



# MODEL FOR UDGÅENDE OG RUMME- LIG STOFMISBRUGSBEHANDLING TIL DE MEST UDSATTE BORGERE

SOCIALSTYRELSEN

MODELBESKRIVELSE  
APRIL 2017

[[WWW.RAMBOLL.COM](http://WWW.RAMBOLL.COM)]



## INDHOLD

<b>1.</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	En model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling	1
1.2	Modelbeskrivelsen består af tre dele	2
<b>2.</b>	<b>DEL I – INTRODUKTION TIL MODELLEN</b>	<b>3</b>
2.1	Målgruppen	3
2.2	Modellens vidensgrundlag	4
2.3	Grundprincipper og kerneelementer	6
2.4	Centrale tilgange og metoder	9
<b>3.</b>	<b>DEL II – MANUAL</b>	<b>16</b>
3.1	Faser og trin i modellen	17
3.2	Tilgange og metoder i modellen	19
3.3	Fase 1: Udgående og kontaktskabende indsats	21
3.4	Fase 2: Motivationsarbejde	27
3.5	Fase 3: Fortsat behandling og brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud	38
<b>4.</b>	<b>DEL III – IMPLEMENTERINGSGUIDE</b>	<b>42</b>
4.1	Hvem kan have glæde af implementeringsguiden?	42
4.2	Ramme for implementering	43
4.3	Fase 1: Beslutte	44
4.4	Fase 2: Planlægge	48
4.5	Fase 3: Gennemføre	57
4.6	Fase 4: Forankre	61
<b>5.</b>	<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>63</b>

## BILAGSMATERIALE

### Bilag 1 – Redskaber til manualen (del II)

Bilag 1A: Risikovurdering

Bilag 1B: Forandringscirklen

Bilag 1C: Indledende behandlingsplan

### Bilag 2 – Redskaber til implementeringen (del III)

Bilag 2A: Redskab til vurdering af parathed til implementering af modellen

Bilag 2B: Skabelon til geografisk afdækning

Bilag 2C: Skabelon til implementeringsplan

Bilag 2D: Mødeguide til facilitering af evaluerings- og refleksionsdage

# 1. INDLEDNING

I Danmark skønnes der at være ca. 33.000 borgere med et stofmisbrug<sup>1</sup>. Socialstyrelsens skøn er, at mellem 2.000 til 5.000 af dem har et svært belastende stofmisbrug, som er kombineret med store sociale og sundhedsmæssige problemer<sup>2</sup>. Denne gruppe betegnes ofte som de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

De mest udsatte borgere med stofmisbrug er ofte i en livssituation, der er kaotisk og turbulent. Udover deres misbrug har disse borgere ofte psykiske vanskeligheder, fysiske sygdomme, boligproblemer og problemer med økonomi og kriminalitet. Denne livssituation kan have negative konsekvenser for borgernes mulighed for at indgå i stofmisbrugsbehandling. Mange borgerne har ingen eller kun ringe grad af tilknytning til de eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Det kommer til udtryk ved bl.a. ustabil fremmøde, som ofte fører til uhensigtsmæssige afbrydelser af behandlingen, slip eller tilbagefald.

Undersøgelser viser, at de mest udsatte borgere med stofmisbrug har behov for opsøgende og udgående behandlingstilbud og støtte, som understøttes af tilgængelighed, fleksible arbejds gange og brobygning til eksisterende behandlingstilbud<sup>3</sup>. Der er behov for, at behandlingen er målrettet borgernes samlede problembillede. Det vil sige et behov for, at fx sundhedstilbud, psykiatritilbud, tilbud vedrørende boligafklaring, kontanthjælpstilbud og netværk inddrages i såvel stofmisbrugsbehandlingen som i opfølgningen på behandlingen. Det skal også ses i lyset af, at borgerne ofte har behov for en mere intensiv og længerevarende indsats end borgere med moderate problemer.

Endelig viser undersøgelser, at borgerne selv efterlyser, at relationen til behandlerne i stofmisbrugsbehandlingen har en mere personlig karakter<sup>4</sup>. Det betyder, at relationsopbygning, tillid og behandlingsalliance er helt centrale elementer i arbejdet med borgerne. Samme undersøgelser viser også, at borgerne efterspørger, at indsatsen omfatter støtte og omsorg i deres proces mod øget motivation og recovery. Dette med udgangspunkt i borgernes grundvilkår og egne oplevelser af behov for støtte og hjælp.

## 1.1 En model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling

På denne baggrund har Socialstyrelsen gennemført et arbejde med udvikling og afprøvning af en model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug (herefter modellen).

Modeludviklingen og -afprøvningen er sket i et tæt samarbejde med eksperter fra forskningsverdenen og praksis samt to udvalgte pilotkommuner, Aarhus og Odense Kommuner. Erfaringer med afprøvningen af modellen er opsamlet i en evaluering udarbejdet af Rambøll Management Consulting (Rambøll). Evalueringen belyser viden om modellens resultater, implementering og økonomi.

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen (2015). *Narkotikasituationen i Danmark 2015*.

<sup>2</sup> Der findes pt. ikke et samlet estimat af målgruppens størrelse. Socialstyrelsens skøn er baseret på forskellige tællinger, herunder *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug* (2013). Rambøll for Socialstyrelsen. Lars Benjaminsen m.fl. (2013): *Hjemløshed i Danmark. National kortlægning*, SFI. Herudover også tællinger af antal narkotikarelaterede dødsfald, antal borgere med injektionsmisbrug og antal borgere i metadonbehandling.

<sup>3</sup> Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012): *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Birgitte Tylstrup (2012): *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

<sup>4</sup> Järvinen, Margaretha m.fl. (2008): *Skadesreduktion i praksis. Behandlingstilbud til opiatmisbrugere i København*, SFI. Benjaminsen, Lars m.fl. (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*, SFI. *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug* (2013), Rambøll for Socialstyrelsen.

Modellen er baseret på to overordnede elementer: 1) en opsøgende og udgående behandlingsindsats i det miljø, hvor målgruppen færdes, og 2) etablering af større rummelighed og fleksibilitet i rammerne for benyttelse af eksisterende tilbud på behandlingscenteret. Modellen er bygget op om seks kerneelementer og en række tilgange og metoder. Disse uddybes i nærværende udgivelse.

### **Hvad får kommunen ud af arbejdet med modellen?**

Med modellen får den kommunale stofmisbrugsbehandling en systematisk og tværfaglig tilgang til arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Udgangspunktet i modellen er, at indsats og behandling til borgerne tilrettelægges ud fra et helhedssyn på borgernes tilværelse og livssituation. Dette så borgernes ressourcer, muligheder og recovery-proces styrkes.

Evalueringen viser, at arbejdet med modellen bidrager til, at borgerne i en vis udstrækning genvinder, udvikler eller vedligeholder deres funktionsevne. Dette så de i højere grad oplever at have kontrol over og indflydelse på eget liv og egen hverdag. Evalueringen viser også, at arbejdet med en udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling har ført til, at der skabes kontakt til borgere med et stort behov og ønske om hjælp og støtte, men som hidtil har været ukendte i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Med modellen får kommunen således mulighed for at hjælpe borgere, som det ikke tidligere har været muligt at støtte med relevant behandling.

### **1.2 Modelbeskrivelsen består af tre dele**

I nærværende udgivelse præsenteres modelbeskrivelsen. Udgivelsen består af tre dele.

**Del I** er en introduktion til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling og målrettet fagprofessionelle i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Del I giver et overblik over, hvad der er helt centralt for at arbejde loyalt og med den nødvendige kvalitet, når modellen skal anvendes i praksis. Del I er således et materiale, der støtter op om den samlede anvendelse af modellen.

**Del II** er en manual til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. Det er den egentlige handlingsanvisende manual, som de udgående behandlere i den kommunale stofmisbrugsbehandling vil kunne anvende i praksis og bruge som opslagsværk i omsætningen af arbejdet med modellen. I manualen beskrives de konkrete faser og trin i det borgerrettede arbejde med modellen.

**Del III** er en implementeringsguide til arbejdet med modellen. Den samler op på gode råd og erfaringer fra implementeringsforskningen og praksis, som kan guide ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling.

## 2. DEL I – INTRODUKTION TIL MODELLEN

Del I – Introduktion til modellen indeholder følgende afsnit:

- Afsnit 2.1: Beskriver **målgruppen** for modellen, herunder målgruppens særlige karakteristika.
- Afsnit 2.2: Beskriver **vidensgrundlaget** for modellen, herunder modellens praksismæssige og forskningsmæssige forankring.
- Afsnit 2.3: Beskriver de seks **grundprincipper** og **kerneelementer**, som modellen er sammensat af.
- Afsnit 2.4: Beskriver de **centrale tilgange og metoder**, som modellen bygger på, herunder forandringscirklen, den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang.

### 2.1 Målgruppen

Den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling er målrettet de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Hvorvidt en borger er i målgruppen for modellen, vil altid være baseret på en faglig vurdering af den enkelte borgers behov, ønsker og samlede livssituation. Udgangspunktet er dog, at målgruppen for modellen er indkredset via en række inklusionskriterier. Disse fremgår i boksen nedenfor.

#### Borgere i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling er:

- Borgere, der tilhører målgruppen for social stofmisbrugsbehandling efter Servicelovens § 101.
- Borgere, der har et stofmisbrug, som ofte er kendetegnet ved at være et intenst blandingsmisbrug.
- Borgere, der har komplekse problemer og en høj belastningsgrad på mindst tre af følgende områder: fysisk helbred, psykisk helbred, økonomi, kriminalitet og familiemæssige og sociale relationer.
- Borgere, der ikke benytter, eller kun i begrænset omfang benytter, de eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud eller er i risiko for at falde ud af de eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud.
- Borgere, der har behov for støtte og hjælp fra flere systemer, og dermed har behov for koordinerede indsatser, behandling og opfølgning.
- Borgere, der oplever sig besværet af deres aktuelle situation, og som opholder sig på forsorgshjem, væresteder eller gaden. Der er også borgere i målgruppen, som oftere opholder sig i eget hjem eller færdes steder, som ikke nødvendigvis forbindes med det "konventionelle" misbrugsmiljø.

#### Blandingsmisbrug af intens karakter

Undersøgelser viser, at gruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug ofte har et blandingsmisbrug, som kommer til udtryk ved et samtidigt forbrug af to eller flere rusmidler<sup>5</sup>. Stofmisbruget har en intens karakter og udgør en stor risiko for borgerne. Således viser en undersøgelse af målgruppen, at de ofte har et stort og hyppigt forbrug af "tunge" rusmidler. Det kan fx være CNS-stimulerende rusmidler samt opiat<sup>6</sup>. Borgernes stof-

<sup>5</sup> *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug* (2013). Rambøll for Socialstyrelsen.

<sup>6</sup> *Evaluering af Akut Krisecenter til socialt udsatte med stofmisbrug* (2016). Rambøll for Socialstyrelsen.

misbrug bidrager også til en tilværelse, der i perioder er kaotisk og turbulent, og som ofte efterfølges af perioder med isolation og psykiske vanskeligheder<sup>7</sup>.

Der er også en gruppe af unge i målgruppen. Her har misbruget måske ikke været langvarigt, ligesom de sjældnere har et misbrug af fx opiater<sup>8</sup>. I stedet er de unge kendetegnet ved, at det især er misbrug af hash, som udgør deres primære stofmisbrugsproblematik, og som bidrager til deres kaotiske livssituation. Erfaringer fra afprøvningen af modellen viser også, at de unges hashmisbrug ofte suppleres af et misbrug af alkohol og fx kokain og amfetamin.

### **Komplekse sociale og sundhedsmæssige problemstillinger**

Borgerne i målgruppen har ofte sociale og sundhedsmæssige problemer ved siden af stofmisbruget<sup>9</sup>. Det kan komme til udtryk ved et dårligt fysisk helbred og eventuelle følgesygdomme af stofmisbruget, fx hepatitis, diabetes og HIV<sup>10</sup>. Borgerne i målgruppen har ofte også psykiske vanskeligheder, som ikke behandles. Dels fordi borgerne måske ikke er blevet udredt for eventuelle psykiske lidelser, og dels fordi de kan have svært ved at følge et behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien. Samtidig kan borgerne i målgruppen have boligproblemer, fx i form af hjemløshed og problemer med økonomi samt kriminalitet.

### **Manglende tilknytning til stofmisbrugsbehandlingstilbud**

Tidligere undersøgelser af borgerne i målgruppen viser, at de har svært ved at fastholde en stabil kontakt til stofmisbrugsbehandling<sup>11</sup>. På den ene side kan det dreje sig om, at borgernes særlige livssituation gør, at de har svært ved at honorere kravene i stofmisbrugsbehandlingen. Det kan føre til, at borgerne har ustabil fremmøde eller konflikter med personalet og selv vælger at afbryde behandling. På den anden side kan det skyldes, at behandlingssystemets indretning og arbejdsgange betyder, at tilbuddene ikke er i stand til at møde borgerne med den rummelighed, det kræver at fastholde dem i behandling.

### **Borgernes færdes ofte i velkendte misbrugsmiljøer**

Mange af borgerne i målgruppen opholder sig ofte i miljøer i kommunerne, hvor andre borgere med stofmisbrug færdes. Det kan være på gaden, i parker, på forsorgshjem, væresteder og i stofindtagelsesrum<sup>12</sup>. De unge fra målgruppen opholder sig ikke nødvendigvis i samme grad på væresteder og forsorgshjem. Det kan skyldes at disse tilbud måske ikke er målrettet unge. Det kan også skyldes, at de unge ikke ønsker at benytte tilbuddene. Arbejdet med modellen skal derfor tilrettelægges med øje for, at der også er en gruppe af borgere, som ikke nødvendigvis er at finde i de velkendte misbrugsmiljøer i kommunen. Kontakten til disse skal måske i højere grad skabes via en udgående indsats i borgernes egen bolig, på uddannelsesinstitutioner eller på hospitaler og psykiatriske behandlingssteder.

## **2.2 Modellens vidensgrundlag**

Forskning viser, at det er en udfordring at fastholde resultater af stofmisbrugsbehandling til målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug længere end tre til seks må-

<sup>7</sup> *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug* (2013). Rambøll for Socialstyrelsen.

<sup>8</sup> *Evaluering af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug* (2016). Rambøll for Socialstyrelsen.

<sup>9</sup> *Evaluering af Akut Krisecenter til socialt udsatte med stofmisbrug* (2016). Rambøll for Socialstyrelsen.

<sup>10</sup> Lars Benjaminsen m.fl. (2015). *Hjemløshed i Danmark: National kortlægning*. SFI.

<sup>11</sup> Socialstyrelsen (2013). *Mennesker med stofmisbrug – sociale indsatser, der virker*.

<sup>12</sup> *Evaluering af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug* (2016). Rambøll for Socialstyrelsen.

neder efter behandlingens afslutning<sup>13</sup>. Samme forskning tegner også et billede af, at de mest udsatte borgere har større risiko for at afbryde behandlingen før tid. Der er således behov for indsatser, der kan tage hånd om denne udfordring. Det er i dette lys modellen er udviklet. Modellen bygger på aktuelt bedste viden fra forskning og praksis i stofmisbrugsbehandling.

#### Hvad virker i stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere

En række tværgående undersøgelser konkluderer, at følgende metoder og tilgange har dokumenteret effekt i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug:

- **Motiverende samtaler**, som har til formål at motivere borgerne med udgangspunkt i deres egen oplevelse af behov for støtte og hjælp samt undervejs i indsatsen at fungere som metode til at fremme og understøtte borgernes proces mod recovery.
- **Psykosocial støtte og behandling** som indsats til at styrke borgernes psykosociale funktioner og reducere belastningen på disse centrale områder.
- **En helhedsorienteret behandling**, der er rettet mod borgernes samlede situation og problemstillinger og ikke kun borgernes stofmisbrug.
- Sociale indsatser og metodespecifikke behandlingstilbud **suppleret med sundhedsfaglige indsatser** tilpasset den enkelte borger.
- At **intensiteten i behandlingen** er tilpasset borgernes problemstillinger og behov, således at borgere med komplekse problemstillinger modtager en mere intensiv behandling end borgere med moderate problemstillinger.

Kilder: Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012). *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Birgitte Tylstrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

#### Hvad er modellens praksismæssige vidensgrundlag?

Modellen har i høj grad sin praksismæssige forankring i erfaringer fra afprøvningen i pilotkommunerne, Aarhus og Odense Kommune, og arbejdet med "fremskudt behandling" i Københavns Kommune. Erfaringerne herfra peger i retning af en virkningsfuld udgående behandling baseret på følgende kerneelementer:

- En fremskudt stofmisbrugsbehandling i miljøer, hvor borgerne færdes
- En hyppig og tæt kontakt som udgangspunkt for opbygning af relation og behandlingsalliance
- En kontaktskabende, fleksibel og motiverende indsats i forhold til stofmisbrugsbehandling
- Den løsningsfokuserede tilgang i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug.
- Praktisk støtte til at borgerne kan få videre relevant støtte
- Udredning og visitation til social stofmisbrugsbehandling
- Hjælp til eventuel substitutionsbehandling
- Brobygning til videre social- eller sundhedsfaglig støtte og behandling
- Visitationskompetence til behandlingspraktik og døgntilbud for socialt udsatte borgere

Erfaringerne fra arbejdet i de tre kommuner viser også, at en udgående stofmisbrugsbehandling bør udføres af erfarne stofmisbrugsbehandlere, som har dybdegående kendskab

<sup>13</sup> Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012). *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Birgitte Tylstrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.



til målgruppen af de mest udsatte borgere. Samtidig er det en fordel, at de udgående behandlere har stort kendskab til arbejdsgange, kultur og rutiner i den eksisterende stofmisbrugsbehandling.

### Hvad er modellens forskningsmæssige vidensgrundlag?

Aktuelt bedste viden viser, at en systematisk udredning og behandling af borgernes samlede problembillede og belastninger er centralt for en effektiv stofmisbrugsbehandling<sup>14</sup>. Det stiller krav til en stofmisbrugsbehandling med et tværfagligt sigte, som kan tage højde for borgernes samlede situation. Samtidig skal intensiteten i stofmisbrugsbehandlingen og den samlede indsats til borgerne tilpasses borgernes problemstillinger og behov. Det skal sikre, at de mødes med en mere intensiv indsats end borgere med mere moderate problemstillinger. Dette skal også ses i lyset af, at recovery-processen for de mest udsatte borgere med stofmisbrug er en langvarig proces, som strækker sig ud over varigheden af typisk stofmisbrugsbehandling<sup>15</sup>. Herudover peger forskningen på, at stofmisbrugsbehandling målrettet de mest udsatte borgere bør omfatte en udgående, rummelig og tilgængelig indsats<sup>16</sup>. Dette hvor behandlingen bygger på et kombineret omsorgsperspektiv, stabiliseringsperspektiv og recovery-perspektiv<sup>17</sup>.

I forskningen dokumenteres det, at den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang er effektive metoder i stofmisbrugsbehandlingen. Begge metoder er grundlæggende i modellen. Det beror på forskningsmæssig viden om, at metoderne er effektive i forhold til at motivere borgerne til stofmisbrugsbehandling samt understøtte borgernes recovery-proces undervejs<sup>18</sup>. Endelig er modellen forankret i forskningsmæssig viden om, at stofmisbrugsbehandling skal suppleres med psykosocial støtte. Dette med henblik på at styrke borgernes psykosociale funktioner, som led recovery-processen<sup>19</sup>.

## 2.3 Grundprincipper og kerneelementer

Modellen er bygget op om seks grundprincipper eller kerneelementer. Omdrejningspunktet for kerneelementerne er, at indsatsen er individuelt tilpasset borgerens behov og ønsker.

### Kerneelementer, faser og trin i det daglige arbejde

I *Del II – Manual til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling* er de seks grundprincipper og kerneelementer sat i spil og i sammenhæng med modellens centrale faser og trin. Det er her, man kan læse om, hvordan de bliver aktive som udgangspunkt for modellen, når de knyttes til de konkrete faser og trin, som det daglige arbejde med modellen og borgerne kredser om.

De seks grundprincipper og kerneelementer kan have forskellig vægt i forskellige dele af modellen. De er dog alle retningsgivende for arbejdet med modellen.

<sup>14</sup> Socialstyrelsen (2013). *Mennesker med stofmisbrug – sociale indsatser, der virker*. Birgitte Tylstrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL. Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012). *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Socialstyrelsen (2013). *Mennesker med stofmisbrug – sociale indsatser, der virker*.

<sup>15</sup> Ditte Andersen & Margaretha Järvinen (2009). *Skadesreduktion i praksis*. SFI.

<sup>16</sup> Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012). *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning.

<sup>17</sup> Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012). *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning.

<sup>18</sup> Socialstyrelsen (2013). *Mennesker med stofmisbrug – sociale indsatser, der virker*.

<sup>19</sup> Birgitte Tylstrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

### **1. Recovery-orienteret**

Et kerneelement i modellen er, at der arbejdes recovery-orienteret. Modellen bygger på en antagelse om, at borgeren kan komme sig af sit misbrug og forbedre sin samlede livssituation med den rette støtte og indsats. Det afgørende er, at indsatsen tilrettelægges i samarbejde med borgeren og tager udgangspunkt i borgerens eget livssyn, værdier og håb.

At arbejde recovery-orienteret betyder, at der tages udgangspunkt i de ønsker, mål, håb og drømme, borgeren selv definerer og ønsker at arbejde med. Recovery bygger på respekt, empati og indføling ift. borgerens situation og tager udgangspunkt i borgerens ønsker og ikke nødvendigvis de problemer, de udgående behandlere ser. Samtidig skal der tages hensyn til, at mange borgere efter et måske mangeårigt liv med stofmisbrug og øvrige sociale og sundhedsmæssige problemer kan have det meget dårligt. Det kan betyde, at de måske har vanskeligt ved at formulere mål og ønsker for deres liv. Den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling skal derfor udformes i dialog med borgeren om, hvad borgeren oplever at have behov for hjælp til. Samtidig kan de udgående behandlere bidrage med deres faglige viden og erfaring og på den baggrund lytte, motivere og yde støtte og behandling til borgeren i hverdagen.

### **2. Borgeren som omdrejningspunkt for behandlingen**

Borgeren og de udgående behandlere indgår i et ligeværdigt samarbejde, hvor borgeren kan bruge de udgående behandlere som støtte til at styrke sin livssituation. Det udelukker ikke, at de udgående behandlere kan arbejde med at bibringe borgeren nye indsigter i livet. Men det er borgeren, der bestemmer, hvilke indsatser og problemstillinger han eller hun ønsker at arbejde med.

Arbejdet med modellen og borgerne skal også understøttes af den nødvendige fleksibilitet. Det betyder, at intensiteten i behandlingen bør tilpasses borgernes problemstillinger, ressourcer, udfordringer og behov. Således vil borgerne i målgruppen typisk have behov for at modtage en mere intensiv og mobil indsats end borgere med mere moderate problemstillinger. Endeligt betyder det, at de udgående behandlere skal være klar til at give borgerne støtte og hjælp, når de har behov for det, også selvom borgerne måske tidligere har afvist dette.

### **3. Rummelighed**

Borgerne skal mødes med rummelighed – både i arbejdet med modellen samt i eksisterende sociale og sundhedsfaglige tilbud. Nogle borgere kan fx have behov for, at de udgående behandlere støtter dem i opstart af behandling. Det kan også være, at borgerne har behov for, at de udgående behandlere er en "livline", de kan komme i kontakt med, hvis de oplever udfordringer i kontakten med behandlingssystemet og øvrige støttetilbud. De udgående behandlere skal her udvise den fornødne rummelighed i samarbejdet med andre aktører. Dette så samarbejdspartnere bedre lykkes med at støtte op om indsatsen til borgerne.

Rummelighed handler også om, at borgerne mødes med rummelighed i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det kan fx være rummelighed i opstart af behandling, herunder visitation og modtagelse, og øget lydhørhed over for borgernes ønsker til social eller sundhedsfaglig stofmisbrugsbehandling. Samtidig drejer det sig om, at der i eksisterende tilbud er villighed til at kigge indad med henblik på at identificere og justere de systembarrierer, der kan være for borgerne.

Det er vigtigt, at arbejdet med rummelighed udvikles sammen med og til gavn for de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Det betyder, at borgerne er med til at definere det sted, de vil være, og at de oplever, at støtten er tilgængelig og hurtig, når det kræves.

#### **4. Helhedsperspektivet**

Borgerne i målgruppen har mange andre problemstillinger i kombination med stofmisbruget. Det kan være hjemløshed, psykiske vanskeligheder, økonomiske problemer og øvrige sociale og sundhedsfaglige udfordringer. Det kræver, at der er fokus på borgernes samlede situation.

De udgående behandlere skal derfor støtte borgerne i afklaring og prioritering af de væsentligste områder for behandling i et aktuelt og længerevarende perspektiv. Det skal sikre, at borgerne støttes i at identificere muligheder og etablere kontakt til relevant hjælp i øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

De udgående behandlere kan derfor – i tæt samarbejde med, fx bostøttemedarbejdere, støttekontaktperson og sagsbehandler, som har ansvaret for borgerens indsatser – have en brobyggende rolle. Dette i forhold til at sikre, at der igangsættes indsatser, der imødekommer borgerens egne definerede behov, og at disse indsatser samlet set understøtter borgerens ønskede recovery-proces.

#### **5. Udgående indsats i borgerens nærmiljø**

En udgående indsats i borgernes nærmiljø er et kerneelement i modellen. Det består i, at de udgående behandlere færdes i de miljøer, hvor borgerne færdes. På den baggrund kan der gennem jævnlig kontakt til borgerne opbygges en tryk relation og behandlingsalliance mellem borgerne og de udgående behandlere. Samtidig kan en udgående indsats bidrage til, at imødekomme de udfordringer borgerne oplever i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, fx en oplevelse af manglende rummelighed og tilgængelighed.

De udgående behandlere skal være tålmodige og vedholdende i arbejdet med at opsøge borgerne og skabe en tillidsfuld relation. Ligeledes er det vigtigt, at de løbende er motiverende i forhold til at vedligeholde kontakten til og tilliden med borgerne. Det betyder, at de udgående behandlere har et stort ansvar for ikke at opgive kontakten til borgerne, og sikre, at borgerne får mulighed for den støtte og behandling, han eller hun har behov for og ønsker til.

#### **6. Brobygning**

Målet med modellen er, at de udgående behandlere understøtter, at borgerne får etableret og bliver i stand til at fastholde kontakt med eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og eventuelt øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det skal sikre, at borgerne ikke vender tilbage til udgangssituationen, når den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling ophører.

Et kerneelement er derfor, at der i arbejdet med modellen løbende arbejdes med brobygning. Dette til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling i det kommunale misbrugscenter, men også øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det kan være en vanskelig opgave for de udgående behandlere at arbejde med brobygning. Det kan bl.a. skyldes, at eksisterende tilbud ikke "matcher" borgernes problemer og livssituationer, eller det kan være svært at ændre de arbejdsgange og rutiner, der udgør en barriere for borgerne. Det kan også skyldes, at borgerne oplever, at eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud stiller krav, som borgerne kan have svært ved at honorere. For at de udgående behandlere kan lykkes med brobygning i det daglige ar-

bejde, er det vigtigt, at dette arbejde understøttes af opbakning fra ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling. I *Del III – Implementeringsguide til modellen* er gode råd og ideer til dette udfoldet.

#### 2.4 Centrale tilgange og metoder

Udgangspunktet i modellen er at understøtte borgerens recoveryproces via løbende motivationsarbejde. Hvorvidt, borgeren har motivation for at skabe en forandring i sit liv og et ønske om recovery, må dog aldrig blive et kriterium for, om borgeren modtager relevant hjælp og støtte.

Et vellykket samarbejde med borgeren forudsætter, at der etableres en konstruktiv og tillidsfuld behandlingsalliance mellem de udgående behandlere og borgeren. Det er behandlingsalliancen, der er det bærende element i arbejdet med borgeren og det, der skal støtte borgeren i at nå frem til et ønske om en forandring og et håb om, at recovery er muligt. For at understøtte dette består modellen af en række tilgange og metoder. Samlet skal de støtte de udgående behandlere i deres arbejde med borgeren. Det drejer sig om tilgangene:

- Forandringscirklen (jf. også bilag 1B)
- Den motiverende samtale
- Den løsningsfokuserede tilgang.

Det kan være en vedvarende udfordring i det motivations- og recovery-orienterede arbejde, at dialogen med borgere i målgruppen af de mest udsatte borgere ofte kan være ganske kortvarig. Dette betyder, at arbejdet med forandringscirklen, den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang skal omsættes på en måde, hvor de er tilpasset borgerne i målgruppen.

I *Del II – Manual til modellen* er forandringscirklen, den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang omsat konkret i form af samtale- og spørgeteknikker. Nedenfor gives en introduktion til tankegodset bag tilgangene og metoderne.

#### **Forandringscirklen**

Blandt praktikere i stofmisbrugsbehandlingen er forandringscirklen relativt udbredt. Det skyldes modellens enkelthed og dens intuitive appel, som danner udgangspunkt for en forståelse af arbejdet med motivation og recovery blandt udsatte borgere<sup>20</sup>. Modellen er brugbar i stofmisbrugsbehandlingen til at nuancere og perspektivere mere forenklede opfattelser af motivation som enten tilstedeværende eller fraværende. På den måde giver forandringscirklen de udgående behandlere en nyttig ramme i deres arbejde med de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Samtidig bibringer forandringscirklen en forståelse af, hvordan de udgående behandlere kan finde og fremme motivationen for forandring og recovery hos borgeren.

Forandringscirklen tager udgangspunkt i, at recovery er en proces med flere stadier, ikke en tilstand eller et resultat. Det kan ofte kræve gentagne forsøg over en længere tidsperiode, før målet om borgernes drømme og ønsker nås. Borgere, som ønsker at forandre en situation, vil ofte være i tvivl om denne forandring, og der går mange overvejelser forud for, at borgeren er parat til at handle på ønsket om forandring. Ambitionen med forandringscirklen er derfor, at den kan hjælpe de udgående behandlere med at se, hvilken type

---

<sup>20</sup> Morten Heese og Michael Jourdan (2012). *Forandringscirklen*, Stofbladet.dk.

indsats og motivationsarbejde, der er den rigtige at anvende over for borgeren i en given situation.

Figur 2-1: Forandringscirklen

**Førovervejelser om ændring:**

Tænker ikke, at der er et problem, eller overvejer ikke at ændre på det.

**Overvejer ændring:**

Ambivalens og overvejelse af fordele og ulemper ved ændring samt troen på, at det kan lade sig gøre.

**Forbereder ændring:**

Erkender et problem og er motiveret til at gøre noget ved det.

**Påbegynder ændring:**

Ved, hvad der skal gøres for at ændre en ting, og foretager ændringen. Får evt. positive oplevelser med ændringen.

**Vedligeholder ændring:**

Fastholder sig selv i det nye mønster, oplever flere handlemuligheder og er i stand til at fokusere på det gode ved ændringen.

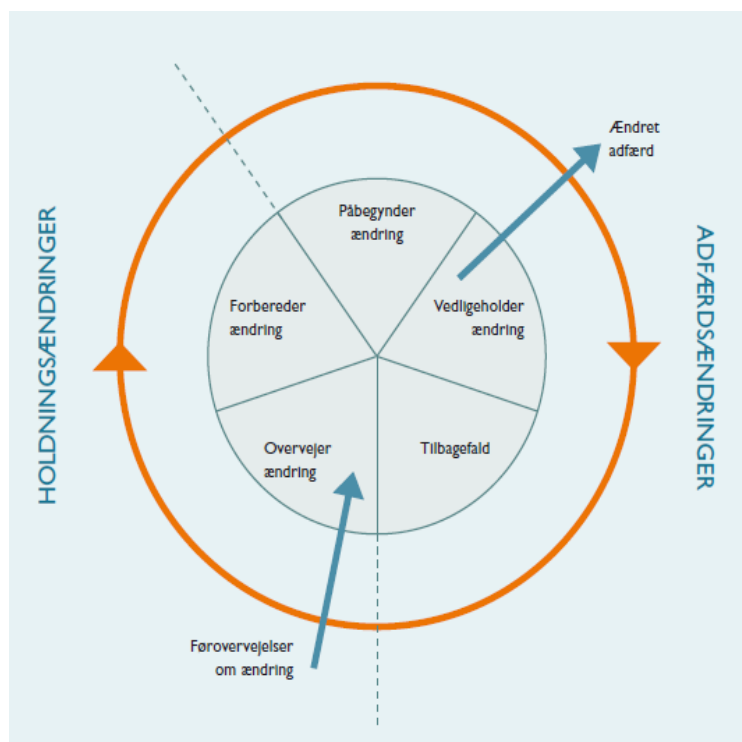
**Tilbagefald:**

Mister motivationen, overvejer at falde tilbage i det gamle mønster igen, gør det evt. og ryger måske tilbage til overvejel- sesstadiet igen.

Kilde: Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Diclemente, C.C: *"Changing for good"*. Quill, Harper Collins Publishers 1944/2002.

Overordnet kan der sondres mellem seks faser i forandringscirklen, der udtrykker forskellige former for parathed eller overvejelserfaser hos borgeren. Det drejer sig om førovervejelserfasen, overvejelserfasen, forberedelse af ændring, påbegyndelse af ændring, vedligeholdelse af ændring og tilbagefaldsfasen. I praksis ses ofte mere kortfattede versioner af forandringscirklen. Her er forberedelse, påbegyndelse og vedligeholdelse af forandring "slået" sammen til én fase, som samlet udtrykker høj parathed til recovery hos borgeren.

Ved at se på hvor i cirklen, borgeren befinder sig i forhold til egne ønsker om recovery, kan de udgående behandlere og borgeren arbejde videre med, hvordan bevægelsen mod den ønskede recovery skal foregå. Ligeledes kan forandringscirklen være god til at forklare, hvorfor man i ændringsprocessen ofte vil bevæge sig frem og tilbage i mellem forskellige stadier.



### Faserne i forandringscirklen – og borgerens parathed til en proces mod recovery

- **Førovervejelsesfasen (lav parathed)**  
Når relationsarbejdet med borgerne i målgruppen startes op, er borgerne som oftest i førovervejelsesfasen. Borgeren lever måske med et stofmisbrug og overvejer ikke, hvordan livet vil være uden. Hvis borgerens parathed er lav, er borgeren langt fra parat til at gå ind i handlefasen.
- **Overvejelsesfasen (middelhøj parathed)**  
Når borgeren er i overvejelsesfasen, vil hans eller hendes parathed ofte være middelhøj. Det betyder dog ikke, at borgeren endnu er parat til at gå ind i handlefasen. Ambivalensen er stadig for stor til, at borgeren kan tage et begrundet valg om en proces mod recovery.
- **Forberedelses-, påbegyndelses- og vedligeholdelsesfasen (høj parathed)**  
Hvis eller når borgeren har høj parathed til en proces mod recovery, handler det om at støtte ham eller hende – dels ved at lægge en handlingsplan, dels ved at give faktisk rådgivning om muligheder for støtte.
- **Tilbagefaldsfasen**  
Der kan være en risiko for, at borgerens forandringsmønstre fra handle- og vedligeholdelsesfasen ikke varer ved, og at han eller hun igen vender tilbage til den gamle adfærd forud for det igangsatte arbejde med recovery. I så fald indtræder en tilbagefaldsfasen kendetegnet ved, at borgeren har mistet motivationen for processen mod recovery og måske er røget tilbage til (før)overvejelsesfasen.

De enkelte faser er omsat i konkrete guidelines i *Del II – Manual til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling*.

### Den motiverende samtale

Aktuelt bedste viden viser, at den motiverende samtale er en virksom metode i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug<sup>21</sup>.

#### *Metodens udgangspunkt*

Den motiverende samtale er udviklet af William Miller og Stephen Rollnick<sup>22</sup>. De definerer den motiverende samtale som en *borgercentreret, styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens*.

Hvor mange samtalemetoder arbejder med et fokus på borgerens problemer og fejlslagne forsøg på løsninger, er udgangspunktet i den motiverende samtale et bevidst arbejde med fokus på løsninger. Dette med udgangspunkt i borgerens positive forestillinger om en løsning. Samtalen orienteres om borgerens ressourcer og holder fokus på, hvad borgeren er lykkedes med tidligere i sit liv. På den måde får borgeren synliggjort sine styrker og styrkes i troen på egne evner. En grundpille i den motiverende samtale handler om forståelse af og empati for borgerens situation, oplevelse og opfattelse. Med afsæt i metoden tages altid et respektfuldt udgangspunkt i borgerens egne værdier og ønsker. Den motiverende samtale bygger derfor på inddragelse og empowerment af borgeren.

En styrke ved metoden er, at den tager højde for, at de fleste borgere er ambivalente, når de står over for at skulle tage beslutning om at gennemføre en ændring i livet.

<sup>21</sup> Socialstyrelsen (2013). *Mennesker med stofmisbrug – sociale indsatser, der virker*.

<sup>22</sup> Miller og Rollnick (2002): *Toward a Theory of Motivational Interviewing*.

### "Kernen" i den motiverende samtale

"Kernen" i den motiverende samtale dækker over den bagvedliggende tilgang til motivationsarbejdet og den måde, hvorpå de udgående behandlere betjener sig af den motiverende samtales strategier og spørgeteknikker. "Kernen" i den motiverende samtale består af følgende fire dele:

1. **At arbejde ud fra en omsorg for borgeren.** Arbejdet med modellen, herunder kontakt og samtaler, foregår ofte med borgeren, når han eller hun er i en form for krise. Her er det særligt vigtigt at arbejde med at opbygge en empatisk relation til borgeren. Med andre ord, skal borgeren føle sig hørt og forstået og ikke føle sig tvunget til at foretage en proces mod recovery. Omsorgen består blandt andet i at sætte borgerens ønsker i centrum som det primære mål for samarbejdet.
2. **At møde borgeren med accept.** Det vil sige, at acceptere borgerens valg samt respektere borgerens autonomi på trods af, at de valg, borgeren træffer, kan være i konflikt med eget syn eller tilbuddets eller myndighedens krav.
3. **At samarbejde med borgeren.** Det er alfa omega, at de udgående behandleres såvel som borgerens viden, kompetencer samt erfaringer inddrages og spiller en aktiv rolle i udformningen af en realistisk plan for recoveryprocessen.
4. **At frembringe borgerens argumenter for forandring.** Forandring som led i en recoveryproces bygger på borgerens egen motivation. Derfor er det vigtigt, at borgerens egne ønsker frembringes, således at varige forandringer i processen mod recovery bygger på borgerens egne tanker og ideer om metoder til at nå målet. Ideen er, at jo mere borgeren selv argumenterer for en recoveryproces, jo mere motiveret bliver borgeren for denne recovery.

Afsættet i den motiverende samtale er bevidst at arbejde på at inddrage borgeren i samtalen og gøre borgeren til en aktiv medspiller. Det skal understøtte borgerens indre motivation for forandring som led i egen proces mod recovery.

Med dette udgangspunkt beskriver metoden strategier til at hjælpe de udgående behandlere til at understøtte borgerens recovery-proces.

### Konkrete samtale- og spørgeteknikker i den motiverende samtale

På det konkrete plan er den motiverende samtale en samtalebaseret og målrettet kommunikationsstil med særlig opmærksomhed på forandringsudsagn. Den sigter mod at styrke personens egen motivation for, og selvvalgte forpligtelse til, et bestemt mål ved at afdække og udforske personens egne grunde til recoveryprocessen i en atmosfære af accept og medfølelse. Den motiverende samtale er således en samtaleteknik, der på en ikke-konfronterende og ikke-dømmende måde har til formål at reducere de almindelige problemer med ambivalens, som alle oplever, når de skal træffe valg om en recoveryproces. De udgående behandleres vigtigste rolle er at være reflektivt lyttende, empatiske og at anvende samtaleteknikkerne:

- **Åbne spørgsmål**
- **Spejling**
- **Bekræftelse**
- **Opsummeringer.**

De enkelte samtale- og spørgeteknikker er operationaliseret i *Del II – Manual til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.*

### **Den løsningsfokuserede tilgang**

Aktuelt bedste viden viser også, at den løsningsfokuserede tilgang er en effektiv metode i arbejdet med borgere med stofmisbrug. Erfaringerne fra afprøvningen af modellen i Aarhus og Odense Kommune viser også, at de udgående behandlere har haft nytte af metoden.

#### *Metodens udgangspunkt*

Den løsningsfokuserede tilgang er udviklet af den amerikanske terapeut Steve De Shazer. Tilgangen adskiller sig fra traditionelle behandlingsmetoder ved hovedsageligt at fokusere på handlemuligheder, ressourcer og lægge minimal vægt på problemer. Filosofien i metoden er, *at problemer er uønskede ting, der fastholdes af uproduktive måder at tale om dem på*<sup>23</sup>.

Det uproduktive er kort beskrevet at fokusere på netop problemerne og det uønskværdige frem for at kaste lys over det ønskværdige. Det vil sige hvordan borgerens ressourcer kan og allerede bidrager til fremskridt i denne retning. Antagelsen er, at et sprogligt fokus på problemer vil forårsage, at de udgående behandlere og borgeren bliver eksperter på problemerne – og altså ikke på de handlemuligheder, der eksisterer. Den løsningsfokuserede metode er således en målorienteret tilgang, som hjælper den enkelte borger med at foretage ændringer i sit liv ved at fokusere på løsninger i stedet for problemer.

Metoden bygger på en grundlæggende tro på, at alle borgere, uanset deres livssituation, har ressourcer, der kan mobiliseres. Selv i fastlåste situationer vil dele af den ønskede løsning som regel allerede være til stede i borgerens liv. Dette kan fungere som udgangspunkt for, at borgeren får håb om, at recovery er mulig, og får nogle konkrete redskaber til at arbejde frem mod den ønskede ændring. Grundlaget i metoden er en terapeutisk tankegang, hvor målet er at finde effektive handlemuligheder for borgeren inden for en rimelig og giventidstramme.

---

<sup>23</sup> Jong og Berg (2006): *Løsningsfokuserede samtaler*.



### Konkrete samtale- og spørgeteknikker i den løsningsfokuserede tilgang

Den løsningsfokuserede tilgang er en samtaleteknik, der understøtter borgerens evner i forhold til at sætte og arbejde med ønskede og realiserbare mål. Dette gøres ikke gennem et fokus på problemets årsag og karakter. I stedet skal det ske gennem et fokus på fremadrettede løsninger og tilegnede færdigheder med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer og ved at drage læring af de succeser, som borgeren har oplevet tidligere i livet.

Antagelsen er, at borgeren allerede selv besidder afgørende elementer af løsningstiltag, som vil kunne være vigtige at undersøge og udvikle, således at borgeren er ekspert i at finde sine egne løsninger. Med den løsningsfokuserede tilgang rettes fokus mod, hvad det er for en fremtid, borgeren kunne ønske sig. Den løsningsfokuserede tilgang kategoriseres inden for seks spørgsmålstyper/teknikker, som er:

- **Undtagelsesspørgsmål**
- **Skalaspørgsmål**
- **Spørgsmål til forskelle**
- **Coping-orienterede spørgsmål**
- **Mirakelspørgsmål**
- **Spørgsmål til at arbejde med mål.**

De enkelte samtaleteknikker er omsat i form af konkrete støttende tilgange i *Del II – Manual til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling*.

### Et fælles afsæt for arbejdet med motivation og recovery

Antagelserne i den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang lægger sig i høj grad op ad hinanden. Men selvom de to metoder i mange henseender repræsenterer to sider af samme sag, er udgangspunktet i modellen, at begge metoder kan anvendes på forskellige måder og i forskellige faser i arbejdet med borgerens motivation og recovery. I *Del II – Manual til modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling* er de to metoder og tilknyttede samtaleteknikker operationaliseret og sat i sammenhæng med forandringscirklen.

Overordnet er modellen baseret på, at den motiverende samtale særligt anvendes i det motivationsarbejde, der går på at hjælpe borgeren fra førovervejelsesfasen til et sted, hvor processen mod recovery forberedes eller påbegyndes. Samtidig anvendes den motiverende samtale som den metode, de udgående behandlere kan trække på, hvor borgerens motivation for recovery udfordres af den ene eller anden grund. Omvendt er den motiverende samtale ikke nødvendigvis det rette metodiske valg, når borgeren er et sted mellem faserne, hvor recovery processen forberedes, påbegyndes og vedligeholdes. Her kan den løsningsfokuserede tilgang i højere grad være anvendelig.

### **Samspejlet mellem den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang**

I samspejlet mellem den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang kan **den motiverende samtale** overordnet karakteriseres som den motiverende samtalemetode, der har til formål at få de mest udsatte borgere til at indgå i de første dele af en udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling – og bevæge sig fra førovervejelse over overvejelse til forberedelse af forandring i en proces mod recovery.

Omvendt repræsenterer **den løsningsfokuserede tilgang** det mere systemiske og strukturerede arbejde, der sætter ind ved forberedelse, påbegyndelse og vedligeholdelse af forandring i en proces mod recovery. Den løsningsfokuserede tilgang anvendes til at tage fat på de konkrete punkter og mål, som borgeren ønsker at arbejde med for at synliggøre, hvilke arbejdsområder han eller hun har foran sig, samt til at fremhæve, hvilke ressourcer og redskaber borgeren allerede besidder og kan anvende i denne henseende.

Det er dog vigtigt at påpege, at dette snit i anvendelse mellem metoderne ikke skal opfattes stringent. Det kan variere fra borger til borger, hvornår hvilken metode er mest anvendelig. Derfor skal de udgående behandleres kvalifikationer i arbejdet med metoderne altid være udgangspunktet for valg af metode.

## 3. DEL II – MANUAL

Manualen er skrevet til de udgående behandlere, der har deres daglige gang i den kommunale stofmisbrugsbehandling, og som skal arbejde efter de centrale kerneelementer, faser og trin i modellen. Dette i et tæt samarbejde med borgerne.

Manualen er bygget op om modellens centrale grundprincipper, kerneelementer samt de enkelte faser og trin i modellen. I manualen præsenteres forskellige spørgeteknikker, opmærksomhedspunkter, tjeklister og redskaber, som kan hjælpe de udgående behandlere med at omsætte modellen i den daglige praksis.

Modellens **faser** beskriver de former for opdelte processer, der indgår i et forløb for borgeren.



Modellens **trin** er de konkrete byggesten, der udgør den enkelte fase, og de trin, der er væsentlige for omsætningen af fasen i praksis.



**Spørgeteknikker** der kan anvendes i motivationsarbejdet med den enkelte borger og som understøtter modellens metoder.



**Opmærksomhedspunkter** er videns- og erfaringsbaserede forhold, som der bør være opmærksomhed på i den konkrete omsætning af modellen i praksis.



**Tjeklister** er de helt korte opsummeringer af, hvordan processen skal tilrettelægges. Tjeklisterne udgør en overskuelig form for "drejebog" for faser og trin.



**Redskaber** er velafprøvede tilgange til at understøtte processen i de enkelte faser. De er tiltænkt som (valgfri) inspiration, der kan bruges efter behov.



### Manualen skal genbesøges og kan bruges som opslagsværk

Manualen er opbygget, så den både kan fungere som en samlet indføring og som et mere fokuseret opslagsværk. Hensigten med denne opbygning er at gøre de udgående behandleres vej fra tanke til handling så enkel og kort som muligt, så de med manualen som følgesvend kan agere umiddelbart i dagligdagen og i samarbejdet med borgerne. Opbygningen af manualen som opslagsværk afspejler ydermere, at arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug sjældent er lineært, men tværtimod cirkulært og præget af gentagelser.

Ved at anvende manualen som opslagsværk kan de udgående behandlere tage modellens kerneelementer og værktøjer i anvendelse i netop den rækkefølge og med netop den prioritering, som den pågældende borgers situation kræver.

### Modellen består af kerneelementer, faser og trin

Modellen består af seks grundprincipper og kerneelementer, tre faser og en række trin per fase, og manualen er inddelt i kapitler efter samme systematik.

Del II – Manual til modellen består af følgende afsnit:

- Afsnit 3.1: Giver en kort introduktion til **modellens kerneelementer og de enkelte faser og trin** i modellen.
- Afsnit 3.2: Beskriver fase 1 – **den udgående og kontaktskabende indsats** i modellen.
- Afsnit 3.3: Beskriver fase 2 – **motivationsarbejdet** i modellen.
- Afsnit 3.4: Beskriver fase 3 – **fortsat behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling** og brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud i modellen.

I bilag 1 fremgår en række redskaber til kopiering, print og daglig brug i arbejdet med modellen.

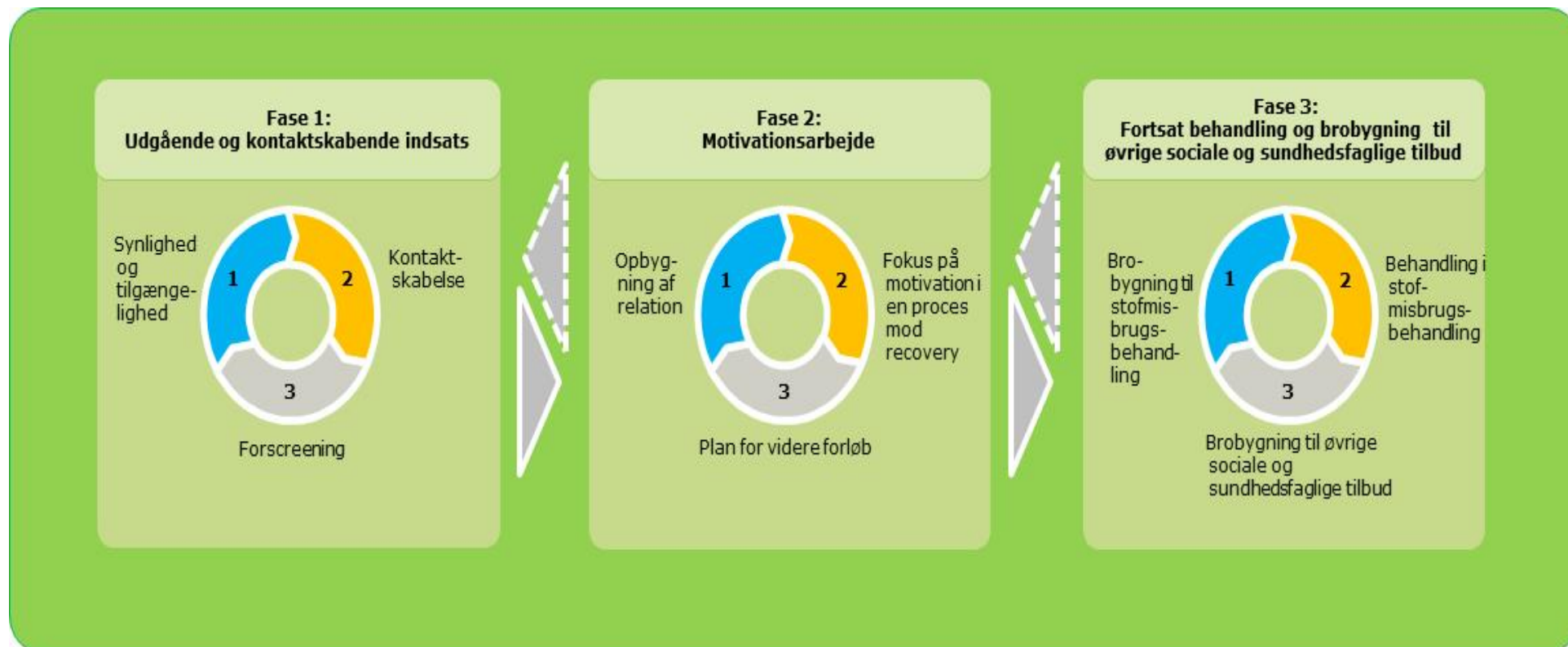
### 3.1 Faser og trin i modellen

Modellen er i denne manual struktureret efter en idealtypisk fremgangsmåde i et behandlingsforløb for borgeren og indeholder et kronologisk perspektiv på processen. I praksis vil de forskellige faser og trin i modellen bryde behandlingsforløbets lineære perspektiv.

Samtidig skal det påpeges, at den udgående og kontaktskabende indsats og motivationsarbejde er et mål i sig selv, og at der kan være stor forskel på, hvornår borgeren ønsker at igangsætte en proces mod recovery, fx med henblik på stabilisering og reduktion af stofmisbrug eller bedring af social- og sundhedsmæssige livssituation.

De enkelte faser og trin i modellen er visualiseret i en arbejdsgang i figuren nedenfor.

Figur 3-1: Arbejdsgangsbeskrivelse for modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling



Modellen er bygget op om tre faser, som gennemgående bygger på de seks grundprincipper og kerneelementer i modellen. De tre faser er:

- Fase I: Udgående og kontaktskabende indsats
- Fase II: Motivationsarbejde
- Fase III: Fortsat behandling og brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

De tre faser er yderligere inddelt i en række trin (de nummererede bokse i figuren) med tilhørende tjeklister og redskaber.

Tjeklister og redskaber er udformet på en måde, så faser og trin nemt kan omsættes i praksis. Det gælder, når de udgående behandlere forsøger at skabe kontakt til borgerne, arbejder med motivation eller understøtter fortsat behandling for borgeren i eksisterende stofmisbrugsbehandling eller øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, som led i borgerens recoveryproces.

### 3.2 Tilgange og metoder i modellen

Modellen omfatter en række tilgange og metoder. Disse tilgange og metoder skal understøtte behandlernes arbejde med borgerens evne til at formulere ønsker og støttebehov, motivation for forandring og håb om recovery.

Tilgange og metoder er:

- Forandringscirklen
- Den motiverende samtale (MI)
- Den løsningsfokuserede tilgang (LØFT).

Alle dele er centrale i arbejdet med modellen, men forandringscirklen, den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang er særlig relevante i fasen med motivationsarbejde samt i arbejdet med opbygning af relation og behandlingsalliance – og naturligvis borgerens samlede recoveryproces.

#### **Forandringscirklen<sup>24</sup>**

Forandringscirklen tager udgangspunkt i, at recovery er en proces med flere stadier, ikke en tilstand eller et resultat. Det kan kræve mange forsøg gennem lang tid, før målet om en forandring nås. Dette skyldes, at borgeren, som ønsker at forandre en situation, ofte vil være i tvivl om forandringen, og at der går mange overvejelser forud for, at borgeren er parat til at handle på ønsket om forandring. Ambitionen med forandringscirklen er derfor, at den kan hjælpe de udgående behandlere med at se, hvilken type af tilgang og metode i motivationsarbejdet, der er den rigtige at anvende over for borgeren i en given situation.

Forandringscirklen kan derfor anvendes som afsæt for de udgående behandleres arbejde med modellen, metoderne og borgeren, idet den beskriver samarbejdet mellem behandler og borger og vejen mod recovery som en proces i flere stadier, hvor hver stadiet kan betyde en ny faglig strategi for at sikre borgerens fortsatte udvikling og recoveryproces (forandringscirklen findes som redskab i bilag 1)

<sup>24</sup> Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviours.*

### Faktaboks: Overvejelsesfaser i forandringscirklen

Med udgangspunkt i forandringscirklen kan de udgående behandlere vurdere borgerens parathed i forhold til forandringer som led i hans eller hendes recoveryproces. Her sonderes mellem fire typer af parathed eller faser af overvejelser.

- Førovervejelsesfasen (*lav parathed*)
- Overvejelsesfasen (*middelhøj parathed*)
- Forberedelses-, påbegyndelses- og vedligeholdelsesfasen (*høj parathed*)
- Tilbagefaldsfasen.

### Motiverende samtale<sup>25</sup>

Den motiverende samtale (MI) er en samtalebaseret og målrettet kommunikationsstil med særlig opmærksomhed på forandringsudsagn, som en del af borgerens recoveryproces. Den sigter mod at styrke borgerens egen motivation for at opnå et mål ved at afdække og udforske borgerens egne grunde til ønsket om recovery i en atmosfære af accept og medfølelse.

### Faktaboks: Samtaleteknikker i den motiverende samtale (MI)

Med udgangspunkt i den motiverende samtale er de udgående behandleres vigtigste rolle at være refleksivt lyttende, empatiske og anvende samtaleteknikkerne:

- Åbne spørgsmål
- Spejling
- Bekræftelse
- Opsummeringer.

### Den løsningsfokuserede tilgang<sup>26</sup>

Den løsningsfokuserede tilgang (LØFT) er en samtaleteknik, der understøtter borgernes evne til at sætte og arbejde med ønskede og realiserbare mål, som borgeren selv definerer. Dette gøres ikke gennem et fokus på problemets årsag og karakter men derimod gennem et fokus på fremadrettede løsninger og færdigheder, som findes med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer og ved at drage læring af de succeser, som borgeren har oplevet tidligere i livet.

### Faktaboks: Spørgsmålsteknikker i den løsningsfokuserede tilgang (LØFT)

Med udgangspunkt i LØFT kan de udgående behandlere gøre brug af følgende spørgsmålstyper i arbejdet med borgeren:

- Undtagelsesspørgsmål
- Skalaspørgsmål
- Spørgsmål til forskelle
- Coping-orienterede spørgsmål
- Mirakelspørgsmål
- Spørgsmål til at arbejde med mål.

<sup>25</sup> Læs mere om den Motiverende samtale og de forskellige samtaleteknikker i den motiverende samtale; William R. Miller og Stephen Rollnick (2014): *Den Motiverende Samtale støtte til forandring*.

<sup>26</sup> Læs mere om Løsningsfokuseret tilgange og de forskellige spørgeteknikker i den løsningsfokuserede tilgang; Solution Focused Brief Therapy Association. Terry s. Trepper m.fl. (2013): *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*.

### 3.3 Fase 1: Udgående og kontaktskabende indsats



Den udgående og kontaktskabende indsats er kernen i modellen, da det er her, der etableres kontakt til borgeren og de første skridt i det videre arbejde fastlægges. Dette skal ske via en aktiv og fleksibel indsats i borgerens nærmiljø. Det vil sige, der hvor borgeren færdes og opholder sig.

Den udgående og kontaktskabende indsats er forudsætningen for, at de udgående behandlere kan understøtte borgeren i at blive afklaret om egen situation og på sigt understøtte borgeren i processen mod recovery, som han eller hun eventuelt ønsker, fx fortsat behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling og støtte i øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Den udgående og kontaktskabende indsats indeholder i alt tre trin. Målet med de enkelte trin samt deres proces og indhold er udfoldet nedenfor.



#### Fasens trin er:

- Trin 1: Synlighed og tilgængelighed
- Trin 2: Kontaktskabelse
- Trin 3: Forscreening.

Sidst i kapitlet findes tjeklister til alle tre trin, som de udgående behandlere kan anvende i den udgående og kontaktskabende indsats.

#### 3.3.1 Trin 1: Synlighed og tilgængelighed

Målet er, at borgerne får kendskab til de udgående behandlere og de muligheder, modellen tilbyder dem. Samtidig skal de udgående behandleres tilgængelighed i nærmiljøet sikre, at borgerne kan støttes i vanskelige og akutte situationer.

Målet er også at identificere borgere i målgruppen, der har størst behov for støtte. Det drejer sig om borgere, der ikke eller kun i begrænset omfang benytter eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud, og som har et komplekst problembillede, der ofte kalder på en bredspektret indsats. Dette skal sikre, at der igangsættes en indsats, så borgerne får den hjælp og støtte, de har behov for, og som har udgangspunkt i deres egne ønsker.

#### Fremgangsmåde

De udgående behandlere skal være synlige og tilgængelige, hvor borgerne færdes. Dette skal sikre, at der kan indledes kontakt til borgerne, hvis de vurderes at være i målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Samtidig er en vis kontinuitet i de udgående behandleres synlighed i borgernes miljøer med til at fremme kendskabet til dem blandt borgerne. Over tid kan det medvirke til, at borgere, der ikke umiddelbart er interesseret i kontakt, senere selv kan tage initiativ til dette.

De udgående behandlere skal være opmærksomme på, at flere forhold kan indvirke på, hvor og hvornår borgerne færdes, hvor de gør. I boksen nedenfor ses en række opmærksomhedspunkter, som de udgående behandlere bør have for øje i arbejdet i borgernes nærmiljø.





### **Opmærksomhedspunkter: Borgernes mønstre for, hvor de færdes og opholder sig**

Som udgående behandler er det vigtigt at være opmærksom på, at borgernes mønstre for, hvor de færdes og opholder sig, ofte kan ændre sig over tid.

#### *Vejret og udbetaling af penge spiller ind på borgernes færden*

For det første vil borgerne oftere færdes udenfor på gaden i sommermånederne, mens de i vintermånederne søger indenfor, eksempelvis på væresteder, varmestuer, egen bolig og forsorgshjem. Vejret er således en faktor, de udgående behandlere skal tage højde for, i den udgående og kontaktskabende indsats.

For det andet vil der ofte være stor forskel på, hvor borgerne færdes, alt efter om det er først eller sidst på måneden. Først på måneden vil borgerne ofte have modtaget løn, kontanthjælp, pension eller andre forsørgelsesydelse. Det betyder, at de oftere vil være at finde i misbrugsmiljøet. Omvendt kan flere af borgerne have en tendens til at trække sig kortvarigt fra miljøet sidst på måneden, hvor de ofte ikke vil have flere penge.

#### *Genbesøg den geografiske afdækning*

I takt med, at de udgående behandlere får ny viden om borgernes færden, herunder hvilke faktorer der påvirker, hvor borgerne opholder sig, kan det være en god ide at lave en ny geografisk afdækning og på den baggrund en opdateret plan for den udgående og kontaktskabende indsats. *Jf. Del III – implementeringsguide til modellen.*

#### *Tydelig information til borgere og samarbejdspartnere*

Det er de udgående behandlere, der træder ind i borgernes miljø. Det er derfor vigtigt, at borgerne oplever accept af og tryghed ved de udgående behandleres tilstedeværelse. En god ide kan være, at de udgående behandlere fortæller borgerne, hvem de er, hvor de kommer fra, og hvorfor de er til stede i miljøet, så det bliver tydeligt for borgerne, at de udgående behandlere er der for at hjælpe dem, hvis de ønsker det. Det kan også være hensigtsmæssigt at medbringe visitkort og informationsmateriale om modellen, som de udgående behandlere kan overbringe dels til borgerne og dels til samarbejdspartnere i miljøer, hvor borgerne færdes. Det er med til udbrede kendskabet til modellen blandt samarbejdspartnere, ligesom det giver borgerne vished om, hvem de kan henvende sig til, hvis de selv ønsker at skabe kontakt til de udgående behandlere.

#### *Identifikation af borgere i målgruppen*

En måde at gå til arbejdet med at identificere borgere i målgruppen, er med jævne mellemrum at besøge de samarbejdspartnere, hvor borgerne holder til. Det kan eksempelvis være på værestedet, forsorgshjemmet eller varmestuen. Ofte vil det kunne føre til en god dialog med samarbejdspartnere om, hvilke borgere de udgående behandlere skal være særligt opmærksomme på. Det er dog vigtigt at påpege, at der sagtens kan være borgere i målgruppen, som ikke opholder sig på ovennævnte steder. Det er derfor centralt, at de udgående behandlere er "åbne" for at afsøge andre områder, hvor borgerne eventuelt kan opholde sig, eksempelvis på hospitaler, i eget hjem m.v.

En anden måde at gå til arbejdet med at identificere borgere kan være, at de udgående behandlere benytter sig af deres relation til allerede kendte borgere i misbrugsmiljøet. Ofte har disse viden om andre i miljøet, der er særligt udsatte, og som de udgående behandlere skal holde øje med.

### 3.3.2 Trin 2: Kontaktskabelse

Målet er, at de udgående behandlere får etableret en reel dialog og kommunikation med borgerne. Dette er afsættet for arbejdet med at afklare borgerens behov og ønsker samt det motivationsarbejde og videre brobygningsarbejde, som skal føre til, at borgeren påbegynder en recovery proces på baggrund af de ønsker og behov for støtte, borgeren selv har formuleret.

#### **Fremgangsmåde**

De udgående behandlere skal udvise åbenhed, tålmodighed og tilstedeværelse i kontakten med borgeren. Selvom borgeren i første omgang ikke ønsker kontakt, bør de udgående behandlere

forblive synlige og tilgængelige i miljøet. Det kan være med til at vække en nysgerrighed hos borgeren, som senere fører til, at han eller hun selv tager kontakt.



#### **Opmærksomhedspunkter: Inden kontakten til borgeren indledes**

Det kan være en god ide, at de udgående behandlere benytter forskellige tilgange i arbejdet med at få skabt kontakt til borgerne.

##### *Observation*

Start med at observere borgerens fremtoning, rytme og samspil med andre borgere, inden den første kontakt indledes. På denne måde kan der tegnes et billede af, hvordan der bedst skabes kontakt til borgeren.

##### *Inddrag samarbejdspartnere og andre borgere*

Det kan være en god ide at etablere den første kontakt med borgeren igennem samarbejdspartnere eller andre borgere fra misbrugsmiljøet. Igennem dem kan de udgående behandlere kommunikere, hvor de er til stede, og at de står til rådighed med hjælp og støtte, hvis borgeren ønsker det.

Den indledende dialog vil variere fra borger til borger. Nogle borgere vil måske være åbne for, at dialogen hurtigt kan spores ind på de behandlingsmuligheder, som modellen kan tilbyde. Omvendt vil det for andre borgere være en god ide at indlede en mere uformel dialog, eksempelvis om nye begivenheder i misbrugsmiljøet, vejret eller almindelige hverdagsting. I arbejdet med kontakt og dialog med borgeren bør de udgående behandlere også gøre brug af de teknikker, som fremgår i kapitlet om motivationsarbejde.



#### **Opmærksomhedspunkter: De udgående behandleres kontakt til borgeren**

- De udgående behandlere bør stræbe efter, at kontakten mellem dem og borgeren er personlig og ligeværdig. Flere undersøgelser viser, at borgerne foretrækker denne form for kontakt som alternativ til den mere professionelle og neutrale kontakt.
- De udgående behandlere bør være opmærksomme på, at borgeren måske vil være kritisk indstillet over for forsøget på kontakt. Det kan hænge sammen med, at borgeren måske tidligere har haft negative oplevelser med den eksisterende stofmisbrugsbehandling eller øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.
- De udgående behandlere bør være opmærksomme på, at de skal være tilgængelige, når borgerne har behov for støtte og hjælp. Dette også selvom borgeren tidligere har afvist at modtage støtte og hjælp. Recoveryprocessen kan være langvarig, hvorfor det er nødvendigt, at arbejde med et længerevarende, fleksibelt og vedholdende behandlingsfokus.

Kilde: Birgitte Tylstrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL. Järvinen, Margaretha m.fl. (2008). *Skadesreduktion i praksis. Behandlingstilbud til opiatmisbrugere i København*. SFI

#### *Anerkend borgeren og vurder altid risikoen ved at indlede en kontakt*

De udgående behandlere skal respektere og anerkende, hvis borgeren ikke ønsker kontakt på et bestemt tidspunkt. Det kan være udtryk for, at borgeren ikke er klar til at gå i dialog, er irriteret, forvirret eller bare ønsker at være i fred. Det er altid borgeren selv, der definerer rammerne for kontakten og et eventuelt samarbejde.

De udgående behandlere skal altid vurdere, om der er en potentiel risiko forbundet med at indlede kontakt. De udgående behandlere kan til dette anvende Brøset Violence Checklist, som er et velafprøvet redskab til risikovurdering. Redskabet kan findes i bilag 1A.

Samtidig bør ledelsen i det kommunale misbrugscenter og de udgående behandlere gå i dialog om at udfærdige præcise retningslinjer for arbejdet med modellen. Det skal give de udgående

behandlere sikkerhed i mødet og kontakten med de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Dette er uddybet i *Del III – Implementeringsguide til modellen*.



### Spørgsmål: Risikovurdering

I bilag 1 findes en uddybende beskrivelse af redskabet Brøset Violence Checklist.

Overordnet kan redskabet bruges til at vurdere borgerens adfærd på seks centrale områder. Det drejer sig om områderne:

- 1) **Forvirring:** Opfører sig forvirret og desorienteret.
- 2) **Irritabilitet:** Bliver let irriteret, taler dårligt i andres tilstedeværelse.
- 3) **Støjende adfærd:** Udviser åbenbar og vredladet adfærd, eksempelvis ved at smække med døren, råber i stedet for at tale osv.
- 4) **Fysiske trusler:** Viser med tydelig kropssprog, at hensigten er at true en anden person, eksempelvis ved aggressiv kropsholdning, griber fat i en anden persons tøj, løfter og truer med knyttet næve osv.
- 5) **Verbale trusler:** Kommer med verbale udbrud, som er mere end bare at hæve stemmen, og har til hensigt at ydmyge eller skræmme en anden person.
- 6) **Angreb på ting eller genstande:** Angriber ting eller genstande. Borgeren slår på eller knuser et vindue, slår eller skader en genstand eller slår et møbel i stykker.

Borgerens adfærd skal vurderes på de seks punkter beskrevet ovenfor. På baggrund heraf skal de udgående behandlere tildele borgeren værdien 1, hvis adfærden i forhold til det enkelte punkt observeres, og 0, hvis det ikke gør. Den maksimale samlede score for borgeren er derfor 6.

Vurderingen af voldsrisikoen er herefter som følger:

- **Samlet score = 0** Lille risiko for vold
- **Samlet score = 1-2** Moderat risiko for vold. Deeskalering igangsættes
- **Samlet score = > 2** Høj risiko for vold. Deeskalering SKAL igangsættes, og der skal være planer for, hvordan volden undgås.

### 3.3.3 Trin 3: Forscreening

Målet er, at de udgående behandlere igangsætter opbygning af relationer og behandlingsalliancer og motivationsarbejde med de borgere, som har størst behov for støtte, og som i begrænset omfang eller slet ikke modtager tilbud om stofmisbrugsbehandling.

#### Fremgangsmøde

De udgående behandleres "screening" af borgerne sker som en del af kontaktskabelsen til borgerne og på baggrund af deres erfaringer med målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Via kontakt til og samtaler med borgerne kan de udgående behandlere spørge ind til borgerens stofmisbrugssituation og samlede livssituation. På den baggrund kan de vurdere, om borgerne falder inden for modellens inklusionskriterier.

#### **Faktaboks: Borgere i målgruppen skal opfylde nedenstående kriterier**

- Borgere, der tilhører målgruppen for social stofmisbrugsbehandling efter Servicelovens § 101.
- Borgere, der har et stofmisbrug, som ofte er kendetegnet ved at være et intenst blandingsemisbrug.
- Borgere, der har komplekse problemer og en høj belastningsgrad på mindst tre af følgende områder: Fysisk helbred, psykisk helbred, økonomi, kriminalitet og familiemæssige og sociale relationer.
- Borgere, der ikke benytter eller kun i begrænset omfang benytter de eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud, eller er i risiko for at falde ud af de eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud.
- Borgere, der har behov for støtte og hjælp fra flere systemer og dermed behov for koordinerede indsatser, behandling og opfølgning.
- Borgere, der oplever sig besværet af deres aktuelle situation, og som opholder sig på forsorghjem, væresteder eller gaden. Der er også borgere i målgruppen, som oftere opholder sig i eget hjem eller færdes steder, som ikke nødvendigvis forbindes med det "konventionelle" misbrugsmiljø.

De udgående behandlere bør hurtigst muligt afklare, om borgeren er i målgruppen, eller om borgeren alene har behov for hjælp til at tage kontakt til eksisterende tilbud. Dette skal sikre, at de udgående behandlere målretter deres støtte og ressourcer mod de borgere, der har reelt behov for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.

Det er vigtigt, at de udgående behandlere også støtter borgere, som ikke falder inden for modellens målgruppe, fx ved at hjælpe borgeren med at få kontakt til relevant støtte og hjælp. Det er imidlertid centralt, at de udgående behandlere herefter overlader støtten til borgeren til andre professionelle. De udgående behandleres primære opgave er at støtte de mest udsatte borgere via en synlig og fleksibel, opsøgende og udgående indsats.

#### 3.3.4 Tjeklister

De udgående behandlere kan benytte sig af de tre tjeklister, der fremgår nedenfor. De opsummerer de enkelte skridt i hvert trin af den udgående og kontaktskabende indsats.



#### **Tjekliste: Trin 1 – Synlighed, tilgængelighed og identifikation**

##### *Synlighed og tilgængelighed i borgerens nærmiljø*

- De udgående behandlere er synlige og tilgængelige i miljøer, hvor borgerne færdes, eksempelvis på gaden, i parker, på væresteder, forsorghjem, borgerens eget hjem og stofindtagelsesrum.
- Udgangspunktet for de udgående behandleres synlighed og tilgængelighed i miljøer, hvor borgerne færdes, er den gennemførte geografiske afdækning.
- De udgående behandlere italesætter deres rolle og tilhørsforhold, når de træder ind i borgernes miljøer, så borgerne ved hvem de er, og hvor de hører til.
- De udgående behandlere anvender redskabet i bilag 1 til at udbrede information om den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling blandt samarbejdspartnere og borgere.

##### *Identificere borgere i målgruppen*

- De udgående behandlere bruger deres erfaringer og indgående kendskab til de allermest udsatte borgere med stofmisbrug til at identificere borgere i målgruppen for den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling.
- De udgående behandlere besøger med jævne mellemrum samarbejdspartnere og inddrager deres viden i arbejdet med at identificere borgere i målgruppen for den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling.
- De udgående behandlere gør så vidt muligt brug af deres relationer til allerede kendte borgere i miljøet, da de ofte kender de andre borgere i miljøet, og kan være dem, der tidligst giver udtryk for en bekymring for en borger, der potentielt er i målgruppen.

**Tjekliste: Trin 2 – Kontaktskabelse**

- De udgående behandleres indledende kontakt med borgeren sker på dennes præmisser, og de udgående behandlere skal respektere og acceptere, hvis borgeren måske ikke har lyst til kontakt på et givent tidspunkt.
- De udgående behandlere tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov, når de forsøger at indlede kontakt.
- De udgående behandlere anvender redskabet til risikovurdering, inden kontakten til borgeren indledes, jf. bilag 1.

**Tjekliste: Trin 3 – Forscreening**

- De udgående behandlere gennemfører forscreeningen som en del af det forudgående arbejde, hvor borgerne identificeres, og der skabes kontakt.
- De udgående behandlere spørger ind til borgerens stofmisbrug og livssituation via kontakt og samtaler med borgeren og vurderer på baggrund heraf, om borgeren opfylder inklusionskriterierne for målgruppen.
- De udgående behandlere søger information om borgeren gennem samarbejdspartnere.

### 3.4 Fase 2: Motivationsarbejde



Et grundprincip i modellen er, at der arbejdes med borgerens motivation med henblik på at understøtte borgerens recoveryproces. Dette sker med udgangspunkt i borgernes ressourcer og tilpassede og differentierede målsætninger samt borgerens behov og ønsker til hjælp. Det vil sige, at det er borgeren, der beslutter, hvilke indsatser han eller hun ønsker at arbejde med, samt hvilke problemstillinger de udgående behandlere og borgeren sammen skal adressere. Et fokus på motivation til at ændre egen situation må således aldrig forskydes til et krav fra udgående behandler om at sætte mål eller et krav om udvikling som forudsætning for at modtage støtte. Det er borgeren selv, der definerer egne mål og egne ønsker til recovery.

Motivationsarbejdet kan spænde fra at støtte borgeren i at opnå den første motivation for at modtage hjælp til at få lagt en egentlig plan for det videre forløb med henblik på, at borgeren påbegynder behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud og få etableret kontakt til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud. Samlet skal arbejdet med borgerens motivation være fokuseret på at støtte borgerens recoveryproces.

Motivationsarbejdet indeholder i alt tre trin. Målet med de enkelte trin samt deres proces og indhold er udfoldet nedenfor.



#### Fasens trin er:

- Trin 1: Opbygning af relation og behandlingsalliance
- Trin 2: Fokus på motivation i en proces mod recovery
- Trin 3: Plan for det videre forløb.

Sidst i kapitlet findes tjeklister til alle tre trin, som de udgående behandlere kan anvende i motivationsarbejdet.

#### 3.4.1 Trin 1: Opbygning af relation og behandlingsalliance

Målet med opbygning af en relation til borgeren er at skabe tillid mellem borgeren og de udgående behandlere. Dette skal medvirke til, at borgeren opnår erkendelse af egne behov og ønsker og på sigt opnår øget motivation for at ændre egen situation i en proces mod recovery.

#### Fremgangsmåde

Opbygning af en relation mellem borgeren og de udgående behandlere bygger videre på den kontakt, der er opnået. Det er gennem en konstruktiv behandlingsalliance og vedholdende arbejde med denne, at grundstenene til et positivt samarbejde og en positiv udvikling hos borgerne lægges. Dette skal forstås på den måde, at der er gensidig sympati, anerkendelse og respekt mellem de udgående behandlere og borgerne, men også at der er enighed om, hvilke opgaver indsatsen indebærer samt enighed om, hvad behandlingens mål er og bør være.

I boksen nedenfor er der en række generelle opmærksomhedspunkter, som de udgående behandlere skal være opmærksomme på i arbejdet med opbygningen af en relation til borgeren og fremme af en konstruktiv behandlingsalliance.



### Opmærksomhedspunkter: Relationsopbygning til borgeren

Det er vigtigt, at den udgående behandler i arbejdet med at opbygge en relation til borgeren er opmærksom på at:

- **Anerkende og acceptere borgeren.** At fokusere på personen og ikke på situationen. I begyndelsen vil det ofte dreje sig om at lytte og ikke tale.
- **Udvide empati.** Empati er også en åben og fordomsfri observation og ikke kun et spørgsmål om at kunne sætte sig ind i, hvordan det er at være i borgerens sted.
- **Tale om noget fælles tredje** (vejret, et billede, interesser osv.). Det fælles tredje afleder opmærksomheden fra det, der ofte skræmmer borgeren eller føles akavet, nemlig samtale med andre mennesker.
- **Bekræfte borgeren.** Det viser, at borgerens følelser, ideer, styrker og værdier bliver anerkendt og forstået.
- **Finde frem til det, der betyder noget for borgeren.** Er vedkommende særligt optaget af et bestemt problem, er det ofte ved fokus og hjælp hertil, at man kan finde eller fremme motivation til at indgå i en relation og på sigt understøtte en proces mod recovery.
- **Skabe passende udfordringer.** Små opgaver for borgeren, som er garanteret succes, giver borgeren oplevelse af at lykkes med små skridt.
- **Være vedholdende.** Hold fast, selvom borgeren træder ved siden af eller er afvisende. Det giver borgeren en oplevelse af, at der er nogen, der vil ham/hende.

De udgående behandlere vil ofte opleve, at borgeren er i *førovervejselsesfasen* (jf. forandringscirklen)<sup>27</sup>, når arbejdet med opbygning af en relation starter. Borgeren lever måske med sit stofmisbrug og overvejer endnu ikke, hvordan livet vil være uden. Det betyder, at borgeren endnu er langt fra parat til at gå ind i en handlefase og måske kun kan se ganske få fordele ved at stoppe misbruget. Det kræver, at de udgående behandlere gør brug af strategier og teknikker, der er tilpasset borgerens situation, behov og overvejelser om egen situation og vilkår.

Når borgeren er i *førovervejselsesfasen*, vil der samlet set typisk være et større behov for at arbejde med, at:

- Etablere behandlingsalliance og relationsarbejde
- Afdække borgerens overvejelser og følelser
- Sætte fokus på, hvad der eventuelt vil få borgeren til at overveje en proces mod recovery
- Indføre tanker om andre muligheder/ændringer af situation/adfærd
- Gennemføre samtaler om ønsker for livet og den akutte situation/adfærd
- Sætte fokus på drømme, eventuelt ved hjælp af mirakelspørgsmål (jf. teknikker nedenfor)
- Give håb via at indføre tanker om, hvad der kunne være muligt
- Synliggøre fordele og ulemper og afdække ambivalens
- Indgå i undersøgende og reflekterende processer og bevidstgørelse.

#### Eksempler på samtale- og spørgeteknikker

De udgående behandlere bør overveje hvilke teknikker, der bedst egner sig til arbejdet med opbygning af en relation til borgeren og fremme af en behandlingsalliance. Nedenfor fremgår en række eksempler på samtale- og spørgeteknikker.

De udgående behandlere skal være opmærksomme på, at samtale- og spørgeteknikkerne også kan tages i brug i de efterfølgende trin i motivationsarbejdet, ligesom de eksempler på samtale- og spørgeteknikker, der fremgår i trin 2 og 3 også kan bruges i de forskellige trin i motivationsarbejdet.

<sup>27</sup> Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviours.*

Ved hjælp af **åbne spørgsmål**<sup>28</sup> kan de udgående behandlere få borgeren til at fortælle mere. Et åbent spørgsmål åbner for borgerens perspektiv, tanker, følelser og værdier. Det fremmer motivation, mindsker modstand og fordrer udforskningen af ambivalens.



### Spørgeteknikker: Åbne spørgsmål

Åbne spørgsmål er spørgsmål, man ikke blot kan svare "ja" eller "nej" til, og de begynder ofte med: Hvad, hvordan, hvornår, hvem og hvor.

Eksempler på åbne spørgsmål:

- Hvordan kunne din recoveryproces se ud?
- Hvad har du tidligere forsøgt?
- Hvilke tanker har du gjort dig om livet med eller uden rusmidler?

I modsætning til åbne spørgsmål er lukkede spørgsmål, som giver få svaralternativer og sjældent leder samtalen videre. Lukkede spørgsmål begynder oftest med:

- Har du....?
- Ved du....?
- Kan du....?

Spørgsmål startende med "hvorfor" bør undgås, da de nemt virker anklagende og vækker forsvaret og modstand i samtalen.

**Spejlinger**<sup>29</sup> er en anden spørgeteknik, som er velegnet til at udforske ambivalensen hos borgeren. En spejling er en omformulering af et andet menneskes udsagn – altså et kort resumé af det, som den anden har sagt, eventuelt med en lille omformulering og uden tolkning. En spejling af det, borgeren siger, viser, at du lytter og forstår (empatisk lytning). Spejling medvirker dermed til at fremme samarbejde og motivation i samtalen og mindske modstand.



### Spørgeteknikker: Spejling

Enkelt-sided spejling afspejler den ene side af ambivalensen.

- **Eksempel:** Borger: "Jeg ved godt, det ikke er sundt med kokain, men jeg orker altså ikke at stoppe med det, for det giver mig overskud og energi, når jeg tager det." Behandler: "Så det er vigtigt for dig at tage kokain for at føle energi og overskud?"

Dobbelt-sided spejling afspejler begge sider af ambivalensen (rettet mod ændring).

- **Eksempel:** Borger: "Jeg ved godt, det ikke er sundt med kokain, men jeg orker altså ikke at stoppe med det, for det giver mig overskud og energi, når jeg tager det". Behandler: "Så på den ene side er det vigtigt for dig, at du tager kokain, så du føler mere overskud og energi, og på den anden side er det ikke sundt for dig?"

**Mirakelspørgsmål**<sup>30</sup> giver de udgående behandlere mulighed for at invitere borgeren til at åbne sin fantasi over for hvilke løsninger, der kan findes. Mirakelspørgsmål går på den foretrukne fremtid, og hvordan borgerens liv ser ud, når problemet er løst, eller hvis det ikke var der.

<sup>28</sup> William R. Miller og Stephen Rollnick (2014): *Den Motiverende Samtale støtte til forandring*.

<sup>29</sup> William R. Miller og Stephen Rollnick (2014): *Den Motiverende Samtale støtte til forandring*.

<sup>30</sup> Solution Focused Brief Therapy Association. Terry s. Trepper m.fl. (2013): *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*.





### Spørgeteknikker: Mirakelspørgsmål

*Mirakelspørgsmål* kan være:

- Forestil dig, at du går hjem og går i seng og sover. Mens du sover, sker der et mirakel. Miraklet er, at de problemer, som vi har talt om i dag, er løst.
  - Hvilken forskel vil du bemærke, når du vågner, og miraklet er sket?
  - Hvad vil være det første tegn?
  - Hvad mere...?
  - Hvordan vil andre bemærke, at miraklet er sket?
- Se ud i fremtiden, se dig selv, som du gerne vil være med løste problemer.
  - Forklar, hvad der er sket, som løste problemet?
- Forestil dig et brev fra dit fremtidige selv
  - Hvad vil der stå i brevet?

#### 3.4.2 Trin 2: Fokus på motivation i en proces mod recovery

Målet er, at borgeren hjælpes til at blive afklaret om egen adfærd, livssituation og stofmisbrug og opnår motivation til at igangsætte en udvikling, der kan være første skridt i borgerens recovery-proces, fx i form af stofmisbrugsbehandling og støtte til sociale og sundhedsmæssige problemer. De udgående behandlere skal støtte borgeren med at få fokus på egne overvejelser og perspektiver på, hvad en ændring vil betyde for og kræve af borgeren. Dette skal understøtte borgeren i en proces mod først et ønske om en ændring i egen situation og derpå, at ændringen indtræffer.

#### Fremgangsmåde

I takt med, at de udgående behandlere får opbygget en relation til borgeren, og denne måske i højere grad signalerer et ønske om forandring, kan de udgående behandlere påbegynde arbejdet med borgerens motivation og yde støtte til, at borgeren kan arbejde frem mod den ønskede forandring.

I boksen nedenfor er der en række generelle opmærksomhedspunkter, som de udgående behandlere skal have for øje i arbejdet med borgerens motivation for forandringer, der vil bidrage til borgerens recoveryproces.



### Opmærksomhedspunkter: Fokus på motivation for støtte og recovery

Det er vigtigt, at de udgående behandlere i arbejdet med borgerens motivation er opmærksomme på:

#### Fremgangsmåde til afklaring af borgerens værdier og ønsker

- De udgående behandlere skal ikke forsøge at overtale borgeren til en bestemt adfærd, men i stedet forsøge at give lyd til begge sider af borgerens ambivalens. Borgeren kan have gode argumenter både for og imod sit stofmisbrug. Jo mere afklaret ambivalensen bliver, jo stærkere forandringsudsagn vil der fremkomme i samtalen.
- De udgående behandlere skal spørge ind til borgerens værdier og ønsker for fremtiden. Dette skal bidrage til en afklaring af, hvorvidt der evt. er uoverensstemmelse (diskrepans) mellem handlinger og holdninger.
- De udgående behandlere skal spørge ind til og udforske succeser i borgerens fortid, og kan dermed vejen banes for ændringer i nutiden og øge borgerens ønske om en anden fremtid.

#### Fremmede behandleradfærd

- Tag udgangspunkt i borgerens situation, perspektiv og ønsker.
- Understreg borgerens autonomi i forhold til recoveryprocessen.
- Bevar optimismen og troen på borgerens evner.
- Henled opmærksomhed på de situationer og handlinger, der allerede fungerer, som borgeren ønsker det.
- Bed om tilladelse, inden der gives ekspertviden.

#### Du bør undgå

- Konfrontationer
- Advarsler
- Trusler
- Bedrevidende råd.

De udgående behandlere bør også i arbejdet med borgerens motivation tage udgangspunkt i forandringscirklen og en afdækning af borgerens parathed og overvejelser for at vurdere, hvordan de bedst kan understøtte borgeren.

I de situationer, hvor borgerens *parathed er middelhøj*, er han eller hun endnu ikke klar til at gå ind i handlefasen<sup>31</sup>. Ambivalensen er stadig for stor til, at borgeren kan tage et begrundet valg om en ændring. De udgående behandlere må derfor fortsat sætte fokus på at udforske den eksisterende ambivalens og særligt have fokus på at fremme borgerens forandringsudsagn – altså fordelene ved at igangsætte en recoveryproces set ud fra borgerens perspektiv.

Når borgeren er i *overvejelsesfasen*, eller *borgerens parathed er middelhøj*, vil der typisk være et større behov for at arbejde med<sup>32</sup>:

- At synliggøre ambivalensen, ved eksempelvis via MI-spørgsmål
- At få borgeren til at fortælle om fordele/ulempes ved adfærd
- At sætte fokus på, hvad borgeren prioriterer højest?
- At få belyst, hvad borgeren tror, der nytter, er muligt og er "prisen værd"? – Dér ligger planen
- At have fokus på forandringsudsagn og fordelene ved recoveryprocessen
- At spejle borgerens egne positive udsagn om recovery (MI)
- At benytte åbne spørgsmål med fokus på refleksion om recoveryprocessen (MI)
- At benytte undtagelsesspørgsmål (LØFT)
- At benytte spørgsmål til forskelle, fremhæve positive ændringer siden sidst (LØFT)
- At benytte Coping-orienterede spørgsmål, hvordan har borgeren håndteret en given situation/tilstand (LØFT)?

<sup>31</sup> Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviours.*

<sup>32</sup> Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviours.*

### Eksempler på samtale- og spørgeteknikker

Generelt kan de udgående behandlere tage alle spørgeteknikker i den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang i brug i arbejdet med borgerens egne ønsker og drømme.

Eksempelvis er **bekræftelser**<sup>33</sup> velegnet til at vise, at de udgående behandlere anerkender borgerens følelser, ideer, styrker og værdier. Altså en ubetinget accept af borgerens værdier og autonomi. Anerkendelse og respekt for borgerens selvbestemmelse er vigtig, når det gælder om at understøtte borgerens motivation og minimere modstand i samtalen.



#### Spørgeteknikker: Bekræftelser

De udgående behandlere skal via *bekræftelser*:

- Anerkende og respektere borgerens forsøg på at gennemgå en recovery-proces, både succeserne og frustrationerne.
- Ikke nødvendigvis være enige eller bifalde borgerens valg.
- Give borgeren en følelse af større sammenhæng og positive følelser omkring det vanskelige ved at lave en recoveryproces.

Regelmæssige **opsummeringer**<sup>34</sup> bestyrker borgeren i, at de udgående behandlere virkelig lytter, og det bestyrker dem selv i, at de har hørt det, borgeren har sagt. Ved at anvende borgerens egne ord og udtryk viser de respekt for borgerens referenceramme og understreger dennes kontrol over, hvordan hans eller hendes situation skal beskrives. Opsummeringer, deskriptive og åbne spørgsmål inviterer borgeren til enten at bekræfte resuméet, rette eller tilføje yderligere, og det hjælper ligeledes de udgående behandlere til at formulere næste spørgsmål ud fra den samlede beskrivelse af, hvad borgeren lige har åbnet op for. Opsummeringer kan bruges til

- At skabe oversigt over et område i personens fortælling
- At støtte og bygge op om personernes udforskningsproces
- At skifte tema – "sceneskift"
- At forstærke, hvad personen har sagt
- At forberede borgeren på næste skridt i recoveryprocessen
- At være pauseskabende.

De udgående behandlere kan anvende **spørgsmål til undtagelser**<sup>35</sup> til at undersøge de situationer i borgerens liv, hvor problemet var mindre eller helt væk, og hvad der var anderledes i disse situationer, som gjorde, at problemet fyldte mindre. Fokus er på, at løsninger kan findes ved at finde ting i borgerens liv, der virker, og dermed hjælpe borgeren til at gøre mere af dette.



#### Spørgeteknikker: Spørgsmål til undtagelser

Spørgsmål til *undtagelser* kan være:

- Hvad har tidligere virket?
- Hvad virker nu?
- Hvad mon der vil kunne virke fremover?
- Er der tidspunkter, hvor problemet ikke er der?
- Er der situationer, hvor du har nået målet?
- Hvad skal der til, hvis det skal ske oftere?
- Hvad skal du gøre?

<sup>33</sup> William R. Miller og Stephen Rollnick (2014): *Den Motiverende Samtale støtte til forandring*.

<sup>34</sup> Solution Focused Brief Therapy Association. Terry s. Trepper m.fl. (2013): *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*.

<sup>35</sup> Solution Focused Brief Therapy Association. Terry s. Trepper m.fl. (2013): *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*.

**Spørgsmål til synliggørelse af forskelle** hjælper til at anerkende den positive udvikling mod recovery og gøre borgeren selvbevidst om, at der sker en udvikling/forskel<sup>36</sup>. Selvrefleksion over egen positive udvikling kan hjælpe borgeren til at synliggøre de små succeser og realiserbare skridt på vejen mod målet.



#### Spørgeteknikker: Spørgsmål til forskelle

Spørgsmål til *forskelle* kan være:

- Hvad er anderledes i forhold til sidste uge, hvor du røg ét gram og nu kun ryger et halvt?
- Hvilken forskel gør det for dig?
- Hvordan mærker du den forskel?
- Hvordan ser dine omgivelser dig nu?
- Hvilken forskel gør det i forhold til andre?

De udgående behandlere kan anvende **coping-spørgsmål**<sup>37</sup> til at belyse, hvordan borgeren håndterer forskellige situationer i livet, hvad borgeren har haft succes med (eksempelvis siden sidste samtale) samt årsag til succesen. Det kan hjælpe til at forstærke håb og fokus på fremgang. Selv hvis borgeren oplever, at der ikke har været fremgang, og alt er "sort og håbløst", vil de udgående behandlere kunne arbejde med at anerkende og komplimentere borgerens styrke ved eksempelvis at kunne overleve på gaden.

Spørgsmål til borgerens coping-strategier sikrer fokus på styrker, ressourcer og evnen til at håndtere udfordringerne og måske endda helt til at modvirke en forværring af tilstanden.



#### Spørgeteknikker: Coping-spørgsmål

*Coping-spørgsmål* kan være:

- Hvordan håndterede du situationen?
- Hvilke ressourcer brugte du?
- Hvordan håndterer andre en sådan situation?
- Hvad kan du se virker?
- Hvad tror du gør, at nogen lykkes med at stoppe, når det nu er så utrolig svært?
- Hvad skal du sige til dig selv for at tænke anderledes/udskyde din trang?
- Hvilke strategier skal du bruge næste gang, der kommer stoftrang?

#### 3.4.3 Trin 3: Plan for det videre forløb

Målet er, at de udgående behandlere sammen med borgeren udarbejder en plan for det videre forløb. Planen skal indeholde borgerens mål og konkrete initiativer, eksempelvis finde et passende tilbud i eksisterende stofmisbrugsbehandling samt eventuelle øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

<sup>36</sup> Solution Focused Brief Therapy Association. Terry s. Trepper m.fl. (2013): *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*.

<sup>37</sup> Solution Focused Brief Therapy Association. Terry s. Trepper m.fl. (2013): *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*.

## Fremgangsmåde

I de situationer, hvor borgeren udviser **stor parathed**<sup>38</sup> til at lave en ændring i sit liv og til at arbejde frem mod recovery, består de udgående behandleres arbejde særligt i:

- Målafklaring
- Fastholdelse af motivation og retning
- Ros og fortsat støtte
- Udarbejdelse af plan for det videre behandlingsforløb
- Faktuel rådgivning og vejledning
- Introduktion til tilbud og brobygning til videre behandling.

## Eksempler på samtale- og spørgeteknikker

Indledningsvis handler det om, at de udgående behandlere sammen med borgeren får afklaret mål og motivation, herunder afdækning af intensitet af følelser, tjekke "sandhedsværdi" for overbevisninger samt løbende at afdække udviklingen i trang og overbevisninger.

Særlige nyttige spørgeteknikker til dette kan være **skalaspørgsmål**<sup>39</sup>.



### Spørgeteknikker: Skalaspørgsmål

Skalaspørgsmål kan være:

- På en skala fra 0-10, hvor 0 er, at dit liv falder sammen, og 10 er, at du har styr på det, hvor er du så?
- Hvor overbevist er du om, at du kan stabilisere eller reducere dit misbrug?
- Hvor meget trang har du?
- Hvad gør, at du er på 6 og ikke på 4?
- Hvad har du gjort for at være på 6?
- Hvor ville andre mon placere dig på skalaen?
- Hvad kan du gøre for at fastholde din udvikling?
- Hvad skal der til, for at du kommer op på 7?

Når borgeren har fået tydeliggjort egne mål og motivation for recovery på egne vilkår, kan de udgående behandlere arbejde med at få disse operationaliseret, så de fremadrettet fremstår som de små skridt på vejen, der er nødvendige for at nå borgerens overordnede mål.

Til dette kan anvendes nedenstående eksempler på **spørgsmål til at arbejde med mål**<sup>40</sup>.



### Spørgeteknikker: Spørgsmål til at arbejde med mål

Spørgsmål til at *arbejde med mål* kan være:

- Hvordan vil du vide, at du har nået målet?
- Hvor realistisk er det for dig at nå dit mål?
- Hvornår skal du nå det?
- Hvad vil være tegn på, at du har nået det?
- Hvordan vil det komme til udtryk?
- Hvilken forskel vil det gøre for dig?
- Hvem ville først lægge mærke til det?

Der kan være risiko for, at borgerens forandringsmønstre fra handle- og vedligeholdelsesfasen ikke varer ved, og at han eller hun igen vender tilbage til den gamle adfærd forud for det arbejde

<sup>38</sup> Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviours*

<sup>39</sup> Solution Focused Brief Therapy Association. Terry s. Trepper m.fl. (2013): *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*.

<sup>40</sup> Solution Focused Brief Therapy Association. Terry s. Trepper m.fl. (2013): *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*.

med den ønskede forandring. I så fald indtræder en tilbagefaldsfase kendetegnet ved, at borgeren har mistet motivationen og måske er røget tilbage til førovervejselsesfasen eller overvejselsesfasen<sup>41</sup>. Det er i den forbindelse vigtigt, at de udgående behandlere er opmærksomme og gør brug af nogle af de samtaleteknikker, der knytter sig til førovervejselsesfasen eller overvejselsesfasen. Samtidig er det centralt, at arbejdet i alle led er baseret på at lytte til borgerens ønsker og støtte op om dennes ressourcer.

#### *Inddragelse af borger og samarbejdspartnere i plan for det videre forløb*

Selvom de udgående behandlere har en god fornemmelse af, hvilket tilbud borgeren vil kunne få gavn af, er det vigtigt, at de inddrager borgeren i planen for det videre forløb. Dette skal sikre, at borgeren opnår ejerskab til planen for det videre forløb og hele tiden har mulighed for at fremsætte sine ønsker til behandling. Endelig er det helt afgørende for, at planen afspejler borgerens egne mål, ønsker og drømme for recovery.

Planlægningen af det videre forløb – og brobygning – sker i et samspil mellem de udgående behandlere, borgeren og kolleger fra misbrugscentret, herunder også inddragelse af eventuelt sundhedsfagligt personale, hvis det er nødvendigt. Inden de udgående behandlere påbegynder udarbejdelse af planen for det videre forløb sammen med borgeren, kan de med fordel undersøge, hvilken medicinsk behandling og hvilke sociale behandlingstilbud borgeren kan tilbydes i et fremtidigt stofmisbrugsbehandlingsforløb. Borgeren kan på dette grundlag træffe beslutning om, hvorvidt han eller hun vil indgå i stofmisbrugsbehandling.

Det er også vigtigt, at de udgående behandlere indleder kontakt med misbrugscentret for at sikre sig, at borgeren reelt kan indskrives og komme i stofmisbrugsbehandling i det behandlingstilbud, som borgeren og de udgående behandlere har udvalgt. Dette skal sikre, at borgeren ikke loves noget, som ikke kan honoreres, fx et bestemt støttetilbud.

Nogle borgere kan have karantæne fra et eller flere behandlingstilbud, og det er derfor vigtigt at få afklaret, om en eventuel karantæne kan ophæves, eller om det er nødvendigt at finde et alternativt stofmisbrugsbehandlingstilbud. Det er de udgående behandlere og ledelsen i misbrugscentret, der i samarbejde skal finde en løsning på de udfordringer, som eventuelt opstår som led i planlægningen af det videre forløb for borgeren.

Når planen for det videre forløb er klar, er det vigtigt, at de udgående behandlere ruste borgeren til det videre forløb. Mange af borgerne har måske haft dårlige erfaringer med stofmisbrugsbehandling tidligere i livet. Derfor skal de udgående behandlere tale med borgeren om, at det at indgå i stofmisbrugsbehandlingstilbuddet måske vil stille flere krav til borgeren og derfor kræver mere struktur i borgerens hverdag. Det kan også være nødvendigt, at de udgående behandlere taler med borgeren om, at de på sigt trækker sig mere fra samarbejdet, og at det i stedet bliver borgerens misbrugsbehandler i det eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud, der bliver den primære kontaktperson for borgeren.

#### 3.4.4 Tjeklister

De udgående behandlere kan benytte sig af de tre tjeklister, der fremgår nedenfor. De opsummerer de enkelte skridt i hvert trin af motivationsarbejdet. I bilag 1 findes endvidere ét redskab; *forandringscirklen*.

<sup>41</sup> Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviours.*



### **Tjekliste:** *Trin 1 – Opbygning af relation*

Nedenstående er en tjekliste til, hvordan de udgående behandlere kan strukturere samtalerne, således at de opbygger en relation til borgeren.

- ✓ Byd velkommen og introducer dig selv.
- ✓ Forklar rammerne for samtalen.
- ✓ Lyt for at forstå borgerens situation.
- ✓ Stil åbne spørgsmål og anvend spejling.
- ✓ Undgå at dømme og afbryde.
- ✓ Vær anerkendende.
- ✓ Demonstrer forståelse ved at spejle, bekræfte og opsummere det, borgeren siger.
- ✓ Husk, at borgeren er ekspert i eget liv.
- ✓ Giv passende information (husk at spørge om lov), fx om den praktiske støtte og hjælp til borgeren.



### **Tjekliste:** *Trin 2 – Fokus på motivation i en proces mod recovery*

Nedenstående er en tjekliste med 10 strategier til at fremkalde forandringsudsagn i arbejdet med motivation for forandring.

- ✓ Stil spørgsmål, der frembringer forandringsudsagn. Stil åbne spørgsmål, der lægger op til at blive besvaret med forandringsudsagn, fx hvilke problemer har du bemærket i relation til stofmisbrug?
- ✓ Spørg først om de gode ting ved tingenes tilstand og dernæst om de knap så gode.
- ✓ Bed om uddybning, når forandringsudsagn dukker op. På hvilken måde? Fortæl lidt mere om det...? osv.
- ✓ Bed om konkrete eksempler, når forandringsudsagn opstår.
- ✓ Spørg ind til fortidens og nutidens succeser: Hvad har tidligere virket? Hvad virker nu? Og hvad mon vil virke fremover?
- ✓ Se fremad. Spørg, hvad der kan ske, hvis tingene fortsætter, som de er nu. Prøv med mirakelspørgsmål: Hvis du var 100 procent succesfuld med at indføre de forandringer, du gerne vil have, hvad ville så være anderledes? Beskriv det konkret. Hvordan ser du gerne dit liv om fem år?
- ✓ Stil spørgsmål om det ekstreme. Hvad er det værste, der kan ske, hvis du ikke gennemfører forandringen, som led i processen mod recovery? Og hvad ville være det bedste?
- ✓ Benyt skalaspørgsmål. Spørg på en skala fra 0-10, hvor 0 betyder "lige meget" og 10 "utroligt vigtigt", hvor vigtigt er det så for dig, at (mål for recovery)? Følg op: Og hvorfor siger du \_\_\_ og ikke \_\_\_ (lavere tal end personen sagde)? Hvad kan evt. rykke dig op på \_\_\_ (højere tal)?
- ✓ Udforsk mål og værdier. Spørg, hvad vedkommendes styrende værdier er. Hvad ønsker han/hun af livet? Hvis der er en "problematisk adfærd", spørg da ind til, hvordan denne adfærd passer med vedkommendes mål og værdier. Medvirker den til at realisere disse mål eller værdier?
- ✓ Mød folk, hvor de er. Fokusér på ulempen ved ambivalensen (status quo).

**Tjekliste:** *Trin 3 – Plan for det videre forløb*

- ✓ Samarbejd med borgeren om en plan for de næste skridt og konkretiser tiltag. Vær opmærksom på ikke at gå for hurtigt frem. Spørg; *Hvad er du klar til? Hvad tænker du, er de næste skridt?* Vær også konkret om forhold, der kan få planen til at skride frem.
- ✓ Afdæk borgerens ønsker til stofmisbrugsbehandlingstilbud.
- ✓ Indhent information om de forskellige behandlingstilbud og afsøg, om disse matcher borgerens ønsker.
- ✓ Undersøg, om det relevante behandlingstilbud kan rumme borgeren. Der kan eksempelvis være tilfælde, hvor borgeren har en karantæne, der ikke kan ophæves, fra et eller flere af behandlingstilbuddene, og der så må findes alternative løsninger. I disse tilfælde er det ledelsen i misbrugscentret, der skal sikre, at eventuelle problematikker med borgerens opstart i et eksisterende behandlingstilbud håndteres
- ✓ Forbered borgeren på det videre forløb, herunder orientering om stofmisbrugsbehandlings-tilbuddet, krav, strukturer og samarbejdet mellem dig, misbrugsbehandleren i stofmisbrugsbehandlingstilbuddet og borgeren.
- ✓ Konsolider forpligtigelsen sammen med borgeren (hvad har vi aftalt).



### 3.5 **Fase 3: Fortsat behandling og brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud**



Det er vigtigt, at borgeren på sigt – og som led i fortsat behandling – kommer i behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling og eventuelt opnår kontakt til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, så borgerens samlede problemstillinger kan imødekommes. Det kan dreje sig om kontakt til egen læge, så borgernes sundhedsproblemer kan adresseres, eller kontakt til behandlingspsykiatrien, så borgerne får hjælp til at håndtere deres psykiske vanskeligheder eller lidelse.

Når borgeren påbegynder eventuel fortsat behandling, skal de udgående behandlere være opmærksomme på, at borgeren ofte kan have behov for vidtstrakt og langvarig udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling sideløbende med dette. Endvidere er det afgørende, at de udgående behandlere gør brug af de forpligtende samarbejdsaftaler, der er indgået med andre aktører, som er relevante i borgernes situation, så de oplever en koordineret indsats målrettet deres samlede problembillede. Jf. *Del III – Implementeringsguide til modellen*.

Selve arbejdet med fortsat behandling i modellen består af tre trin. Målet med de enkelte trin samt proces og indhold i trinene er udfoldet nedenfor.



#### **Fasens trin er:**

- Trin 1: Brobygning til stofmisbrugsbehandling
- Trin 2: Behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling
- Trin 3: Brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Sidst i kapitlet findes tjeklister til alle tre trin, som de udgående behandlere kan anvende i planlægning af arbejdet med modellen.

#### 3.5.1 Trin 1: Brobygning til stofmisbrugsbehandling

Målet er, at borgeren oplever en fleksibel, hurtig og smidig overgang til eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud i misbrugscentret, som møder borgerens ønsker og behov. Dette skal sikre, at borgeren fastholdes i en stabil kontakt til behandlingstilbuddet fra opstart og fremadrettet, og at behandlingen planlægges ud fra egne ønsker, drømme og vilkår.

#### **Fremgangsmåde**

Som led i arbejdet med brobygning har de udgående behandlere en opgave i, at sikre, at borgerne ved, hvad det vil kræve at indgå i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, herunder de rammer de kan forvente at møde. Samtidig er det centralt for en succesfuld brobygning, at de udgående behandlere kan reagere hurtigt på borgerens ønske om behandling, eksempelvis ved hurtigt at kunne visitere borgeren til relevante stofmisbrugsbehandlingstilbud. Endelig er et tæt samarbejde mellem de udgående behandlere og lægen i den eksisterende stofmisbrugsbehandling afgørende i såvel brobygning som undervejs i behandlingen.

På baggrund af borgerens ønsker og behov er første skridt i brobygningen til eksisterende stofmisbrugsbehandling, at de udgående behandlere udarbejder relevant materiale i samarbejde med borgeren, som fremsendes til ledelsen i det tilbud, borgeren ønskes indskrevet i. Det kan dreje sig om følgende materiale:

- En overordnet behandlingsplan (se bilag 1C)
- Øvrig relevant behandlingsinformation, såsom eksempelvis udredning og social anamnese
- Kort notat, hvori borgeren kort beskrives, herunder dennes særlige problemstillinger samt behov og ønsker til behandling.

Det er vigtigt, at borgeren har en aktiv rolle i at definere mål og lægge behandlingsplanen for sin indsats og eventuelle fremtidige behandling. På baggrund af det fremsendte materiale vil borgers sag blive drøftet på en behandlingskonference (visitationsmøde), hvor det anbefales, at de udgående behandlere og eventuelt borgeren deltager. Dette skal sikre, at de udgående behandlere får drøftet eventuel opstart af borgeren i behandlingstilbuddet, ligesom ansatte ved behandlingstilbuddet får mulighed for at drøfte borgerens forhold med de udgående behandlere, som kan kræve særlige initiativer og rummelighed i behandlingen. Endelig kan borgeren her få italesat sine ønsker til forandring.

Hvis behandlingskonferencen fører til, at borgeren indskrives i behandlingstilbuddet, kan det være en god ide, at de udgående behandlere herefter går i dialog med misbrugsbehandleren i behandlingstilbuddet. Denne dialog kan dreje sig om at afsøge, hvor de udgående behandlere bedst kan støtte op om borgerens opstart i behandlingstilbuddet. Det kan eksempelvis være, at der er behov for, at de udgående behandlere følger borgeren til de første møder, eller at de efter aftale med misbrugsbehandleren kan kontaktes, hvis borgeren udebliver behandling.

De udgående behandlere bør orientere øvrige samarbejdspartnere, som er involveret i borgerens sag, om, at borgeren er blevet indskrevet i et behandlingstilbud. Dette øger deres mulighed for at støtte op om borgerens behandling og recoveryproces, ligesom det er med til at understøtte, at borgeren oplever en mere helhedsorienteret indsats, hvor der på tværs af samarbejdspartnere arbejdes med de mål, borgeren selv ønsker.

### 3.5.2 Trin 2: Behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling

Målet er, at borgeren får reduceret eller kontrolleret sit stofmisbrug ved at gennemføre et succesfuldt forløb i eksisterende stofmisbrugsbehandling.

#### **Fremgangsmåde**

Når borgeren er blevet indskrevet i et behandlingstilbud, er det misbrugsbehandleren i behandlingstilbuddet, der har det primære ansvar for borgerens behandling. Ofte vil der dog være behov for, at de udgående behandlere har en støttefunktion, særligt i opstarten af borgerens behandling. Det kan være med til at sikre en struktureret indsats i behandlingstilbuddet med fokus på fastholdelse af eventuelle positive resultater af behandlingen samt forebyggelse af frafald. Det vil være individuelt for borger til borger, hvilke behov for støtte de udgående behandlere kan yde under behandlingen til borgeren. Det kan fx være, at de udgående behandlere i men ofte kan det dreje om, at de i en periode hjælper borgeren med transport til og fra behandlingstilbuddet, hvis dette udgør en særlig barriere for borgerens fremmøde i behandlingstilbuddet. Det kan også handle om, at de udgående behandlere kontakter borgerens bostøtte, støttekontaktperson mv. og orienterer dem om behandlingstilbuddet og om borgerens eventuelle behov for støtte i forbindelse med behandlingen.

I boksen nedenfor fremgår en række opmærksomhedspunkter til de udgående behandleres støtte i forbindelse med at fastholde borgeren i behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud.



#### **Opmærksomhedspunkter: Borgeren udebliver fra behandling**

- Selvom borgere i målgruppen typisk er i stor risiko for at frafalde behandling, er det ikke de udgående behandleres opgave at opsøge de borgere, som falder ud af behandling – medmindre der er en klar aftale om dette mellem de udgående behandlere og borgerens behandlingstilbud.
- De udgående behandlere kan dog udnytte, at de i forvejen færdes i borgernes nærmiljø, hvor de ofte vil møde borgere, der er faldet ud af behandlingen. De kan her forsøge at hjælpe borgeren med at få genetableret kontakten til behandlingstilbuddet.
- Det er dog vigtigt, at de udgående behandlere kommunikerer tæt med eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud, så de løbende orienteres om, hvilke borgere der er i risiko for at udeblive fra behandling, og hvornår det kan være en god ide, at de udgående behandlere taler med borgeren.

#### 3.5.3 Trin 3: Brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud

Målet er, at borgeren får etableret kontakt til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, som han eller hun har behov for støtte fra i sin recoveryproces. Det skal bidrage til, at alle relevante samarbejdspartnere så vidt muligt er vidende om den enkelte borgers samlede behov og trækker i samme retning i forhold til at sikre, at borgeren oplever en sammenhængende og helhedsorienteret støtte og får hjælp med udgangspunkt i sin samlede livssituation.

#### **Fremgangsmåde**

Arbejdet med brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud påhviler både de udgående behandlere og misbrugsbehandlere i det behandlingstilbud, hvor borgeren eventuelt er indskrevet. Dette i et tæt samspil med øvrige professionelle tæt på borgeren og efter aftaler om rolle- og ansvarsfordeling.



#### **Støttende tilgange: Brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud**

- Det er vigtigt, at misbrugsbehandleren og de udgående behandlere udnytter deres kendskab til støttemuligheder i og uden for den kommunale organisation, så der sikres et match mellem borgerens ønsker, behov og støtte.
- De udgående behandlere vil ofte være i en situation, hvor de støtter borgeren undervejs i brobygningen, indtil der er skabt en bæredygtig kontakt til de sociale og sundhedsfaglige tilbud. Dette betyder, at de også skal fungere som rollemodel for borgeren, eksempelvis i forhold til "god adfærd" og være en "buffer" mellem borgeren og omverdenen i konfliktsituationer.
- Som i brobygningen til eksisterende stofmisbrugsbehandling er det også vigtigt, at borgeren forberedes på afslutningen af samarbejdet med de udgående behandlere, så han eller hun er klar til at overgå til en mere vedvarende indsats i øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

De udgående behandleres arbejde med brobygning har typisk to ben. For det første handler det om, at de udgående behandlere får taget kontakt til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud i kommunen eller regionen, som de vurderer, at borgeren kan have gavn af. Dette kan eksempelvis være bostøtte, praktiserende læge eller behandlingspsykiatrien. For det andet er det vigtigt, at de udgående behandlere løbende støtter borgeren i kontakten til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, indtil der er etableret en stabil kontakt. Dette kan eksempelvis være ved at følge borgeren til lægen eller sammen med borgeren tage kontakt til hendes/hans bostøtte, hvis kontakten med denne er ustabil eller mistet.

I arbejdet med brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud, skal de udgående behandlere være opmærksomme på, at borgerens samlede problembillede gør, at alle de fagspecifikke indsatser kan være vigtige og gavnlige i forhold til dennes liv og situation, hvorfor ét fagområde ikke nødvendigvis har forrang som mere vigtigt end et andet.

### 3.5.4 Tjeklister

De udgående behandlere kan benytte sig af de tre tjeklister, der fremgår nedenfor. De opsummerer de enkelte skridt i hvert trin af arbejdet med fortsat behandling og brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.



#### **Tjekliste:** *Trin 1 – Brobygning til eksisterende stofmisbrugsbehandling og indskrivning*

- ✓ De udgående behandlere er i tæt dialog med lægen i den eksisterende stofmisbrugsbehandling om borgerens muligheder for medicinsk behandling.
- ✓ De udgående behandlere har i samarbejde med borgeren udarbejdet behandlingsplan, relevant behandlingsinformation, social anamnese og eventuelt et kort notat, der giver et overblik over denne information.
- ✓ De udgående behandlere har i samarbejde med borgeren taget kontakt til ledelsen på det behandlingstilbud, hvor borgeren overvejes indskrevet.
- ✓ Behandlingsplan, behandlingsinformation, social anamnese og notat er fremsendt til ledelsen af det behandlingstilbud, hvor borgeren overvejes indskrevet.
- ✓ Borgeren og de udgående behandlere deltager – så vidt det er muligt – på et visitationsmøde, hvor borgerens situation drøftes.
- ✓ De udgående behandlere har taget kontakt til borgerens misbrugsbehandler i stofmisbrugsbehandlingstilbuddet, hvor rammerne for dialog og de udgående behandleres eventuelle støtte til borgeren i opstarten af behandlingsforløbet aftales.
- ✓ Øvrige kommunale samarbejdspartnere, som er involveret i borgerens sag, er orienteret om borgerens indskrivning i den eksisterende stofmisbrugsbehandling.



#### **Tjekliste:** *Trin 2 – Behandling i eksisterende stofmisbrugsbehandling*

- ✓ De udgående behandlere har sikret, at det eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud, hvor borgeren er indskrevet, er orienteret om, at borgeren har modtaget udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling.
- ✓ De udgående behandlere deltager, så vidt det er muligt, i det første behandlingsmøde mellem borgeren og misbrugsbehandleren i behandlingstilbuddet.
- ✓ Misbrugsbehandleren i behandlingstilbuddet, ledelsen i misbrugscentret og de udgående behandlere indgår i dialog om rolle og ansvarsfordeling i støtten til borgeren under behandlingsforløbet.
- ✓ De udgående behandlere aftaler med borgeren og misbrugsbehandleren i det eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud, hvordan de kan støtte op om borgeren undervejs i behandlingsforløbet.



#### **Tjekliste:** *Trin 3 – Brobygning til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud*

- ✓ De udgående behandlere har aftalt med borgeren, hvilke, og hvordan der skabes kontakt til, øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.
- ✓ Misbrugsbehandler i eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud og de udgående behandlere har aftalt, hvem der følger borgeren, indtil der er skabt en bæredygtig relation til øvrige sociale og sundhedsfaglige tilbud.

## 4. DEL III – IMPLEMENTERINGS- GUIDE

At implementere og forankre udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling som en del af praksis kræver ledelsesmæssig bevågenhed, et ønske om faglig udvikling og en dedikeret indsats blandt ledelse, medarbejdere og behandlere i den kommunale stofmisbrugsbehandling. For at lette implementeringen er der i guiden samlet en række gode råd til at implementere modellen i den enkelte kommunes lokale kontekst. Implementeringsguiden er baseret på viden fra forskning i implementering og eksisterende erfaringer med at implementere modellen i Aarhus og Odense Kommune.

### 4.1 Hvem kan have glæde af implementeringsguiden?

Implementeringsguiden er målrettet ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling og de udgående behandlere, der skal udføre arbejdet med modellen i praksis. Det kan dog også være relevant, at andre ledere læser og anvender guiden, fx fagchefen for kommunens område for borgere med stofmisbrug og ledelsen blandt centrale samarbejdspartnere.

Guiden er udarbejdet således, at den kan anvendes både forud for, at arbejdet med modellen igangsættes, men også undervejs i implementeringen.

Implementeringsguiden er sammensat af en række fokusområder, som ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling med fordel kan være opmærksomme på i forbindelse med implementeringen af modellen. Det drejer sig om nedenstående fokusområder, som er udfoldet i de angivne afsnit til venstre i boksen:

**Tabel 4-1: Kapitler i implementeringsguiden og udvalgte fokusområder**

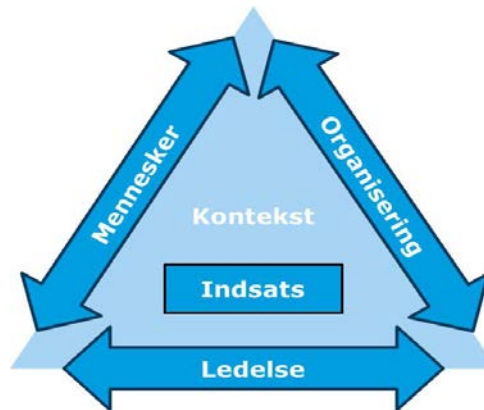
Kapitel	Fokusområder
<b>Afsnit 4.2:</b> <i>Ramme for implementering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke drivkræfter skal påvirkes i implementeringen af modellen?</li> <li>Hvilke faser gennemløber implementeringen af modellen?</li> <li>Hvordan spiller de forskellige faser i implementeringen sammen?</li> </ul>
<b>Afsnit 4.3:</b> <i>Beslutte</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan skabes der forståelse for modellen og dens indhold?</li> <li>Hvordan skabes der bevidsthed om den forestående implementeringsopgave?</li> <li>Hvor parat er kommunen til at implementere modellen?</li> </ul>
<b>Afsnit 4.4:</b> <i>Planlægge</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan skal arbejdet med modellen organiseres?</li> <li>Hvordan gennemføres en geografiske afdækning af områder, hvor arbejdet med modellen udføres?</li> <li>Hvordan sikres det, at eksisterende arbejdsgange understøtter arbejdet med modellen?</li> <li>Hvordan sikres forpligtende samarbejde med relevante samarbejdspartnere?</li> <li>Hvordan ser den optimale rolle- og ansvarsfordeling ud?</li> </ul>
<b>Afsnit 4.5:</b> <i>Gennemføre</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke medarbejdere skal udvælges til arbejdet med modellen?</li> <li>Hvilke kompetencer og hvilken kompetenceudvikling skal medarbejderne have?</li> <li>Hvordan udvikles medarbejdernes kompetencer løbende?</li> <li>Hvordan sikres det, at der udveksles erfaringer og følges op på arbejdet med modellen?</li> </ul>
<b>Afsnit 4.6:</b> <i>Forankre</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilket beredskab skal være til stede for at modellen kan forankres?</li> <li>Hvordan forankres modellen i eksisterende praksis og i det daglige arbejde?</li> <li>Hvad kan ledelsen gøre for at fastholde arbejdet med modellen i driften?</li> </ul>

I bilag 2 fremgår en række redskaber til kopiering, print og brug i arbejdet med implementering af modellen.

## 4.2 Ramme for implementering

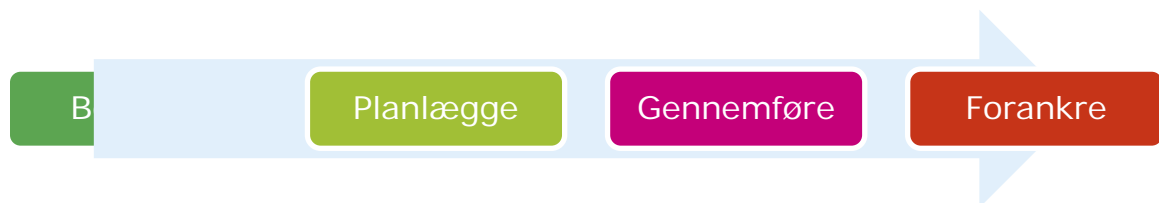
For at modellen skaber positive resultater skal den implementeres systematisk og loyalt. I implementeringslitteraturen kan der identificeres fem centrale drivkræfter, der både driver og påvirker implementeringsprocesser: **Indsats, organisering, ledelse, mennesker og kontekst**<sup>42</sup>. Det er disse fem drivkræfter, der skal i spil i en vellykket implementeringsproces.

Figur 4-1: Fem centrale drivkræfter i implementering



De enkelte drivkræfter er indbyrdes forbundne i forhold til at skabe fremdrift i implementeringen, det kan således hæmme implementeringen, hvis der ikke arbejdes med alle drivkræfterne sideløbende. I implementeringsforskningen tages der ligeledes ofte udgangspunkt i en forståelse af implementering, der overordnet kan indkredses til fire faser<sup>43</sup>. Det drejer sig om faserne vist i figuren nedenfor.

Figur 4-2: Typiske faser i en implementeringsproces



I hver af faserne i implementeringen af modellen vil de fem centrale drivkræfter i figur 2-1 være i spil. Det betyder, at der vil være behov for at arbejde med drivkræfterne hele vejen igennem implementeringsprocessen. I de følgende kapitler og afsnit er de fire faser i implementeringen af modellen udfoldet, ligesom aktiviteter til arbejdet med de fem drivkræfter er beskrevet mere detaljeret. Hvert kapitel afrundes med en såkaldt huskeliste, der samler op på pointer i kapitlet. Huskelisterne kan give ledelsen et hurtigt overblik over de opmærksomhedspunkter og aktiviteter, som er knyttet til de fokusområder, der behandles i kapitlet.

<sup>42</sup> Socialstyrelsens implementeringsguide (2015).

<sup>43</sup> Fixen, Active Implementation Framework (2012).

### 4.3 Fase 1: Beslutte

#### Beslutte

Den første fase i en implementeringsproces er ledelsens beslutning om, hvorvidt kommunen ønsker at implementere modellen. I denne fase kan man skelne mellem **forståelse** og **parathed**<sup>44</sup>. Førstnævnte handler om, hvorvidt ledelse og medarbejdere forstår modellen, dens indhold og den forestående implementeringsopgave. Sidstnævnte handler om, hvor parat den kommunale stofmisbrugsbehandling er til at implementere modellen bl.a. i forhold til mennesker, organisation og ledelse. I dette kapitel beskrives centrale forhold knyttet til forståelse og parathed.

#### 4.3.1 Forståelse af modellen og indsatsen

Modellen vil medføre forandringer i praksis. Det kan dreje sig om nye måder at tænke på, nye arbejdsgange i indsatsen til borgerne og i forhold til samarbejdet mellem relevante aktører såsom stofmisbrugsbehandlingen, behandlingspsykiatrien og kommunale og private væresteder. Forandringerne fordrer, at ledelse og medarbejdere i den kommunale stofmisbrugsbehandling drøfter og afdækker, hvad modellen vil medføre af udfordringer og ændringer i nuværende praksis forud for beslutningen om at implementere modellen.

#### *Mindshift i arbejdet med borgerne*

De udgående behandlere, der skal implementere modellen i praksis, skal være indstillet på at arbejde **recovery-orienteret**. Udgangspunktet for modellen er en tro på, at borgeren kan komme sig af sit misbrug og styrke sin samlede livssituation med den rette støtte. Det væsentlige er, at indsats og behandling tilrettelægges i samarbejde med borgeren og tager udgangspunkt i borgerens livssyn, værdier og håb, og at indsatsen løbende justeres i samarbejde med borgeren.

I nogle situationer vil implementeringen af modellen derfor være forbundet med et mindshift i forhold til den eksisterende tilgang i arbejdet med borgerne. Et sådant mindshift tager tid og kræver, at både ledelse og medarbejdere tror på modellens præmisser og anerkender dens værdier og udgangspunkt.

#### *Borgernes nærmiljø bliver arbejdspladsen*

Ved en implementering af modellen vil en del af indsatsen foregå i **borgernes nærmiljø**. De medarbejdere, der skal udfylde rollen, som udgående behandlere vil i højere grad skulle opholde sig i de miljøer, hvor borgerne færdes – og på miljøets præmisser. Det stiller krav til de udgående behandleres kompetencer samt til organiseringen af arbejdet. Det udgående arbejde betyder også, at der skal udarbejdes klare retningslinjer for de udgående behandleres sikkerhed, ligesom der skal etableres en organisering, der understøtter arbejdet i forskellige geografiske områder. Fx på gaden, væresteder, i parker og borgernes hjem.

<sup>44</sup> Socialstyrelsens implementeringsguide (2015).

**Erfaringer viser, at der er behov for klare retningslinjer i forhold til, hvordan de udgående behandlere færdes i borgerens nærmiljø, så der ikke er tvivl om behandlernes sikkerhed.**

I de to pilotkommuner viser erfaringer, at arbejdet med udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest kaotiske og udsatte borgere med stofmisbrug kræver et vedholdende fokus på at sikre de udgående behandles tryghed og sikkerhed. Det er ledelsen, der skal sikre procedurer for arbejdet med modellen, og ledelsen kan i den forbindelse skele til nedenstående opmærksomhedspunkter:

- Udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling på gaden med ukendte borgere bør som udgangspunkt aldrig gennemføres alene
- Inden der tages kontakt til borgerne, bør der gennemføres en risikovurdering af situationen
- De udgående behandlere skal være opmærksomme på, at de opholder sig i borgernes miljø, og bør derfor være til stede på miljøets og borgernes præmisser
- I situationer, hvor de udgående behandlere fornemmer en begyndende uro i gruppen af borgere, er det kun én af dem, der bør være i samtale med borgerne. Den anden udgående behandler bør observere gruppen og har ansvaret for at vurdere, om de af sikkerhedshensyn skal forlade området
- Hjemmebesøg hos borgerne bør som udgangspunkt foretages af to udgående behandlere. Dog kan der være situationer, hvor det vurderes at være sikkerhedsmæssigt forsvarligt, at besøgene foretages af én udgående behandler.
- I situationer, hvor en udgående behandler er alene på hjemmebesøg, kan der eksempelvis sendes en SMS til en kollega, når borgerens hjem forlades
- Uanmeldt hjemmebesøg hos en borger kan med fordel altid foretages af to udgående behandlere

Idet de udgående behandlere skal arbejde i borgernes nærmiljø, vil samarbejde med relevante samarbejdspartnere på fx forsorgshjem, væresteder mv. have stor betydning for en succesfuld implementering. Samarbejdspartnerne har ofte et godt kendskab til borgerne og møder dem de steder, hvor borgerne opholder sig. Samarbejdspartnere kan således have en værdifuld rolle i at understøtte den udgående indsats, og arbejdet med at opspore borgerne. Modellen fordrer derfor et samarbejde på både ledelsesniveau og udførende niveau på tværs af den kommunale stofmisbrugsbehandling og øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud.

### **Skabe større rummelighed**

Et kerneelement i modellen er, at borgerne skal mødes med **rummelighed**. Både i arbejdet med modellen og i de eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud.

For de udgående behandlere kan rummelighed handle om, at de møder borgerne i øjenhøjde og på borgernes banehalvdel. Det kan også handle om, at de er borgernes konstruktive støtte i deres møde med det etablerede støttesystem.

For eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling kan det dreje sig om at skabe rummelighed i forbindelse med borgernes opstart af behandling, herunder i forbindelse med visitation og modtagelse. Eksempelvis ved at udvise rummelighed overfor borgernes angst eller usikkerhed ved kontakt til systemet eller ved at være lydhøre over for borgernes ønsker til social- og/eller sundhedsfaglig stofmisbrugsbehandling, herunder lægelig stofmisbrugsbehandling.

Samtidig drejer det sig om, at der i den eksisterende stofmisbrugsbehandling og øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud er villighed til at kigge indad og analysere egen praksis med henblik på at identificere og justere de systembarrierer, der kan være for borgerne.



#### 4.3.2 Parathed til implementering af modellen

For nogle ledere, medarbejdere og behandlere i den kommunale stofmisbrugsbehandling vil motivationen være høj allerede fra start, hvor indføring af modellen byder på nye og spændende udfordringer. For andre vil implementering af modellen måske være forbundet med usikkerhed og modvillighed mod udvikling og forandring.

##### **Afsæt i parathedsvurdering**

I starten af implementeringsprocessen anbefales det, at ledere og medarbejdere sammen gennemfører en parathedsvurdering med udgangspunkt i de fem drivkræfter for implementering (jf. figur 2-1). I bilag 2A findes et redskab til at foretage en parathedsvurdering, som er skræddersyet til modellen. Gennem parathedsvurderingen identificeres styrker, svagheder, muligheder og trusler i implementeringen af modellen. Denne viden kan ledelsen benytte i de efterfølgende implementeringsfaser.

##### **Indledende dialog med samarbejdspartnere om modellen**

Et tæt og forpligtende samarbejde med relevante parter er af stor betydning for en vellykket implementering. Derfor kan det være hensigtsmæssigt allerede i beslutningsfasen at invitere alle relevante samarbejdspartnere til dialog om modellen.

Dialogen skal medvirke til at få synliggjort samarbejdspartnernes behov og ønsker til arbejdet med modellen og de mest udsatte borgere med stofmisbrug, ligesom den skal bidrage til en fælles forståelse af behovet for og formålet med modellen. Samtidig er en tidlig dialog et godt udgangspunkt for de samarbejdsaftaler, der bør udarbejdes som en del af det konkrete samarbejde om modellen.

##### **Seminar om modellen var med til at skabe et konstruktivt samarbejde efterfølgende**

Som led i arbejdet med at gøre kommunen parat til implementeringen af udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling valgte den ene af de to pilotkommuner at afholde et samarbejdsseminar. Til seminaret inviterede ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling alle potentielle samarbejdspartnere til dialog om modellen.

Formålet med seminaret var todelt. På den ene side var formålet at få afdækket, hvilket behov samarbejdspartnerne så for en udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling i kommunen – og i hvilke roller samarbejdspartnerne kunne se sig selv i arbejdet med modellen. På den anden side var formålet at give samarbejdspartnerne et billede af, hvad modellen bestod af, og hvilke roller samarbejdspartnerne havde i modellen.

Erfaringer fra pilotkommunen peger på, at en tidlig involvering af samarbejdspartnere, allerede i fasen med at afdække parathed til implementering, var medvirkende til at understøtte et frugtbar og konstruktiv tværsektorielt og fagligt samarbejde mellem ledelsen og de udgående behandlere i den kommunale stofmisbrugsbehandling på den ene side og samarbejdspartnerne på den anden side.

Tabellen nedenfor giver inspiration til mulige temaer, som kan være udgangspunkt for en dialog med samarbejdspartnere.

**Table 4-2: Temaer til dialog med samarbejdspartnere**

Temaer	Spørgsmål
Udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke udfordringer oplever samarbejdspartnerne i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug?</li> <li>Hvordan kommer udfordringerne konkret til udtryk, og hvor store er de?</li> <li>Hvad er det for nogle udfordringer, arbejdet med modellen særligt skal målrettes?</li> </ul>
Målgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvor stor er målgruppen af de allermost udsatte borgere med stofmisbrug i vores kommune?</li> <li>Hvad kendetegner de mest udsatte borgere med stofmisbrug, og hvor færdes de?</li> </ul>
Målet med modellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad er målet med modellen?</li> <li>Hvad er udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling? Og hvordan ser modellens forandringsteori ud?</li> </ul>
Udbyttet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad forventer vi, borgerne får ud af det?</li> <li>Hvad forventer vi, at kommunen som samlet enhed får ud af det?</li> </ul>
Indsatser og tiltag	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad kræver det af særlige tiltag fra den kommunale stofmisbrugsbehandling og hos samarbejdspartnerne at arbejde med modellen?</li> <li>Hvordan kan vi udfordre eksisterende tænkemåder og arbejdsgange?</li> <li>Hvad betyder det, at borgerne skal mødes med rummelighed i den kommunale stofmisbrugsbehandling og i øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud?</li> </ul>
Erfarings- og vidensdeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke rammer skal etableres for at sikre erfarings- og vidensdeling mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og samarbejdspartnere?</li> <li>Hvad skal der gøres for at etablere disse rammer?</li> </ul>
Beredskab	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilket beredskab kan vi etablere i forhold til at håndtere eventuelt uforudsete og vanskelige udfordringer i samarbejdet?</li> </ul>
Ledelse og samarbejde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad skal vi gøre som ledelse for at sikre et succesfuldt tværsektorielt og fagligt samarbejde?</li> <li>Hvilke forventninger har den kommunale stofmisbrugsbehandling til et eventuelt samarbejde?</li> <li>Hvilke forventninger har samarbejdspartnerne til et eventuelt samarbejde?</li> </ul>

Temaer og spørgsmål som dem ovenfor kan være med til at give et fælles billede af, hvad modellen består af, og hvordan eksisterende tilbud, samarbejde samt arbejdsgange i og på tværs af relevante social- og sundhedsfaglige tilbud kan styrkes og videreudvikles til gavn for borgerne.

#### Huskeliste til fase 1: Beslutte

- Er der blandt ledelse og medarbejdere skabt en forståelse for modellen og indsatsen?
- Er der gennemført en vurdering af kommunens parathed til implementering af modellen?
- Er potentielle samarbejdspartnere inviteret ind til dialog om modellen, fx i form af et seminar?

#### 4.4 Fase 2: Planlægge

##### Planlægge

Når der er truffet beslutning om at implementere modellen, er næste skridt, at ledelsen forholder sig til, hvorvidt den kommunale stofmisbrugsbehandling er rustet til at implementere modellen. I den forbindelse skal ledelsen have særligt fokus på implementeringsdrivkræfterne, det vil sige, hvorvidt de nødvendige forudsætninger i forhold til organisering, mennesker, kontekst, ledelse og indsats er på plads. I dette kapitel beskrives væsentlige forhold knyttet til planlægningsfasen. Det drejer sig om opmærksomhedspunkter og aktiviteter knyttet til:

- Den organisatoriske forankring af modellen
- Gennemførelse af geografisk afdækning
- Samarbejde med relevante samarbejdspartnere
- Udvælgelse af udgående behandlere
- Tildeling af visitationsret og kompetenceudvikling
- En samlet plan for implementeringen, som også skitserer rolle- og ansvarsfordeling.

##### 4.4.1 Organisering af modellen

Modellen er organisatorisk forankret i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Det sikrer, at arbejdet med modellen er knyttet til de eksisterende kommunale tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Ledelsen har ansvar for at etablere en hensigtsmæssig organisering af modellen, således at koordineringen internt i stofmisbrugsbehandlingen, fx mellem socialfagligt- og sundhedsfagligt personale, sikres.

##### **Modtagelse af borgerne**

For at lykkes med implementeringen af modellen skal arbejdsgange i misbrugscentrets modtagelse understøtte de udgående behandleres arbejde med brobygning. Det er første skridt på vejen til, at borgerne indskrives og fastholdes i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.

Rummelighed i modtagelsen handler fx om, at ledelsen organiserer arbejdet på en måde, hvor de udgående behandlere på forhånd kan gennemføre det planlægnings- og udredningsarbejde (fx ASI-udredning), der skal ske i samarbejde med borgerne, og som normalt er en barriere for borgerne, når de møder op i modtagelsen. Det kan smidiggøre processen med indskrivning i stofmisbrugsbehandling og bidrage til at mindske nogle af de barrierer, borgerne kan opleve i mødet med behandlingssystemet.

##### **Rummelig modtagelse i misbrugscentret sikrer hurtig og effektiv behandling til borgerne**

I en af pilotkommunerne er der etableret en organisering, hvor de udgående behandlere arbejder tæt sammen med medarbejderne i misbrugscentrets modtagelse. De udgående behandlere oplever, at modtagelsen i misbrugscentret er blevet mere smidig, og det sikrer, at de udgående behandlere har nemmere ved at understøtte brobygning, ligesom de i samarbejde med modtagelsen hurtigere kan iværksætte tilbud til borgerne. Behandlerne peger på, at ledelsen har været proaktiv i arbejdet med at skabe rummelighed i modtagelsen, så de medarbejdere, der tager imod nye borgere, er klar over, at de skal reagere hurtigere, når det drejer sig om borgere, der modtager en udgående stofmisbrugsbehandling.

##### **Brobygning og behandling i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling**

En organisering, der understøtter et tæt samarbejde mellem eksisterende tilbud i stofmisbrugsbehandlingen og de udgående behandlere, er væsentlig for en vellykket implementering af modellen og arbejdet med borgerne. Løbende dialog mellem parterne om ansvars- og rollefordeling i arbejdet med borgerne, særligt i den tidlige fase med brobygning, er vigtigt. Her vil der både

være behov for, at de udgående behandlere støtter op om borgernes behandling i eksisterende tilbud, og at behandlerne i eksisterende tilbud går i dialog med de udgående behandlere, fx hvis borgerne udebliver fra behandling.

Ledelsen i misbrugscentret har til opgave at sikre, at afdelingsledere og behandlere i eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling har forståelse af målgruppen for modellen. Dette skal sikre tydelighed om, hvilke borgere de udgående behandlere har ansvaret for. Fx har de udgående behandlere i begge pilotkommuner oplevet, at kolleger i misbrugscenteret henviser borgere til dem, som ikke er i målgruppen for modellen. Fx fordi kollegerne har svært ved at håndtere borgerne, finde et passende tilbud eller lignende. Det tager ressourcer fra de udgående behandleres primære arbejdsopgave.

### ***Integreret stofmisbrugsbehandling til borgerne***

En effektiv behandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug forudsætter en organisering af arbejdet med modellen, hvor den socialfaglige stofmisbrugsbehandling understøttes af lægefaglig stofmisbrugsbehandling<sup>45</sup>. Erfaringer fra de to pilotkommuner viser, at et tæt og integreret samarbejde mellem de udgående behandlere og lægen i misbrugscentret opstår, når lægen er organisatorisk tilknyttet arbejdet med modellen. Det bidrager til, at borgerne i højere grad oplever fleksibilitet, rummelighed og mobilitet i den samlede stofmisbrugsbehandling. Det kommer fx til udtryk ved, at lægen kan rykke hurtigere ud for at tilse borgerne. Eller ved, at lægen tager med de udgående behandlere på gaden, i borgerens eget hjem eller på værestedet for at tilse borgeren i eget nærmiljø. Det er eksempelvis medvirkende til, at borgeren kan få en hurtigere lægefaglig vurdering af sin situation, ligesom stillingtagen til opstart af substitutionsbehandling kan ske hurtigere end normalt.

#### **Rummelighed i den lægelige stofmisbrugsbehandling**

Erfaringer i de to pilotkommuner viser, at det fremmer brobygning og sammenhæng i behandlingen, når lægen og de udgående behandlere er i tæt dialog med borgeren om den lægelige stofmisbrugsbehandling. I en af pilotkommunerne førte et tæt samarbejde til, at borgeren i den indledende fase af brobygningen fik lov til at starte substitutionsbehandling på en højere dosis end normalt anbefalet. Dette var muligt, fordi lægen kunne gennemføre en hurtigere vurdering af borgerens situation med inddragelse af viden fra de udgående behandlere. Ligeledes oplevede de udgående behandlere i samme pilotkommune, at en borger fik lov at starte substitutionsbehandling en fredag, fordi lægen, der var tilknyttet modellen, havde mulighed for at tilse borgeren i weekenden.

Erfaringer fra de to pilotkommuner viser også, at et tæt og koordineret samarbejde mellem de udgående behandlere og lægen er med til at understøtte en vellykket brobygning til andre tilbud. De udgående behandlere peger blandt andet på, at det tætte samarbejde med lægen betyder, at de kan kontakte lægen allerede inden, borgeren modtager et tilbud om stofmisbrugsbehandling. Hermed kan det så tidligt som muligt afklares, hvilken substitutionsbehandling borgeren kan tilbydes, så denne på et oplyst grundlag og i samarbejde med de udgående behandlere kan tage stilling til, om han eller hun ønsker stofmisbrugsbehandling.

<sup>45</sup> Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter undersøgelse for og behandling af misbrug, samt undersøgelse for og sikring af behandling af de helbredsmæssige problemstillinger, der knytter sig til stofmisbrug. I den lægelige behandling indgår også substitutionsbehandling.

### **Sammenhæng mellem den sociale- og sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling**

Den sociale stofmisbrugsbehandling ydes efter Serviceloven, mens den sundhedsfaglige og lægelige stofmisbrugsbehandling ydes efter Sundhedsloven. Det helhedsorienterede perspektiv understøttes af love og vejledninger på begge områder.

I Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling til borgere i substitutionsbehandling fremgår det, at den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til borgere med stofmisbrug. På det sociale område fremgår kravet om helhedsvurdering af både serviceloven og retssikkerhedsloven.

Retssikkerhedslovens § 5. Kommunen skal sørge for en helhedsvurdering af borgerens behov, herunder om der er behov for hjælp efter andre regler.

Servicelovens § 10, stk. 3. Kommunalbestyrelsen skal i forbindelse med rådgivningen være opmærksom, om den enkelte har behov for anden form for hjælp efter denne eller anden lovgivning.

### **Mulighed for døgnbehandling og omsorgstilbud**

Arbejdet med modellen og de mest udsatte borgere med stofmisbrug bør understøttes af muligheden for døgnbehandling og omsorgstilbud. Der bør derfor være indgået aftale med et eller flere stofmisbrugsbehandlingstilbud og omsorgstilbud, så der kan ydes døgnbehandling og omsorg til borgerne i de situationer, hvor dette er nødvendigt. Samtidig bør det også være muligt for borgerne at komme i behandlingspraktik som led i arbejdet med modellen.

#### 4.4.2 Gennemførelse af geografisk afdækning

Som led i planlægningen af særligt den udgående og kontaktskabende indsats, kan der med fordel gennemføres en geografisk afdækning af områder i kommunen. Denne skal tilvejebringe viden om, i hvilke miljøer borgerne færdes, samt hvilke samarbejdspartnere i disse miljøer der kan understøtte arbejdet med modellen. Det skal munde ud i en målrettet plan for, hvor de udgående behandlere skal fokusere den udgående og kontaktskabende indsats. Det kunne eksempelvis være en tydelig plan for, hvor og hvornår de udgående behandlere bevæger sig i forskellige områder i borgernes nærmiljø, eller en præcis geografisk rute, der gør det tydeligt for borgerne og samarbejdspartnere, hvor de udgående behandlere er tilgængelige på forskellige lokaliteter, på forskellige tidspunkter af døgnet.

Det kan være en fordel, at ledelsen i det kommunale misbrugscenter og de udgående behandlere inddrager relevante samarbejdspartnere i dette arbejde.

### Borgernes færden

Det kan være svært at pege entydigt på, hvor borgerne oftest færdes. Det vil i høj grad variere efter den kommunale kontekst, hvor modellen implementeres, samt hvilken tid på året det drejer sig om, fx sommer eller vinter.

Erfaringer fra København, Aarhus og Odense Kommune peger i retning af, at borgerne ofte færdes på gader, bytorve og i parker, men også på kommunale og private væresteder, stofindtagelsesrum, hospitaler og forsorgshjem.

Erfaringerne viser således, at disse steder bør drøftes og prioriteres som led i den geografiske afdækning og prioritering af den udgående og kontaktskabende indsats. Men den geografiske afdækning kan også tage udgangspunkt i de erfaringer, de udgående behandlere og deres kolleger allerede har med de mest udsatte borgere med stofmisbrug og disse borgeres færden i områder i kommunen.

Det vil ofte være en god ide at "genbesøge" den geografiske afdækning og opdatere denne, i takt med at de udgående behandlere får nye viden om borgernes færden og samarbejdspartnere i de miljøer, hvor borgerne færdes. I bilag 2B findes et redskab, som kan understøtte den geografiske afdækning.

- 4.4.3 Samarbejde med relevante samarbejdspartnere  
De mest udsatte borgere med stofmisbrug har ofte et komplekst problembillede, som kræver forskellig social- og sundhedsfaglig støtte, eksempelvis psykiatrisk behandling, somatisk behandling og øvrig social støtte. Det kalder på en koordineret og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer og fagområder.

Erfaringer viser, at det er afgørende, at modellen er knyttet til et eller flere øvrige eksisterende tilbud, som borgerne allerede benytter. Det kan være væresteder, forsorgshjem, varmestuer eller øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud i kommunen. Dette skal medvirke til at understøtte især den udgående indsats i modellen, således at borgerne oplever, at den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling er tilgængelig, og at de mødes med relevant støtte i deres nærmiljø. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at ikke alle borgere i målgruppen nødvendigvis opholder sig på fx væresteder, forsorgshjem og lignende tilbud. Den udgående indsats må derfor ikke indskrænke sig til alene at omhandle allerede kendte opholdssteder for borgere med stofmisbrug. Det kan også være nødvendigt at opsøge især unge med stofmisbrug på gaden, hospitaler, uddannelsesinstitutioner eller i eget hjem, da de ikke i samme omfang opholder sig på væresteder og forsorgshjem.

### Mulige relevante samarbejdspartnere

- Den regionale behandlingspsykiatri
- Sygehuse
- Døgnbehandlingstilbud
- Kommunale og private væresteder
- Forsorgshjem
- Alment praktiserende læge
- Politi
- Myndighedsområdet
- Socialpsykiatrien

Der er også behov for, at der etableres et tæt og godt samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri. Det skal ses i lyset af, at borgerne i målgruppen for modellen ofte har komplekse udfordringer, som kan betyde, at de har behov for både stofmisbrugsbehandling og psykiatrisk behandling. Samtidig er det veldokumenteret, at behandling af mennesker med samtidig stofmisbrug og psykiske vanskeligheder bør foregå integreret for at opnå den bedste effekt<sup>46</sup>.

I arbejdet med at etablere et godt samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri kan der hentes inspiration fra den evidensbaserede metode Assertive Community Treatment (ACT), som

<sup>46</sup> KORA (2015) Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke psykotisk-sindslidelse og misbrug.

er afprøvet i flere danske kommuner, fx København, Aarhus, Skanderborg og Holstebro<sup>47</sup>. ACT-indsatsen er en tværfaglig og helhedsorienteret indsats målrettet borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. I arbejdet med indsatsen er der gode erfaringer med et tæt, intensivt og gensidigt samarbejde mellem medarbejdere fra behandlingspsykiatrien og den kommunale stofmisbrugsbehandling – om borgere med komplekse misbrugsproblemer og psykiske vanskeligheder.

#### **Forpligtende samarbejde mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri**

Ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling i en af pilotkommunerne valgte allerede inden implementeringen af modellen at indgå et forpligtende samarbejde med ledelsen i den regionale behandlingspsykiatri. Formålet var at sikre et tæt samarbejde mellem de to parter og understøtte et tæt samarbejde på det udførende niveau mellem de udgående behandlere og medarbejdere i behandlingspsykiatrien.

Erfaringer fra pilotkommunen viser, at det i høj grad har bidraget positivt til samarbejdet om borgerne i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. Samarbejdet betyder, at der er etableret klare arbejdsgange for, hvordan dialogen mellem parterne foregår, ligesom der er jævnlige møder på ledelsesplan og på det udførende niveau. Samarbejdet har også medvirket til, at medarbejdere i behandlingspsykiatrien altid kontakter de udgående behandlere, inden de udskriver borgere, der vurderes at være i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. Endvidere er der tydelige aftaler om, at de udgående behandlere kan følge op på og besøge borgere, de har arbejdet med på gadeplan, som er blevet indskrevet i behandlingspsykiatrien. Det betyder, at de udgående behandlere kan have samtaler med borgerne undervejs i deres behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien og på den baggrund i god tid inden udskrivning kan planlægge et stofmisbrugsbehandlingsforløb sammen med borgeren, når han eller hun udskrives fra behandlingspsykiatrien.

Samlet har det ført til, at de udgående behandlere i høj grad har fået kontakt til borgere i målgruppen via den regionale behandlingspsykiatri. Samtidig har det medvirket til, at færre borgere udskrives direkte til gaden uden at blive mødt med relevant støtte og hjælp.

Erfaringer fra de to pilotkommuner viser også, at et samarbejde med borgernes egen læge er væsentlig for en vellykket indsats. Det skyldes, at borgernes egen læge ikke nødvendigvis har viden om, hvilken støtte og behandling borgerne modtager ved siden af deres indsats. Manglende koordination med borgernes egen læge øger således risikoen for, at lægen iværksætter initiativer, der ikke støtter op om borgernes plan og mål for øvrige indsatser og behandling. Det er derfor centralt, at ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling og de udgående behandlere har fokus på kontinuerligt at orientere de alment praktiserede læger i kommunen om arbejdet med modellen, så der sikres en højere grad af koordinering og samarbejde mellem partnerne i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug.

#### **Styregruppe skal sikre forpligtende samarbejde**

Det anbefales, at der nedsættes en tværsektoriel og -faglig styregruppe. Styregruppen skal sikre, at de vigtigste samarbejdspartnere involveres i arbejdet, ligesom den kan medvirke til, at der skabes en fælles forståelse af modellen. Arbejdet med modellen og borgernes komplekse problemstillinger forudsætter, at det er kommunen som samlet enhed, der løfter arbejdet.

<sup>47</sup> <http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/afprovning-af-act-metoden-overfor-borgere-med-psykisk-lidelse-og-samtidigt-misbrug-1>.

### Tværasektoriel og -faglig styregruppe sikrede bredere og tættere samarbejde

I en af pilotkommunerne oplevede de i en lang periode udfordringer i samarbejdet med et tilbud, som blev benyttet af en væsentlig del af målgruppen. Samarbejdsvanskelighederne betød bl.a., at det var svært for behandlerne at komme i kontakt med borgerne. Senere i implementeringsprocessen fik ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling involveret lederen af det pågældende tilbud i den tværasektorielle styregruppe om arbejdet med modellen. Dette medvirkede til, at der gradvist blev åbnet op for et bedre samarbejde mellem ledelsen og de udgående behandlere på den ene side og medarbejderne tilbuddet på den anden side.

### Tydelige samarbejdsaftaler er vigtige

Et forpligtende samarbejde bør så vidt muligt nedfældes i klare skriftlige samarbejdsaftaler på ledelsesniveau allerede inden, implementeringen af modellen igangsættes. Det skal medvirke til at afklare roller, ansvar og opgaver, dels på tværs af ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling og ledelsen i øvrige tilbud, dels mellem de udgående behandlere og udførende medarbejdere blandt samarbejdspartnerne. Samtidig skal det bidrage til åbenhed i samarbejdet samt sikre mulighed for løbende forventningsafstemning, fx i situationer, hvor der er vanskeligheder i samarbejdet eller uenighed om retningen for implementeringen og arbejdet.

### Utydelige samarbejdsaftaler udfordrer samarbejdet på udførende niveau

I en af pilotkommunerne oplevede de udgående behandlere, at utydelige samarbejdsaftaler i lange perioder var medvirkende til, at udførende medarbejdere blandt samarbejdspartnerne oplevede de udgående behandlere som konkurrenter i det udgående arbejde på gadeplan. Det betød, at disse medarbejdere udviste modstand mod at samarbejde med de udgående behandlere, hvilket var medvirkende til, at de udgående behandlere brugte mange ressourcer på at tydeliggøre deres funktion over for samarbejdspartnerne.

Erfaringen i de to pilotkommuner er, at det i arbejdet med at afklare snitflader til andre opsøgende medarbejdere er særligt vigtigt at få kommunikeret og tydeliggjort, at de udgående behandlere bringer en misbrugsfaglig kompetence ind i det opsøgende arbejde. Dels skal det bidrage til, at andre opsøgende medarbejdere ikke oplever de udgående behandlere som konkurrenter. Dels skal det gøre det tydeligt for andre opsøgende medarbejdere, at de udgående behandlere tilfører ny værdi til kommunens opsøgende arbejde, fx på gaden og i udsatte borgeres miljøer.

Hvilke samarbejdsaftaler, den kommunale stofmisbrugsbehandling skal indgå med relevante samarbejdspartnerne, vil variere. Det kan fx være:

- Aftaler med **kommunale og private væresteder** om, at de udgående behandlere kan besøge værestedet på bestemte tidspunkter på dagen og i løbet af ugen
- Aftaler med **behandlingspsykiatrien og somatiske sygehuse** om de udgående behandleres henvisningsret til den regionale behandlingspsykiatri eller somatisk behandling
- Aftaler med **behandlingspsykiatrien og somatiske sygehuse** om procedurer for samarbejde ved udskrivelse af borgere i målgruppen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling. Fx at disse, med borgerens samtykke, videregiver relevant information svarende til epikrise eller oplysninger om diagnose og behandling
- Aftaler med **socialpsykiatrien** om, hvordan de udgående behandlere koordinerer arbejdet med borgerens bostøtte, hvis han eller hun har en sådan
- Aftaler med **opsøgende tilbud** med henblik på at afklare snitflader mellem de udgående behandlere og andre gadeplansmedarbejdere, fx medarbejdere fra opsøgende teams, sygeplejersker og øvrigt sundhedspersonale på gadeplan m.v. Dette skal også bidrage til at tydeliggøre de udgående behandleres misbrugsfaglige kompetencer, som en ekstra og måske ny kompetence, der tilføres gadeplansindsatsen



- Aftaler med **myndighedsområdet** om, at borgerens sagsbehandler kontakter de udgående behandlere, hvis borgeren er i risiko for at få tilbageholdt økonomiske ydelser
- Aftaler med **myndighedsområdet** om roller og ansvar i koordinering af borgerens handleplan og behandlingsplan
- Aftaler med den **kommunale boliganvisning**, så de udgående behandlere orienteres, hvis borgeren er i risiko for udsættelse af egen bolig
- Aftaler med borgerens **almment praktiserende læge** om koordinering af indsats og gensidig orientering om at iværksætte tiltag eller initiativer
- Aftaler om fælles forpligtelse til kompetenceudvikling af de udgående behandlere og medarbejdere blandt samarbejdspartnere, så de mest udsatte borgere med stofmisbrug og øvrige sociale og sundhedsfaglige problemer kan mødes med en helhedsorienteret indsats

#### 4.4.4 Udvælgelse af udgående behandlere og kompetenceudvikling

Udvælgelse af de rette medarbejdere til at indgå i arbejdet med modellen er med til sikre fremdrift i implementeringen. Det er centralt, at de udgående behandlere:

- Har viden om og erfaring med stofmisbrugsbehandling til målgruppen
- Kan forstå og se behovet for modellen og indsatsen
- Er indstillet på at deltage i relevant kompetenceudvikling
- Er positivt indstillet over for at arbejde recovery-orienteret med modellen og målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug
- Har kendskab til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud til målgruppen
- Er i stand til at skabe kontakt til de allermost udsatte borgere uden for de traditionelle rammer for behandling
- Kan sikre, at der etableres en lettere adgang til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud.

#### **De udgående behandlere skal være erfarne stofmisbrugsbehandlere**

De udgående behandlere skal have erfaring med den kommunale stofmisbrugsbehandling, da de vil skulle arbejde med brobygning med henblik på, at borgerne på sigt bliver tilknyttet eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Et godt kendskab til arbejdsgange og rutiner i eksisterende tilbud er derfor en fordel.

Samtidig skal de udgående behandlere have et solidt kendskab til de mest udsatte borgere med stofmisbrug, så de er i stand til at skabe og vedligeholde kontakt til borgerne på gadeplan – og uden for de traditionelle rammer for behandling. Endelig er det også væsentligt, at de udgående behandlere har et vist indblik i de systembarrierer, borgerne oplever i deres møde med eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling og øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud. Dette vil bidrage til, at de bedst muligt kan støtte op om borgernes opstart og løbende kontakt til tilbudene.

#### **Kompetenceudvikling i modellens tilgange og metoder**

Både inden implementering af modellen igangsættes samt undervejs, bør de udgående behandlere modtage kompetenceudvikling i modellens metoder, manualer og redskaber, herunder trænes i at omsætte disse i praksis. Som en del af kompetenceudviklingen skal de udgående behandleres kendskab til lovgivning på stofmisbrugsområdet også løbende opdateres. Endelig skal de udgående behandlere være klædt godt på til at kunne indgå i samarbejdsrelationer med centrale samarbejdspartnere. Det forudsætter, at de har en vis indsigt i den lovgivning, der gælder for samarbejdspartnernes fagområder.

#### **Rammer for vellykket kompetenceudvikling**

I forbindelse med kompetenceudvikling kan ledelsen med fordel trække på interne kompetencer i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Det kan være andre behandlere med kendskab til mo-

dellen og metoderne eller faglige "fyrtårne", som faktisk har arbejdet med modellens metoder og redskaber i andet regi. Ledelsen kan også trække på ressourcepersoner med vidtgående indsigt i lovgivning på stofmisbrugsområdet og øvrige fagområder som led i at sikre de udgående behandleres indsigt i dette. Det kan fx være kommunale fagkonsulenter, som inviteres til at fortælle om deres fagområde, lovgivning og rammer.

### **De udgående behandlere skal have visitationsret**

Arbejdet med brobygning understøttes af, at de udgående behandlere har ret til at visitere borgerne til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling. Retten til at visitere bidrager til, at de udgående behandlere kan reagere hurtigt på borgernes ønsker og behov for støtte. Samtidig kan det medvirke til at overkomme nogle af de systembarrierer, som borgerne ofte kan opleve ved visitation og modtagelse i eksisterende tilbud.

#### **Gode erfaringer med tildeling af visitationsret til de udgående behandlere**

Erfaringer i begge pilotkommuner peger på, at det fremmer arbejdet med modellen og borgerne, at de udgående behandlere har visitationsret. De udgående behandlere peger på, at det skaber en hurtig indgang til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling, ligesom det gør processen med brobygning mere fleksibel til gavn for borgerne. En borger, som i projektperioden har modtaget udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling, fortæller i et interview: *"Ofte går man bare og venter. Dagene går og går, og samtidig forsvinder ens motivation for hjælp og støtte. 14 dage er meget langt tid at vente på en samtale, når du har brug for hjælp nu og her. Derfor var det en fordel, at jeg kunne blive indskrevet hurtigt."*

Borgerens fortælling viser, at de udgående behandleres visitationsret gør, at de kan reagere i det øjeblik, borgeren viser motivation. På den måde er retten til at visitere direkte en vigtig faktor, som kan forebygge, at borgeren mister motivation og måske falder tilbage til udgangssituationen.

### **En case load på maksimum 15 borgere**

De udgående behandlere skal være fleksible og være klar til at hjælpe borgerne med praktiske og personlige opgaver, fx i kontakten til egen læge, psykiatrisk behandler eller myndighedssagsbehandler. Der vil også være behov for, at de udgående behandlere kan yde en mere intensiv støtte i akutte situationer og i opstarten af behandlingen, hvor borgerne har et stort behov for hjælp.

Erfaringer fra de to pilotkommuner viser, at den enkelte udgående behandler derfor ikke bør have en case load over 15 borgere i gennemsnit. Det skal sikre, at de kan møde borgerens behov for fleksibilitet, rummelighed og længerevarende støtte.

#### 4.4.5 En samlet plan for implementeringen

Ledelsen kan i samarbejde med de udgående behandlere og eventuelt samarbejdspartnerne, udarbejde en implementeringsplan, som sikrer et systematisk overblik over de aktiviteter, der skal gennemføres i implementeringen af modellen. Implementeringsplanen kan præcisere de aktiviteter, som knytter sig til forskellige fokusområder, og som skal følges op på og drøftes undervejs.

I bilag 2C findes en skabelon til udarbejdelse af en implementeringsplan, som kan tages i brug i forbindelse med planlægningen af implementeringen af modellen. Det er en klar fordel, at implementeringsplanen drøftes i den samlede ledergruppe i den kommunale stofmisbrugsbehandling, herunder mellem den øverste ledelse og afdelingsledelsen, så opbakningen til planen sikres. Samtidig anbefales, at indsatsområder, aktiviteter og milepæle i planen klart kommunikeres til medarbejderne og samarbejdspartnerne, herunder ledelsen i de tilbud, der samarbejdes tæt med.

Som del af implementeringsplanen kan ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling i samarbejde med relevante medarbejdere og samarbejdspartnere klargøre rolle- og ansvarsfordelingen mellem relevante aktører i arbejdet med modellen. Det skal sikre, at alle ved, hvem der gør *hvad, hvornår og med hvilket formål*. Hvordan rolle- og ansvarsfordelingen ser ud, vil afhænge af den kommunale kontekst. Tabellen nedenfor giver inspiration til at afklare, hvordan en rolle- og ansvarsfordeling kan se ud.

**Tabel 4-3: Rolle- og ansvarsfordeling**

Rolle	Ansvar og opgave
Ledelsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejde en implementeringsplan og følge op på mål og resultater</li> <li>• Sikre sammenhængende og understøttende arbejds gange mellem den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling og eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling i misbrugscentret</li> <li>• Sikre opbakning til de medarbejdere, der i praksis arbejder med modellen, eksempelvis ved at sikre mulighed for efteruddannelse, tid og ressourcer til at arbejde med modellen og redskaberne i modellen</li> <li>• Arbejde med at skabe ejerskab og motivation hos medarbejderne gennem anerkendelse, løbende inddragelse og drøftelser</li> <li>• Sikre inddragelse af de relevante samarbejdspartnere, både i den kommunale stofmisbrugsbehandling og på tværs af myndighedsområdet samt hos øvrige aktører, der arbejder med målgruppen</li> <li>• Sikre udarbejdelse af konkrete samarbejdsaftaler til samarbejdspartnere</li> <li>• Opsamling på dokumentation på borgerniveau, samt sikre mulighed for vidensdeling om det borgerrettede arbejde med metode, eksempelvis via faste og tilbagevendende refleksionsmøder</li> </ul>
De udgående behandlere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre grundigt kendskab til modellen via kompetenceudvikling og løbende sparring med ledelse og kolleger</li> <li>• Opstille mål og lave løbende opfølgning i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende</li> <li>• Dokumentere borgerens løbende progression og udvikling på længere sigt</li> <li>• Opsøgende i forhold til at etablere kontakt til og afsøge mulige samarbejdspartnere i de områder, hvor de udfører deres arbejde</li> </ul>
Øvrige medarbejdere og behandlere i stofmisbrugsbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendskab til modellen, og hvordan den indgår blandt de eksisterende tilbud i den kommunale stofmisbrugsbehandling</li> <li>• Dele "de gode historier", drøfte udfordringer mv.</li> <li>• Etablering af beredskab af sundhedsfagligt personale, herunder læge og sygeplejerske til understøttelse af arbejdet med modellen</li> <li>• Vidensdeling om målgruppen og deres udfordringer</li> </ul>
Samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendskab til tilbuddet/den udgående indsats</li> <li>• Indgåelse af konkrete og forpligtende samarbejdsaftaler om arbejds gange og snitflader til de udgående behandleres arbejde</li> <li>• Vidensdeling om målgruppen, fx via uformelle og formelle møder med de udgående behandlere, hvor der er fokus på erfaringsudveksling</li> </ul>

Undervejs i implementeringen gøres nye erfaringer. Det kan betyde, at nye roller i implementeringen bliver relevante, og at ansvar og opgaver forskyder sig mellem forskellige relevante roller. Derfor kan ovenstående oversigt med fordel opdateres med jævne mellemrum.

### Huskeliste til fase 2: Planlægge

- Er modellen organisatorisk forankret med tæt tilknytning til øvrige tilbud om stofmisbrugsbehandling, herunder sundhedsfaglig og lægelige stofmisbrugsbehandling?
- Er der gennemført en geografisk afdækning af mulige områder, hvor borgerne opholder sig?
- Er der etableret en tværfaglig styregruppe til at følge modellens implementering?
- Er der udarbejdet forpligtende samarbejdsaftaler med samarbejdspartnere
- Er der sikret klarhed i rolle- og ansvarsfordelingen mellem ledelse, medarbejdere, behandlere og samarbejdspartnere?
- Er der udvalgt medarbejdere til at varetage rollen som de udgående behandlere?
- Er der gennemført kompetenceudvikling af de udgående behandlere?
- Er der etableret procedurer, der sikrer, at de udgående behandlere har det rette case load?
- Er der udarbejdet en samlet plan for implementeringen?

## 4.5 Fase 3: Gennemføre

### Gennemføre

Gennemførelsesfasen handler om at omsætte modellen i den daglige praksis. Det er her, at ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling, medarbejdere og de udgående behandlere implementerer modellen i deres arbejde, integrerer modellen i øvrige dele af praksis og tilpasser modellen til den kommunale kontekst. I dette kapitel beskrives opmærksomhedspunkter knyttet til gennemførelsesfasen:

- Løbende dialog og fastholdelse af netværk med samarbejdspartnere
- Supervision, videreudvikling og omsætning af de udgående behandleres kompetencer i arbejdet med modellen og modellens centrale metoder
- Opfølgning på arbejdet med modellen og resultater, herunder løbende sparring og evaluering og udvikling

### 4.5.1 Løbende dialog og netværk med samarbejdspartnere

Løbende dialog er af stor betydning for, at arbejdet med modellen når bredt ud i den kommunale stofmisbrugsbehandling og blandt samarbejdspartnerne. Det skal sikre, at alle partnere løbende informeres om modellen og fremdriften i implementeringen. Det kan handle om løbende kommunikation på strategisk niveau, fx i forbindelse med genforhandling af samarbejdsaftaler, forventningsafstemning og initiativer til understøttelse af brobygning. Det kan også handle om løbende kommunikation på udførende niveau mellem de udgående behandlere og udførende medarbejdere blandt samarbejdspartnere. Tabellen nedenfor tegner et billede af en række *hvem-*, *hvad-*, *hvornår-* og *hvordan-spørgsmål*, som kan guide ledelsen og de udgående behandlere i deres løbende kommunikation.

Tabel 4-4: Kommunikation – hvem, hvad, hvornår og hvordan?

Hovedspørgsmål ift. kommunikation	Hvem, hvad, hvornår og hvordan?
Hvilke personer kan der være dialog med?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afdelingsledelsen i den eksisterende stofmisbrugsbehandling?</li> <li>- Medarbejdere i den kommunale stofmisbrugsbehandling?</li> <li>- Ledelsen og medarbejderrepræsentanter fra samarbejdspartnere?</li> <li>- Pårørende?</li> <li>- Øvrige samarbejdspartnere som væresteder, varmemstuer mv.?</li> </ul>
Om <i>hvad</i> kan der kommunikeres omkring?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overordnet om modellen og menneskesynet bag?</li> <li>- Modellens forskellige faser?</li> <li>- Målgruppen for den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling?</li> <li>- De udgående behandleres rolle og kompetencer?</li> <li>- De udgående behandleres tavshedspligt?</li> <li>- Modellens forventede rollefordeling for medarbejdere, ledelsen og samarbejdspartnere?</li> <li>- Modellens betydning for ledere, medarbejdere og samarbejdspartnere i den daglige praksis og i arbejdet med borgeren?</li> <li>- Modellens mål – og forventninger til borgeren?</li> <li>- Retningslinjer, procedurer og processer i de situationer, hvor arbejdet med den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling ændrer på eksisterende rutiner og arbejdsgange?</li> </ul>
- <i>Hvornår og hvordan</i> kan det ske?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbejdsgruppemøder?</li> <li>- Informationsmøder?</li> <li>- Nyhedsbreve?</li> <li>- Opsøgende besøg fra udgående behandlere?</li> <li>- Team- og udviklingsmøder?</li> <li>- Fællesmøder med samarbejdspartnere?</li> <li>- Dialogmøder mellem samarbejdspartnere og udgående behandlere?</li> </ul>

Modellens opsøgende og kontaktskabende arbejde er i høj grad knyttet op på de udgående behandleres personlige kontakt med borgerne. Denne kontakt skabes typisk ved, at behandlerne færdes i de samme miljøer som borgerne. Det kan være i mere uformelle miljøer, såsom borgerens hjem, parker og gadehjørner, men også mere formelle miljøer, som varmemstuer og væresteder. Derfor er løbene dialog med personale på varmemstuer, væresteder mv. vigtig, ligesom det er væsentligt, at samarbejdspartnerne er klar over, hvilken rolle de forventes at skulle udfylde undervejs i arbejdet. Det kan fx være, at der er en forventning om, at de udgående behandlere kan færdes hos dem, eller at de tager kontakt til de udgående behandlere, hvis de har dialog med en borger, som giver anledning til stor bekymring. Endvidere skaber en god dialog om modellen muligheder for, at samarbejdspartnerne kan hjælpe de udgående behandlere med at skabe kontakt til borgere i målgruppen af de mest udsatte med stofmisbrug.

#### Netværk, kommunikation og løbende information til samarbejdspartnere

Erfaringer viser, at det gode samarbejde er en væsentlig og tidskrævende del af arbejdet med modellen, som skal understøttes af, at ledelsen i misbrugscentret og de udgående behandlere løbende har fokus på at informere og være i dialog med samarbejdspartnere. Det er derfor centralt med opmærksomhed på:

- At samarbejdspartnere løbende informeres om nye tiltag og udvikling i den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling, så de ved, hvordan de bedst kan støtte og hjælpe.
- At de udgående behandlere overholder aftaler med samarbejdspartnere, fx aftaler om faste besøgsdage, da samarbejdspartnere ofte har gjort en stor indsats for at orientere om og motivere borgerne til at møde op på disse dage.
- At de udgående behandlere ser sig selv som gæster, når de besøger samarbejdspartnerne.

I forhold til samarbejdspartnerne, er det også centralt, at ledelsen får løbende kommunikeret ud, at de udgående behandlere er underlagt tavshedspligt, som sætter begrænsninger for, hvad de

må dele af oplysninger. Denne kommunikation skal medvirke til at hindre misforståelser i samarbejdet. Fx kan de udgående behandlere ikke oplyse om, hvorvidt en borger er kommet i behandling, selvom samarbejdspartnerne naturligt vil være interesserede i dette som opfølgning på en eventuel bekymring, de har rettet til de udgående behandlere. For samarbejdspartnere kan det måske opfattes som om, de udgående behandlere ikke er interesserede i at bidrage til samarbejdet, hvis de ikke deler oplysningerne. Derfor skal det gøres klart, at der er visse oplysninger, som ikke kan videregives, og at dette ikke er udtryk for manglende vilje til samarbejde. I boksen nedenfor ses elementer, som kan indgå i en eventuel kommunikations plan.

#### Skabelon til udarbejdelse af kommunikationsstrategi

En kommunikationsstrategi kan med fordel indeholde og angive:

- Tidsplan og målgruppe for kommunikationen
- Budskab i kommunikationen, herunder overvejelser om budskaber målrettet forskellige aktører
- Metode for kommunikationen
- Ansvarlige for kommunikationen
- Forventet resultat med kommunikationen
- Status på kommunikationen og evaluering af resultat.

#### 4.5.2 Supervision af arbejdet med modellen

Kompetenceudvikling af de udgående behandlere kan følges op af løbende supervision i arbejdet med modellen. Forskning viser, at det har betydning for hvilke resultater, der kan opnås i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug<sup>48</sup>.

Erfaringer fra de to pilotkommuner peger på, at der kan være behov for supervision af de udgående behandleres arbejde med konkrete kerneelementer i modellen, fx at arbejde recovery-orienteret og i borgernes nærmiljø. Det kan også være nødvendigt, at de udgående behandlere modtager supervision i, hvordan de kan håndtere målgruppen og de udfordringer, der følger i kølvandet på arbejdet. For de udgående behandlere kan det også være en udfordring at omsætte metoderne for den motiverende samtale og løsningsfokuserede tilgang i arbejdet med borgere, som kan være meget kaotiske. Det kalder på løbende supervision og udvikling af de udgående behandleres kompetencer til at arbejde med metoderne og den konkrete omsætning af disse.

#### Supervision er centralt for succes

Flere undersøgelser viser, at opkvalificering og løbende supervision i anvendelse og omsætning af nye tilgange og metoder er helt centralt for at opnå positive resultater for borgerne i målgruppen og systematisk anvendelse af metoderne over tid. Dette skal sikre, at de udgående behandlere er i stand til at gennemføre systematisk behandling, som understøttes af skriftlige redegørelser for forløbet og dokumentation af resultaterne af behandling. Samtidig kan kompetenceudvikling og supervision understøtte, at de udgående behandlere løbende er i stand til at monitorere borgernes stofmisbrug, motivation, belastning og udvikling i dette. På den måde sikres et udgangspunkt for faglige refleksion, vurdering og tilpasning af behandlingen til borgerne.

Kilde: Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012). *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Birgitte Tylstrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

<sup>48</sup> Mads Uffe Pedersen og Morten Hesse (2012). *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning. Birgitte Tylstrup (2012). *God social stofmisbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

#### 4.5.3 Opfølgning på arbejdet med modellen og resultater

Der skal skabes et rum for, at både ledelse og de udgående behandlere kan drøfte både succeser og udfordringer på en systematisk måde. Gennem sparring og udveksling af viden kan ledelse, medarbejdere og de udgående behandlere sætte fokus på, hvad der lykkes og ikke lykkes i hverdagen og sammen finde løsninger på individuelle og fælles udfordringer i implementeringen af modellen.

Der findes ikke én formel på hvilke rutiner og arbejdsgange, der skal etableres for at understøtte brug af viden til systematisk refleksion og læring. Men viden kan med fordel bringes i spil hyppigt, og samtidig skal der være tid til at komme i dybden med de fælles refleksioner med henblik på læring.

#### **Sparringsmøder**

Det kan være en god ide, at gennemføre 1-2 timers sparringsmøder, hvor arbejdet med modellen, kerneelementer og metoder drøftes. Det kan fx gøres med udgangspunkt i case-reviews af udvalgte borgerforløb. På sparringsmøderne kan de udgående behandlere, øvrige medarbejdere i den kommunale stofmisbrugsbehandling og eventuelt ledelsen diskutere og reflektere over den konkrete anvendelse af modellen, metoder og redskaber i praksis.

#### **Case-reviews af borgerforløb som udgangspunkt for konkret sparring**

I en af pilotkommunerne har de haft gode erfaringer med, at det forud for hvert sparringsmøde er aftalt, hvilke medarbejdere eller udgående behandlere, der skal præsentere deres erfaringer fra et borgerforløb på sparringsmødet. På baggrund af disse borgerforløb er sparringsmøderne ofte blevet brugt til at understøtte refleksioner over de forskellige faser i modellen, fx den udgående indsats og arbejdet med motivation hos borgerne samt de konkrete metoder i modellen. Det har blandt andet handlet om sparring i forhold til, hvordan metoderne kan omsættes i arbejdet med en meget udsat gruppe af borgere, hvor kontakten måske er ganske kortvarigt – og derfor kan udgøre en udfordring for at anvende eksempelvis spørgeteknikker fra den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang.

#### **Evaluerings- og refleksionsdage**

Der kan med fordel også gennemføres egentlige evaluerings- og refleksionsdage. Her kan alle de emner, ledelsen, medarbejdere og de udgående behandlere ønsker at diskutere og drøfte, komme på dagsordenen – og drøftes til bunds.

De faglige drøftelser kan tage udgangspunkt i de resultater, der er dokumenteret i det løbende arbejde med modellen og borgerne, fx dokumentation af borgernes udvikling og fidelitet i implementeringen af modellen. Det giver et fælles grundlag at tale ud fra, ligesom det sikrer en systematisk retning for de faglige refleksioner på møderne. I Socialstyrelsen håndbog for resultatdokumentation i sociale tilbud, kan der findes redskaber og gode råd til at tilrettelægge en evaluerings- og dokumentationspraksis<sup>49</sup>.

De faglige evaluerings- og refleksionsdage kan understøttes af en mødeguide (jf. bilag 2D). Med den kan ledere og de udgående behandlere få inspiration til, hvordan de kan tilrettelægge og gennemføre evaluerings- og refleksionsdage, hvor formålet er at uddrage faglig læring på baggrund af indsamlet dokumentation og viden. For at evaluerings- og refleksionsdage kan tage afsæt i den viden, som dokumenteres, skal der sikres en god og tilgængelig afrapportering af progressions- og resultatdokumentation for arbejdet med modellen. (se også inspiration i håndbogen for resultatdokumentation).

<sup>49</sup> <http://vidensportal.dk/resultatdokumentation>.

#### Huskeliste til fase 3: Gennemføre

- Er der udarbejdet en kommunikationsplan, der understøtter løbende dialog og netværk med samarbejdspartnere?
- Er det sikret, at kompetenceudvikling af de udgående behandlere følges op med løbende og systematisk supervision
- Er der etableret rammer, som understøtter opfølgning på arbejdet med modellen, resultater og effekter, herunder med fokus på læring og udvikling?

#### 4.6 Fase 4: Forankre

##### Forankre

Fasen med at forankre handler om at sikre, at de aktiviteter, der foregik i planlægnings- og gennemførelsesfasen, fastholdes, videreføres og forankres i kommunens drift. Dette skal sikre, at den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling bliver en integreret del af det arbejde, der leveres i kommunen.

Når modellen skal forankres, handler det eksempelvis om at have et beredskab, der sikrer, at nye medarbejdere, udgående behandlere og samarbejdspartnere lærer indsatsen at kende. Der bør desuden løbende arbejdes med kompetenceudvikling, ledelse og organisering. Det skal sikre, at den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling bliver en integreret del af kommunens samlede indsats målrettet borgere med behov for stofmisbrugsbehandling.

##### 4.6.1 Fortsat ledelsesfokus

I arbejdet med at forankre modellen skal der tages stilling til, hvordan driften af modellen understøttes af et ledelsesmæssigt og politisk fokus. I den forbindelse er det fx vigtigt, at ledelsen – også her – er særligt opmærksom på den kontekst, hvori indsatsen skal forankres. Det drejer sig fx om faktorer som; *politiske forhold, økonomiske forhold, sociale og kulturelle forhold og teknologiske forhold*

De politiske forhold kan handle om, hvordan arbejdet med modellen passer sammen med en bestemt politisk dagsorden i kommunen, som enten gør det nemmere eller sværere at forankre indsatsen i praksis. De økonomiske forhold handler om, hvordan kommunens økonomi hæmmer eller fremmer udbredelsen af modellen, mens sociale og kulturelle forhold fx kan dreje sig om, hvordan sammensætningen af borgergruppen i målgruppen påvirker de forhold, der er vigtige i en forankring. Det kan fx være forhold omkring, hvorvidt borgerne færdes i afgrænsede og umiddelbart tilgængelige miljøer. Eller om de opholder sig mere spredt i kommunen, hvorfor der kan være behov for en anden type udgående indsats. De teknologiske forhold kan fx betyde, at der i kommunen er behov for bestemte tiltag i arbejdet med at nå borgere i målgruppen. Eller at der træffes beslutning om, hvordan kommunen vil monitorere arbejdet med modellen.

##### 4.6.2 Procedurer for forankring af indsatsen

Som en del af at forankre modellen og sikre indsatsens fremtid er det også ledelsens opgave at overveje og tage initiativer i forhold til, hvad der skal ændres eller klargøres, før arbejds- og ansvarsområder løftes videre i driften af indsatsen.

Det kan fx handle om, at udpege nye udgående behandlere til arbejdet med indsatsen, hvis der er behov for det. Det kan også handle om at finde den helt rette organisatoriske forankring af de udgående behandlere i misbrugscentret, herunder om de udgående behandlere skal forankres i misbrugscentrets modtagelse eller i eksisterende behandlingstilbud.

Samtidig drejer det sig om at udarbejde eller tydeliggøre procedurer for, hvordan der arbejdes med indsatsen i den pågældende kommunale kontekst. Det kan fx være procedurer, der tydeliggør rammerne for den opsøgende indsats i forhold til borgerne – men også i forhold til samarbejdspartnere samt arbejdet med brobygning til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling.



Endelig kan det dreje sig om, at udarbejdede manualer, (fx modelbeskrivelsen og manualen til arbejdet med modellen) videreføres, samt at kendskabet til disse udbredes blandt nye udgående behandlere og samarbejdspartnere.

#### 4.6.3 Videndeling og erfaringsudveksling

En vellykket forankring af arbejdet med modellen handler også om, at der er rammer og strukturer, der understøtter erfaringsudveksling om målgruppen og arbejdet med modellen. På den ene side handler det om, at der fortsat sker erfaringsudveksling internt mellem de udgående behandlere samt mellem de udgående behandlere og deres kolleger i misbrugscentret. Det kan for eksempel være via faste mødekadencer og refleksionsseancer i misbrugscentret. På den anden side handler det om at fastholde gode samarbejdsrelationer til relevante samarbejdspartnere. Dette med henblik på at understøtte fortsat vidensdeling- og erfaringsudveksling mellem de udgående behandlere i misbrugscentret og udførende medarbejdere i øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud.

For at understøtte den fortsatte vidensdeling og erfaringsudveksling skal der også træffes valg om de fremadrettede beslutningsprocesser. Fx viser erfaringer fra de to pilotkommuner, at det skal være tydeligt, hvor meget beslutningskompetence de udgående behandlere har i forhold til at reagere på ny viden – og omvendt hvor meget der skal forbi ledelsen, inden der kan træffes beslutninger.

#### 4.6.4 Kompetenceudvikling af nye medarbejdere

En god forankring af modellen kræver også, at nye medarbejdere og udgående behandlere kompetenceudvikles i modellens metoder, manualer og redskaber. I planlægningsfasen i denne implementeringsguide er det beskrevet hvilken kompetenceudvikling, de udgående behandlere skal igennem. Det er ledelsens opgave at sikre, at der etableres rammer, som understøtter den fortsatte kompetenceudvikling. Dette dels blandt de udgående behandlere, der allerede arbejder med indsatsen, dels blandt nye medarbejdere, der involveres i arbejdet.

##### Huskeliste til fase 4: Forankre

- Er der etableret procedurer for forankring af indsatsen, fx udpeget udgående behandlere, der fortsætter arbejdet med indsatsen, udfærdiget manualer og skabeloner m.v.?
- Er der taget stilling til, hvordan det sikres, at de erfaringer, der er tilvejebragt vedrørende målgruppen, indsatsen og implementering, bedst udnyttes i forankringsfasen?
- Er de væsentlige forudsætninger og barrierer for indsatsens succes beskrevet?
- Er der taget stilling til, hvordan nye medarbejdere kompetenceudvikles til at kunne varetage opgaverne i indsatsen?
- Er der taget stilling til, hvordan der sikres fortsat bevågenhed fra alle ledelsesniveauer på indsatsens fortsatte forankring?

## 5. LITTERATURLISTE

Andersen, Ditte & Järvinen, Margaretha (2009) *Skadesreduktion i praksis*. SFI.

Benjaminsen, Lars. m.fl. (2013). *Hjemløshed i Danmark 2013. National kortlægning*. SFI.

Benjaminsen, Lars. m.fl. (2015). *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning*. SFI.

Pedersen, Mads Uffe & Hesse, Morten (2012) *Effekten af den sociale misbrugsbehandling*. Center for Rusmiddelforskning.

Rambøll for Socialstyrelsen (2013) *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug*.

Rambøll for Socialstyrelsen (2016) *Evaluering af Akut Krisecenter til socialt udsatte med stofmisbrug*.

Sundhedsstyrelsen (2012) *Narkotikasituationen i Danmark 2012*.

Sundhedsstyrelsen (2012) *Narkosisituationen i Danmark 2012*. SFI.

Sørensen, Maren. m.fl. (2009) *Den sociale misbrugsbehandling. Brugere og de pårørendes perspektiv*.

Tylstrup, Birgitte (2012). *God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres*. Udarbejdet for KL.

Socialstyrelsen (2013). *Mennesker med stofmisbrug – sociale indsatser, der virker*.

Jong og Berg (2006): *Løsningsfokuserede samtaler*.

SOF-bladet (2015): *Metoder og tilgange i Socialforvaltningen i Københavns Kommune*.

### Supplerende datakilder

Ud over ovenstående litteratur er beskrivelsen af modellen også baseret på fælles samlinger og interviews med projektledere, afdelingsledere, udgående behandlere i Aarhus og Odense Kommune samt medlemmer af den ekspertgruppe, der har været tilknyttet afprøvningen af en udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de allermost udsatte borgere med stofmisbrug i Aarhus og Odense Kommune. Endvidere har Socialstyrelsens første overordnede beskrivelse af modellen dannet afsæt for denne udgivelse om modellen.

## BILAG 1 – REDSKABER TIL MANUALEN (DEL II)

### BILAG 1A: RISIKOVURDERING



#### Redskab til risikovurdering

##### Hvad er formålet med redskabet?

Redskabet har til formål at sikre de udgående behandleres sikkerhed, når de færdes i borgernes miljø. I forbindelse med den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling arbejder de udgående behandlere som udgangspunkt ikke alene, og specielt ikke når der er tale om steder, hvor de er isoleret og kun er omgivet af borgere med tilknytning til misbrugsmiljøet.

##### Hvem skal bruge redskabet?

Det anbefales, at de udgående behandlere foretager en risikovurdering af den givne situation, før de tager kontakt til borgeren. Risikovurderingen foretages med udgangspunkt i *Brøset Violence Checklist*, som ses nedenfor. Formålet med redskabet er at forudsige risiko for voldelig adfærd hos borgeren inden for det kommende døgn og iværksætte nødvendige tiltag (deeskalering) med henblik på at forebygge vold.

##### Hvornår bruges redskabet?

Redskabet bruges af de udgående behandlere, før de kontakter en borger. Det er særlig vigtigt i de situationer, hvor der er tale om en ukendt borger, og de udgående behandlere derfor ikke har kendskab til borgerens misbrug og adfærd.

##### Hvilke erfaringer er der med redskabet?

Redskabet anvendes blandt andet i misbrugscentret i Aarhus Kommune.

Symptomer/adfærd hos borgeren:	Definition:	Score: (0-1)
Forvirring	Opfører sig åbenbart forvirret og desorienteret. Kan hænde, at borgeren ikke er orienteret om tid og sted samt person.	
Irritabilitet	Bliver let irriteret, taler dårligt i andres tilstedeværelse.	
Støjende adfærd	Viser en åbenbar og vredladet adfærd, f.eks. smækker med døren, råber i stedet for at tale osv.	
Fysiske trusler	Viser med tydelig kropssprog, at hensigten er at true en anden person, eksempelvis en aggressiv kropsholdning, griber fat i en anden persons tøj, løfter og truer med knyttet næve osv.	
Verbale trusler	Foretager et verbalt udbrud som er mere end bare at hæve stemmen og har til hensigt at ydmyge eller skræmme en anden person.	
Angreb på ting eller genstande	Foretager et direkte angreb på ting eller genstande og ikke en person. Borgeren slår på eller knuser et vindue, slår eller skader en genstand eller slår et møbel i stykker.	
<b>Samlet score</b>	<b>Samlet maksimum score er 6</b>	

#### Brøset Violence Checklist:

##### Score

0 = Symptomet/adfærden er ikke til stede.

1 = Symptomet/adfærden er observeret.

#### Vurdering af voldsrisiko:

Samlet score = 0	Lille risiko for vold
Samlet score = 1-2	Moderat risiko for vold. Deeskalering igangsættes.
Samlet score > 2	Høj risiko for vold. Deeskalering <b>SKAL</b> igangsættes, og der skal være planer for, hvordan volden undgås.

## BILAG 1B: FORANDRINGSCIRKLEN



Med udgangspunkt i forandringscirklen vurderes borgerens parathed i forhold til forandring.

Overordnet kan der sondres mellem fem faser i forandringscirklen, der udtrykker forskellige former for parathed eller overvejelserfaser. Det drejer sig om førovervejelserfasen, overvejelserfasen, forberedelse af ændring, påbegyndelse af ændring, vedligeholdelse af ændring og tilbagefaldsfasen. I praksis ses ofte mere kortfattede versioner af forandringscirklen, hvor forberedelse, påbegyndelse og vedligeholdelse af forandring "slås" sammen til én fase, som samlet udtrykker høj parathed til at igangsætte egen recoveryproces.

I modellen er denne kortfattede version udgangspunktet, og der sondres således mellem fire tre typer af parathed eller overvejelserfaser:

- Før overvejelserfasen (*lav parathed*)
- Overvejelserfasen (*middelhøj parathed*)
- Forberedelses-, påbegyndelses- og vedligeholdelsesfasen (*høj parathed*)
- Tilbagefaldsfasen.

### Førovervejelser om ændring

Tænker ikke, at der er et problem, eller overvejer ikke at ændre på det.

### Overvejer ændring:

Ambivalens og overvejelse af fordele og ulemper ved ændring samt troen på, at det kan lade sig gøre.

### Forbereder ændring:

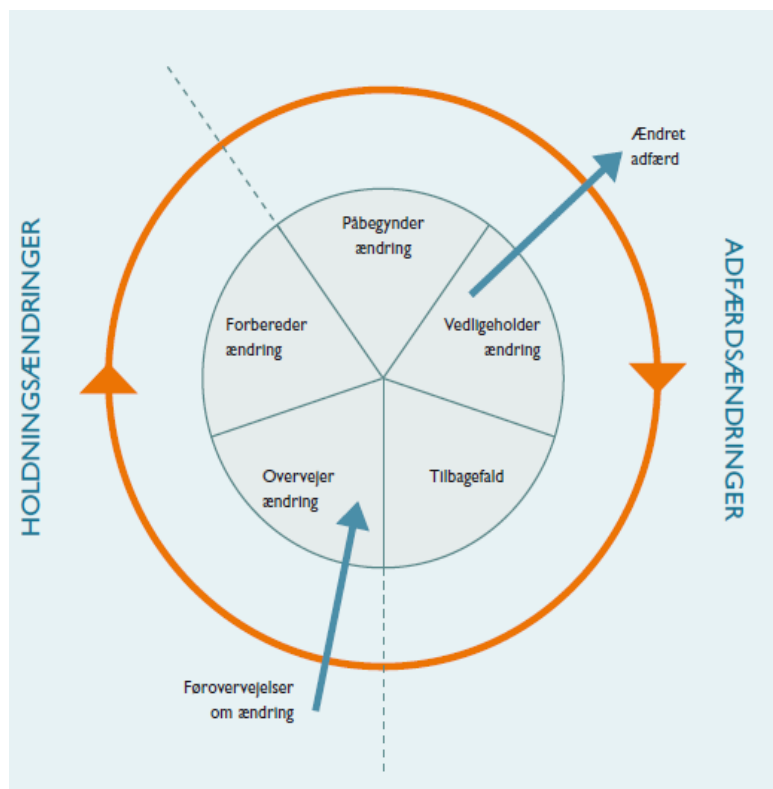
Erkender et problem og er motiveret for at gøre noget ved det.

### Påbegynder ændring:

Ved hvad der skal gøres for at ændre en ting, og foretager ændringen. Får evt. positive oplevelser med ændringen.

### Vedligeholder ændring:

Fastholder sig selv i det nye mønster, oplever flere handlemuligheder og er i stand til at fokusere på det gode ved ændringen.



## BILAG 1C: INDLEDENDE BEHANDLINGSPLAN



### Redskab til udarbejdelse af indledende behandlingsplan

#### Hvad er formålet med redskabet?

I forbindelse med brobygning og indskrivning af borgere i eksisterende stofmisbrugsbehandling udarbejdes en indledende behandlingsplan (delplan). Behandlingsplanen har til formål at understøtte en afdækning af borgerens problematikker og i samarbejde med borgeren opstille målsætninger for behandlingsforløbet.

#### Hvem skal bruge redskabet?

De udgående behandlere udfylder behandlingsplanen som led i, at borgeren indskrives i behandling. Herefter overleveres behandlingsplanen til den misbrugsbehandler, der er tilknyttet borgeren under behandlingsforløbet.

#### Hvornår bruges redskabet?

Behandlingsplanen udarbejdes umiddelbart inden indskrivningen, idet den indeholder målsætninger for borgerens behandlingsforløb. Behandlingsplanen evalueres og revideres løbende.

#### Hvilke erfaringer er der med redskabet?

Redskabet er udviklet af og anvendes i misbrugscentret i Aarhus Kommune.

#### Overordnede mål

Borgerens overordnede mål i forhold til indtag af:

Hvad ønsker borgeren at opnå ved det overordnede mål:

Ud fra de ydelser som Center for Misbrugsbehandlingen kan tilbyde, hvilke vurderer borgeren så umiddelbart at kunne støtte vedkommende bedst muligt:

Andre bemærkninger og opmærksomhedspunkter:

#### Samarbejdspartnere:

Navn:

---

Telefon:

---

#### Specifikke planer

*Konkrete aktiviteter for at virkeliggøre borgerens målsætning*

Specifikt mål:

Borgerens indsats:

Andres indsats:

Medarbejderens indsats:

Eventuelle bemærkninger:

## Redskab til udarbejdelse af indledende behandlingsplan

### Kriseplan

I tilfælde af akut krise – hvilke initiativer og hvilken støtte ønsker borgeren:

### Evaluering af delplan

Specifikt mål: \_\_\_\_\_

Er målet nået:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nej, slet ikke   | <input type="checkbox"/> I nogen grad           | <input type="checkbox"/> Ja                            |
| <input type="checkbox"/> Ja, mere end det | <input type="checkbox"/> Ja, meget mere end det | <input type="checkbox"/> Målet er ikke længere aktuelt |

Er borgeren kommet nærmere sit overordnede mål:

Kommentarer fra medarbejder:

### Samarbejdet

*Hvor tilfreds er borgeren med samarbejdet med medarbejderen?*

Kommentarer fra borgeren:

Kommentarer fra medarbejderen:

## BILAG 2 – REDSKABER TIL IMPLEMENTERINGEN (DEL III)

### BILAG 2A: REDSKAB TIL VURDERING AF PARATHED TIL IMPLEMENTERING AF MODELLEN

Nedenfor fremgår et redskab, som ledelsen kan bruge i en vurdering af, hvorvidt kommunen er parat til at implementere modellen.

#### Vurdering af parathed til implementering af modellen for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling

Når der skal gennemføres en vurdering af, hvorvidt kommunen er parat til at implementere modellen, kan der tages afsæt i dette redskab. Redskabet er med til at tegne et billede af, hvad der skal arbejdes med i implementeringen af modellen samt hvilke ændringer det medfører i praksis.

Redskabet er opdelt under de fem drivkræfter for implementering; indsats, ledelse, mennesker, organisering og kontekst<sup>50</sup>. Det er et styringsredskab til brug i arbejdet med implementeringen. Mange ting vil helt sikkert ikke være på plads ved opstart af implementeringen, og det kan derfor være en god ide at genbesøge redskabet undervejs i implementeringen af modellen.

#### Indsats

- Skal der ske et "mindshift" i forhold til at arbejde recovery-orienteret og med rummelighed?
- Er der foretaget en afdækning af målgruppen? (Hvor stort er "problemet" med målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrugsbehandling i jeres kommune? Hvad er størrelsen på målgruppen, og hvilke karakteristika har målgruppen?)
- Kender og anerkender medarbejdere de centrale metoder i modellen, fx forandringscirklen, den motiverende samtale og den løsningsfokuserede tilgang?
- Er der opstillet kriterier for, hvem der er omfattet og ikke omfattet af målgruppen?
- Er der etableret et system til monitorering og opfølgning på indsatsen?
- Er der opstillet mål for implementeringen, fx antallet af borgere der forventes at blive omfattet af indsatsen fremadrettet?
- Er der klarhed over og forståelse af modellen, fx læst Del I – *Introduktion til modellen* og Del II – *Manual til modellen*?
- Er der udarbejdet en implementeringsplan til understøttelse af arbejdet med modellen?

#### Ledelse

- Er der opbakning fra ledelsen (forvaltnings/direktørniveau) til implementeringen af modellen?
- Er der opbakning fra den øverste ledelse til, at projektlederen/implementeringsteamet aktivt sætter fokus på udfordringer, der kommer i vejen for at kunne implementere modellen effektivt?
- Er der lagt en plan for orientering af ledelsesniveauet om fremdriften i implementeringen?
- Er der en plan for orientering af samarbejdspartnere i arbejdet med modellen?

#### Mennesker

- Er medarbejdere i den kommunale stofmisbrugsbehandling engageret i at implementere modellen?
- Er de medarbejdere, der skal være med i projektet om implementering af modellen, udvalgt?
- Er behovet for kompetenceudvikling blandt medarbejderne afdækket?
- Er der etableret rammer for en succesfuld kompetenceudvikling?
- Er det aftalt, hvordan medarbejdere løbende inddrages i implementeringens fremdrift?

#### Organisering

- Føler medarbejdere og ledere i den kommunale stofmisbrugsbehandling sig sikre på, at organisationen i den kommunale stofmisbrugsbehandling er rustet til at støtte op om modellen?
- Føler medarbejdere og ledere sig sikre på, at de kan koordinere opgaverne, så implementeringen af modellen forløber som planlagt?
- Er arbejdet med modellen organiseret på en måde, så eksisterende arbejdsgange i den kommunale stofmisbrugsbehandling understøtter arbejdet med modellen?
- Er arbejdet med modellen organiseret på en måde, så den sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling, herunder lægelig behandling af stofmisbrug, understøtter arbejdet med udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling?
- Føler medarbejdere og ledere sig sikre på, at de kan inddrage de relevante samarbejdspartnere, så implementeringen af modellen kan forløbe som planlagt?
- Er der i den kommunale stofmisbrugsbehandling de nødvendige ressourcer til at implementere modellen?
- Er der udpeget en projektleder/et implementeringsteam med præcisering af ansvar og roller?
- Er der udpeget en følgegruppe/styregruppe med præcisering af ansvar og roller?
- Er der udarbejdet forpligtende samarbejdsaftaler på tværs af relevante forvaltninger/afdelinger/sektorer/øvrige aktører (misbrugscentre, psykiatri, væresteder etc.)?

<sup>50</sup> Socialstyrelsen. Implementeringsguide. Strategiske sigtpejnter for koncernens arbejde med implementeringsstøtte i en kommunal kontekst.

- Er en politisk godkendelse af implementeringen af modellen bredt accepteret i organisationen?

**Kontekst**

- Er der kendskab til de lovgivningsmæssige muligheder, som understøtter modellen?
- Er der truffet beslutninger om andre tiltag, der understøtter modellen (fx særlige samarbejdsaftaler med andre aktører)?
- Er der udarbejdet en interessentanalyse og plan for, hvordan der samarbejdes med eksterne interessenter (jobcenter, misbrugscenter, regionen, væresteder, kriminalforsorgen, udsatterådet etc.)?



## BILAG 2B: SKABELON TIL GEOGRAFISK AFDÆKNING

Nedenfor fremgår et redskab, som ledelsen og de udgående behandlere kan bruge i en geografisk afdækning af områder, hvor det tænkes, at borgerne opholder sig og færdes.

Redskab til geografisk afdækning
<p><b>Hvad er formålet med redskabet?</b></p> <p>Formålet med redskabet er, at der foretages en geografisk afdækning af de steder, hvor borgerne typisk opholder sig. Endvidere afdækkes de relevante samarbejdspartnere, som kan bidrage til, at de udgående behandlere bliver synlige i borgernes miljø. Den geografiske afdækning skal sikre, at der iværksættes en indsats, hvor de udgående behandlere er synlige og tilgængelige i de områder, hvor afdækningen har vist, at der er størst behov for, at de udgående behandlere er til stede.</p>
<p><b>Hvem skal bruge redskabet?</b></p> <p>Den geografiske afdækning foretages i samarbejde mellem de udgående behandlere og ledelsen. Under udarbejdelsen kan samarbejdspartnere, som eksempelvis andre gadeteams, bidrage med relevant viden om i hvilke områder, borgerne typisk opholder sig.</p>
<p><b>Hvornår bruges redskabet?</b></p> <p>Afdækningen foretages som indledning på den udgående og rummelige indsats men kan løbende opdateres, hvis der sker ændringer i forhold til målgruppens opholdssteder. Redskabet kan bruges undervejs i forløbet til planlægning af ruter samt til at kontrollere, at alle udvalgte områder afdækkes.</p>
<p><b>Hvilke erfaringer er der med redskabet?</b></p> <p>Redskabet til geografisk afdækning er afprøvet i projekt "Isolerede sindslidende i egen bolig", hvor opsøgende medarbejdere fra opsøgende teams i tre kommuner har gode erfaringer med at anvende redskabet.</p>

Afdækningsområde	Centrale pejlemærker	Egne noter
Afdækning af geografiske områder	I hvilke områder af byen kan det tænkes, at målgruppen for projektet oftest befinder sig? Er der evt. områder, som er mere vigtige at få afdækket end andre? Er der evt. tider på døgnet, hvor det er særlig relevant at besøge området?	
Afdækning af mulige opholdssteder	Er der centrale opholdssteder (fx væresteder, forsorgshjem eller stofindtagelsesrum), som kan være relevante at besøge? Er der særlige forhold at tage hensyn til i form af opholdssteder, der ikke må besøges uanmeldt, men når de bliver tilkaldt?	
Afdækning af samarbejdspartnere	Hvilke samarbejdspartnere kan være relevante at inddrage i udarbejdelsen af den geografiske afdækning? Hvilke samarbejdspartnere kan være gavnlige i forbindelse med byvandringen?	

## BILAG 2C: SKABELON TIL IMPLEMENTERINGSPLAN

I tabellen nedenfor fremgår en skabelon til udarbejdelse af en systematisk implementeringsplan, som er struktureret efter de fem drivkræfter i en implementering af modellen. I udarbejdelsen af implementeringsplanen kan der med fordel tages udgangspunkt i den viden, der er tilvejebragt i forbindelse med afdækning af parathed til implementering af modellen for udgående og rummeligt stofmisbrugsbehandling.

	Ikke igangsat (Forventet tidspunkt for igangsættelse af opgaven)	Under udarbejdelse (Forventet tidspunkt for hvornår opgaven er på plads)	På plads og implementeret	Ansvarlig	Deltagere	Kommentarer (udfordringer eller positive, opnåede resultater)
<b>Indsatsen</b>						
Der er en plan for arbejdet med "Mindshift" på tværs af afdelinger, medarbejdere, behandlere og ledere, så implementering sikres						
Der er udarbejdet tydelige mål og aktiviteter for iværksættelse af indsatsen?						
Der er udarbejdet en målgruppebeskrivelse?						
Der er udarbejdet procedurer for modtagelse, visitation og brobygning til eksisterende tilbud om stofmisbrugsbehandling?						
Kerneelementerne, faser og trin i modellen er kendte for alle involverede medarbejdere?						
Der er en plan for anvendelse af data/resultater (som fremkommer ved dokumentationen) til løbende kvalificering af indsatsen, herunder metoder, samarbejde osv.						
<b>Ledelse</b>						
Der er en plan for fastholdelse af den ledelsesmæssige og politiske opbakning						
Der er truffet beslutning om, hvem der i daglig praksis har ansvaret for, at borgerne opnår de ønskede forandringer						
Det er besluttet, hvordan (form) og hvor ofte ledelsesniveauet orienteres om fremdrift i implementeringen						
Der er en plan for anvendelse af data /resultater til information af ledelse og politisk niveau						
Der er lagt en plan for orientering af samarbejdspartnere om arbejdet med modellen						

	Ikke igangsat (Forventet tidspunkt for igangsættelse af opgaven)	Under udarbej- delse (Forventet tidspunkt for hvornår opga- ven er på plads)	På plads og im- plemen- teret	Ansvar- lig	Del- tagere	Kommenta- rer (udfordrin- ger eller positive, opnåede resultater)
<b>Mennesker</b>						
Medarbejdere til arbejdet med modellen er udpeget; udgående behandlere, læger, sygeplejerske m.v.						
De medarbejdere, der arbejder modellen, har modtaget kompetenceudvikling						
Projektleder foretager i samarbejde med medarbejderne opfølgning på metodefidelitet ift. modellen						
Der er udarbejdet en procedure for kompetenceudvikling af nye medarbejdere						
<b>Organisering</b>						
Der er etableret en styregruppe med deltagelse af ledere fra de centrale samarbejdspartnere						
Der er udarbejdet samarbejdsaftaler på tværs af relevante forvaltninger, afdelinger, sektorer og øvrige aktører (Job, bolig, misbrug, psykiatri osv.)						
Der er etableret understøttende arbejds gange i den kommunale stofmisbrugsbehandling						
Der er etableret en organisation, hvor arbejdet med modellen understøttes af sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling, herunder lægelig behandling af stofmisbrug						
Der er fokus på fastholdelse af fokus på evidensbaseret praksis						
Der er fundet en løsning på elektronisk vidensdeling vedr. borgerens sag på tværs af afdelinger og forvaltninger						
<b>Kontekst</b>						
Interessenter og relevante samarbejdspartnere er orienteret og inddraget i implementeringen af modellen, fx væresteder, forsorgshjem, behandlingspsykiatrien, udsatte råd, brugerorganisationer osv.						

	<b>Ikke igangsat (Forventet tidspunkt for igangsættelse af opgaven)</b>	<b>Under udarbej- delse (Forventet tidspunkt for hvornår opga- ven er på plads)</b>	<b>På plads og im- plemen- teret</b>	<b>Ansvar- lig</b>	<b>Del- tagere</b>	<b>Kommenta- rer (udfordrin- ger eller positive, opnåede resultater)</b>
Der er procedurer, der un- derstøtter samarbejdet om- kring borgeren, fx adgang til bolig, bostøtte og andre relevante social- og sund- hedsfaglige indsatser						
Tilbudsviften til målgruppen er afdækket						

## BILAG 2D: MØDEGUIDE TIL FACILITERING AF EVALUERINGS- OG REFLEKSIONSDAGE

I boksen nedenfor fremgår en mødeguide, som ledelsen i den kommunale stofmisbrugsbehandling og de udgående behandlere kan gøre brug i forbindelse med eventuelle evaluerings- og refleksionsdage i arbejdet med modellen for udgående og rummeligt stofmisbrugsbehandling.

### Mødeguide til større refleksionsdage

Ledere og medarbejdere kan strukturere et lærings- og refleksionsmøde ud fra tre faser: (i) Refleksion over resultater, (ii) refleksion over dokumentationspraksis og (iii) opsamling og beslutninger. Det kan være en mødeleder, der er ansvarlig for at facilitere dagen – eventuelt med udgangspunkt i nedenstående temaer og spørgsmål:

Refleksion over resultater – de tre første punkter er formuleret som lukkede spørgsmål, som ikke inviterer til megen refleksion.

- Er der overensstemmelse mellem vores reelle målgruppe og den, forandringsteorien er rettet mod?
- Har vi opnået de forventede resultater – eller er der resultater, som er særligt gode eller mindre gode?
- Har vi gennemført aktiviteterne i indsatsen, som vi gerne ville?
- Hvad kendetegner de virkningsfulde forløb – hvor, hvornår og hvordan virker vores indsats særlig godt?
- Hvor, hvornår og hvordan virker vores indsats ikke som tilsigtet?
- Er der nogle forhold, som ikke indgår i forandringsteorien, som vi vurderer som værende af afgørende betydning ift. resultaterne?
- Lever vi op til vores egne målsætninger om vores evne til at understøtte borgeren i at indfri de opstillede mål? (Gør vi det så godt, som vi har sat os for?).

Refleksion over dokumentationsproces

- Hvordan fungerer det praktiske arbejde med at indsamle den planlagte dokumentation?
- Sikrer den nuværende indsamlingspraksis god og retvisende dokumentation?
- Hvordan fungerer den nuværende måde at bruge dokumentationen på i den direkte dialog med borgere og/eller pårørende?
- Hvordan hjælper dokumentationen os til at blive skarpere på, om vores indsats virker?
- Er der behov for, at vi styrker vores dokumentation og i givet fald hvordan?

Opsamling og beslutninger

- Giver refleksionen over de opnåede resultater anledning til at ændre de indsatser, vi igangsætter for borgerne, og i givet fald til hvad?
- Giver refleksionen over den nuværende dokumentationspraksis anledning til at ændre i den måde, vi indsamler og bruger dokumentation på?

På baggrund af drøftelserne træffer ledelsen beslutning om hvilke opfølgende aktiviteter, der ønskes igangsat. Herefter fastsætter ledelsen, hvem der har ansvaret for dette.