

Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Modelbeskrivelse

Dato
Oktober, 2016

AKUTKRISECENTER TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE MED STOF- MISBRUG



AKUTKRISECENTER TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE MED STOFMISBRUG MODELBEKRIVELSE

INDHOLD

1.	INTRODUKTION	1
2.	MÅLGRUPPEN	4
3.	ETABLERING OG ORGANISERING AF MODELLEN	5
4.	KERNEELEMENTER, FASER OG TRIN I MODELLEN	9
5.	FASE 1: OPSPORING OG INDSKRIVNING	10
6.	FASE 2: OPHOLDET PÅ AKUTKRISECENTER	14
7.	FASE 3: BROBYGNING OG HJEMKOMST	20

BILAG

Bilag 1

Referencer

1. INTRODUKTION

I Danmark findes en gruppe borgere, der har så store problemer, at de befinder sig i en akut og til tider livstruende situation. Det er borgere med et omfattende stofmisbrug kombineret med komplekse sociale og sundhedsmæssige udfordringer. Borgernes komplekse problemer betyder blandt andet, at de ikke eller kun i ringe grad benytter sociale- og sundhedsfaglige tilbud, herunder stofmisbrugsbehandlingstilbud.

Disse borgere har ofte en kaotisk og turbulent livsstil og en skæv døgnrytme, ligesom konflikter og ustabil fremmøde i eksisterende behandlingstilbud tit fører til u hensigtsmæssige afbrydelser. I nogle tilfælde kan det være borgeren, der selv vælger at droppe ud af behandlingen, fordi han eller hun kan have svært ved at indordne sig under rammerne for den hjælp, der gives. I andre situationer er det tilbuddet, der afbryder forløbet og eksempelvis giver borgeren en tidsbegrænset karantæne, fordi borgerens nuværende fremtoning og adfærd ikke kan rummes. De borgere i gruppen, der har den allermest kaotiske livssituation, kan være vanskelige at fastholde i en samtale, og de kan have svært ved at tilsidesætte egne behov. Begge dele kan påvirke kontakten med støtte- og behandlingstilbud.

Denne udgivelse beskriver en model for akutkrisecenter til de mest socialt udsatte borgere med stofmisbrug. Med modelbeskrivelsen får medarbejdere en systematisk ramme, værktøjer og tjeklister til, hvordan arbejdet kan tilrettelægges, og indsatsen gennemføres i samarbejde med borgere i målgruppen. For mange, der i forvejen kender til målgruppen af socialt udsatte borgere, vil de faglige tilgange, metoder og redskaber i modellen dog være velkendte.

Modellen har vist positive resultater i forhold til at afhjælpe borgernes akutte og til tider livstruende situation og på den baggrund skabe en positiv udvikling i deres samlede situation. En evaluering af modellen viser blandt andet, at borgerne efter endt ophold på akutkrisecenter har oplevet en positiv udvikling i deres stofmisbrugssituation, hvilket ses ved, at de har mindre problemer med deres stofmisbrug og er mindre besværede og bekymrede om misbruget. Ligeledes oplever borgerne i højere grad at være motiverede for forandring, hvilket kommer til udtryk i form af blandt andet større motivation for stofmisbrugsbehandling og livsforbedrende støtte.

Læs mere om evalueringen af modellen for akutkrisecenter til socialt udsatte

Modellen for akutkrisecenter er afprøvet som led i et projekt finansieret af satspuljen 2012 – og i et samarbejde mellem behandlingscentret Kongens Ø, 12 projektkommuner, Landsforeningen for Væresteder og Socialstyrelsen. Som led i afprøvningen af modellen har Rambøll Management Consulting på vegne af Socialstyrelsen gennemført en evaluering af afprøvningen af modellen.

I Udgivelsen *Evaluering af akuttilbud til socialt udsatte stofmisbrugere* udarbejdet af Rambøll Management Consulting gives en indføring i modellens implementering, resultater og effekter.

1.1 Formålet med modellen for akutkrisecenter

Målet med modellen er at etablere et lavtærskeltilbud, hvor socialt udsatte borgere, der befinder sig i en akut og til tider livstruende krisesituation, kan få mulighed for at opholde sig på et akutkrisecenter i en periode. Formålet med opholdet på akutkrisecenter er derfor:

- At borgerne opnår en periode med mere stabilitet og ro, som kan reducere det aktuelle stofmisbrug og den aktuelle deroute.
- At styrke borgernes tillid til hjemkommunen, således at de bliver bedre i stand til at modtage de relevante kommunale tilbud.
- At der bygges bro mellem akutkrisecenter og borgeres hjemkommune, så der skabes mulighed for en bedre situation i forhold til stofmisbrug, økonomi og bolig.
- At borgere, der under opholdet på akutkrisecenter bliver motiveret for forandring af egen situation, støttes i at tage kontakt til eksempelvis væresteder og øvrige sociale- og sundhedsfaglige tilbud i hjemkommunen, herunder også stofmisbrugsbehandlingstilbud.

Det er kommunen, der har en forpligtelse til at tilbyde den form for indsats, som et akutkrisecenter kan tilbyde, hvis borgerne har et sådant behov. Det kan ske efter Lov om social service § 107 eller § 110. Såfremt en kommune ikke selv råder over et tilbud, kan der anvendes andre kommunale, regionale eller private tilbud.

Hvis en kommune ønsker at oprette et akutkrisecenter, skal oprettelsen godkendes af Socialt Tilsyn i den pågældende region, som også skal føre tilsyn med tilbuddet.

1.2 Læsevejledning






Denne beskrivelse af modellen for akutkrisecenter er en handlingsanvisende beskrivelse, som medarbejdere på akutkrisecentre og i kommunerne kan anvende i praksis. Beskrivelsen af modellen indeholder følgende kapitler:

Tabel 1-1 Kapitler og indhold

Kapitler	Indhold
Kapitel 2	Beskriver målgruppen for modellen for akutkrisecenter
Kapitel 3	Beskriver forhold ved etablering og organisering af modellen for akutkrisecenter
Kapitel 4	Beskriver og illustrerer modellens kerneelementer samt de enkelte faser og trin i modellen for akutkrisecenter
Kapitel 5	Beskriver fase 1 – spotning og indskrivning, herunder trinene i fasen
Kapitel 6	Beskriver fase 2 – opholdet på akutkrisecenter, herunder trinene i fasen
Kapitel 7	Beskriver fase 3 – udslusning hjemkommune, herunder trinene i fasen

I modelbeskrivelsen udfoldes modellens kerneelementer, faser og trin. Begreberne er defineret nedenfor, ligesom symboler, der strukturerer beskrivelsen af modellen, er visualiseret.

Tabel 1-2 Begreber

Begreber	Symboler
Metodens kerneelementer er de enkelte og selvstændige elementer, der er ufravigelige i den konkrete omsætning af modellen for akutkrisecenter i praksis.	
Metodens faser beskriver de former for opdelt processer, der indgår i et forløb for borgerne.	
Trin i hver af metodens faser er de konkrete byggesten, der konstituerer den enkelte fase, og trinene er væsentlige for omsætningen af fasen i praksis.	
Opmærksomhedspunkter, tips og tricks er eksempler til eller opmærksomhedspunkter i den konkrete omsætning af modellen til praksis (som kan anvendes efter behov).	
Tjeklister er de helt korte opsummeringer af, hvordan processen skal tilrettelægges. Tjeklisterne udgør en overskuelig form for "drejebog" for hver fase og hvert trin, som skal anvendes for at give en sikkerhed for, at metodens kerneelementer efterleves.	

2. MÅLGRUPPEN

Modellen for akutkrisecenter er rettet mod borgere, som på grund af deres samlede problemkompleks befinder sig en akut og til tider livstruende situation. Målgruppen er socialt udsatte borgere med stofmisbrug, som ofte har ringe eller ingen kontakt til stofmisbrugsbehandlingssystemet. Det er en gruppe af borgere, der blandt andet har en ustabil livsførelse, og som det derfor er vanskeligt at fastholde og give tilstrækkelige skadesreducerende tiltag i gængse ambulante stofmisbrugsbehandlingstilbud. Det er borgere, hvis livssituation ofte – udover stofmisbruket – omfatter dårlig sundhedstilstand, ubehandlede psykiske lidelser og en ustabil bolig- og forsørgelsessituation.

Livstruende situation

Mange af borgerne befinder sig i overhængende livsfare, når et ophold på akutkrisecenter overvejes. Denne situation kan komme til udtryk på mange forskellige måder, ligesom forklaringerne kan være mangefacetterede. Dog fremhæves især en situation præget af:

- Psykiske problemer, der kan medvirke til, at borgeren er i overhængende fare for at forsøge selvmord eller er til risiko for andre.
- Et massivt, risikovilligt blandingsmisbrug med store konsekvenser for borgernes fysiske, psykiske og sociale situation, herunder risiko for overdosis, psykoser og hjemløshed.
- Trusler fra andre personer i miljøet, eksempelvis på grund af gæld til andre, involvering i bandekonflikter og kriminalitet.
- En eskalerende kritisk helbredssituation og ubehandlede sygdomme og skavanker, som eksempelvis leverbetændelse, HIV, blodpropper, bylder og sår.

3. ETABLERING OG ORGANISERING AF MODELLEN

Kapitlet her beskriver udgangspunktet for at arbejde med modellen for akutkrisecenter. Kapitlet beskriver de faglige og organisatoriske forudsætninger for etablering af en model for akutkrisecenter og for kommunale aktører, behovet for inddragelse af samarbejdspartnere ved etableringen af tilbuddet og den geografiske afdækning af borgernes opholdssteder som en forudsætning for at arbejde med modellen.

3.1 Faglige og organisatoriske forudsætninger for akutkrisecenter

Det helt centrale i tilbuddet til socialt udsatte borgere med stofmisbrug er et akutkrisecenter, der giver borgeren mulighed for et stabiliserende ophold afsondret fra dennes aktuelle miljø. Et akutkrisecenter er derfor et skærmet døgntilbud, der kan oprettes efter servicelovens § 107 eller § 110. Tilbuddet kan oprettes som et kommunalt, regionalt eller privat tilbud. Oprettelsen skal godkendes af Socialt Tilsyn i den pågældende region, som også skal føre tilsyn med tilbuddet.

Tilbuddet akutkrisecenter skal skabe trygge rammer, hvor afvigende adfærd og misbrug ikke er udelukkelsesgrund, ligesom der i tilbuddet skal være mulighed for at tilgodese borgerens fundamentale behov for mad, tøj, husly, kontakt og sikkerhed. Samtidig giver tilbuddet om akutkrisecenter mulighed for at trække borgeren væk fra en måske livstruende situation, som kan hænge sammen med borgerens aktuelle miljø i hjemkommunen, ligesom borgeren under opholdet får mulighed for iværksættelse af relevant substitutions- eller anden medicinsk behandling¹.



Hvilke faglige kompetencer er der typisk brug for på akutkrisecenter?

Tilbuddet bør være bemandedet med relevante social- og sundhedsfaglige kompetencer. De sundhedsfaglige kompetencer kan dreje sig om tilknytning af en læge på døgntilkald og en psykiater.

Erfaringer viser, at der blandt de socialfaglige kompetencer bør være en socialrådgiver, der fx kan varetage modtagelsen af borgeren, den løbende dialog med borgerens hjemkommune og arbejdet med borgerens § 141-handleplan og fremtidsplan.

Der vil også være behov for kvalificeret personale til relations- og motivationsarbejde med borgerne. Det kan fx være pædagoger eller terapeuter, der har erfaring med målgruppen.

3.2 Etablering af modellen kræver tidlig inddragelse af relevante samarbejdspartnere

Det er vigtigt for et systematisk arbejde med modellen for akutkrisecenter, at de relevante samarbejdspartnere tidligt inddrages. Det kan blandt andet dreje sig om kommunale og private væresteder, forsorgshjem, stofindtagelsesrum, sundhedsrum, den kommunale bostøtte, opsøgende teams, behandlingspsykiatrien, sociale viceværter, sygehuse, politiet og tilsvarende, som har kontakt til de allermest udsatte borgere med stofmisbrug.

¹ Landsforeningen af væresteder har udarbejdet en Best Practice publikation, som bl.a. indeholder en beskrivelse af, hvordan et ophold på akutkrisecenter kan se ud. Denne kan findes via følgende link: <http://www.vaeresteder.dk/Default.aspx?ID=3826&PID=12870&Action=1&NewsId=669>

Den hurtige involvering af samarbejdspartnere har til formål at sikre to ting: Dels et systematisk udgangspunkt for opsporing af borgere i målgruppen med henblik på indskrivning og samarbejde under ophold på et akutkrisecenter. Dels et beredskab til borgerne ved hjemkomst fra akutkrisecenter, så de oplever en relevant og helhedsorienteret støtte målrettet deres stofmisbrug og sociale- og sundhedsmæssige problemstillinger. Samtidig skal det sikres, at alle potentielle samarbejdspartnere i kommunen får indsigt i modellen og de muligheder, denne giver borgerne.

Der er ingen bestemt fremgangsmåde for involvering af samarbejdspartnere. Det afhænger af, hvor arbejdet med modellen er forankret. Det kan eksempelvis være ledelsen i misbrugscentret, det kommunale værested eller center for opsøgende indsatser, der inviterer samarbejdspartnere til et fælles møde.



Temaer til drøftelse ved første møde med samarbejdspartnere

- Hvad karakteriserer målgruppen af de allermost udsatte borgere med stofmisbrug?
- Hvad er målet med modellen for akutkrisecenter? Hvordan kan vi arbejde med rummelighed og sikre, at borgerne mødes med den nødvendige støtte og hjælp?
- Hvad er det for udfordringer, medarbejderne skal imødegå?
- Hvilke typer af indsatser, aktiviteter og tiltag kan bidrage til at nå målene med modellen og styrke samarbejdet?
- Hvordan kan ledelsen i de forskellige organisationer understøtte arbejdet med modellen for akutkrisecenter?
- Hvordan kan erfaringer og fagligheder fra samarbejdspartnere bringes ind i arbejdet med modellen for akutkrisecenter?
- Hvilke forventninger har samarbejdspartnere til ledelsen i misbrugscentret og de øvrige medarbejdere?
- Hvilket beredskab skal etableres og hvordan for at håndtere uforudsete problemstillinger i samarbejdet om borgere med komplekse problemstillinger?

3.3 Faglige og organisatoriske forudsætninger for kommunale samarbejdspartnere

Et tæt samarbejde mellem akutkrisecenter og borgernes hjemkommune, herunder også væresteder, er centralt for at kunne kvalificere indsatsen før, under og efter ophold på akutkrisecenter. Et tæt og velfungerende samarbejde kræver, at alle parter investerer i at skabe det.

Akutkrisecenter er et midlertidigt supplement til kommunernes indsats til socialt udsatte borgere med stofmisbrug og er møntet på at give borgerne en ny chance i deres hjemkommune eller i en ny kommune. Samarbejdet mellem akutkrisecenter og borgernes hjemkommune er derfor en integreret del af de forløb, borgerne indskrives i. Den konkrete ramme for samarbejdet skal derfor beskrives i individuelle samarbejdsaftaler mellem akutkrisecenter og kommunerne, herunder væresteder og andre relevante aktører.



Parametre i samarbejdsaftaler mellem kommune og akutkrisecenter

- Kommunerne skal erklære sig villige til hurtig medicinsk delegation i forhold til den enkelte borger.
- Kommunerne skal have fokus på det lovpligtige handleplansarbejde med de borgere, der bliver visiteret til et ophold på akutkrisecenter, herunder de behov som nogle borgere kan have for særlig støtte til at indgå i udarbejdelse af en social handleplan.
- Kommunerne skal deltage i et samarbejde om justering af den enkelte borgers sociale handleplan ca. midtvejs i borgerens ophold på akutkrisecenter. I den forbindelse skal det koordineres, hvordan borgerens fremtidsplan, der udarbejdes under opholdet, kan anvendes i den sociale handleplan og justering af denne.
- Kommunerne skal være opmærksomme på, at værestederne er et vigtigt omdrejningspunkt for mange af borgerne og derfor en vigtig samarbejdspartner.
- Kommunerne skal udpege en konkret medarbejder i den kommunale forvaltning, der udfylder rollen som social mentor, og som har kontakten med akutkrisecenteret, så en klar rollefordeling i samarbejdet sikres.
- En social mentor eller støtte-kontaktperson er central for visitation til akutkrisecenter, myndighedsarbejde under opholdet og i forhold til udslusning.

Aftalen mellem akutkrisecenter og kommunerne bygges op omkring en række specifikke aftaler. Der skal indgås en aftale med den relevante **forvaltning i kommunen**, som specificerer de kommunale myndighedssagsbehandlers rolle og rammerne for udarbejdelse og justering af handleplaner for borgerne. Aftalen skal desuden beskrive forløbet omkring indskrivning og smidig overgang fra akutkrisecenter til hjemkommunen. Der indgås ligeledes **aftale med misbrugscentret** med særligt fokus på medicindelegation og iværksættelse af behandling for borgere, som ved indskrivningstidspunktet på akutkrisecenter modtager et kommunalt behandlingstilbud.

Endelig skal kommunen udpege såkaldte **spottere** og en **social mentor eller case-manager**.

Definition af spotter og social mentor

En spotter er en person, som har fået til opgave at opspore borgere, som befinder sig i en akut og måske livstruende situation og ikke får den nødvendige støtte systemet. En spotter er kendetegnet ved en dyb viden om lokalmiljøet og gode relationer til borgere, som danner afsæt for et opsøgende og kontaktskabende arbejde. Spottere kan fx være værestedsmedarbejdere eller kommunale medarbejdere, som eksempelvis misbrugsbehandlere, gadesygeplejersker og SKP-medarbejdere. Spotteren har en vigtig funktion i forhold til at skabe kontakt til borgere, som har et stort støttebehov, men ofte ikke en støttesøgende adfærd.

En **social mentor** er en person, som har fået til opgave at koordinere borgerens kontakter med forskellige myndigheder og leverandør. En social mentor fungerer som case-manager og har myndighed til at kontakte og henvise borgere til akutkrisecenter vedrørende indskrivning. Det er også den sociale mentor, der har ansvaret for den opfølgende indsats i kommunen efter borgerens hjemkomst, ligesom han eller hun er ansvarlig for koordinering med akutkrisecenter under borgerens ophold. Den sociale mentor har en vigtig rolle i forhold til at sikre en sammenhængende indsats på tværs af aktører, særligt i forbindelse med brobygning efter endt ophold på akutkrisecenter.

Spotterne og den sociale mentors rolle i arbejdet med modellen er udfoldet i de følgende kapitler om modellens kernelementer, faser og trin. Det gælder særligt i fase 1 om opsporing og indskrivning, men også de øvrige faser i modellen.

3.4 Etablering af modellen kræver "geografisk" afdækning af borgernes opholdssteder

En væsentlig forudsætning for at arbejde med modellen er at planlægge og systematisere det geografiske område, som medarbejderne, særligt spotterne, arbejder indenfor. Det vil sige kommunen som det geografiske område.

Den geografiske afdækning skal give spotterne, den sociale mentor og øvrige medarbejdere viden om, hvilket miljø borgerne færdes i. Den skal også give viden om de relevante samarbejdspartnere i miljøet, der kan understøtte opsporingsarbejdet, og som der derfor skal etableres kontakt til². Dette skal understøtte en målrettet plan for, hvor spotterne skal fokusere indsatsen i arbejdet med at opspore borgere.

Den geografiske afdækning af mulige opholdssteder for borgerne kan foregå som en aktivitet på møder mellem spottere, den sociale mentor og ledelsen i eksempelvis misbrugscentret eller værestedet eller som en enkeltstående særskilt aktivitet.



Geografisk afdækning af borgernes opholdssteder

I arbejdet med den geografiske afdækning bør der være opmærksomhed på, at afdækningen giver svar på følgende spørgsmål:

Borgere i målgruppen

- Hvor opholder borgerne sig?
- Hvor går de hen?
- Hvem ser dem?

Overblik over nærmiljøet

- I hvilke områder og miljøer skal spotterne fokusere indsatsen med at være synlige og tilgængelige?
- Hvilke partnere kan spotterne bruge som samarbejdspartnere, både i forhold til at finde frem til borgere i målgruppen og til at støtte borgerne i hverdagen?

Det er vigtigt, at arbejdet med model for akutkrisecenter tager afsæt i en grundig afdækning af de geografiske områder i kommunen som afsæt for planlægning af det opsporende arbejde. Den systematiske afdækning medvirker til, at der udarbejdes en systematisk plan for arbejdet, herunder eksempelvis en rute for spotterne i arbejdet med at være synlige for borgere i målgruppen. Dette vil sikre, at alle relevante miljøer, hvor borgerne opholder sig, eksempelvis gaden, væresteder, forsorgshjem og stofindtagelsesrum, drøftes og prioriteres i det fremadrettede arbejde for spotterne.

Værestederne er et centralt omdrejningspunkt for mange af borgerne. Værestederne er derfor en vigtig part i arbejdet med at gennemføre en geografisk afdækning af, hvor borgerne færdes.

² I fase 1 nedenfor er spotternes og den sociale mentors funktion og rolle beskrevet mere fyldestgørende.

4. KERNEELEMENTER, FASER OG TRIN I MODELLEN

Modellen for akutkrisecenter består af fem kerneelementer, dvs. grundlæggende principper, som skal følges i den praktiske omsætning af modellen.



Modellens fem kerneelementer

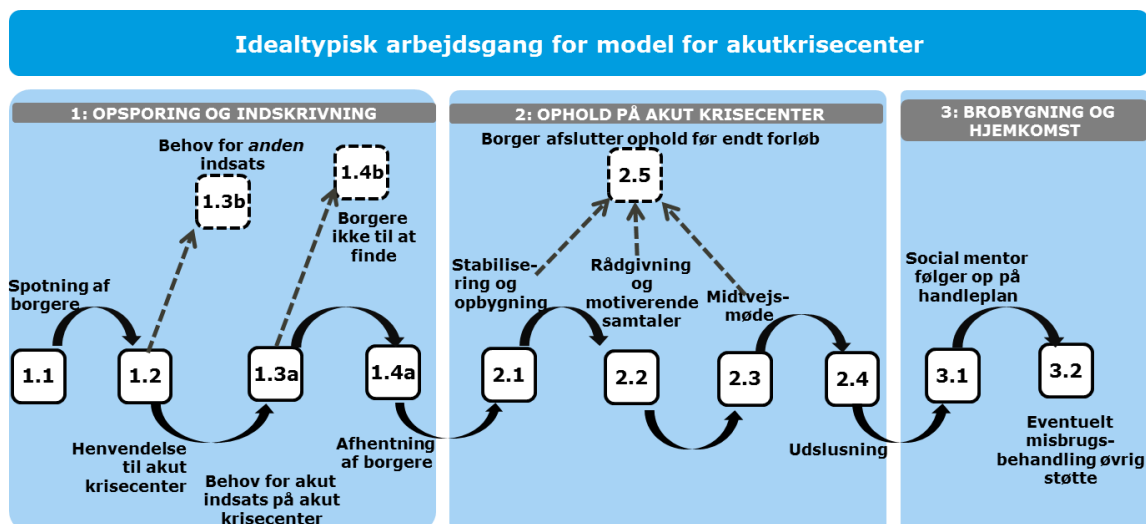
- Ophold på etableret og skærmet døgntilbud
- Stabilisering af akut livssituation for at få stoppet en accelererende fysisk, psykisk og social deroute
- Omsorgspræget tilgang til borgeren
- Rådgivning og motiverende samtale
- Udslusning og brobygning til borgerens hjemkommune.

Arbejdsgangen i den praktiske udførelse af modellen fremgår af figuren nedenfor, der viser de konkrete faser og trin i modellen for akutkrisecenter. Arbejdsgangsbeskrivelsen er struktureret efter en idealtypisk fremgangsmåde i et forløb og indeholder et kronologisk perspektiv på processen og indholdet i forløbet. I praksis vil de konkrete forløb for borgerne typisk bryde arbejds-gangsbeskrivelsen kronologi for de forskellige faser og trin og arbejdet med kerneelementerne.

Det skal understreges, at modelbeskrivelsen hverken kan eller skal erstatte den professionelle faglighed i arbejdet. I stedet skal modelbeskrivelsen ses som et bidrag til at skabe en systematisk ramme for de aktiviteter, der indgår i et forløb med borgeren.

For overblikkets skyld er de centrale faser og trin i modellen visualiseret som et lineært forløb, jf. figur 2.1. nedenfor.

Figur 2.1 Arbejdsgangsbeskrivelse for modellen for akutkrisecenter



Modellen for akutkrisecenter indeholder tre faser, som figuren ovenfor viser: (1) opsporing og indskrivning, (2) ophold på akutkrisecenter og (3) brobygning og hjemkomst til hjemkommune. De tre faser er inddelt i en række trin (de nummererede bokse i figuren) med tilhørende tjeklister, som skal understøtte det praktiske arbejde. Disse faser og trin udfoldes i de følgende kapitler.

5. FASE 1: OPSPORING OG INDSKRIVNING



Når en akut livstruet borger spottes, igangsættes en proces, som kan føre til indskrivning i akutkrisecenter. Dette udgør opsporings- og indskrivningsfasen i modellen for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug. Formålet er at etablere kontakt med borgere i målgruppen med henblik på at tilbyde og motivere til et ophold på akutkrisecenter. Såfremt borgeren udviser motivation for et ophold på akutkrisecenter, skal indskrivning ske på en hurtig og fleksibel måde.

Selve opsporings- og indskrivningsfasen består af tre konkrete trin, som er:



Trin i opsporing og indskrivning

- Trin 1: Spotning af borgere
- Trin 2: Screening af borgeren og henvendelse til akutkrisecenter (inkl. vurdering)
- Trin 3: Afhentning af borgeren.

5.1 Trin 1: Spotning af borgere

Spotning af borgere i målgruppen udføres af såkaldte spottere. Det kan eksempelvis være værestedsmedarbejdere, medarbejdere på misbrugscentret, opsøgende medarbejdere, SKP-medarbejdere og myndighedssagsbehandlere. Typisk har spotterne en tæt kontakt med de mest socialt udsatte borgere, enten fordi de arbejder direkte med borgerne, eller fordi de færdes i de miljøer, hvor borgerne opholder sig. Det kan være på gaden, på et værested, et forsorgshjem eller i stofindtagelsesrum. På den måde kan spotterne reagere hurtigt, hvis der opstår et behov for hjælp hos borgerne.

De medarbejdere, der har en spotter-funktion, skal have en vis erfaring med og kompetencer i arbejdet med de mest udsatte borgere med stofmisbrug, som gør dem i stand til at vurdere, hvornår en borgers situation er akut og kaotisk. Denne erfaring er vigtig, da det kan være vanskeligt for spotterne at vurdere, hvornår en borger er i en situation, hvor han eller hun er plaget af "almindelige dårligheder" eller faktisk befinder sig i en akut og livstruende situation. Det er spotternes hovedopgave at opspore borgere i målgruppen og motivere borgerne til et ophold på akutkrisecenter. Umiddelbart er der ingen krav til eller systematik for, hvordan spotterne går til deres arbejde med at opspore borgere i målgruppen. Arbejdet baserer sig i høj grad på spotternes erfaringer og kendskab til misbrugsmiljøet og de mest udsatte borgere med stofmisbrug.



Arbejdet med borgerens motivation

I samtalen med borgeren kan han eller hun motiveres til at se udviklingspotentialet ved et ophold på akutkrisecenter:

- Fokusér på konkrete, gode erfaringer, som kan bruges fremadrettet.
- Sæt lys på borgerens ressourcer – i stedet for på begrænsningerne.
- Ret blikket mod borgerens drømme – frem for på det vedkommende frygter.
- Identificér borgerens egne udsagn med et fremtidsperspektiv og stil uddybende spørgsmål til dem.
- Lav opsummeringer, der særligt indfanger borgerens egne udsagn om muligheder for udvikling.

I de situationer, hvor spotterne kommer i kontakt med borgere, der vurderes at være i målgruppen, tages der kontakt med borgeren for at tale om vedkommendes situation. Hvis det er relevant, informeres om muligheden for et ophold på akutkrisecenter. I forsøget på at skabe kontakt til borgerne er det væsentligt at være opmærksom på, at mange af borgerne måske har haft negative oplevelser med det eksisterende støttesystem. Det betyder, at de måske vil være kritisk indstillede over for spotternes første forsøg på kontakt.

Det vil være individuelt fra borger til borger, hvordan spotterne bedst opnår kontakt. Spotterne kan eksempelvis starte med at observere borgerens fremtoning, rytme og samspil med andre borgere, inden den første kontakt indledes. På den måde kan de langsomt få et billede af, hvordan de bedst indleder den første kontakt. Spotterne kan også gøre brug af samarbejdspartnere eller andre borgere i miljøet som indgang til den første kontakt med borgeren. De kan eksempelvis fortælle en anden borger, som de allerede kender, hvorfor de er der, og at de gerne vil hjælpe borgeren, hvis borgeren ønsker det.

Hvis borgeren i første omgang vurderes at være i målgruppen, retter spotteren henvendelse til den sociale mentor, som ofte vil være forankret i kommunens misbrugscenter eller på et værested. Den sociale mentor sikrer én indgang til det kommunale system. Det skaber smidige arbejdsgange og sikrer, at der kan handles hurtigt på borgerens akutte situation. Når spotteren har rettet henvendelse til den sociale mentor, har den pågældende ansvaret for at løfte opgaven videre.



Tjekliste: Trin 1 – spotning af borgere

- Spotterne bruger deres erfaringer og indgående kendskab til de allermest udsatte borgere med stofmisbrug til at spotte borgere i målgruppen for modellen til akut tilbud.
- Spotterne besøger med jævne mellemrum samarbejdspartnere og inddrager deres viden i arbejdet med at spotte borgere i målgruppen for modellen for akutkrisecenter,
- Spotterne gør så vidt muligt brug af deres relation 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 for modellen for akutkrisecenter.

5.2 Trin 2: Screening af borgere og henvendelse til akutkrisecenter

Den sociale mentors første opgave, efter at spotterne har rettet henvendelse, er at screene borgeren for at vurdere, om vedkommende er i målgruppen for et ophold på akutkrisecenter. Screeningen handler ikke om at frasortere borgere, der vurderes svære at hjælpe. Målet er at sikre, at de borgere, der har mest behov for hjælp, tilbydes relevant støtte. Udgangspunktet for screeningen kan være en vurdering af borgerens situation i forhold til kriterierne i nedenstående boks.



Kriterier til vurdering af borgerens situation

- Markante ændringer i stofindtaget til det værre (nye stoffer, højere doser)
- Konkrete trusler fra miljøet som følge af gæld eller andet
- Somatisk tilstand
- Boligsituation
- Ændrede sociale relationer
- Graden af ustabilitet og mangel på egenomsorg.

Ofte vil der opstå tvivlsspørgsmål i forbindelse med den sociale mentors screening. Her kan der være behov for, at den sociale mentor i den videre vurdering af borgeren går i dialog med spotteren, som kender borgeren. Viser resultatet af den sociale mentors screening, at borgeren er i målgruppen for et ophold på akutkrisecenter, retter den sociale mentor henvendelse til akutkrisecenter for at få deres vurdering af borgeren med henblik på en eventuel indskrivning. Det vil som udgangspunkt være akutkrisecenter, der som tilbud efter servicelovens § 110 eller § 107 træffer afgørelse om indskrivning af borgeren.

Akutkrisecenters vurdering af borgeren sker på baggrund af en faglig helhedsvurdering af borgerens risikobillede og med udgangspunkt i borgerens stofmisbrug (inkl. risiko for overdosis), somatiske situation, psykiske situation, boligsituation og sociale relationer. For at sikre den mest korrekte vurdering af borgerens risikobillede er det vigtigt, at den sociale mentor supplerer denne vurdering.

På grund af borgerens akutte og livstruende situation er det afgørende, at akutkrisecenter reagerer hurtigt på den sociale mentors henvendelse. Det skyldes, at borgernes motivation for et ophold på akutkrisecenter kan variere fra time til time. Således er der behov for at reagere på borgerens øjeblikkelige motivation hurtigst muligt. Giver den samlede helhedsvurdering et billede af, at borgeren er i målgruppen for et ophold på akutkrisecenter, kan borgeren indskrives i et ophold.

Som led i indskrivningen af borgeren er det den sociale mentors opgave også at sikre, at samarbejdspartnere orienteres om situationen, ligesom der skal sikres en koordinering af indsatsen i hjemkommunen. Eksempelvis kan der være behov for, at den sociale mentor orienterer misbrugsbehandleren om, at borgeren er taget på akutkrisecenter. Det kan også dreje sig om at orientere myndigsagsbehandler og sagsbehandler i jobcentret, så det sikres, at borgerens konthjælp eller førtidspensions sag ikke "lukkes", fordi vedkommende er udeblevet fra et planlagt møde.

**Tjekliste:** Trin 2 – screening af borgere og henvendelse til akutkrisecenter

Borgere i målgruppen skal opfylde alle nedenstående kriterier.

- Borgeren er i en akut og måske livstruende situation.
- Borgeren tilhører målgruppen for social stofmisbrugsbehandling efter SEL § 101.
- Borgeren har et intenst stofmisbrug.
- Borgeren har komplekse sociale problemer med en høj belastningsgrad på flere af følgende områder: Fysisk og/eller psykisk helbred, økonomi, kriminalitet, hjemløshed samt familiemæssige og sociale relationer.
- Borgeren benytter ikke eller kun i begrænset omfang de eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud eller er i stor risiko for at falde ud af de eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud.
- Borgeren oplever sig besværet af sin aktuelle situation og opholder sig ofte på forsorgshjem, væresteder eller gaden.

5.3 Trin 3: Afhentning af borgeren

Det er afgørende, at borgeren overgår til akutkrisecenter så hurtigt som muligt, når beslutningen om indskrivning på akutkrisecenter er truffet. Både fordi borgeren kan være livstruet og har behov for at komme væk fra misbrugsmiljøet med det samme, og fordi udsigten til et ophold på akutkrisecenter kan være forbundet med angst og utryghed, hvilket kan indvirke på borgerens motivation til at tage afsted.

Samtidig er hovedparten af borgerne, som følge af deres fysiske og psykiske situation, ikke selv i stand til at gennemføre transporten fra hjemkommunen til akutkrisecenter. Det kan skyldes store geografiske afstande mellem stederne, men også at borgeren er i en situation, hvor han eller hun ikke kan overkomme transporten.

**Tjekliste:** Trin 3 – afhentning af borgeren

- Borgeren afhentes eller ledsages til akutkrisecenter så hurtigt som muligt, efter at indskrivningen på akutkrisecenter har fundet sted.
- Den sociale mentor og medarbejdere fra akutkrisecenter arrangerer de praktiske forhold omkring afhentning af borgeren i vedkommendes hjemkommune.

6. FASE 2: OPHOLDET PÅ AKUTKRISECENTER



Selve opholdet på akutkrisecenter er kernen i modellen for akutkrisecenter, særligt set fra borgersens perspektiv. Formålet med opholdet er at afværge den akutte og livstruende situation, borgeren er i, at løfte oplevelsen af livskvalitet og at støtte borgeren i at finde nye perspektiver for fremtiden.

Ved at give borgeren mulighed for et ophold på akutkrisecenter er forventningen, at borgeren kan få den ro, der skal til for at få stabiliseret sin akutte situation. Dette sker i trygge rammer, hvor fokus ikke er stoffrihed, men omsorg og stabilisering med henblik på at motivere borgeren til livsforbedrende støtte og eventuelt social stofmisbrugsbehandling.

Arbejdet på akutkrisecenter tager afsæt i at skabe tryghed, omsorg og ro for borgeren samt i rådgivning og motivationsarbejde. Udgangspunktet er, at borgeren opholder sig på akutkrisecenter i en periode på tre måneder, men modellen for akutkrisecenter er dynamisk, og opholdets længde er under indflydelse af de løbende fremskridt i borgerens situation.

Opholdet på akutkrisecenter følger fire trin:



Trin i opholdet på akutkrisecenter

- Trin 1: Ankomst
- Trin 2: Stabilisering og opbygning via rådgivende og motiverende samtaler
- Trin 3: Midtvejsmøde
- Trin 4: Udslusning

6.1 Trin 1: Ankomst og modtagelse

Transporten til og ankomsten på akutkrisecenter er kritiske momenter, hvor risikoen for at "tabe" borgeren er stor. Det skyldes, at utryghed, angst, stoftrang og psykiske problemer er faktorer, som kan overskygge motivationen til at tage afsted til akutkrisecenter.

For at skabe optimale betingelser for ankomsten kan der være faste procedurer for modtagelse af borgeren. Typisk forløber ankomsten på en måde, hvor borgeren bydes velkommen og får tildelt et privat værelse samt velkomstpakke med basale fornødenheder. Ved ankomsten tilses borgeren af medarbejdere samt medicinansvarlige, og efter kort tid konsulteres lægen på akutkrisecenter. Efter behov konsulteres ligeledes en psykiater og speciallæge. Der iværksættes eventuel substitutions- og/eller anden medicinsk behandling for at dæmpe stoftrangen.

I forbindelse med ankomsten tages en indledende samtale med borgeren om vedkommendes situation, og om det sted et akutkrisecenter er. Her kan velkomstpakken ligesom forventninger til borgeren under opholdet gennemgås. En afklaring og udredning af fysiske, psykiske og sociale forhold påbegyndes, så det hurtigt bliver afdækket, om der er akutte problemstillinger, som kræver handling af hjemkommunen eller akutkrisecenter, eksempelvis retssager, fogedsager, aftaler om indlæggelse på hospital, anden behandling, forsørgelsesgrundlag og boligsituation.

Det vigtigste i modtagelsen af borgeren er at give borgeren ro og at oprette en tryghedszone. I løbet af den første uge eller to efter ankomst gennemføres et bredere sundhedstjek af borgeren for at afdække, hvorvidt der er sundhedstilstande hos borgeren, der kræver opmærksomhed.

Samtidig med ankomsten og modtagelsen af borgeren vil en socialfaglig medarbejder, fx en socialrådgiver fra akutkrisecenteret tage kontakt til borgerens myndighedssagsbehandler og misbrugscentret i borgerens hjemkommune for at etablere samarbejde om borgeren samt eventuel medicinsk delegation. Kontakten og samarbejdet med myndighedssagsbehandleren i hjemkommunen er med henblik på udarbejdelse af § 141-handleplan og aftale om midtvejsmøde, hvor borger, medarbejder fra akutkrisecenter og hjemkommune deltager. Den afklaring og udredning, som bliver gennemført på akutkrisecenteret indgår i handleplansarbejdet.



Tjekliste: Trin 1 – ankomst

- Borgeren bydes velkommen og tildeles værelse og velkomstpakke.
- Borgeren tilses af medarbejdere samt medicinansvarlige.
- Lægen på akutkrisecenter konsulteres, og ved behov kan psykiater og speciallæger konsulteres.
- Der indledes en dialog med borgeren om vedkommendes situation, og velkomstpakken gennemgås, ligesom forventninger til borgeren under opholdet præsenteres.
- Det afsøges, om borgeren har akutte problemstillinger, der kræver handling af borgerens hjemkommune eller akutkrisecenter.
- Der tages kontakt til myndighedsfunktionen i borgerens hjemkommune med henblik på udarbejdelse af § 141-handleplan.

6.2 Trin 2: Stabilisering og opbygning via rådgivning og motiverende samtaler

Efter modtagelsen af borgeren igangsættes arbejdet med stabilisering af borgerens situation. De enkelte borgere vil have forskellige behov for hjælp og støtte, som kan ændre sig over tid. Arbejdet med stabilisering bør derfor være målrettet og skræddersyet til den enkelte borgers behov og ønsker. Hovedformålet er at fremme borgerens motivation og perspektiver for forandring af egen livssituation.

Udgangspunktet for stabilisering af borgerens situation og opbygning af ressourcer er rådgivning og motiverende samtaler. Tilbuddet bygger således på en omsorgspræget tilgang suppleret med mulighed for rådgivning og samtaler, der kan motivere borgeren til livsforbedrende støtte. Borgere bør også tilbydes støtte til afklaring af sundhedsmæssige, psykiske og sociale forhold. Denne støtte gives i direkte forlængelse af det bredere sundhedstjek, der er udført af en læge og eventuel psykiater inden for de første uger efter borgerens ankomst til akutkrisecenteret.

Udgangspunktet i indsatsen er borgeren, og der tages derfor afsæt i borgerens egne ressourcer, ønsker og behov. Tilsvarende er forandringsspektivet et vigtigt element i indsatsen. I arbejdet med borgerne skal der således arbejdes med differentierede målsætninger. For nogle borgere handler forandring måske om, at der etableres en kontakt, eller at borgeren opnår motivation for at modtage støtte og hjælp, mens det for andre kan være motivation til at starte et behandlingsforløb i stofmisbrugsbehandling i hjemkommunen – og på sigt opnå stoffrihed, reduktion af stofmisbrug eller stabilisering af misbrug.



Arbejdet med motivation for støtte og forandring

- Tag udgangspunkt i borgerens situation, perspektiv, værdier og ønsker
- Giv plads til borgerens ambivalens
- Understreg borgerens autonomi i forhold til forandring
- Bevar optimismen og troen på borgerens evner
- Bed om tilladelse, inden der gives ekspertviden.

Fire centrale teknikker til at fremkalde forandringsudsagn

- Stil åbne spørgsmål
- Brug anerkendende vinkler - vær nærværende og signalér et åbent og imødekomende kropssprog
- Brug reflekterende lytning
- Brug opsummeringer.

Medarbejderne bør undgå

- Konfrontationer
- Advarsler
- Trusler og bedrevidende råd.

Styrkelse af borgerens sundhedssituation

Det indledende arbejde med at få stabiliseret borgerens sundhedstilstand handler om borgerens fysiske og psykiske situation. Arbejdet med stabilisering af borgerens sundhedstilstand har også som formål at give borgeren en oplevelse af, at forandring er muligt og dermed give borgeren mod på mere forandring.

Styrkelse af borgernes sociale kompetencer

Akutkrisecenter kan være med til at etablere en hverdag for borgeren med struktur og samvær med øvrige beboere og medarbejdere. Dette kan fx ske med udgangspunkt i et fast dags- og ugeprogram, men der bør tilstræbes en balance mellem, at medarbejderne tager initiativ til aktiviteter og samvær, og at borgerne får indflydelse på, hvilke aktiviteter der gennemføres og hvordan. Det er arbejdet med aktiviteterne, der skal understøtte borgerens mod på flere forandringer.

På baggrund af borgerens deltagelse i aktiviteter og samvær opnår medarbejderne på akutkrisecenter et billede af borgernes kompetencer og af de udfordringer, der er forbundet med at indgå i sociale relationer. Dette understøtter det videre arbejde og udviklingen af borgerens personlige og sociale relationer. Arbejdet med borgernes sociale kompetencer består af både samtaler og øvelser med fokus på adfærd og af fælles aktiviteter med øvrige borgere på akutkrisecenter. Det langsigtede formål er at gøre borgeren mere parat til hjemkomst og parat til måske at indgå i støttetilbud, som han eller hun ikke tidligere har været i stand til at indgå i.

Borgerens relationer

Opholdet på akutkrisecenter er en god platform for at arbejde med borgerens personlige relationer, en proces der også skal arbejdes videre med efter opholdet. Arbejdet med borgerens personlige relationer skal bidrage til at gøre borgeren klar til at kunne indgå i andre tilbud efter opholdet på akutkrisecenter.

Styrkelse af borgerens ressourcer

Rådgivningen og motivationsarbejdet handler også om at styrke borgerens ressourcer. Det kan handle om opbygning af ressourcer, så borgeren selv kan håndtere praktiske forhold, eksempel-

vis anskaffelse af betalingskort, NemID, netbank, men vigtige forhold kan også være at have overblik over tøjsituationen, forbedring af den personlige hygiejne og kontrol over en sundhedsmæssig situation. Det er opgaver, som borgeren ofte har brug for rådgivning til at overkomme, men som er helt centrale for at kunne indgå i samfundet på et mere stabilt grundlag og ved hjemkomst. At få styr på de praktiske forhold i tilværelsen kan i høj grad medvirke til at styrke motivationen hos borgeren i forbindelse med hjemkomst til hjemkommunen, tilværelsen og fremtiden.

Tillids- og relationsskabelse

Tillidsarbejdet med borgeren starter allerede i det øjeblik, borgeren får et tilbud om ophold på akutkrisecenter. Mange af borgerne har manglende tillid til "systemet" og vil i første omgang være skeptiske over for arbejdet med relationer. Det er således vigtigt, at arbejdet med tillids- og relationsskabelse tager udgangspunkt i borgerens behov og tidligere oplevelser med social- og sundhedsfaglige tilbud.



Arbejdet med relationer og forandring med udgangspunkt i De små skridt metode

I afprøvningen af en model for akutkrisecenter har arbejdet med relationer og forandring foregået med udgangspunkt i De små skridts metode. Denne metode har som udgangspunkt, at en forandring for borgere i en akut, ustabil og livstruende situation vil være gradvis, langvarig og forbundet med små skridt.

I arbejdet med borgerens forandring kan der hentes inspiration i De små skridt metode. Metoden er ikke en metode i snæver forstand, men snarere en holdning til måder at hjælpe socialt udsatte borgere på. Metoden gør blandt andet op med, at det alene er de store skridt, der er målet for en vellykket social indsats, og fokuserer i stedet på muligheder for borgeren. Metoden er oprindeligt bygget på værestedstanken, men har vundet udbredelse langt ud over værestedernes verden, og metoden har været et centralt udgangspunkt for den omsorgs- stabiliserings- og motivationsindsats, der har fundet sted på akut krisecenter i forbindelse med afprøvningen af en model for akuttilbud til mest socialt udsatte borgere med stofmisbrug.

Fremtidsplan

Det er vigtigt, at udslusning af borgeren og brobygning med henblik på hjemkomst til hjemkommunen igangsættes så tidligt som muligt. I den forbindelse arbejdes der målrettet med borgeren om en fremtidsplan, som er en måde, hvorpå borgeren involveres i arbejdet med § 141-handleplanen. Samtidig er det via dette arbejde, at borgeren forberedes på hjemkomsten og tiden efter opholdet på akutkrisecenter. I fremtidsplanen beskrives borgernes behov og ønsker til tiden efter opholdet på akutkrisecenter, ligesom det beskrives, hvad der skal ske i den resterende tid, borgeren er på akutkrisecenter. I fremtidsplanen tydeliggøres det altså, hvilke forandringer der skal arbejdes hen imod.

Fremtidsplanen, handleplanen, samtaler og planlægning af beredskab til borgerens hjemkomst indgår også i midtvejsmødet (jf. trin 3). På den måde bliver fremtidsplanen også udgangspunktet for dialogen mellem borgeren, akutkrisecenter og hjemkommune for at få afklaret, hvilket støtteberedskab hjemkommunen kan etablere for borgeren ved hjemkomsten. I arbejdet med fremtidsplanen er det vigtigt, at medarbejderne på akutkrisecenter ikke lover borgeren noget, som hjemkommunen ikke er i stand til at honorere. Det er derfor vigtigt, at samtalerne forholder sig til ønskede forandringer og realistiske planer. For en borger i en så usikker situation kan planer, der ikke lykkes, være udslagsgivende for motivationen.

Sideløbende med det arbejde, der pågår i forbindelse med fremtidsplanen, er det en fordel, at borgeren har en kontaktperson fra sin hjemkommune. Det kan være en spotter, den sociale mentor, misbrugsbehandleren eller myndighedssagsbehandleren. På den måde får hjemkommunen også et billede af borgerens udvikling og et billede af, hvad der er behov for at gøre for borgeren inden og efter hjemkomst til hjemkommunen. Samtidig oplever borgeren at have en tilknytning til hjemkommunen, hvilket kan medvirke til at skabe tryghed for borgeren og ro ved tanken om at vende hjem efter opholdet på akutkrisecenter.



Tjekliste: Trin 2 – stabilisering og opbygning

- Arbejdet med at stabilisere borgerens samlede situation indledes, herunder arbejdet med borgerens sundhedstilstand, psykiske tilstand og sociale situation.
- Der arbejdes med opbygning af borgerens relationer og styrkelse af ressourcer, ligesom arbejdet med tillids- og relationsskabelse igangsættes.
- Der udarbejdes en fremtidsplan, der indeholder borgerens ønsker og behov for støtte og hjælp.

6.3 Trin 3: Midtvejsmøde

Omtrent midtvejs i borgerens ophold på akutkrisecenter afholdes et midtvejsmøde med deltagelse af borgeren, akutkrisecenter og relevante medarbejdere fra hjemkommunen. Mødet har til formål at gøre status på borgerens situation og den forandring, borgeren eventuelt har gennemgået. Derudover planlægges og iværksættes et støtteberedskab i hjemkommunen, der står klar til borgeren ved hjemkomst.

Som forberedelse til midtvejsmødet har akutkrisecenter udarbejdet en midtvejsstatus af borgerens situation. Denne er skriftlig og giver et samlet billede af borgerens sundhedstilstand, psykiske situation og misbrugsforhold. Samtidig er borgerens behov og ønsker til støtte beskrevet i midtvejsstatussen. Det kan være en god ide, at deltagerne på midtvejsmødet allerede er orienterede om borgerens behov og ønsker inden mødet. Det giver mulighed for på forhånd at undersøge, hvorvidt hjemkommunen er i stand til at imødekomme borgerens ønsker.

Det er ikke fastlagt på forhånd, hvem der skal deltage i midtvejsmødet. Det er den sociale mentor i hjemkommunen, der koordinerer på vegne af hjemkommunen og sikrer, at relevante aktører er til stede på mødet.

Ofte vil det være en god idé, at borgerens myndighedssagsbehandler deltager i mødet, da vedkommende har myndighedskompetence og kan bevillige borgeren den rette støtte. Ligeledes er det en fordel, at den sociale mentor deltager i mødet, da det kan medvirke til at skabe en rød tråd i borgerens forløb fra indskrivning, ophold på akutkrisecenter og til hjemkomst. Misbrugs-konsulentens inviteres også ofte med til midtvejsmødet. Dette er især relevant, hvis borgeren har udtrykt ønske om stofmisbrugsbehandling ved hjemkomst.

**Tjekliste: Trin 3 – midtvejsmøde**

- Der gennemføres et midtvejsmøde midtvejs under opholdet på akutkrisecenter.
- Der er udarbejdet en statusoversigt over borgerens situation som forberedelse til midtvejsmødet.
- Deltagerne på midtvejsmødet modtager statusoversigten inden mødets afholdelse.
- Akutkrisecenter og den sociale mentor koordinerer, hvem der deltager i midtvejsmødet.
- Borgerens myndighedssagsbehandler deltager så vidt muligt i midtvejsmødet.

6.4 Trin 4: Udslusning

Udslusningen af borgeren til egen hjemkommune er et centralt og integreret element i opholdet på akutkrisecenter. Udslusningen skal sikre, at borgerens genvundne stabilitet og motivation for støtte fastholdes, når borgeren vender tilbage til hjemkommunen, samt at et tilbagefald til en ny akut og livstruende situation så vidt muligt undgås. For den enkelte borger vil det være meget forskelligt, hvor langt vedkommende er nået i sin forandringsproces, og arbejdet med udslusningen af borgeren vil skulle tage højde for dette.

I forbindelse med udslusningen udarbejder akutkrisecenteret en udskrivningsplan for selve udskrivningen og udslusningen af borgeren til hjemkommunen. I denne beskrives blandt andet, hvor borgeren præcist køres hen efter opholdet, hvornår det sker, og hvordan kørslen skal foregå. Ofte skal borgeren på behandlingssted, værested eller botilbud. Det aftales derfor også allerede før udskrivning, hvor langt det forestående ophold forventes at være. Det er den sociale mentor, der har ansvaret eller overdrager ansvaret for modtagelsen af borgeren. Det sker dog i tæt samarbejde med den kommunale myndighedssagsbehandler, der ofte overtager ansvaret for borgeren.

Som led i udslusningen skal akutkrisecenter i samarbejde med hjemkommunen have en aftale med en medarbejder, der kan modtage borgeren ved hjemkomst. Det kan være en værestedsmedarbejder, den sociale mentor eller en spotter. Ofte vil det være en god idé, at medarbejderen, der modtager borgeren, allerede har et kendskab til borgeren og er en medarbejder, borgeren føler sig tryk ved. Det vil også være en god ide, hvis den medarbejder, der modtager borgeren, på den ene eller anden måde har en rolle i den støtte, borgeren skal modtage i hjemkommunen.

**Tjekliste: Trin 4 – udslusning**

- Borgerens fremtidsplan indarbejdes i den lovpligtige § 141-handleplan.
- Akutkrisecenter udarbejder en udslusningsplan for udskrivningen af borgeren til hjemkommunen og den konkrete plan for hjemkomst.
- Den sociale mentor har ansvaret for borgeren ved hjemkomst eller sørger for at overdrage dette ansvar til andre relevante aktører i hjemkommunen.
- Der er indgået aftale mellem akutkrisecenter og hjemkommune om, hvem der modtager borgeren i forbindelse med hjemkomst.

7. FASE 3: BROBYGNING OG HJEMKOMST



Borgerens hjemkomst til hjemkommunen er et kritisk punkt, da det er her en eventuel positiv udvikling skal fastholdes på længere sigt, eller der skal iværksættes en indsats. For nogle vil stofmisbrugsbehandling være relevant, for andre omsorgstilbud, værestedstilbud og øvrige sundhedsfaglige og sociale tilbud, og for nogle en kombination af begge. Samlet er målet, at borgeren ved hjemkomst til egen hjemkommune kan fastholdes i en situation af stabilitet, ro og eventuelt motivation for støtte.

Borgere, der vender hjem fra et ophold på akutkrisecenter, har naturligvis ingen særstatus i forhold til andre udsatte borgere og de tilbud, der gives. Men det er afgørende, at der følges op på borgerens situation ved hjemkomst, og at der arbejdes målrettet med at "gribe" borgeren samt den eventuelle forandringsvilje, som er fremkommet hos borgeren under opholdet på akutkrisecenter. Det skal sikre, at borgeren oplever en relevant, sammenhængende og helhedsorienteret støtte med udgangspunkt i borgerens § 141-handleplan, der beskriver indsatsen til borgeren og de aktører, der er involveret i denne.

Brobygning og hjemkomst i modellen for akutkrisecenter indeholder følgende trin:



Trin i brobygning og hjemkomst

- Opfølgning på handleplan og fremtidsplan
- Sociale- og sundhedsfaglige tilbud.

7.1 Trin 1: Opfølgning på handleplan og fremtidsplan

Første skridt i borgerens hjemkomst til hjemkommunen er, at der udarbejdes og følges op på en kvalificeret § 141-handleplan, som beskriver borgerens ønsker og behov og den støtte, borgeren er tildelt for at møde disse behov.

Det er ikke på forhånd fastlagt, hvilke medarbejdere i kommunerne der har opgaven med at koordinere og følge systematisk op på borgerens § 141-handleplan. Men udgangspunktet vil være, at det typisk er borgerens myndighedssagsbehandler, mens det kan være den sociale mentor i kommunen eller på værestedet, der har ansvaret for at koordinere borgernes indsats og forløb.



Tjekliste: Trin 1 – opfølgning på fremtidsplan og handleplan

- Ved borgerens hjemkomst til hjemkommune udarbejdes en § 141-handleplan, som bygger på den fremtidsplan, der er udarbejdet i samarbejde med borgeren under opholdet på akutkrisecenter.
- Det afklares, hvem der har ansvaret for at koordinere og følge systematisk op på borgerens § 141-handleplan.

7.2 Trin 2: Sociale- og sundhedsfaglige tilbud

Det er vigtigt, at borgeren ved hjemkomst mødes med relevante sociale- og sundhedsfaglige tilbud, herunder eventuelt social stofmisbrugsbehandling. Borgeren har ofte mangefacetterede problemstillinger, som der skal tages hånd om efter opholdet på akutkrisecenter.

Det afgørende ved borgerens hjemkomst er, at der er etableret aftaler mellem forskellige kommunale aktører, eksempelvis på tværs af misbrugscentret og de øvrige relevante sociale- og sundhedsfaglige tilbud, herunder eksempelvis værestederne, socialpsykiatrien og den regionale behandlingspraksis m.v. Det betyder, at der ved borgerens hjemkomst og eventuelle igangsættelse af indsatser skal være indgået aftaler med borgeren om hvilken rolle, den sociale mentor har i den samlede indsats til borgeren. Ligeledes er det afgørende, at der er indgået aftaler mellem borgeren, myndighedssagsbehandler, misbrugsbehandler, værestedsmedarbejdere og øvrige socialfaglige medarbejdere om deres rolle. Her har den sociale mentor også samarbejde med spotteren om at etablere et beredskab af relevant social- og sundhedsfaglig støtte, som led i borgerens hjemkomst til hjemkommunen.

Endvidere skal der indgås aftaler, der klart beskriver rolle- og ansvarsfordelingen mellem de forskellige kommunale og private aktører, der er involverede i borgerens forløb.

Samlet skal det sikres, at der følges op på borgerens situation efter hjemkomst til hjemkommunen, ligesom borgeren skal opleve en fagligt relevant, sammenhængende og koordineret indsats.



Tjekliste: Trin 2 – Sociale- og sundhedsfaglige tilbud

- Borgere, der vender hjem fra akutkrisecenter, har behov for et tilbud om relevant støtte, herunder eventuelt sociale- og sundhedsfaglige tilbud og social stofmisbrugsbehandling.
- Roller og ansvar mellem relevante aktører i borgerens hjemkommune og i indsatsen til borgeren er afklaret, så det sikres, at der samarbejdes om borgerens indsats, og at denne koordineres.

BILAG 1

REFERENCER

Rambøll Management Consulting (2016): *Evaluering af model for akuttilbud til socialt udsatte borgere med stofmisbrug*

Landsforeningen af væresteder (2015): *Akutkrisecenter for livstruede stofmisbrugere – med små skridt tilbage til livet*

Kongens Ø (2015): *Projektbeskrivelse – Akutkrisecenter for socialt udsatte stofmisbrugere*

Landsforeningen af væresteder (2015): *De små skridts metode 2.0: Fokus på forandring*