

Ved afslutning af projektet har syv ud af de ti socialfaglige deltagere udfyldt et spørgeskema, hvor de har vurderet modellen ud fra de ovenstående parametre. Ud af de syv respondenter har fire været tilknyttet bostøtten, mens tre har været tilknyttet botilbud. Slutevalueringen bygger således på relativt få respondenter, og selv én besvarelse kan flytte meget på de procentuelle fordelinger i graferne, hvilket er vigtigt at have for øje.

Slutevalueringens spørgeskemabesvarelse er derfor suppleret med deltagernes løbende tilbagemeldinger og refleksioner omkring arbejdet med modellen, gennem Metodecentrets mange vejledningssamtaler med hvert team, samt de fire workshops¹³ de har deltaget i.

I opgørelsen af slutevalueringens besvarelser, har deltagerne kunnet svare på en fem-punktskala rangerende fra "i meget høj grad", "i høj grad", "i nogen grad", "i lav grad" eller "slet ikke". I de grafiske fremstillinger er kategorierne slået sammen til tre i stedet for fem, hvor "i meget høj grad" og "i høj grad" er slået sammen ligesom "i lav grad" og "slet ikke" er slået sammen.

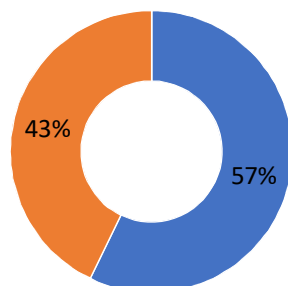
6.1 Modellens struktur og systematik, set i forhold til det socialfaglige arbejde

Som beskrevet i kapitel 1 lægger Model for adfærdsændring op til først at kortlægge og af-dække borgerens problem i adfærdshandlinger, ved at observere og samtale med borgeren om hvad borgeren gør og evt. kunne gøre anderledes (fase 1), – før der skrives til handling og iværksættes nye interventioner (fase 2).

I slutevalueringen angiver 57 % (4) af deltagerne, at modellen "i meget høj grad" eller "i høj grad" har hjulpet med at foretage en struktureret kortlægning og analyse af borgerens problemadfærd. Mens 43 % (3) svarer "i nogen grad". Ingen vurderer, at modellen "i lav grad" eller "slet ikke" bidrager med struktur.

¹³ Erfaringsudvekslingerne og præsentationerne af teamenes arbejde er blevet optaget på workshop 2 og 3 og udvalgte passager transskriberet til erfaringsopsamlingen. Alle citater er anonyme, men vil kunne spores til hhv. bostøtte eller botilbudskontekst.

Figur 4. I hvor høj grad vurderer du, at modellen har hjulpet dig til at foretage en struktureret analyse af borgerens problemadfærd?



■ I høj grad eller meget høj grad ■ I nogen grad ■ I lav grad eller slet ikke

Generelt vurderer deltagerne, at modellen bidrager med en struktureret tilgang i form af kortlægning og analyse, og som en hjælp til at dele tingene op. Et af projektteamene karakteriserer det således:

"Det slavisk at gå igennem faserne har hjulpet til at blive på sporet i arbejdet. I stedet for, som vi før har haft en tendens til, at være løsningsorienteret og så hurtigt videre."

Det er især modellens fase 1 – kortlægning og analyse, som fremhæves af deltagerne som særligt brugbart i deres arbejde.

"Kortlægningen af misbruget har været et meget brugbart perspektiv for at få "øje" på, hvad misbruget bestod i - dets omfang, hvor og hvornår det foregik, og hvad dets funktion var for borgeren. Det der med at være tvunget til at spørge detaljeret om det samme og det samme. Det har været fedt! Og fordi vi er blevet i det og har spurgt, og har haft det samme fokusområde, så er det blevet afgrænset, og vi har fået flere informationer, end vi ville have fået tidligere"

Modellen fremhæves af de fleste deltagere for at være med til at holde det faglige fokus omkring borgerens problemstilling, hvor fagligheden i samtalen kommer til udtryk ved at tale objektivt omkring afdækning af borgerens adfærdshandlinger. Dernæst har opgaven været at finde frem til mulige ændringer, og hvad borgeren er motiveret for at ændre på. Det er især deltagerne fra bostøtteamet, der giver udtryk for modellens strukturerende støtte i deres daglige arbejde. De beskriver, at modellen har været med til at holde dem fagligt i gang med borgere, selvom deres adfærd har virket svær at ændre:

"Der er nogle borgere, som er svære at flytte på. Der har vi været igennem skemaerne flere gange. Men det har også betydet, at arbejdet med modellen har holdt os i gang, hvor vi ellers nok ville været gået i stå, og måske lidt havde opgivet at ændre på noget".

Gennem arbejdet med modellen er der kommet et mere kontinuerligt flow i det faglige arbejde omkring borgerne i målgruppen, fordi fagpersonerne er begyndt at tale mere med borgerne om deres forbrug, men også løbende at sparre med hinanden som kollegaer med baggrund i modellens struktur.

6.1.1 Anvendelse af modellens støtteredskaber og skemaer

For at understøtte modellens struktur, er der udviklet fem forskellige arbejdsredskaber i form af skemaer. De relaterer sig til de forskellige faser og trin i modellens fremgangsmåde. Projektdelegerne har skullet anvende skemaerne i den praktiske afprøvning, hvilket der er forskellige erfaringer med.

Især bostøttedeltagerne giver udtryk for, at skemaerne, har været en støtte i at stille flere afklarende spørgsmål, og givet en struktur for at få afdækket borgerens forbrug og omfang. Samtidig har det skabt større indsigt i borgerens behov og ønsker. Et af botilbuddene giver også udtryk for, at skemaerne har været med til at støtte den strukturerede fremgangsmåde i arbejdet med borgerens adfærd:

"Det, at der er de her skriftlige opgaver gør, at du fastholder fokus (...) Vi er blevet opmærksomme på at indsamle mere data og tydeliggøre, det vi ser. Her er modellen rigtig god til at indsamle fakta, og at man bliver nysgerrig og undersøgende og helt konkret på, hvad det er, vi gerne vil kigge på, og hvad der ligger bag."

De øvrige botilbud har dog ikke samme positive oplevelse til at fastholde modellens struktur i afprøvningen, og har haft en reservation over for skemaerne. De er blevet betragtet som en ekstra arbejdsbyrde i en i forvejen tidspresset hverdag:

"Modellen måtte gerne være mere nem og enkel at gå til, for der er alle mulige redskaber, man skal finde rundt i, og rigtig mange dele, så man skal skrive rigtig meget og forholde sig til rigtig meget. Og det tager tid ved hver borger. Det har været en udfordring. Ikke alle de papirer og skemaer, for vi har i forvejen så meget administrativt med borgerne, hvor der skal udfyldes rent papirmæssigt".

Generelt har det taget tid at forstå modellens analysedel for alle deltagere. Det at få analyseret adfærden ud fra borgerens behov for støtte i forhold til kapacitet, mulighed eller motivation:

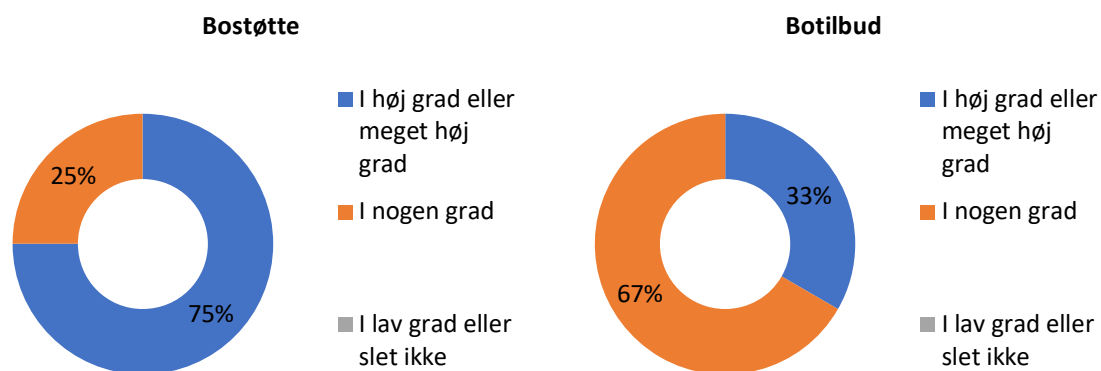
"Modellen er svær. Det kan være svært at få skilt tingene ad, i forhold til Kapacitet, Motivation og Mulighed, så man ikke har en følelse af, at man sidder og skriver det samme under alle punkterne. Og så kan det også være svært at have fokus på kun én adfærd. Det opleves, at det spreder ringe i vandet, når man begynder på det her. Det er svært at være skarp til at holde fokus på det, man har bestemt sig for, at man vil holde fokus på".

Der har generelt været en frustration over tidsforbruget i botilbuddene, i forhold til at anvende skemaerne, og samtidig manglende tid til at kunne fordybe sig i modellens elementer og tid til at mødes i projektteamet. Der har således været en del praktiske implementeringsudfordringer i botilbuddene i forbindelse med afprøvningen af modellen, hvilket også afspejles meget tydeligt, hvis spørgsmålet om, hvorvidt modellen har hjulpet til at foretage en struktureret analyse af borgerens problemadfærd, deles op i deltagere i bostøtte og botilbud.

6.1.2 Forskelle i bostøtte og botilbud omkring modellens hjælp til at skabe en struktureret analyse

Ser vi på spørgsmålet i forhold til deltagere i hhv. bostøtte og botilbud, viser der sig en markant forskel i vurderingen. Her svarer 75 % (3) i bostøtten enten "i meget høj grad" eller i "høj grad", mens det kun gør sig gældende for 33 % (1) i botilbuddene.

Figur 5. I hvor høj grad vurderer du, at modelle har hjulpet dig til at foretage en struktureret analyse af borgerens problemadfærd? Opgjort for deltagere i bostøtte og botilbud.



Denne forskel må ses i lyset af de forskellige implementeringsvilkår, deltagerne i hhv. bostøtte og botilbud har haft for arbejdet med modellen jf. afsnit 4. Bostøtteteamet har haft mulighed for at mødes fast en gang om ugen gennem hele afprøvningsperioden. Her har de haft mulighed for at give hinanden kollegial sparring omkring afprøvning af modellen i forhold til konkrete borgere. I flere af botilbuddenes team har der kun sjældent været mulighed for at mødes og sparre omkring anvendelsen af modellen. Skemaerne er ofte ikke blevet anvendt eller

prioriteret i den daglige praksis, og et af botilbuddene droppede stort set anvendelse af skemaerne, fordi de synes det var for tidskrævende at anvende. Et botilbud beskriver det således:

"Vi er rigtig udfordret på tid. Vi har svært ved at mødes, og når vi så en gang imellem har en time sammen, så er det svært at sidde og koncentrere sig, fordi der sker noget hele tiden, og så bliver [arbejdet med modellen] viftet til side. Det får ikke den prioritet det burde, fordi tiden bare ikke er til det".

Da skemaerne er udviklet til at understøtte systematikken i anvendelse af modellen, har det været en udfordring. Tidspres og manglende tid til fordybelse og refleksion må betragtes som en implementeringsbarriere i botilbuddene, og ikke et kritikpunkt af modellen i sig selv. Men vurderingen giver et vigtigt input i forhold til, at der må foretages en ledelsesmæssig og organisatorisk prioritering, hvis Model for adfærdsændring skal kunne anvendes som en social faglig model i praksis på botilbud.

Selve modellens strukturerede tilgang og kernekomponenter har alligevel fundet vej i alle teams, via den løbende vejledning Metodecenteret har ydet, og via deltagelse i projektets workshops. Disse aktiviteter har givet en kontinuerlig træning i at tænke og anvende modellens struktur. Ingen af de deltagende team vurderer derfor, at modellen "i mindre grad" eller "slet ikke" har hjulpet med at foretage en struktureret analyse af borgerens problemadfærd.

Udover at tilbyde en struktur for at arbejde med komplekse problemstillinger på det sociale område, har et andet formål med afprøvningen været en ambition om at øge den faglige refleksion. At gøre indsatser og interventioner mere fagligt begrundede, og bedre koblet med borgernes behov og ønsker.

6.2 Har Model for adfærdsændring været med til at øge den faglige refleksion?

Et vigtigt element i Model for adfærdsændring er at få tilrettelagt skræddersyede interventioner til at ændre på borgerens adfærd. Det drejer sig især om at blive god til at identificere, hvor der må sættes ind, og hvad der må gøres, hvis det skal have en positiv effekt. Det kræver, at fagpersonen kan foretage kvalificerede og reflekterede valg sammen med borgeren, og med sparring eller hjælp fra sine kollegaer. Modellens teori, analysevinkel og tilgang har til formål at understøtte fagpersonen i at få øje på nye vinkler i samarbejdet med borgeren, som viser vej til at kunne foretage konstruktive adfærdsændringer.

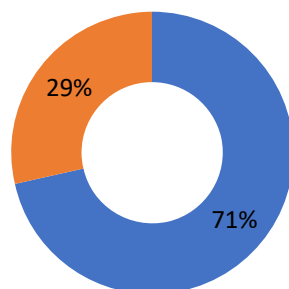
Generelt giver deltagerne udtryk for, at Model for adfærdsændring er med til at styrke de forskellige vinkler på borgerens adfærdsproblem.

"Ved at bruge den her [model] bliver vi tvunget til at være mere detaljeorienteret og fokuseret. Det gør, at der kommer andre oplysninger

og svar, end man måske tidligere havde fået (...) Det med at gå gennem faserne har hjulpet en til at blive på sporet, fordi det tvinger os jo til at se på adfærden fra flere vinkler, med det der 'kapacitet', 'motivation' og 'mulighed' og vi kommer jo til at se på andet end misbruget. Hvad der ligger bag, og hvad borgerens perspektiv, ønsker og behov er. Det har skabt større fordybelse i forhold til at anvende ens faglighed".

I slutevalueringen oplyser 71 % (5) af respondenterne, at modellen i "meget høj grad" eller i "høj grad" har øget deltagernes faglige refleksion i deres arbejde, og 29 % (2) vurderer, at det "i nogen grad" er sket. Ingen vurderer, at den faglige refleksion "slet ikke" er blevet øget, heller ikke i "lav grad".

Figur 6. I hvor høj grad vurderer du, at modellen har øget din faglige refleksion i arbejdet?



■ I høj grad eller meget høj grad ■ I nogen grad ■ I lav grad eller slet ikke

Ved dette spørgsmål ses der også en markant forskel mellem deltagere fra bostøtte eller botilbud. Alle fire medarbejdere i bostøtten har svaret, at modellen "i meget høj grad" eller i "høj grad" har øget deres refleksion, mens det kun gør sig gældende for en medarbejder i botilbud. De to øvrige medarbejdere i botilbud mener, at modellen "i nogen grad" har øget deres refleksion. Forskellen mellem deltagerne i bostøtte og botilbud kan igen tilskrives de forskellige implementeringsvilkår, de har haft i afprøvningsprojektet.

I botilbuddene har det primært været op til den enkelte medarbejder at arbejde med modellen, fordi det har været vanskeligt at mødes i projektteamet. Det har givet et andet udgangspunkt for at træne faglig refleksion end hos bostøttedeltagerne, der har mødtes fast en gang om ugen i projektteamet.

6.2.1 Faglig refleksion i botilbud

I tilbagemeldingerne fra projektdeltagerne fra botilbuddene er der nogen variation i måden modellen har været anvendt til at øge den faglige refleksion og tilrettelægge skræddersyede interventioner til den enkelte borger. I et botilbud har modellens tre kernelementer været tænkt ind som en faglig struktur for ugesamtaler med borgere:

"At arbejde med modellen KMM [kapacitet, muligheder og motivation] har givet et godt fokus i ugesamtaler med borgeren; Motivation for at komme til samtalerne, Muligheder borgeren kan hjælpes til at få adgang til, Motiverende faktor lige nu, som reelt er en mulighed? Hvilken kapacitet har borgeren reelt for at skabe forandringer? Og i hvor høj grad skal vi kompensere for udviklingshæmningen i det pædagogiske arbejde?"

Ugesamtalerne har givet en skærpet opmærksomhed på at forstå borgerens forbrugsadfærd, og hvad borgeren tænker og føler. Det vurderes at have været med til at styrke samarbejdsrelationen og alliancen mellem pædagog og borger. Samtidig har det været med til at sætte mål, der i højere grad flugter borgerens ønsker og behov end tidligere. Udfordringen har dog været, at andre kollegaer på botilbuddet har haft svært ved at hjælpe borgeren, når der var brug for hjælp, fordi de ikke havde været involveret i arbejdet med modellen.

I et andet botilbud har deltagerne primært brugt modellen i deres tænkning omkring borgerne:

"Vi tænker modellen ind som et naturligt redskab i vores hverdag, ved at lave dataindsamling, skadereduktion, holde samtaler m.m. Ved at bruge den her model (...) får [vi] nogle andre informationer at tænke ind og kommer bag om adfærden, at det har en funktion. Det er det, der bliver fokus i stedet for at fokusere på det, der ligger lige for og være så løsningsfokuseret med det samme".

Det tredje botilbud har valgt at prøve modellens faser af ved hjælp af KRAP-skemaer i stedet for de skemaer, der er udviklet til modellen, fordi teamet har vurderet, der var mange lighedspunkter. Argumentet har været at:

"Metoden er tidskrævende til dagligdags brug, der er for mange skemaer og tekst at finde rundt i og er ikke målrettet borgerne".

Da KRAP i forvejen anvendes på botilbuddet, vurderes det ikke at det faglige refleksionsniveau har ændret sig væsentligt.

6.2.2 Faglig refleksion i bostøtte

I bostøtten har der været en fast mødestruktur for teamet gennem hele afprøvningsperioden, som ikke har kunnet realiseres i botilbuddene. På et ugentligt møde har bostøttedeltagerne kunne give hinanden faglig sparring på afprøvnningen af modellen med konkrete borgere. Bostøtteteamet vurderer, at de ugentlige møder har været helt afgørende for, at de har kunnet holde fokus på afprøvnningen af modellen:

"Vi har mødtes hver mandag og det har hele tiden holdt os i gang. Så hvis man var ved at gå lidt i stå med en borger, så hjalp det lige at mødes og få andres ideer. Modellen er et super redskab til kollegial sparring".

Det at få et "udefra perspektiv" på ens borgers problemadfærd, har været meget værdifuldt i forhold til den faglige refleksion:

"Man har fået flere aha-oplevelser undervejs, i forhold til ens egen oplevelse af borgeren jævnfør, at det har været på baggrund af den sparring, man har fået med kollegaer undervejs".

De fast planlagte møder har betydet, at der har været et kontinuerligt fagligt arbejde omkring borgerne i målgruppen i bostøtten. Det socialfaglige personale har oparbejdet en kompetence til at tale mere med borgerne om deres forbrug, men også løbende at sparre med hinanden, som kollegaer, hvilket har været befordrende for at fastholde fokus på afprøvning af modellen. Den kollegiale sparring ses altså som højnet og et positivt bidrag til den faglige udvikling og refleksion primært i bostøtten.

6.2.3 Kvalificering af faglige antagelser

En af de adfærdsændringer, bostøttedeltagerne selv har reflekteret over de har ændret, er at de ikke længere hurtigt springer til løsningsfokuserede handlinger, før de har undersøgt og analyseret borgerens adfærd:

"Vi skal ikke bare foretage automatiske 'synsninger', det er vigtigt, at vi får undersøgt tingene i dybden, så det er det rigtige vi handler på".

Gennem anvendelse af modellen vurderer de at have fået et andet handlegrundlag, som er mere reflekteret og i højere grad tager udgangspunkt i borgerens situation, behov og ønsker:

"Skemaerne og systematikken er med til at understøtte forståelsen og fordybelsen, og støtter i at stille flere afklarende spørgsmål, som konkret har hjulpet med f.eks. at afdække misbrugets omfang og også borgernes behov på forskellige niveauer".

Det har betydet, at bostøttedeltagerne har fundet frem til andre mål og løsninger, end de ellers ville have fundet frem til, hvilket er illustreret i to eksempler herunder.

Et eksempel var en borger, der havde et alkoholproblem. Kontaktpersonen havde vanskeligt ved at etablere et samarbejde med borgeren. Kontaktpersonen gjorde sig nogle antagelser om, at borgerens alkoholforbrug sikkert var forbundet med social angst, som blev anset for at være årsagen til, at det var svært at etablere en relation. Ambitionen var således, at bor-

geren måtte ud af sit alkoholforbrug for at kunne skabe bedre sociale relationer. Ved at anvende modellens systematik og starte i fase 1 med kortlægning og analyse af borgerens adfærd, fandt kontaktpersonen imidlertid frem til en anden årsag. Det viste, at borgerens forbrug var forbundet med energi, både fysisk og mentalt, så borgeren kunne bruge sin kreativitet og fordybe sig i at læse bøger, tegne mm. Det gav borgeren et kreativt flow at være påvirket. Kontaktpersonen kom derved på sporet af, hvilke andre former for stimulans end alkohol, der mon kunne give borgeren energi til komme i kreativt flow. Det blev genstand for et nyt adfærdsmål, at arbejde sammen med borgeren om, og adressere alkoholforbruget på - i stedet for social angst. Kontaktpersonens refleksion omkring forløbet var, at der var blevet slået et alt for stort brød op i forhold til at få borgeren til at stoppe sit alkoholforbrug - uden at sætte noget i stedet. Især da det kom frem, at alkohol var med til at skabe energi for borgeren. Der måtte findes en anden måde at gå til opgaven på.

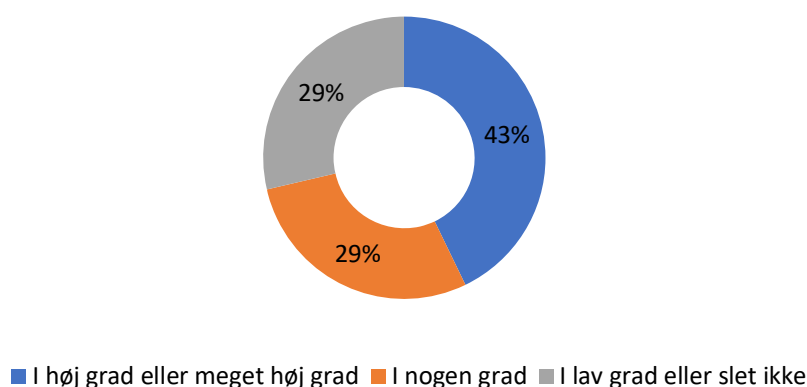
Et andet eksempel på, hvad en af fagpersonerne kalder "*automatiske synsninger*", var en borger, der havde et rusmiddelproblem og kontaktpersonen antog i udgangspunktet, at borgeren manglede indhold i sin hverdag, og indtog rusmidler pga. kedsomhed. For at ændre på borgerens adfærd var ideen, at borgeren skulle tilbydes flere dagsaktiviteter, som blev målet for at kunne forebygge borgerens rusmiddelforbrug. Ved at bruge Model for adfærdsændring til at kortlægge og analysere borgerens adfærd fandt kontaktpersonen frem til et andet mål. Afdekningen viste nemlig, at der var et mønster i borgerens anvendelse af rusmidler, hvor det primært var hver aften og nat, borgeren tog rusmidler (primært hash), for at kunne sove. Ved at fokusere på anvendelse af rusmidler ud fra et adfærds perspektiv, forstod kontaktpersonen, at rusmidlerne blev indtaget som selvmedicinering mod kaotiske tanker, som forhindrede borgeren i at sove. Bedre søvn, blev formuleret som det nye adfærdsmål. Det var således ikke dagsaktiviteter, men søvnen, der blev målet for de interventioner, der blev tilrettelagt sammen med borgeren for at adressere hashforbruget. Kontaktpersonens refleksion var efterfølgende, at målet om at få borgeren i flere dagsaktiviteter, havde været alt for ambitiøs og urealistisk at gennemføre. Borgeren sov ofte hele formiddagen, som følge af sit forbrug, og ville have svært ved at komme ud af døren til dagsaktiviteter. Ved at fokusere på bedre søvn, og foretage mange små interventioner, blev borgerens søvnrytme over tid stabiliseret, og borgeren fik opbygget en mere normal døgnrytme samt et overskud til at kunne begynde i dagsaktivering.

Det at udarbejde adfærdsmål og interventioner med udgangspunkt i et både et "udefra" perspektiv og et "indefra" perspektiv i forhold til borgerens adfærd og situation (jf. afsnit 3), har flere deltagere karakteriseret som en anderledes tilgang til arbejdet med borgere i målgruppen, hvilket også er undersøgt i slutmålingen.

6.3 Har Model for adfærdsændring været med til at ændre tilgangen til arbejdet med borgerne?

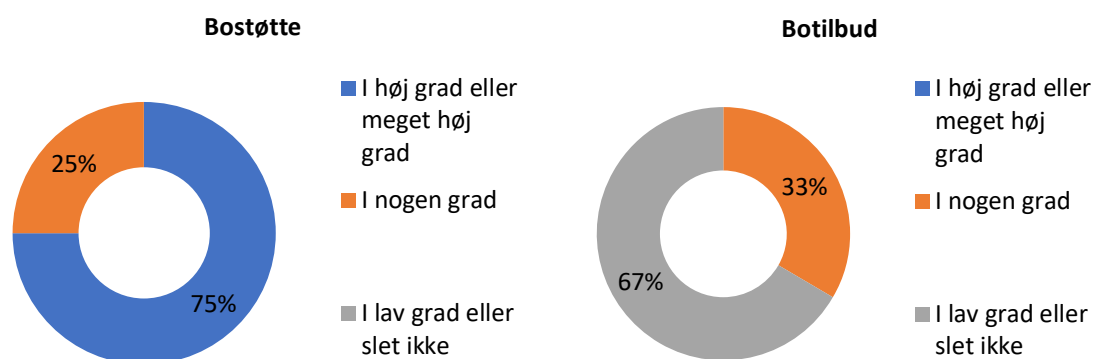
I slutmålingen vurderer projektdeltagerne helt overordnet, at Model for adfærdsændring har givet en anderledes tilgang til arbejdet med borgere med rusmiddelproblemer. 43 % (3) vurderer, at de "i meget høj grad" eller "høj grad" har fået en anderledes tilgang til arbejdet og målgruppen, mens 29 % (2) vurderer hhv. "i nogen grad" og "i lav grad".

Figur 7. I hvor høj grad vurderer du, at modellen har givet dig en anderledes tilgang til arbejdet med borgerne?



Også på dette spørgsmål er der forskel på bostøtte og botilbud, hvor deltagerne i bostøtten i højere grad udtrykker, at modellen har ændret deres tilgang til arbejdet. I bostøtten vurderer 75 % (3), at de "i meget høj grad" eller "høj grad" har fået en anderledes tilgang til arbejdet med borgere med rusmiddelproblemer, mens ingen af medarbejderne i botilbud har samme oplevelse. For deltagerne i botilbud, svarer 67% (2), at de "i lav grad" eller "slet ikke" oplever, at modellen har ændret deres tilgang til arbejdet. Hvorimod ingen fra bostøtten oplever dette.

Figur 8. I hvor høj grad vurderer du, at modellen har givet dig en anderledes tilgang til arbejdet med borgerne? Opgjort for bostøtte og botilbud.



Den markante forskel mellem bostøtte og botilbud må atter ses i relation til de forskellige vilkår for afprøvningen. Bostøttedeltagerne har i højere grad haft mulighed for at få arbejdet i dybden med modellen, hvilket har været vanskeligere i botilbuddene. Her har der manglet implementeringsforudsætninger, og deltagerne har ikke fået modellen "ind under huden" på samme måde som i bostøtten. En deltager fra botilbud beskriver det på følgende vis:

"Det at man skal have en ny model presset ned over hovedet, når man føler sig presset i forvejen gør, at det er svært at tage den 100 % ind. Vi når ikke at synke eller fordøje det eller bruge det [modellen], før der kommer noget nyt. Og det er det der skaber problematikken, fordi når vi arbejder med det her, så skal vi arbejde med det i flere år, ellers bliver det ikke inkorporeret i vores system".

Det at afprøvningsarbejdet har været anset som en ekstra belastning kan i sig selv skabe modstand i forhold til at ændre tilgang, og bevirke, at der er blevet arbejdet delvist eller selektivt med modellen i forhold til den oplevede kapacitet i organisationen.

6.3.1 Ændring af tilgang til arbejdet med borgere med rusmiddelproblemer i bostøtten

Deltagerne i bostøtten har gennem afprøvningsprojektet reflekteret en del over deres tilgang og ændrede praksis i forhold til borgere i målgruppen. De har beskrevet det at se på helheden omkring borgerens situation ud fra et adfærdsperspektiv, som:

"[E]n ny måde at arbejde på, som kan bidrage positivt til den almindelige praksis med at arbejde med udviklingsmål for borgeren".

Men samtidig blev dette også betragtet som en svær øvelse, fordi det sociale område bygger på at arbejde med udviklingsmål, der stiller krav til, hvad borgeren skal opnå via den faglige indsats:

"Det kan være svært at tænke adfærd dvs. det borgeren skal gøre anderledes, idet vi er skolet til at tænke i udviklingsmål dvs. det borgeren skal opnå. Det er to sider af samme sag, men med forskellige tilgange".

Flere af deltagerne gav udtryk for, at den meget praksisnære kortlægning, modellen tager udgangspunkt i, både kan hjælpe fagpersonen og borgeren med at blive meget konkrete om, hvordan adfærden påvirker borgerens situation, og hvad der skal arbejdes med for at ændre den u hensigtsmæssige adfærd. Denne tilgang gav flere af deltagerne i bostøtten udtryk for at være befordrende for det socialpædagogiske arbejde i praksis. Det at kunne betragte handleplansmål ud fra et adfærdsperspektiv frem for et udviklingsperspektiv, blev betragtet som:

"[E]n meget interessant anvendelsesmulighed, fordi det kan godt gå lidt tabt i det traditionelle målhierarki i handleplansarbejdet".

Arbejdet med modellen blev anset for at have bidraget til at skabe bedre, og mere realistiske, mål i borgerens nærmeste udviklingszone:

"Nogle af plusserne ved modellen er en større indsigt i borgerens behov og ønsker. Så kan vi bedre sætte nogle realistiske mål for borgeren og mindsket overkrav (...) [Arbejdet med modellen] har været en øjenåbner i forhold til, hvad de små skridt egentlig gør for borgerens trivsel. Det er en anden måde at tænke på, og det har jo vist sig, at det er små ting, der kan give en overordnet ændring". Men det kræver jo også, at hele personalet følger den her struktur, og det er en udfordring".

En af udfordringerne for deltagerne i projektet har været, at deres kollegaer ikke har fået undervisning eller vejledning i anvendelse af Model for adfærdsændring, og dermed kun haft et minimalt kendskab til afprøvningen. Dette kan være en barriere for fastholdelse af modellen.

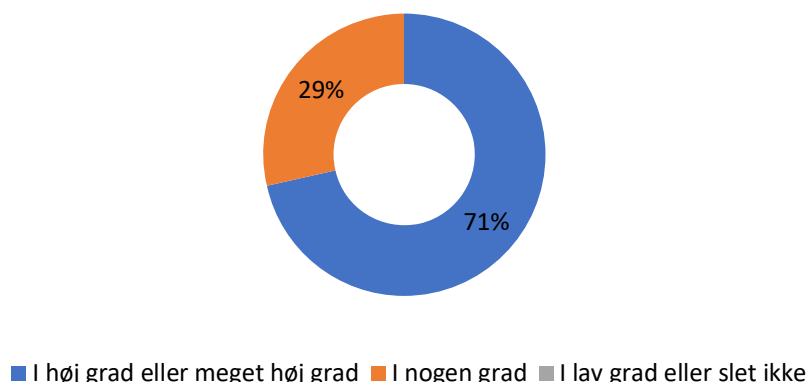
6.4 Perspektiverne for spredning og fastholdelse af Model for adfærdsændring i fremtiden

Som tidligere nævnt i afsnit 4, er det kun i bostøtteteamet, at det er lykket at skabe spredning af modellen til kollegaer, der arbejder med borgere med et rusmiddelproblem. I løbet af efteråret 2019, har bostøtteteamet etableret en mentorfunktion i forhold til andre kollegaer, der arbejder med borgere med rusmiddelproblemer. Herudover er modellens skemaer og arbejdsredskaber blevet tilpasset organisationens arbejde med SMARTE mål, og er blevet lagt ind i det centrale dokumentationssystem Sensum. Det har givet alle medarbejdere i bostøtten adgang til materialet. Modellen anses i bostøtten for at være et integreret redskab i arbejdet med borgere med rusmiddelproblemer, og "misbrugsteamet" fortsætter efter projektets afslutning sine ugentlige møder til kollegial sparring og mentorfunktion.

I botilbuddene har det især været en barriere for det kontinuerlige arbejde med borgerne, at hele personalegruppen ikke var ordentlig orienteret, eller blev engageret i afprøvningen undervejs i projektet. Det er derfor minimalt, hvad der er foretaget af spredningsinitiativer ud over orientering på personalemøder. Et enkelt botilbud har holdt et fagligt oplæg om modellen og præsenteret arbejdsredskaberne for kollegaer i en anden afdeling. De øvrige har ikke lavet planer for videre udbredelse af modellen i organisationen.

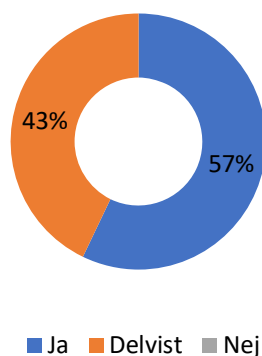
Som afslutning på slutevalueringen er der spurgt til, hvor sandsynligt det er, at fagpersonen anvender modellen i sit arbejde om et år. I alt 71 % (5) vurderer, at de "i meget høj grad" eller "i høj grad" forventer at anvende modellen. Mens 29 % (2) vurderer, at det "i nogen grad" er sandsynligt, at de vil anvende modellen. Ingen medarbejdere har svaret, at de ikke vurderer, at de anvender modellen i deres arbejde om et år.

Figur 9. I hvor høj grad vurderer du, at det er sandsynligt, at du anvender modellen i dit arbejde om et år?



På dette spørgsmål er der ikke stor variation mellem bostøtte og botilbudsdeltagerne. Det er der derimod, i vurderingen af et andet spørgsmål, der blev stillet i slutevalueringen.

Figur 10. Kender du på nuværende tidspunkt modellen så godt, at du kan tegne den og forklare dens grundelementer for en kollega?



Spørgsmålet om kendskab til modellen giver en indikation af deltagernes forudsætninger for at kunne sprede modellen til andre fagpersoner. Til det spørgsmål svarer 57 % (4) af deltagerne ja, mens 43 % (3) svarer, at de delvist kender den. Det er værd at bemærke, at alle, der har svaret "ja", og dermed givet udtryk for, at de kender modellen rigtig godt, arbejder i bostøtten. Alle der har svaret "delvist" arbejder i botilbud. Der ser således, ikke overraskende, ud til at være opnået størst fortrolighed og forståelse af arbejdet med modellen blandt bostøttedeltagerne.

6.5 Opsamling

Afprøvningsprojektet viser, at styrken i modellen er, at den bidrager til at indsamle data omkring borgerens problem, identificere hvor det vil være bedst at sætte ind i forhold til ændring af adfærd, og samtidig foretage en grundig analyse af borgers situation i forhold til at tilrettelægge relevant hjælp, støtte og vejledning – *før der skrives til handling*. Det sikrer, at de

interventioner, der iværksættes er truffet på et fagligt reflekteret grundlag i samarbejde med borgeren.

Denne struktur er fundet meget anvendelig af de fleste deltagere i det sociale arbejde med den konkrete borger. Det giver en detaljeret indsigt i borgerens situation, behov og ønsker og har bevirket en bedre dialog med borgerne. Dette giver et godt fagligt grundlag for at vurdere, hvor det vil være mest relevant at sætte ind for at støtte og hjælpe borgeren bedst muligt. Den undersøgende og nysgerrige tilgang til borgerens adfærd opleves generelt som befordrende for at øge den faglige refleksion, og ikke springe til løsningsfokuseret handling for hurtigt, før der er blevet lagt en aktionsplan. Kollegial sparring fremhæves i den sammenhæng som vigtig for at fastholde det løbende arbejde med modellen og borgere i målgruppen, og som et centralt element i at øge den faglige refleksion.

For flere af deltagerne i bostøtten blev det at have fokus på adfærd, betragtet som en ny og inspirerende tilgang til at arbejde helhedsorienteret med borgeren, hvilket kunne gå tabt i det traditionelle målhierarki i handleplansarbejdet.

Afprøvningsprojektet viser også, at det er vigtigt at have fokus på at etablere gode vilkår for arbejdet med modellen i den daglige praksis. Der er en betydelig forskel mellem bostøttens og botilbuddenes vurdering af det faglige bidrag modellen har givet i deres arbejde. Bostøtten vurderer generelt metodens faglige bidrag til deres arbejde højere end deltagerne i botilbuddene. Der ser generelt en sammenhæng med de forskellige implementerings- og arbejdsvilkår og scoringen af modellens anvendelighed for de to områder.

7 Perspektivering af modellens anvendelse på det socialfaglige område

Model for adfærdsændring er en model, der vil kunne anvendes generelt til at arbejde med design af adfærdsændringer i socialt arbejde. Den er baseret på adfærdspsykologisk teori og forskningsevidens. Modellen er generisk, dvs. den kan principielt anvendes på mange forskellige målgrupper, med mange forskellige problemstillinger – og i mange forskellige kontekster. Dette er især en kvalitet, når det drejer sig om det specialiserede socialområde, hvor indsatserne ofte må have en individuel tilrettelæggelse for at møde borgerens behov. Modellen er altså ikke en særlig model for at arbejde med voksne borgere med udviklingshæmning eller rusmiddelproblematikker, selvom det har været casen i afprøvningsprojektet. I projektforsøget har der også været enkelte forsøg på at arbejde med andre problemstillinger end rusmidler fx overspising, hvor modellen har virket relevant. Der ses således et stort potentiale for modellen i forhold til at kunne anvendes til mange forskelligartede problemstillinger på det sociale område.

Generelt er kvalificering af socialfaglige medarbejdere et spørgsmål, der optager beslutningstagerne inden for det sociale område i både regioner og kommuner. Hvordan kan det sociale område arbejde mere evidensbaseret, og samtidig rumme de multiple variationer af problemstillinger, der karakteriserer borgere, der er afhængige af den offentlige hjælp og service? Model for adfærdsændring kan være et muligt bidrag til denne efterspørgsel, da det er en forsknings- og teoribaseret model, der har en systematisk fremgangsmåde ift. at kvalificere det faglige skøn og begrunde de valg, der træffes sammen med, eller om, borgeren.

Et af hovedformålene med afprøvningsprojektet omkring Model for adfærdsændring har været at få viden om, hvorvidt modellen ville være virksom i det socialfaglige arbejde med borgers ofte komplekse problemstillinger. Problemstillinger, der ikke findes nemme løsninger eller ét bestemt metodegreb på. Kan modellen være med til at kvalificere fagpersonens faglige skøn, så de indsatser og interventioner, der iværksættes sker på et fagligt reflekteret og begrundet grundlag? Det er i den sammenhæng vigtigt at understrege, at det er en faglig model og ikke en model, der skal anvendes direkte i praksis sammen med borgerne. Der har især i botilbuddene været en misforståelse af, at modellen skulle præsenteres for borgerne som et samarbejdsredskab. Til dette formål har KRAP-redskaber fundet god anvendelighed i dette projekt til det borgerrettede arbejde, som har kunnet bidrage til det faglige arbejde med Model for adfærdsændrings forskellige faser og trin.

Generelt peger erfaringerne fra afprøvningsprojektet på, at Model for adfærdsændring har en hel del at kunne tilbyde det sociale arbejde. Dels en struktur for kortlægning og grundig analyse af borgerens problemadfærd, *før* der skrides til handling. Dels en struktur og redskaber til at designe og tilrettelægge interventioner til den enkelte borgers problemadfærd. Modellen kan med andre ord være med til at styrke en refleksiv begrundet praksis på det sociale område. Modellen kan anvendes til at dokumentere de faglige overvejelser om: Hvorfor de

valgte interventioner blev iværksat, hvad målet var, og hvilke dimensioner, der har været en særlig opmærksomhed på at støtte - set i forhold til borgerens kapacitet, motivation og mulighed.

På baggrund af erfaringerne fra denne afprøvning af Model for adfærdsændrings bidrag til det sociale arbejde, ser modellen, under de rette betingelser, ud til at kunne:

- Være med til at styrke kendskab og baggrund for de prioriteringer, der foretages sammen med borgeren
- Hjælpe fagpersonen til at samarbejde med borgeren om, hvor det vil være bedst at sætte ind og hvad borgeren er motiveret for – som en vigtig forudsætning for at kunne skabe ændring af adfærd
- Styrke tilrettelæggelse og understøttelse af forskellige dimensioner af borgerens forudsætninger for at kunne ændre adfærd på en struktureret måde
- Understøtte en struktureret vurdering af, hvilke muligheder og barrierer der er for at implementere den bedste indsats eller intervention for og med borgeren

Erfaringsopsamlingen viser også, at Model for adfærdsændring er en ganske krævende model at implementere. Det kræver en organisatorisk prioritering og praktisk realisering af, at medarbejderne kan mødes og sparre fagligt med hinanden omkring borgerens problemstilling, set i forhold til modellens analyse og tilgang.

Erfaringerne viser, at det er en implementeringsbarriere, hvis medarbejdere, der arbejder med modellen, ikke får mulighed for at reflektere og sparre med hinanden omkring borgerens problemstilling og de relevante adfærdsmaal, der kan arbejdes med. Herunder, hvordan der bedst samarbejdes med borgeren omkring motivation og adfærdsændring. I afprøvningsprojektet er erfaringen, at vilkårene for ugentlige møder i "misbrugsteamet" har været gunstige for bostøttens vurdering af modellens understøttelse af faglig refleksion og målrettede interventioner for den enkelte borger. Tidspres og manglende tid til fordybelse og refleksion må betragtes som en implementeringsbarriere i botilbuddene, og ikke som et kritikpunkt af modellen i sig selv. Men vurderingen giver et vigtigt input i forhold til, at der må foretages en ledelsesmæssig og organisatorisk prioritering, hvis Model for adfærdsændring skal kunne anvendes som en social faglig model i praksis på botilbud.

8 Referencer

Høgh, H. (2017): *Misbrugsadfærd blandt borgere med udviklingshæmning – en litteraturgennemgang*. Metodecentret, Aarhus.

Høgh, H. (2017): *Model for adfærdsændring. En model til at tilrettelægge interventioner på det specialiserede socialområde. Afrapportering af pilotprojekt*. Metodecentret, internt notat.

Høgh, H. (2020): *Model for adfærdsændring i praksis. Et kompendium til operationalisering af modellen*. Metodecentret, Aarhus.

Michie, S et.al (2011): *The Behaviour Change Wheel. A new method for characterising and designing behaviour change interventions*. Implementation Science 6:42.

Michie, S, Aktins, L. & West, R. (2014): *The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions*. Silverback Publishing.

Michie, S., D'Lima, D. & Lorencatto, F. (2020): *The Behaviour Change Wheel approach*. Handbook on Implementation Science, Elgar Publishing, (red.) Nielsen, P & Birken, S.A.

9 Bilagssamling

9.1 Bilag 1: Oversigt over de gennemførte projektaktiviteter, deltagerne har medvirket i.

Projektdeltager	Deltagelse i fire workshops	Antal gennemførte vejledninger	Telefonkonference for afdelingsledelse	Deltagelse i slut-evaluering
Bostøtten, Viborg Kommune	4	24	1	ja
Kærsangervej 252, Viborg Kommune	4	15	2	ja
Tårnly, Viborg Kommune	4	18	0	ja
Mosetoft, Region Midtjylland	3	9	0	nej
Rusmiddelcenter Viborg	4	Har undervist fagpersonale i bostøtten om rusmidler samt løbende givet sparring til borgernes kontaktpersoner	Ikke i målgruppen	Ikke i målgruppen

9.2 Bilag 2: SWOT-analyse af modellens anvendelse. Foretaget ved midtvejs- evalueringen efterår 2019.

<p>Styrker: <i>Botilbud:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • blive detaljeorienteret, specifik i hvad man ønsker at ændre • skabe refleksion og forståelse og kendskab til borgeren • kan kombineres med KRAP • modellen og redskaberne giver personalet og borgeren større overblik over hvad der skal arbejdes med fremover • fokus på én adfærd, får skilt tingene ad • se på andet end misbruget, større inddragelse af borgerens perspektiv, ønsker og behov • fælles forståelse i teamet/personalegruppen • vi får øjnene op for vigtigheden af samarbejde på tværs <p><i>Bostøtte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • systematisk, konkret model - skemaer fastholder struktur og mål for borgeren • fokus på ét enkelt område – fordybelse, ned i detaljen • vi er vedholdende og nysgerrige i længere tid før vi finder løsninger • aha-oplevelser ift. egne oplevelser af borger jf. den sparring, der har været givet blandt kollegaer • borgeren ændrer kurs og vi gør det samme i modellen • sætte realistiske mål for borgeren og ikke overkrav, sænker barren for borgeren 	<p>Svagheder <i>Botilbud:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ikke et redskab man kan lave med borgeren, men udenom borgeren. Manglende inddragelse af borger ved udfyldelse af div. skemaer • kan være forvirrende med mange gentagelser i skemaer - mange spørgsmål, der går igen/ligner hinanden • svært at fastholde borgere i at arbejde med et adfærdsmål • at der mangler et journalsystem på tværs • kræver ressourcer • at alle kollegaer ikke får samme indblik i projektet <p><i>Bostøtte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • skemaer passer ikke til svage kognitive borgere • punkter i skemaer minder om hinanden/overlapper
<p>Muligheder <i>Bosteder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • større dialog med borgeren • skaber overskuelighed over for borger og personale • skabe større dataindsamling • fokus på hvad der ligger bag misbruget, ser på adfærd frem for misbruget i sig selv • et redskab til fremtiden <p><i>Bostøtte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • sætte fokus på andre områder fx skadesreduktion og ikke kun ophør af forbrug • inddragelse af kollegaer 	<p>Barrierer <i>Bosteder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • tidskrævende at bruge modellen, der følger ikke tid og ressourcer med projektet • borgeren ikke motiveret og skifter spor hele tiden • kognitive udfordringer hos borgeren • ikke meget tid/rum til faglig sparring • manglende forståelse i personalegruppen i forhold til misbrug <p><i>Bostøtte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • mangel på skemalagt tid, hvor det er indskrevet at bruge modellen i borgerens bestilling • mangel på prioritering i de forskellige teams i bostøtten