

Til
Socialstyrelsen

Dokumenttype
Rapport

Dato
Oktober, 2016

EVALUERING AF MODELLEN FOR AKUTKRISECENTER TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE MED STOFMISBRUG



Rambøll
Olof Palmes Allé 20
DK-8200 Aarhus N
T +45 5161 1000
F +45 5161 1001
www.ramboll.dk

INDHOLD

| | | |
|-----------|---|--|
| 1. | INTRODUKTION | 1 |
| 1.1 | Design for evalueringen | 2 |
| 1.2 | Metoder og datakilder i evalueringen | 2 |
| 1.3 | Læsevejledning | 3 |
| 1.4 | Begrebsafklaring | 3 |
| 2. | SAMMENFATNING OG KONKLUSION | 5 |
| 3. | PROJEKTET OG ORGANISERING | 13 |
| 3.1 | Projektets baggrund | 13 |
| 3.2 | Akutkrisecenter | Error! Bookmark not defined. 13 |
| 3.3 | Kommuner der har afprøvet modellen for akuttilbud | 13 |
| 3.4 | Projektkommunernes organisering | 15 |
| 4. | BORGERNES KARAKTERISTIKA | 16 |
| 4.1 | Antal og opholdslængde på akutkrisecenter | 16 |
| 4.2 | Målgruppens baggrund | 17 |
| 4.3 | Målgruppens sociodemografiske baggrund | 18 |
| 4.4 | Målgruppens belastningsgrad | 19 |
| 5. | KORT BESKRIVELSE AF MODELLEN | 27 |
| 5.1 | Formålet med modellen for akuttilbud | 27 |
| 5.2 | Modellens arbejdsgang: Kerneelementer, faser og trin | 29 |
| 6. | IMPLEMENTERING AF MODELLEN FOR AKUTTILBUD | 33 |
| 6.1 | Den samlede implementering af modellen for akuttilbud | 34 |
| 7. | EFFEKTER FOR BORGERNE | 53 |
| 7.1 | Interventionseffekter og overgangseffekter | 54 |
| 7.2 | Systemeffekter | 68 |
| 8. | ANBEFALINGER | 72 |
| 8.1 | Inden opholdet på akutkrisecenter | 72 |
| 8.2 | Opholdet på akutkrisecenter | 73 |
| 8.3 | Efter opholdet på akutkrisecenter | 75 |

BILAG

Bilag 1

Detaljerede data fra effektevalueringen

Bilag 2

Fremgangsmåde for effektevalueringen

Bilag 3

Implementeringsbarometer

1. INTRODUKTION

Borgere med kaotisk stofmisbrug, som ofte har svære psykiske lidelser, udgør en af de mest socialt udsatte borgergrupper i Danmark. De befinder sig ofte i en situation af ustabile livsmønstre, der kommer til udtryk ved blandt andet hjemløshed, kriminalitet, social isolation, problematisk sundhedstilstand og ofte livstruende situationer, som samlet er forårsaget af deres stofmisbrug og livsstil.

Denne gruppe af borgere har ofte en ringe kontakt til misbrugsbehandlingssystemet, ligesom de ofte ikke er motiverede for stofmisbrugsbehandling. Det er en gruppe af borgere med en stofmisbrugsproblematik og livsførelse, som betyder, at de er vanskelige at fastholde og tilbyde tilstrækkelig støtte og eventuelt skadesreducerende tilbud i gængse støttetilbud og ambulante behandlingstilbud. Samtidig stiller borgernes mangefacetterede problematikker krav til en høj grad af koordination mellem kommunale støttetilbud og behandlingstilbud på tværs af kommune og region.

I forlængelse heraf har Socialstyrelsen i samarbejde med Partnerskabet, bestående af behandlingscentret Munkerup, Landsforeningen af Væresteder og Fredericia Kommune samt 12 projektkommuner igangsat et projekt med afprøvning af en model for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug.

Udgangspunktet for modellen for akutkrisecenter har været at etablere et lavtærskeltilbud, hvor socialt udsatte borgere med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og til tider livstruende krisesituation, får mulighed for at opholde sig på et skærmet døgntilbud i en periode. Formålet er at skabe ro om den enkeltes kaotiske og kriseprægede situation med henblik på at skabe motivation til at ændre egen livssituation. Ved at arbejde med løbende brobygning og udslusning til den enkelte borgers hjemkommune skal det sikres, at borgeren kommer tilbage til en bedre og mere stabil situation end den, han eller hun kom fra. Samtidig har ønsket været, at projektet bidrager med viden og erfaringer i forhold til tilbud af denne karakter til målgruppen af socialt udsatte borgere med stofmisbrug, da dette område er sparsomt afdækket.

Projektet er finansieret af satspuljen 2012, og som led i afprøvningen af modellen for akutkrisecenter har Rambøll Management Consulting (Rambøll) på vegne af Socialstyrelsen gennemført en evaluering af afprøvningen af modellen for akutkrisecenter. Denne rapport samler op på de væsentligste vidensfund i evalueringen i forhold til målgruppen, implementering og effekter.

Boks 1-1 Eksisterende viden om målgruppen

Hvad ved vi om målgruppen af borgere med kaotisk stofmisbrug?

En stor andel er hjemløse. Ofte er det mænd i alderen over 30 år. De har en relativ lav indkomst og deres forsørgelsesgrundlag er ofte baseret på kontakthjælp eller førtidspension. De har et stort misbrug af CNS-stimulerende rusmidler og opiater. Flere har et stofmisbrug, der startede i en tidlig alder og blev en fast del af tilværelsen i den sene teenagealder. En relativ stor andel har fysiske sygdomme og psykiske problemer, som ofte er ubehandlet.

1.1 Design for evalueringen

Formålet med evalueringen af modellen for akutkrisecenter har været at bidrage til vidensudvikling i forhold til indsats målrettet socialt udsatte borgere med stofmisbrug.

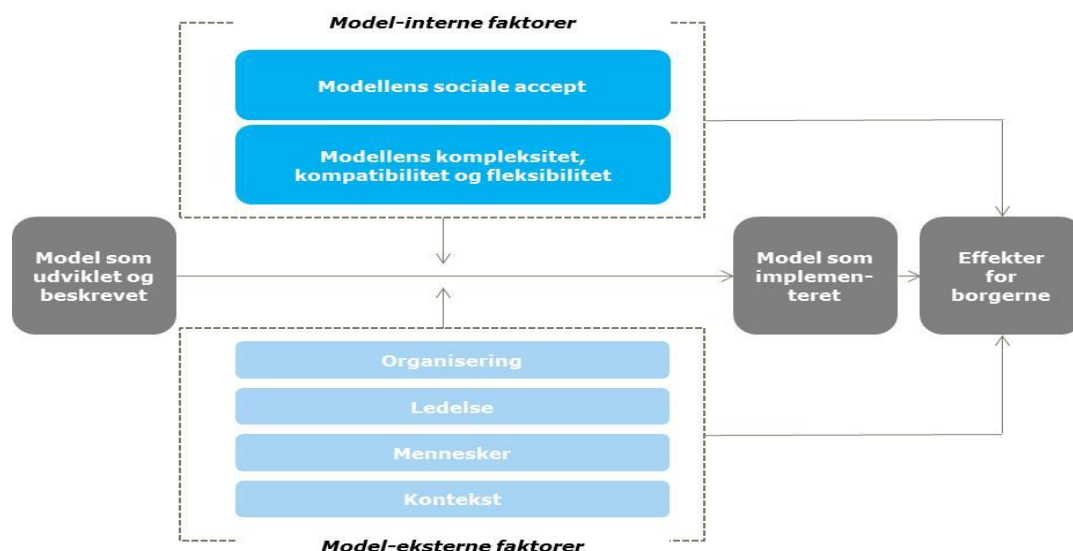
Evalueringen har haft til formål at besvare følgende to spørgsmål:

Boks 1-2 Centrale evalueringsspørgsmål

1. I hvilken grad er det lykkedes at implementere en model for akutkrisecenter i samarbejde mellem akutkrisecenter og de deltagende kommuner og væresteder, og hvilke drivkræfter og barrierer har indvirket på implementeringen?
2. I hvilken grad har modellen for akutkrisecenter medvirket til de ønskede effekter for borgerne, herunder en stabilisering af deres stofmisbrugssituation samt deres fysiske, psykiske og sociale si-

Evalueringen har haft to hovedspor: En effektevaluering og en implementeringsevaluering. Med *effektevalueringen* belyser vi effekterne af modellen for akutkrisecenter på udvalgte effektmål som indikatorer for de ønskede effekter. Det er vigtigt at påpege, at effektevalueringen bygger på surveydata og registerdata for borgere, der har modtaget indsatsen, og at der ikke har været etableret en kontrolgruppe. Det betyder, at vi ikke kan isolere effekten af indsatsen, men at andre forhold end indsatsen kan have indvirket på borgernes udvikling. Det er vigtigt at holde sig det for øje i læsningen af modellens effekter. I *implementeringsevalueringen* har vi sat fokus på, om modellen for akutkrisecenter er anvendt som tilsigtet – det vil sige, om den implementeres med høj grad af metodeintegritet. Her har vi ligeledes haft fokus på at afdække de faktorer, der har indvirket på implementeringen af modellen for akutkrisecenter. Vi har sondret mellem model-interne faktorer og model-eksterne faktorer. De model-interne faktorer handler om, hvordan modellen modtages, dens sammenhæng med eksisterende praksis samt kvaliteten i anvendelsen af modellens kernelementer, faser og trin. De model-eksterne faktorer er de fire drivkræfter, der skal arbejdes med for at sikre en effektiv implementeringsproces og positive effekter. Figuren nedenfor illustrerer det overordnede design for evalueringen.

Figur 1-1 Design for evalueringen



1.2 Metoder og datakilder i evalueringen

Evalueringen er baseret på både kvalitative og kvantitative metoder og datakilder. Således er effektevalueringen baseret på løbende før- og eftermåling ved hjælp af måleredskaber udviklet af

evaluator, registerdata, borgerinterviews og journalanalyse. De kvalitative interviews, som har særligt fokus på implementeringen, er baserede på kvalitative casestudier, læringsworkshops og selvevalueringer. Tabellen nedenfor viser en oversigt over og beskrivelse af de enkelte metoder og datakilder.

Tabel 1-1 Anvendte metoder og datakilder

| Metoder | Datakilder |
|---|--|
| Forandringsteoriworkshop | En forandringsteoriworkshop med deltagelse af medarbejdere fra akutkrisecenter og projektkommuner |
| Læringsworkshops | Tre læringsworkshops med deltagelse af ledere og medarbejdere fra akutkrisecenter og projektkommuner |
| Selvevalueringer | Selvevalueringer gennemført af medarbejdere på akutkrisecenter |
| Casebesøg | Interviews med ledelse, sociale mentorer, spottere, samarbejdspartnere og borgere i projektkommunerne, samt ledelse og medarbejdere på akutkrisecenter |
| Før-, efter- og opfølgingsmålinger på borgerniveau | Måleredskab til dokumentation af misbrugssituation og fysiske, psykiske, sociale og økonomiske forhold |
| Registerbaseret effektevaluering | Registerdata fra forskellige registre (jf. metodenote) |
| Spørgeskemaundersøgelse | Spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt spottere og sociale mentorer i projektkommunerne |

I bilagsmaterialet er metoder og datakilder udfoldet yderligere, herunder en detaljeret beskrivelse af fremgangsmåden for effektevalueringen baseret på før-, efter- og opfølgingsmålinger samt registerdata.

1.3 Læsevejledning

Udover dette kapitel indeholder rapporten følgende kapitler:

Tabel 1-2 Læsevejledning

| Kapitler | Indhold |
|--|--|
| Kapitel 2: Sammenfatning og konklusion | Kapitlet samler op på rapportens centrale konklusioner. Samlet konkluderer kapitlet på implementering og effekter. |
| Kapitel 3: Projektet og organisering | Kapitlet indeholder en ganske kort præsentation af akutkrisecenter og de projektkommuner, der har arbejdet med modellen for akutkrisecenter. Organiseringen omkring projektet præsenteres også i kapitlet. |
| Kapitel 4: Karakteristika ved målgruppen | I dette kapitel præsenteres målgruppen for modellen for akutkrisecenter, ligesom væsentlige karakteristika ved målgruppen fremhæves. Kapitlet indeholder også en ganske kort præsentation af de fem projektkommuner, der har arbejdet med udviklingen og afprøvningen af henholdsvis screenings- og udredningsmodellen og ungeindsatsen. |
| Kapitel 5: Modellen for akutkrisecenter | I kapitlet rides indholdet i modellen for akutkrisecenter op, herunder modellens forandringsteori, kerneelementer, faser og trin. |
| Kapitel 6: Implementering af modellen for akutkrisecenter | Kapitlet har fokus på projekternes implementering af modellerne. Det vil sige de centrale medarbejders implementering af modellen og de centrale kerneelementer. Samtidig belyses centrale drivkræfter og barriere i implementeringen af modellen. |
| Kapitel 7: Effekter for borgerne | Kapitlet belyser, hvilke effekter modellen har haft for borgere i målgruppen, herunder effekter i forhold til borgernes stofmisbrugssituation, sociale og psykiske forhold, samt boligsituation. |
| Kapitel 8: anbefalinger | Kapitlet indeholder anbefalinger til et fremadrettet arbejde med modellen for akutkrisecenter. |

1.4 Begrebsafklaring

I rapporten anvendes kontinuert nogle begreber, som defineres nærmere her:

- **Partnerskabet** refererer til Kongens Ø, Landsforeningen af Væresteder og Fredericia Kommune, som har gennemført projektet.
- **Projektkommunerne** refererer til de kommuner, som har deltaget i afprøvningen af modellen for akutkrisecenter.

- **Modellen for akutkrisecenter** refererer samlet til den model, som er afprøvet, dels på Behandlingscentret Munkerup, dels i de 12 projektkommuner, der har indgået i projektet.
- **Akutkrisecenter** refererer til behandlingscentret Munkerup, der et helt centralt element i modellen for akutkrisecenter.
- **Den sociale mentor** fungerer som en case-manager med adgang til at kontakte og henvise borgere til akutkrisecenter vedrørende indskrivning, ligesom de har ansvar for den opfølgende indsats i kommunen efter borgerens hjemkomst. Den sociale mentor er ansvarlig for aftaler og koordinering med akutkrisecenter under borgerens ophold.
- **Spottere** er betegnelsen for de medarbejdere som gennem deres viden om lokalmiljøet og relationer til borgeren kan de spotte og opspore de borgere, som er faldet gennem systemet og som er i målgruppen for modellen for akutkrisecenter. Typisk vil spottere være værestedsmedarbejdere, men det kan også være misbrugsbehandlere, SKP-medarbejdere, myndighedssagsbehandlere og lignende medarbejdere fra kommunen
- **Fidelitet** anvendes i implementeringsevalueringen og er udtryk for, hvorvidt projektkommunerne har implementeret modellen for akut tilbud som beskrevet. Fidelitet refererer altså til graden af modelloyalitet i implementeringen.
- **Implementeringsbarometer** refererer til den systematiske dokumentation af fidelitet i implementeringen af aktiviteter i de forskellige faser af modellen for akutkrisecenter, der kan ses under henholdsvis borgernes ophold på akutkrisecenter og i projektkommunerne.

2. SAMMENFATNING OG KONKLUSION

I projekt *Akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug* har et partnerskab bestående af Kongens Ø, Landsforeningen af Væresteder og Fredericia Kommune samt 12 projektkommuner gennemført og afprøvet en model for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug. Projektet er gennemført i perioden 2012 til 2015 og finansieret af satspuljen 2012.

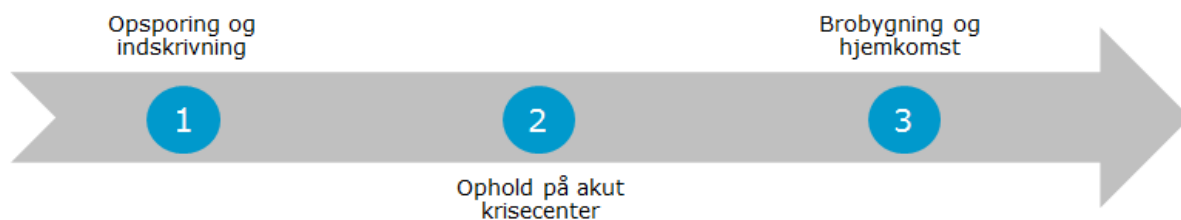
Modellen for akutkrisecenter er i løbet af projektperioden omsat i en modelbeskrivelse, som samlet rammesætter modellens indsats til socialt udsatte borgere med stofmisbrug. Modelbeskrivelsen består af en række kerneelementer, faser og trin og har dannet grundlag for en afprøvning blandt 182 borgere. Denne afprøvning udgør grundlaget for evalueringen.

Model for akutkrisecenter

Formålet med modellen for akutkrisecenter er at etablere et lavtærskeltilbud, hvor socialt udsatte borgere med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og til tider livstruende krisesituation, får mulighed for at opholde sig på et skærmet døgntilbud i form af et akutkrisecenter. Det skal medvirke til at skabe ro om den enkeltes kaotiske og kriseprægede situation. I modellen arbejdes også løbende med brobygning og udslusning til borgerens hjemkommune, hvilket skal sikre, at borgeren kommer tilbage til en bedre og mere stabil situation end den, han eller hun kom fra.

Modellen består af tre sammenhængende faser:

Figur 2-1 Modellens tre faser



Hver af faserne består af en række trin, som er væsentlige for omsætningen af modellen for akutkrisecenter i praksis. I fasen med opsporing og indskrivning skal såkaldte spottere finde frem til borgere i målgruppen, og hvis de vurderer, at borgeren har behov for et ophold på akutkrisecenter, tages kontakt til en social mentor, der har direkte henvisningsret til akutkrisecenter. Opholdet på akutkrisecenter er kernen i modellen. Dette er ikke at forveksle med stofmisbrugbehandling, men et tilbud, der inkluderer stabilisering og opbygning, rådgivning og motiverende samtaler, løbende opfølgning fra hjemkommunen samt udslusning til hjemkommunen. Dette med henblik på at motivere borgeren til livsforbedrende støtte. Den sidste fase i modellen omhandler brobygning i forbindelse med borgerens hjemkomst, hvor hjemkommunen skal iværksætte relevante behandlingstilbud og øvrig støtte. Medarbejdere i hjemkommunen følger ligeledes løbende op på borgerens handleplan med henblik på at koordinere samarbejdet mellem relevante aktører i kommunen, så borgeren får en helhedsorienteret og sammenhængende indsats.

Meget belastet gruppe af borgere

I alt har 182 borgere indgået i afprøvningen af modellen for akutkrisecenter. Den typiske borger er en mand over 30 år, hvor rusmidler begyndte at blive en fast del af tilværelsen i den sene teenagealder. Samtidig har han typisk ingen uddannelse efter grundskole, og hans forsørgelsesgrundlag er typisk kontanthjælp eller førtidspension.

På tværs af borgerne har knap 1/3 sygdomme eller følgesygdomme som følge af deres stofmisbrug, mens 1/4 har en psykiatrisk diagnose. Knap halvdelen af borgerne modtager ingen behandling for deres sygdomme eller psykiske lidelser. Lidt over halvdelen bor i egen bolig, mens ca. 30

pct. af borgerne er hjemløse. Borgerne er ofte enlige og uden partner, ligesom lidt over halvdelen meget ofte eller ofte har svært ved at deltage i socialt samvær med andre eller oplever at komme i konflikt med andre. Borgerne er i en økonomisk vanskelig situation præget af gæld, ofte til private personer, eksempelvis i misbrugsmiljøet, hvilket sætter dem i en udsat og til tider livstruende situation. Samlet set har vi altså at gøre med en meget belastet gruppe af borgere.

Effekter for borgerne

De borgerrettede effekter er baseret på før- og eftermålinger i indsatsgruppen uden brug af kontrolgruppe. Det betyder, at vi ikke kan isolere betydningen af andre forhold, der kan have indvirket på borgernes udvikling, og at vi derfor ikke entydigt kan fastslå, at det er akutkrisecentret, der alene har bidraget til effekterne.

Samtidig har der været et frafald af borgerne fra førmåling til eftermåling og opfølgende målinger. Vores frafaldsanalyse viser dog, at der ikke er nævneværdige systematiske frafald i gruppen af borgere. Det vil sige, at målgruppen, som indgår i effektmålingen, ikke adskiller sig markant fra den samlede gruppe af borgere, der har modtaget indsatsen, og at frafaldet derfor ikke i sig selv har betydning for effektmålingens udsagnskraft og validitet. Frafaldet kan dog indikere, at der er en gruppe af borgere, som har haft ophold på akutkrisecenter, men efterfølgende er frafaldet, hvilket kan skyldes, at de ikke har kunnet profitere af opholdet. Ligeledes er der en gruppe på ca. 35 borgere ud af i alt 182 borgere, hvor der ingen effektmålinger er gennemført. Data viser, at disse borgere har en opholdslængde, der er markant lavere end de øvrige borgere. Det kan være en indikation på, at der er en borgergruppe, som det har været svært at fastholde i et ophold på akutkrisecenter, eller hvor et ophold på akutkrisecenter ikke er det rette tilbud, og hvor det ligeledes er en mulighed, at disse borgere ikke har kunnet profitere af opholdet.

Den akutte situation afvendes, og borgerne oplever en positiv udvikling i deres samlede situation
Indsatsen på akutkrisecenter er ikke stofmisbrugsbehandling til borgerne, men en omsorgs- og stabiliseringsindsats, hvor målene har været:

- At borgerne opnår en periode med stabilitet og ro, som kan afstedkomme en opbremsning af stofmisbruget, og som afvender borgerens akutte og livstruende tilstand.
- At borgernes samlede situation stabiliseres som led i opholdet på akutkrisecenter, og at borgerne gøres "overleveringsparate" til hjemkommunen, således at de bliver bedre i stand til at modtage relevante kommunale tilbud.
- At der bygges bro til borgernes hjemkommune, således at der skabes mulighed for en mere stabil situation i forhold til borgernes stofmisbrug, økonomi, sociale og psykiske forhold, når de vender hjem.

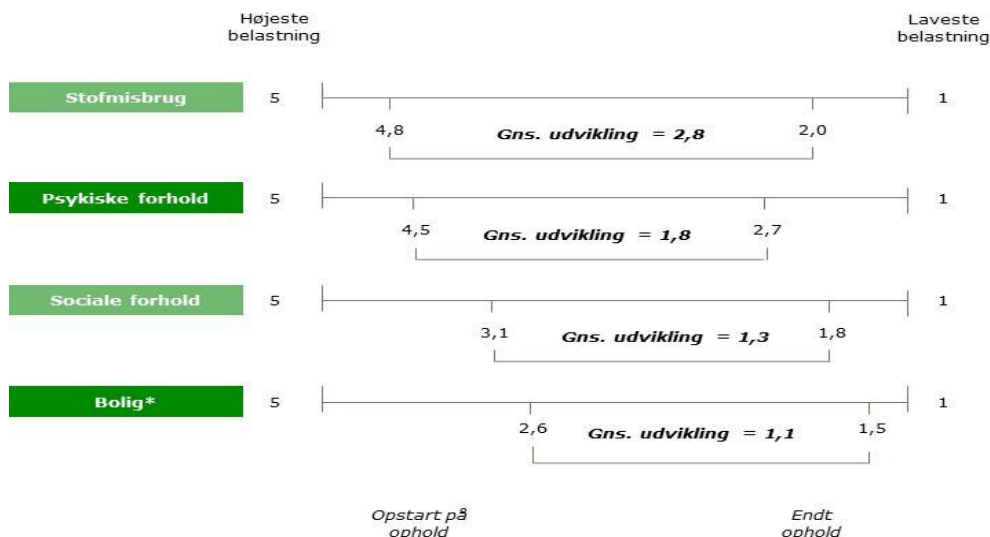
Generelt viser evalueringen, at et afskærmet omsorgs- og stabiliseringsstilbud har medvirket til at afvende borgernes akutte og til livstruende situation, og på den baggrund skabt en positiv udvikling i deres samlede situation og i højere grad gjort dem "overleveringsparate" til egen kommune.

Således tegner evalueringen et billede af, at borgerne efter endt ophold på akutkrisecenter har oplevet en positiv udvikling i deres stofmisbrugssituation, hvilket kommer til udtryk ved, at de har mindre problemer med deres stofmisbrug og er mindre besværede og bekymrede om dette. 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 øvrig livsforbedrende støtte. Det åbner et mulighedsrum for hjemkommunerne i forhold til en borgergruppe, der ellers ofte er karakteriseret ved manglende motivation for støtte og forandring.

Den samme tendens kan ses, når vi kigger på borgernes sociale, psykiske og boligmæssige situation efter endt ophold på akutkrisecenter. Også her oplever de en positiv udvikling, som kommer til udtryk ved, at de i højere grad er i stand til at bo i egen bolig samt i mindre grad er besvære-

de af psykiske og sociale problemer som de har. Dette fremgår af figur 2-1, som viser borgernes gennemsnitlige udvikling i belastningsgrad fra opstart af ophold på akutkrisecenter til endt ophold i tilbuddet.

Figur 2-1: Effekter – ophold på akutkrisecenter



Note: Borgernes belastningsgrad er målt på en skala fra 1-5, hvor 5 er udtryk for den højeste grad af belastning og 1 er udtryk for ingen belastning

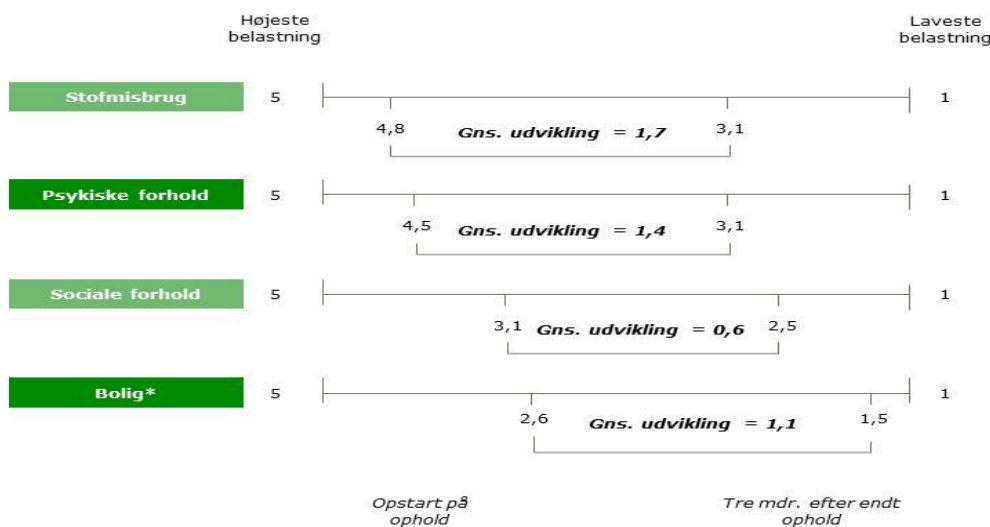
*Skalaen for bolig er i udgangspunkt omvendt end skalaen for stofmisbrug psykiske forhold og sociale forhold, således, at 5 er udtryk for højeste evne til at varetage egen bolig, mens 1 er udtryk for laveste evne til at varetage egen bolig. Af hensyn til formidlingen har vi i figuren vendt skalaen, så 1 er udtryk for højeste evne (laveste belastning) til at varetage egen bolig, mens 5 er udtryk for laveste evne (laveste belastning) til at varetage egen bolig.

Evalueringen viser altså, at den indsats, borgerne tilbydes på akutkrisecenter, skaber den fornødne ro og stabilitet for borgerne, og at borgerne i høj grad har fået vendt deres akutte og livstruende situation. Det betyder at de i højere grad er forandringsparate og "overleveringsparate" på en måde, hvor det er muligt at fortsætte arbejdet med borgernes problematikker med henblik på at skabe en bedre livssituation ved hjemkomst til hjemkommunerne.

Den positive udvikling fastholdes ved hjemkomst – men er aftagende

Evalueringen (jf. figur 2-2) viser også, at borgerne efter hjemkomst fastholdes i deres positive udvikling, da deres samlede situation tre måneder efter afslutningen af opholdet er gennemsnitligt bedre end deres situation ved opstart på akutkrisecenter. Dog viser evalueringen, at den positive udvikling, der er skabt under opholdet på akutkrisecenter, ikke fuldt ud fastholdes, men at denne aftager marginalt efter hjemkomst til hjemkommunen (når vi sammenholder figur 2-1 og 2-2). Borgernes samlede situation er dog stadig mere stabil end situationen forud for opstart på akutkrisecenter, men dét, at den positive udvikling ikke fastholdes i samme omfang tre måneder efter hjemkomst, peger i retning af, at det er centralt, at hjemkommunerne får fulgt op på borgerens situation med den rette støtte, så en positiv udvikling kan fastholdes over tid.

Figur 2-2: Effekter – tre måneder efter endt ophold på akutkrisecenter



Note: Borgernes belastningsgrad er målt på en skala fra 1-5, hvor 5 er udtryk for den højeste grad af belastning og 1 er udtryk for ingen belastning

*Skalaen for bolig er i udgangspunkt omvendt end skalaen for stofmisbrug psykiske forhold og sociale forhold, således, at 5 er udtryk for højeste evne til at varetage egen bolig, mens 1 er udtryk for laveste evne til at varetage egen bolig. Af hensyn til formidlingen har vi i figuren vendt skalaen, så 1 er udtryk for højeste evne (laveste belastning) til at varetage egen bolig, mens 5 er udtryk for laveste evne (laveste belastning) til at varetage egen bolig.

At borgerne fastholdes i en positiv udvikling ved hjemkomst skal formentligt også ses i lyset af den høje grad af implementering af aktiviteter til afklaring og forberedelse i forhold til at modtage støtte og hjælp i hjemkommune, samt til understøttelse af samarbejde og brobygning, som er fundet sted *under* borgernes ophold på akutkrisecenter. Disse aktiviteter har som mål at skabe mulighed for at fastholde en mere stabil situation i forhold til borgerens stofmisbrug, økonomi, sociale og psykiske forhold, når borgeren vender hjem, og resultatet indikerer, at flere borgere viaopholdet på akutkrisecenter har fået etableret en konstruktiv kontakt med hjemkommunen.

Evalueringen tegner således et samlet billede af, at langt de fleste borgere oplever en fremgang i deres situation under opholdet, som fastholdes efter hjemkomst, og at den gennemsnitlige udvikling i deres belastningsgrad er positiv (jf. figur 2-1 og 2-2). Det er mærkbare resultater særligt set i lyset af de omfattende, akutte og til tider livstruende problematikker, borgerne har. Evalueringen viser dog også, at en mindre gruppe af borgerne har oplevet en negativ udvikling. Dette er i langt mindre grad under opholdet på akutkrisecenter, men særligt når vi ser på borgerens situation tre måneder efter endt ophold. Evalueringen peger også på, at en del af borgerne har udfordringer med at benytte og følge eksisterende tilbud i hjemkommunen ved hjemkomst.

Færre borgere benytter psykiatriske tilbud, og færre begår kriminalitet efter endt ophold

I evalueringen har vi også set på, hvorvidt der på længere sigt er sket en udvikling i borgernes brug af sundhedsydelser og kriminelle forhold. Tabellen nedenfor samler op på denne udvikling.

Tabel 2-1 Brug af sundhedsydelser og kriminelle sigtelser

| Effektområder | Udvikling |
|--|---|
| Kontakt med og indlæggelser i den regionale behandlingspsykiatri | Fald i antal kontakter med og indlæggelser i den regionale behandlingspsykiatri fra før til efter opholdet på akutkrisecenter |
| Kontakt med alment praktiserende læge | Ingen systematiske forskelle fra før til efter opholdet på akutkrisecenter |
| Kriminelle sigtelser | Fald i antal af borgere med sigtelser fra før til efter opholdet på akutkrisecenter |

Evalueringen viser, at der ingen forandring er i borgernes kontakt til en alment praktiserende læge. Derimod kan der spores en reduktion i antallet af kontakter med og indlæggelser i den regionale behandlingspsykiatri, hvor borgerne i højere grad har kontakt og indlæggelser i perioden frem mod opstart af opholdet på akutkrisecenter sammenholdt med niveauet for kontakter og indlæggelser i perioden efter opholdet på akutkrisecenter. Det er svært at konkludere entydigt, hvorvidt dette er positivt eller negativt. Umiddelbart kan det tolkes positivt, da det kan være udtryk for, at borgerne har fået stabiliseret og arbejdet med deres psykiske problemer og derfor har behov for mindre kontakt med behandlingspsykiatrien end før opholdet på akutkrisecenter. Omvendt kan det også være udtryk for, at de ikke bliver mødt med relevant støtte og behandling for eventuelle psykiske problemer.

Sammenholder vi borgernes kriminelle situation i op til et år før opholdet på akutkrisecenter til et år efter, viser evalueringen, at der også her kan spores en positiv udvikling. Antallet af sigtelser i perioden tre til seks måneder før opholdet på akutkrisecenter svarer til, at ca. 55 ud af 100 borgere i perioden blev sigtet for kriminelle forhold. Det tal er faldet, når vi ser på perioden 9 til 12 måneder efter opholdet på akutkrisecenter, hvor antallet af sigtelser svarer til, at ca. 20 ud af 100 borgere blev sigtet for kriminelle forhold i perioden. Det kan være en indikation på, at borgerne har fastholdt en positiv udvikling på sigt, hvor de i markant mindre grad har behov for at begå kriminalitet for at understøtte deres stofmisbrug.

Faktorer der har betydning for udviklingen blandt borgerne

Vi kan ikke på baggrund af evalueringen belyse, hvorvidt nogle borgerprofiler er mere eller mindre besværede efter opholdet på akutkrisecenter og ved hjemkomst til hjemkommunen. Men evalueringen kan pege på en række faktorer, der har en indvirkning på udviklingen i borgernes gennemsnitlige belastningsgrad og forskellene i dette. Evalueringen indikerer, at:

- **Mænd** oplever en lidt større positiv udvikling i stofmisbrugssituationen og sociale forhold.
- **Unge under 30 år** oplever en større positiv udvikling i stofmisbrugssituationen.
- Borgere med en **psykisk diagnose** har oplevet en mindre positiv udvikling i forhold til at være i stand til at klare egen bolig, end borgere uden en psykisk diagnose har.
- Borgere, der **ikke er hjemløse**, har oplevet en større positiv udvikling i stofmisbruget.
- Borgere, der i udgangssituationen er **mindre belastede**, har oplevet en større udvikling i deres psykiske forhold, end mere belastede borgere. Omvendt har borgere, der er **relativt højere belastede**, oplevet en større positiv udvikling i deres sociale forhold.
- Borgere med en **opholdslængde** over gennemsnitlængden af alle ophold på akutkrisecenter har i højere grad udviklet sig positivt i forhold til stofmisbruget og sociale forhold, end borgere med en opholdslængde under gennemsnitlængden af alle ophold har.
- I de forløb, hvor der har været en høj grad af **implementering** udtrykt ved tilstrækkelig koordination og samarbejde på tværs af akutkrisecenter og hjemkommune – og mellem aktører i hjemkommunen – har borgerne oplevet en større positiv udvikling i deres stofmisbrug.

Implementering af modellen for akutkrisecenter

Evalueringen viser, at kerneelementerne i modellen for akutkrisecenter generelt er implementerede. Dog ses lokale variationer i implementeringen af modellens forskellige elementer, ligesom implementeringen af aktiviteter forbundet med dels opsporing og indskrivning, dels med selve opholdet på akutkrisecenter i højere grad er gennemført end aktiviteter i fasen efter hjemkomst til hjemkommune. Evalueringen viser også, at en række centrale drivkræfter og barrierer påvirker implementeringen af modellen for akutkrisecenter.

Bred organisering af spotterfunktionen

Det konkluderes i evalueringen, at en bred organisering af spotterfunktionen er en drivkraft i implementering af modellen, da det er med til at sikre en bred opsporing af målgruppen. Nogle borgere opholder sig primært på væresteder, hvorfor værestedsmedarbejderne er helt centrale

aktører. Men der er også borgere, der ikke benytter værestederne, hvorfor andre udgående eller fremskudte medarbejdere også er væsentlige aktører i opsporingen af borgerne.

Vanskeligt at indkredse målgruppen

Evalueringen viser, at en central udfordring i opsporingen har været at indkredse målgruppen. Det skyldes for det første, at flere spottere har oplevet, at målgruppen for akutkrisecenteret til tider har været uklar. For det andet har de ofte stået i situationer, hvor de har haft vanskeligt ved at vurdere, om borgeren er i en "tilstrækkelig" akut situation.

Den sociale mentor som screeningsmekanisme og tovholder

Evalueringen peger på, at det har været en drivkraft i implementeringen af opsporingen, at den sociale mentor har fungeret som en "screeningsmekanisme". Ifølge spotterne, men også de sociale mentorer, sikrer dette, at det er de rette borgere med det største behov for støtte, der tildeles et ophold på akutkrisecenter. Den sociale mentors rolle som tovholder er således med til at drive en effektiv implementering af modellen. På den ene side repræsenterer den sociale mentor én indgang til "eget" kommunalt system, hvilket sikrer overskuelighed i, hvordan proceduren omkring borgeren håndteres. På den anden side fortæller spotterne, at det for dem er virkningsfuldt for deres arbejde med opsporing at samarbejde med den sociale mentor, da de har overblikket over antal pladser på akutkrisecenter og varetager koordinationen af samarbejdet med øvrige samarbejdspartnere, som er involverede i borgerens livssituation.

Hurtig reaktionstid er afgørende

Det konkluderes i evalueringen, at den hurtige reaktionstid fra kontakten til borgeren er etableret, til der er taget henvendelse og til borgeren ankommer på akutkrisecenter, er en væsentlig drivkraft i modellen for akutkrisecenter og fastholdelse af borgeren. Det er den hurtige reaktionstid, der gør det muligt at handle på borgerens trusselsbillede, og som bidrager til at afvende borgerens akutte og livstruende situation.

Akutkrisecenter skaber ro og stabilitet

Borgerne selv og medarbejderne i projektkommunerne fremhæver det som afgørende for den gode start på opholdet, at medarbejderne på akutkrisecenter er i stand til at skabe ro og stabilitet omkring borgeren ved ankomsten. Evalueringen peger på, at dette er forudsætningen for overhovedet at kunne igangsætte stabiliseringen af borgernes øvrige problematikker.

Overlevering af informationer er vigtigt for arbejdet med stabilisering og opbygning

Evalueringen viser også, at den akutte situation bedst imødekommes, hvis hjemkommunen kan sikre en grundig overlevering af al relevant information om borgeren til akutkrisecenteret. Det forklares med, at en grundig overlevering af borgeren medvirker til, at medarbejderne på akutkrisecenter er i stand til at møde borgerens behov hurtigere.

Midtvejsmødet understøtter etablering af beredskab i hjemkommune

Evalueringen indikerer, at midtvejsamtalen med deltagelse af borgeren, akutkrisecenter og hjemkommune udgør en drivkraft for god forberedelse af borgerens hjemkomst. Det er her, at borgere, medarbejdere fra akutkrisecenter samt en eller flere medarbejdere fra borgerens hjemkommune kan lægge en struktureret plan for det videre forløb.

Vigtigt at forventningsafstemme opholdets karakter med borgerne

Endvidere peger erfaringer på, at det for nogle borgere kan være en udfordring, at opholdet på akutkrisecenter er et omsorgs- og stabiliseringstilbud, hvor de ikke samtidig modtager social stofmisbrugsbehandling. Både borgere og medarbejdere i projektkommunerne peger på, at det for borgerne kan være frustrerende, at en øget motivation for stofmisbrugsbehandling ikke kan imødekommes med egentlig stofmisbrugsbehandling under opholdet på akutkrisecenter.

Myndighedsfunktionen er afgørende at få inddraget i arbejdet med modellen

Evalueringen peger på, at en tværfaglig organisering af modellen i hjemkommunen er central for at lykkes med opholdsfasen og især hjemkomsten for den enkelte borger. Her er myndighedsfunktionen i kommunen en vigtig aktør. I flere af projektkommunerne har det været en udfordring at få etableret et tilstrækkeligt samarbejde med myndighedsfunktionen.

Efterspørgsel efter rette tilbud til borgere i målgruppen

Flere medarbejdere i projektkommunerne har fremhævet, at det er en barriere for fastholdelse af den stabile situation for borgeren, at der ikke opleves at være de helt rette tilbud til målgruppen efter opholdet på akutkrisecenter. Evalueringen indikerer en efterspørgsel efter blandt andet øget brug af omsorgs- og stabiliseringstilbud, samt muligheden for at sende borgere i døgnbehandling. Endvidere har en række af projektkommunerne haft gode erfaringer med en tæt involvering af værestederne og indsatserne her som led i hjemkomsten til hjemkommunen og den løbende støtte til borgeren efter hjemkomst.

Anbefalinger

På baggrund af de centrale vidensfund i evalueringen peger Rambøll på følgende anbefalinger til det fremadrettede arbejde med modellen for akutkrisecenter og målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug. Anbefalingerne retter sig mod fasen inden opholdet, under opholdet og efter endt ophold på akutkrisecenter. I kapitel 8 er anbefalingerne uddybet yderligere, herunder baggrunden for anbefalingerne og indholdet.

Anbefalinger knyttet til fasen inden opholdet på akutkrisecenter

Evalueringen viser, at medarbejdere i projektkommunerne til tider har været udfordrede i at spotte borgere i målgruppen og indkredse de særlige karakteristika, der gælder for de mest akutte og livstruede borgere. Endvidere konkluderes det, at en helt central drivkraft i modellen har været den hurtige reaktionstid fra opsporing til kontakt til og indskrivning på akutkrisecenter.

I et fremtidigt arbejde med modellen og målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug, anbefales det på den baggrund:

- At der tages de nødvendige skridt til en opkvalificering af medarbejdere i kommunerne i at kunne spotte akutte og livstruede borgere, eksempelvis via en styrkelse, udvikling og udbredelse af spotterkurser, som i projektperioden er gennemført i regi af Landsforeningen af Væresteder. Samtidigt er det vigtigt, at være opmærksom på værestedernes centrale rolle i arbejdet med at spotte borgerne, da de er et omdrejningspunkt for mange af borgerne.
- At der i det fremadrettede arbejde med målgruppen er øje for, at en vigtig drivkraft i arbejdet med denne er, at der er mulighed for hurtigt, at kunne reagere på borgerens akutte og livstruende situation samt mulighed for i en periode at trække borgeren væk fra sit miljø.

Anbefalinger knyttet til opholdet på akutkrisecenter

Evalueringen viser, at akutkrisecenter skaber ro om den enkelte borger og får afvendt den akutte og livstruende situation, samt at arbejdet med at stabilisere og opbygge borgeren skaber positive resultater for den enkelte borgers samlede situation. Evalueringen viser også, at der er enkelte borgere, der frafalder opholdet på akutkrisecenter uplanlagt, og at det er centralt at forventningsafstemme tilbuddets karakter med borgeren. Endeligt konkluderes det, at en grundig og dækkende overlevering af borgeren fra hjemkommune til akutkrisecenter er en drivkraft i arbejdet med borgeren, ligesom initiativer tidligt i opholdet med henblik på at klargøre et beredskab i borgerens hjemkommune understøtter den "gode" udslusning af borgeren.

I et fremtidigt arbejde med modellen og målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug anbefales det på den baggrund:

- At de gode erfaringer med, at et ophold på et afskærmet omsorgs- og stabiliseringsstilbud skaber den fornødne ro for borgerne, som er med til at afvende den akutte og livstruende situation videreføres i indsatser til de mest udsatte borgere med stofmisbrug.
- At de gode erfaringer med, at en stabiliserings- og opbygningsindsats på et akutkrisecenter skaber en positiv udvikling i borgernes samlede situation videreføres i indsatser til de mest udsatte borgere med stofmisbrug, herunder med inspiration i anvendte metoder til stabilisering og De små skridts metode, som er udgangspunktet for indsatsen.
- At der i starten af opholdet på akutkrisecenter sker en forventningsafstemning med borgeren om, hvilken type tilbud akutkrisecenter er, så det sikres, at borgeren ikke går ind i tilbuddet med en forventning om, at de vil modtage stofmisbrugsbehandling, men med en forståelse af, at det er et omsorgstilbud med fokus på stabilisering og motivation for forandring.
- At det afsøges, hvad der særligt kendetegner de borgere, som uplanlagt falder fra opholdet på akutkrisecenter med henblik på dels at afklare om et ophold på akutkrisecenter er relevant for disse, og dels, hvis de er i målgruppen, at vurdere, hvilke tiltag der eventuelt kan tages for at sikre, at de ikke forlader opholdet på akutkrisecenter uplanlagt.
- At der i modellen arbejdes videre med de gode erfaringer i forhold til at etablere tydelige arbejdsgange for overlevering af borgere fra hjemkommune til akutkrisecenter, så den "gode" overlevering af borgerne fastholdes. Eksempelvis gennem beskrivelser af, hvad det kræver af grundig information fra hjemkommunen, når arbejdet på akutkrisecenter igangsættes.
- At der tidligt under opholdet på akutkrisecenter og i et samarbejde mellem borgeren, akutkrisecenter og hjemkommune tages initiativer til at klargøre et beredskab af relevant støtte til borgerens hjemkomst, så der skabes de bedste muligheder for at fastholde en mere stabil situation i forhold til borgerens stofmisbrug, økonomi, sociale og psykiske forhold.

Anbefalinger knyttet til fasen endt ophold på akutkrisecenter

Evalueringen viser, at borgerne efter endt ophold på akutkrisecenter er motiverede for forandring. Evalueringen konkluderer også, at værestederne udgør et stort potentiale i samarbejdet om borgerne i alle faserne af modellen, men særligt ved borgernes hjemkomst. Det konkluderes også, at borgernes samlede trusselsbillede og problemstillinger udfordrer kommunerne, ligesom de mest udsatte borgere har svært ved at benytte og profitere af eksisterende tilbud efter hjemkomst. Endeligt peges der på, at koordinering og sammenhæng i indsatsen er afgørende for at fastholde den positive udvikling, ligesom inddragelse af socialforvaltningens myndighedsfunktion er vigtig for at lykkes især med indsatsen ved borgerens hjemkomst.

I et fremtidigt arbejde med modellen og målgruppen af de mest udsatte borgere med stofmisbrug anbefales det:

- At hjemkommunen arbejder målrettet dels med at fastholde den ændring i motivation for forandring, borgerne har opnået under opholdet på akutkrisecenter, og dels med at handle på denne, så borgerne mødes med relevant behandling og støtte, eksempelvis med inspiration fra modellen for udgående og rummelig social stofmisbrugsbehandling.
- At værestedernes potentiale for at skabe lyst til forandring og at fastholde en eventuel positiv udvikling hos de mest udsatte borgere med stofmisbrug udnyttes, eksempelvis med inspiration fra de små skridts metode.
- At borgerne ved hjemkomst mødes med tværfaglige indsatser, der tager højde for deres samlede trusselsbillede og problematik, eksempelvis med inspiration ACT-metoden.
- At de mest udsatte borgere, der har svært ved at profitere af eksisterende kommunale indsatser, også efter opholdet på akutkrisecenter, mødes med den rette støtte, eksempelvis omsorgstilbud, særlige bofællesskaber, døgnbehandling og øvrig socialfaglig støtte.
- At der etableres rammer, der styrker koordinering og sammenhæng i indsatser til borgerne efter hjemkomst, herunder at borgerens § 141-handleplan er udgangspunktet for den samlede indsats.

- At socialforvaltningens myndighedsfunktions rolle i modellen for akutkrisecenter styrkes og sikres, særligt ved borgerens hjemkomst til hjemkommunen, men også før opholdet på akutkrisecenter og under opholdet.

3. PROJEKTET OG ORGANISERING

I dette kapitel giver vi en kort præsentation af projektet og de kommuner, der har været involverede i afprøvningen af modellen for akutkrisecenter. Kapitlet tegner et billede af antallet af borgere med ophold på akutkrisecenter fra hver af projektkommunerne, ligesom projektkommunerne organisering af arbejdet med modellen for akutkrisecenter skitseres.

3.1 Projektets baggrund

Modellen for akutkrisecenter er finansieret af satspuljen for 2012 og har været etableret på behandlingscentret Munkerup. Projektet er gennemført i et samarbejde mellem behandlingscentret Munkerup, Landsforeningen af Væresteder og Fredericia Kommune, samlet kaldet partnerskabet.

Der er udvalgt en række projektkommuner til at indgå i projektet. Det betyder, at borgere i målgruppen af socialt udsatte med stofmisbrug med bopæl/ophold i de udvalgte projektkommuner har mulighed for at få et tilbud om ophold på akutkrisecenter via projektet. De udvalgte projektkommuner er valgt på baggrund af en række forskellige parametre, herunder:

- Geografisk spredning mellem kommuner
- Relativt store kommuner, hvor der antages at være borgere i målgruppen
- Kommuner med et kommunalt forankret værested, som ville kunne indgå i projektet

Det akutte krisecenter er et midlertidigt supplement til projektkommunernes indsats, og det er etableret med henblik på at give borgerne en ny chance i deres hjemkommune eller i en ny kommune. Samarbejdet med projektkommunerne er derfor en integreret del af modellen for akutkrisecenter og det forløb, borgerne indskrives i på akutkrisecenter. Rammerne for samarbejdet mellem behandlingscentret Munkerup og projektkommunerne er beskrevet i individuelle aftaler og i overensstemmelse med den kommunale organisering i kommunen.

3.2 Akutkrisecenter

I modellen for akutkrisecenter er der etableret et lavtærskelstilbud til socialt udsatte med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og livstruende krisesituation. Borgerne får mulighed for at opholde sig på et skærmet døgntilbud i en periode, hvor formålet er at skabe ro om den enkelte borgers kaotiske og kriseprægede situation.

Der har været 20 pladser årligt til fordeling blandt deltagende projektkommuner undervejs i projektperioden. Selve indsatsen på det akutte krisecenter er overordnet inddelt i tre faser: Ankomsten, stabilisering og opbygning samt brobygning.

3.3 Kommuner der har afprøvet modellen for akutkrisecenter

I alt har modellen for akutkrisecenter været afprøvet i 12 kommuner. Det drejer sig om *København, Greve, Næstved, Helsingør, Odense, Svendborg, Haderslev, Esbjerg, Fredericia, Aarhus, Aalborg og Hjørring Kommune*.

Alle projektkommuner har benyttet sig af akutkrisecenter, idet alle projektkommuner har haft borgere med ophold på akutkrisecenter. Dog varierer antallet af borgere fra projektkommunerne, som har haft et ophold på akutkrisecenter relativt meget. Figur 3-1 viser dels, hvor de enkelte projektkommuner, der har indgået i afprøvningen, er placeret geografisk i Danmark og i forhold til placeringen af akutkrisecenter, og dels viser den antallet af borgere fra projektkommunerne, som har haft et ophold på akutkrisecenter.

Figur 3-1 Projektkommuner, der har afprøvet modellen for akutkrisecenter, og antal borgere med ophold på akutkrisecenter på tværs af projektkommunerne.



Kilde: RMC-survey.

Note: Borgere med mere end ét ophold tæller med to gange, hvorfor tallene summerer til 208. I alt har der været 182 unikke borgere med ophold på akutkrisecenter i afprøvningen af modellen for akutkrisecenter. Grundet det lave antal gengangere har det ikke været muligt at belyse, hvorvidt der er særlige karakteristika hos disse.

Figuren viser, at der er relativt stor geografisk spredning blandt projektkommunerne, der har indgået i projektet og i afprøvningen af modellen for akutkrisecenter. Seks af projektkommunerne er geografisk placeret i Jylland, herunder kommuner fra Region Nord, Region Midtjylland og Region Syd. De resterende seks projektkommuner er sammensat af to kommuner fra Fyn (Region Syd) og fire kommuner fra Region Sjælland samt Hovedstadsregionen.

Samtidig viser figuren, at der er relativt stor variation i antallet af borgere fra projektkommunerne, som har haft et ophold på akutkrisecenter. København, Aarhus og Næstved er de projektkommuner, hvor flest borgere har haft et ophold på akutkrisecenter. I Københavns Kommune har 38 borgere været på akutkrisecenter, i Aarhus Kommune gælder det for 30 borgere, mens 25 borgere fra Næstved Kommune har opholdt sig på akutkrisecenter. Hjørring, Odense og Aalborg er omvendt de tre projektkommuner, hvor færrest borgere har haft et ophold på akutkrisecenter. Det drejer sig om fire borgere fra Hjørring, otte fra Odense og ni fra Aalborg. Figuren viser således, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem kommunens størrelse befolkningsmæssigt og antallet af borgere fra kommunen, som har haft et ophold på akutkrisecenter. Således har be-

folkningsmæssigt relativt mindre kommuner som Næstved, Haderslev og Svendborg flere borgere, som har haft et ophold på akutkrisecenter, end kommuner med en større befolkning har, såsom Aalborg og Odense Kommune.

3.4 Projektkommunernes organisering

I kapitel fem er selve modellen for akutkrisecenter udfoldet. Overordnet indebærer modellen, at projektkommunerne skal forankre arbejdet med modellen for akutkrisecenter i det kommunale misbrugsbehandlingscenter, ligesom der skal udpeges en social mentor med henvisningsret til akutkrisecenter. Endvidere er det centralt, at der indgår samarbejde med kommunale væresteder, og at der udpeges såkaldte spottere til opsporing af borgere i målgruppen af socialt udsatte med stofmisbrug.

På tværs af projektkommunerne har der været en vis variation i organiseringen af modellen for akutkrisecenter. Dette har også i en række tilfælde haft en indvirkning på implementeringen af modellen. Dette er beskrevet nærmere i kapitel otte. Tabellen nedenfor giver et simpelt overblik over organiseringen af arbejdet med modellen for akutkrisecenter på tværs af de 12 projektkommuner.

Tabel 3-1 Organisering af arbejdet med modellen for akutkrisecenter på tværs af projektkommunerne

| Projektkommune | Forankring af modellen for akutkrisecenter, inkl. den sociale mentors forankring | Organisering af spotterkorps |
|-------------------|--|---|
| Esbjerg | Misbrugsbehandlingscentret | SKP'er, socialbehandlere fra misbrugsbehandlingscenteret, medarbejder fra § 110-botilbud |
| Fredericia | Kommunalt værested | Misbrugsbehandlere, gademedarbejdere, værestedsmedarbejdere, borgere i kommunen |
| Greve | Misbrugsbehandlingscentret | Misbrugsrådgivere og SKP'er fra misbrugsbehandlingscentret |
| Haderslev | Kommunalt værested | SKP'er, værestedsmedarbejdere samt misbrugskonsulenter |
| Helsingør | Kommunalt værested | SKP'er, værestedsmedarbejdere, misbrugscenterets medarbejdere der står for udlevering af substituitionsmedicin |
| Hjørring | Kommunalt værested | SKP'er, værestedsmedarbejdere, misbrugscenterets medarbejdere der står for udlevering af substituitionsmedicin |
| København | Misbrugsbehandlingscentret | Fremskudte behandlere fra Rådgivningscenter, Mændenes Hjem, Stofindtagelsesrummene og Sundhedsrummet, Sundholm |
| Næstved | Kommunalt værested | Misbrugskonsulenter, værestedsmedarbejdere plus andre medarbejdere i Center for Socialt Udsatte, sygeplejersker fra psykiatrien, sagsbehandlere, andre brugere m.fl. |
| Odense | Socialcenteret | Kommunale væresteder, SKP'er, opøgende socialrådgivere, kirkens korshær |
| Svendborg | Forsorgscenter | Gadesygeplejerske for socialt udsatte borgere, SKP'er, medarbejdere på kommunalt værested, stofmisbrugs behandlingsafdeling både for unge og voksne, medarbejdere i myndighedsafdeling, § 85-bostøttemedarbejdere, medarbejdere på forsorgscenter Sydfyn. |
| Aalborg | Bo- og gadeteam og Støttekontaktpersonsordningen | Kommunale spottere og spottere fra væresteder. |
| Aarhus | Misbrugsbehandlingscentret | Kommunale spottere og spottere fra væresteder |

Som det ses af ovenstående tabel har modellen for akutkrisecenter primært været forankret enten på et stofmisbrugsbehandlingscenter eller et kommunalt værested. Enkelte har forankret indsatsen i et udgående team eller i socialcenteret. Derudover ses det, at spotter-korpset har været bredt tværfagligt funderet i de enkelte kommuner.

4. BORGERNES KARAKTERISTIKA

I Danmark skønnes der at være 33.000 borgere med stofmisbrug¹. Målgruppen for modellen for akutkrisecenteret udgør en lille del af denne gruppe. Målgruppen er kendetegnet ved at have et stofmisbrug af intens karakter, som medfører en række forskellige og ofte forbundne sociale og helbredsmæssige konsekvenser. Konsekvenserne indbefatter ofte psykiske og somatiske problemer samt hjemløshed og øvrige sociale problemer².

I dette kapitel belyser vi, hvad der yderligere karakteriserer de borgere, der har haft et ophold på akutkrisecenter. Det sammenholdes med viden om borgere med stofmisbrug i Danmark generelt samt andre udsatte grupper. Formålet med kapitlet er at give en dybere indsigt i borgere i målgruppen og de mønstre og karakteristika, som kendetegner borgere, der har haft et ophold på akutkrisecenter.

Kapitlets centrale konklusioner fremgår nedenfor.

Boks 4-1 Centrale konklusioner, målgruppen

Centrale konklusioner i kapitlet

- Størstedelen af de borgere, der har været med i afprøvningen af modellen, er mænd over 30 år med en dansk baggrund.
- De fleste har grundskole som højeste afsluttet uddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse. Hovedparten af borgerne modtager kontanthjælp eller (førtids-)pension, og over 90 pct. af dem har en årlig indkomst på under 200.000 kroner. I totalbefolkningen i Danmark har næsten 65 pct. en indkomst højere end 200.000 kroner.
- Borgernes stofmisbrug blev en fast del af tilværelsen i 15-16 årsalderen. Borgernes stofmisbrug er i høj grad kendetegnet ved brug af CNS-stimulerende rusmidler, inklusiv kokain og opiater.
- 35 pct. af borgerne har følgesygdomme på grund af stofmisbruget, mens 1/4 af borgerne har en psykisk diagnose. En stor andel af borgerne modtager ikke behandling for dette.
- Næsten 65 pct. bor i egen bolig, mens ca. 35 pct. er hjemløse.
- Borgerne har en gennemsnitlig gæld på ca. 200.000. En gæld, som de ofte skylder private personer, eksempelvis i stofmisbrugsmiljøet, hvilket stiller dem i en udsat situation.
- Samlet er borgerne i høj grad belastede på områderne stofmisbrug, helbred, psykiske forhold og sociale forhold.

4.1 Antal og opholdslængde på akutkrisecenter

I alt har 182 unikke borgere været involverede i modellen for akutkrisecenter. Nogle borgere har haft mere end et ophold. Det betyder, at der samlet har været 208 ophold på akutkrisecenter. Dette har været afsættet for afprøvningen og evalueringen af modellen for akutkrisecenter.

Det fremgår i tabellen nedenfor, at den gennemsnitlige opholdslængde på tværs af alle borgere er 57 dage. Ligeledes ses, at der er relativt stor variation i borgernes gennemsnitlige opholdslængde på tværs af kommunerne.

¹ Narkotikasituationen i Danmark 2014, Sundhedsstyrelsen 2014.

² Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug, Rambøll 2013.

Tabel 4-1 Gennemsnitlig opholdslængde på akutkrisecenter

| Hjemkommune | Gennemsnitlig opholdslængde på akutkrisecenter |
|-------------------|--|
| Odense | 110 dage |
| Esbjerg | 72 dage |
| Fredericia | 69 dage |
| Hjørring | 65 dage |
| Næstved | 60 dage |
| Greve | 54 dage |
| Aalborg | 52 dage |
| København | 49 dage |
| Helsingør | 48 dage |
| Haderslev | 47 dage |
| Aarhus | 46 dage |
| Svendborg | 41 dage |

Tabellen viser, at det er borgere fra Odense Kommune, der gennemsnitligt har haft de længste ophold på akutkrisecenter, mens det er borgere fra Svendborg Kommune, der gennemsnitligt har haft de korteste ophold. En af årsagerne til, at borgere fra Odense Kommune har meget længere ophold på akutkrisecenter end borgere i de øvrige projektkommuner, kan muligvis forklares med, at det er borgere som ud fra deres belastningsgrad er 'tungere' end gennemsnittet på alle parametre (dvs. helbredsmæssige situation, psykiske forhold, boligsituation og sociale forhold) undtagen stofmisbrugssituation.

4.2 Målgruppens baggrund

Tabellen nedenfor tegner et billede af en række baggrundsforhold blandt borgere, der har haft ophold på akutkrisecenter. Dette er sammenholdt med tilsvarende forhold dels hos alle borgere med stofmisbrug, som er i behandling, dels hos totalbefolkningen i Danmark.

Tabellen viser, at andelen af kvinder på akutkrisecenter er mindre, sammenlignet med andelen i den samlede befolkning. Andelen af kvinder på akutkrisecenter er dog nogenlunde ens i forhold til andelen i populationen af alle borgere med stofmisbrug, som er i behandling.

Tabel 4-2 Målgruppens baggrund

| | Andel med ophold på akutkrisecenter | Andel i populationen af alle borgere med stofmisbrug | Andel i totalbefolkningen |
|------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------|
| Køn | | | |
| Kvinde | 22 pct. | *24 pct. | 50 pct. |
| Mand | 78 pct. | *76 pct. | 50 pct. |
| <i>Samlet</i> | <i>100 pct.</i> | <i>**100 pct.</i> | <i>100 pct.</i> |
| Alder | | | |
| Over 30 år | 80 pct. | | 33 pct. |
| Under 30 år | 20 pct. | n/a | 67 pct. |
| <i>Samlet</i> | <i>100 pct.</i> | | <i>100 pct.</i> |
| Herkomst | | | |
| Dansk | 90 pct. | ***82 pct. | 88 pct. |
| Indvandrer eller efterkommer | 10 pct. | ***8 pct. | 12 pct. |
| <i>Samlet</i> | <i>100 pct.</i> | <i>100 pct.</i> | <i>100 pct.</i> |

Kilde: Kilde: Registerdata og Statistikbanken (DST)

Note: *2005 tal, **2013 tal, ***Opgørelse over andel indvandrere eller efterkommere i stofmisbrugsbehandling i 2003,

Endvidere fremgår det af tabellen, når vi sammenligner med alle borgere med stofmisbrug og totalbefolkningen, at borgere over 30 år er overrepræsenterede blandt borgere, der har haft ophold på akutkrisecenter og efterfølgende har modtaget støtte i hjemkommunen. Således er 80 pct. af alle borgere med ophold på akutkrisecenter over 30 år, mens dette tal er 33 pct. for totalbefolkningen. Gennemsnitsalderen for borgere med ophold på akutkrisecenter er 39 år, mens den for alle borgere med stofmisbrug i behandling er 27 år.

Der er ingen nævneværdige forskelle i fordelingen af borgerne, når vi kigger på herkomst, og når vi sammenligner borgernes herkomst med andelen af borgere med dansk herkomst eller i totalbefolkningen.

4.3 Målgruppens sociodemografiske baggrund

Nedenfor fremgår en række data, der belyser sociodemografiske forhold blandt borgere i målgruppen, som har haft et ophold på akutkrisecenter. Borgernes sociodemografiske forhold er sammenholdt alle borgere i "normalbefolkningen" i Danmark.

Tabel 4-3 Målgruppens sociodemografi

| | Andel med ophold på akutkrisecenter | Andel i normalbefolkningen |
|--|-------------------------------------|----------------------------|
| Højeste fuldførte uddannelse | | |
| Grundskole | 40 pct. | 29 pct. |
| Gymnasial uddannelse | 3 pct. | 10 pct. |
| Erhvervsfaglig uddannelse, grundforløb | 20 pct. | |
| Erhvervsfaglig uddannelse, praktik- og hovedforløb | 15 pct. | 34 pct. |
| Kort og mellemlang videregående uddannelse | 3 pct. | 19 pct. |
| Lang videregående uddannelse | 0 pct. | 8 pct. |
| <i>Samlet</i> | <i>100 pct.</i> | <i>100 pct.</i> |
| Forsørgelsesgrundlag | | |
| Lønmodtagere | 9 pct. | 60 pct. |
| Kontanthjælp | 43 pct. | 2 pct. |
| Anden offentlig forsørgelse | 6 pct. | 5 pct. |
| Førtidspension eller pension | 36 pct. | 29 pct. |
| Øvrige uden for arbejdsstyrken | 5 pct. | 4 pct. |
| <i>Samlet</i> | <i>100 pct.</i> | <i>100 pct.</i> |
| Indkomst | | |
| 100.000 kr. eller derunder | 27 pct. | 14 pct.** |
| 100.000-150.000 kr. | 45 pct. | 10 pct.** |
| 150.000-200.000 kr. | 23 pct. | 13 pct.** |
| Over 200.000 kr. | 6 pct. | 63 pct.** |
| <i>Samlet</i> | <i>100 pct.</i> | <i>100 pct.</i> |

Kilde: Registerdata og Statistikbanken (DST)
Note: **2013 tal

Det ses af tabellen, at 40 pct. af borgerne med ophold på akutkrisecenter har grundskole som højeste afsluttede uddannelse. 35 pct. har en erhvervsfaglig uddannelse enten som grundforløb eller praktikforløb. Næsten ingen af borgerne har en gymnasial eller længerevarende uddannelse. For totalbefolkningen har i alt 27 pct. en længerevarende uddannelse.

Tabellen tegner også et billede af borgernes forsørgelsesgrundlag. 43 pct. af borgerne er på kontanthjælp, men 35 pct. er på førtidspension eller pension. Næsten 10 pct. af borgerne er lønmodtagere. Sammenlignet med totalbefolkningen, hvor 60 pct. er lønmodtagere og henholdsvis 2 pct. og 30 pct. er på kontanthjælp eller pension, inklusiv førtidspension, tegner der sig også i forhold til forsørgelse et billede af en udsat borgergruppe.

Tabellen viser også borgernes indkomstforhold. Det fremgår, at kun ganske få har en indkomst, der er højere end 200.000 kroner årligt. For den samlede befolkning i Danmark er det næsten 65 pct., der har en indkomst over 200.000 kroner årligt. De borgere, der har haft ophold på akutkrisecenter, er således i en økonomisk situation, der afviger væsentligt fra totalbefolkningen.

4.4 Målgruppens belastningsgrad

Udover baggrundsforhold og sociodemografiske forhold blandt de borgere, der været involverede i den samlede model for akutkrisecenter, er borgernes problemomfang eller belastningsgrad forud for opholdet på akutkrisecenter dokumenteret af medarbejdere på akut krisecenter og i projektkommunerne. Det drejer sig særligt om borgernes stofmisbrugssituation, helbredsmæssige situation, psykiske forhold, boligsituation og sociale forhold.

4.4.1 Borgerens akutte situation

Et helt særligt karakteristika ved målgruppen for modellen er, at borgeren er i en akut krise. På tværs af medarbejdere på det akutte krisecenter og i projektkommunerne er der enighed om, at alle de borgere, der er henvist til akutkrisecenter, befinder sig i en akut situation, der kan være direkte livstruende. Det viser, at borgeren er i en situation, hvor der skal ske noget her og nu. Det skyldes typisk en eskalering af deres i forvejen udsatte og ustabile situation, hvilket kan skyldes en overdosis, involvering i en bandekonflikt, gæld til personer i misbrugsmiljøet, familiekonflikter eller eskalering af deres helbredsmæssige og psykiske problemer.

Boks 4-2 Livstruende situation

Livstruende situation

Medarbejderne i projektkommunerne giver udtryk for, at 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 risikoen for overdosis, psykoser og hjemløshed.
- Trusler fra andre personer i miljøet, eksempelvis på grund af gæld til andre personer, involvering i bandekonflikter og kriminalitet.
- En eskalerende helbredssituation og ubehandlede sygdomme og skavanker, som eksempelvis leverbetændelse, HIV, blodpropper, bylder og sår.

4.4.2 Borgernes stofmisbrugssituation

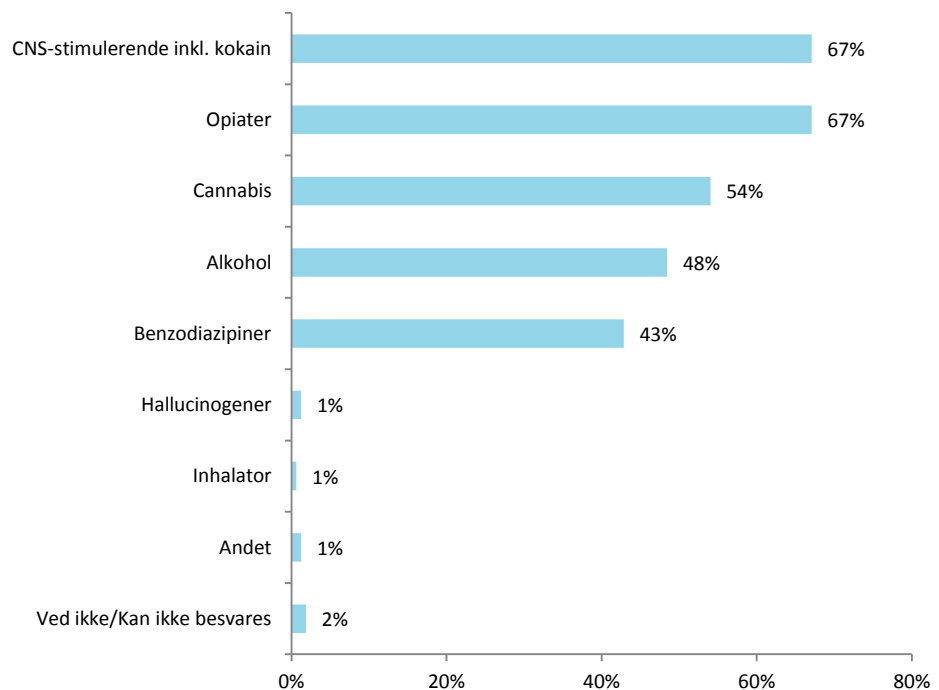
Som udgangspunkt har borgere med ophold på akutkrisecenter stofmisbrug som deres primære problemstilling, ligesom stofmisbruget ofte har været langvarigt og måske påbegyndt i en tidlig alder. Surveydata indsamlet af medarbejdere på akutkrisecenter viser, at borgerne gennemsnitligt har været 16 år, da rusmidler er blevet en fast del af tilværelsen. En enkelt borger angiver, at rusmidler blev en fast del af tilværelsen som otteårig. Omvendt er tilsvarende indtruffet for én borger på 47 år.

Vi har ingen sammenlignelige tal fra lignende grupper af borgere, men i Sundhedsstyrelsens MULD-rapport fra 2009 konkluderes det, at debutalderen blandt alle, der har prøvet stærkere rusmidler end hash typisk er 15-16 år eller lidt ældre³. Det viser, at mens debutalderen for alle, der har prøvet rusmidler, er den sene teenagealder, så er det samtidig her, at borgere i målgruppen angiver, at misbruget er blevet en afhængighed. Det giver en indikation af, at de borgere, der har været involveret i modellen for akutkrisecenter, i høj grad er en belastet gruppe, også når der sammenlignes med andre borgere, der anvender rusmidler.

³ MULD (2009). MULD-rapport nr. 7. Unges livsstil og dagligdag 2008. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.

På baggrund af surveydata kan vi også tegne et billede af, hvilke rusmidler borgerne benytter. Dette ses i figuren nedenfor. Knap 70 pct. anvender CNS-stimulerende stoffer, inklusiv kokain, som en del af deres stofmisbrug. Sammenligner vi med det generelle billede af borgere med stofmisbrug i Danmark, er der store forskelle, idet det i 2014 er skønnet, at 15 pct. af alle borgere med stofmisbrug, som er i behandling, har CNS-stimulerende stoffer inklusiv kokain som deres hovedstof⁴. Figuren viser også, at knap 70 pct. anvender opiater som en del af stofmisbruget. For alle borgere med stofmisbrug i behandling angiver en andel på 17 pct., at opiater er deres hovedstof⁵. Borgerne har altså et "tungere" stofmisbrug end den "gennemsnitlige" borger med stofmisbrug. Figuren peger også på, at en stor andel – men lidt færre af borgerne – anvender cannabis, benzodiazepiner og alkohol som bestanddele i deres misbrug.

Figur 4-1 Rusmidler, borgerne anvender som led i deres misbrug



Kilde: RMC-survey udfyldt ved opstart af borgerens ophold på Munkerup. N= 146

Det generelle billede, der kan tegnes af stofmisbruget blandt borgere på akutkrisecenter, er, at det i høj grad er et stofmisbrug, der består af de "hårde" stoffer i form af på den ene side CNS-stimulerende stoffer som kokain og amfetamin, også kaldet "uppers", og på den anden side opiater som eksempelvis morfin og heroin, som kaldes "downers".

Surveydata viser, at borgere med ophold på akutkrisecenter i høj grad er i medicinsk behandling eller substitutionsbehandling for deres stofmisbrug. Det gælder for knap 75 pct.

4.4.3 Borgernes helbredssituation

En fremtrædende karakteristik ved borgere med stofmisbrug er deres helbredsmæssige tilstand. Et langvarigt stofmisbrug kan have store konsekvenser for sundheden. I 2013 var der knap 2.200 indlæggelser i Danmark som følge af rusmiddelforgiftninger. En tredjedel af alle indlæggelser i relation til stofmisbrug i Danmark skyldes blandingsmisbrug.⁶

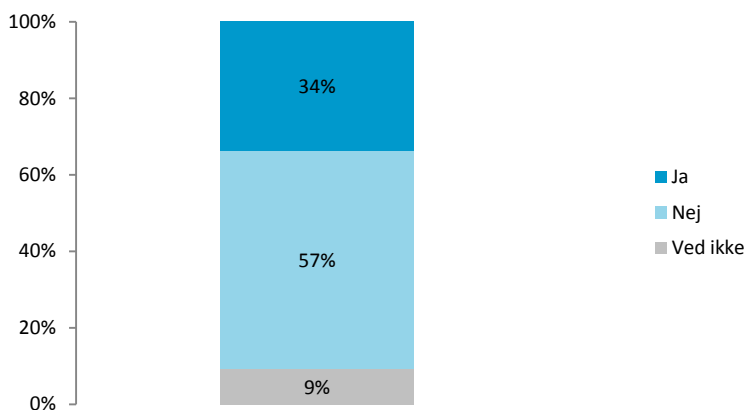
⁴ Narkotikasituationen i Danmark 2014, Sundhedsstyrelsen, 2014.

⁵ Narkotikasituationen i Danmark 2014, Sundhedsstyrelsen

⁶ Narkotikasituationen i Danmark 2014, Sundhedsstyrelsen, 2014

Som led i opstarten af opholdet på akutkrisecenter er borgerne blevet spurgt ind til deres helbredssituation. Figur 4-2 viser, at knap 35 pct. af gruppen lider af sygdomme og/eller følgesygdomme knyttet til stofmisbruget. Knap 60 pct. angiver, at de ingen sygdomme og/eller følgesygdomme har og 10 pct. ved ikke om de lider af nogen sygdomme og/eller følgesygdomme. Sammenlignet med en lignende gruppe af socialt udsatte, de hjemløse, er sygdomsfrekvensen relativt høj, idet 23 pct. af hjemløse har fysiske sygdomme⁷. Målgruppen af socialt udsatte med stofmisbrug, som har haft ophold på akutkrisecenter, er altså i en dårligere helbredsmæssig situation end hjemløse.

Figur 4-2 Andel der lider af følgesygdomme/sygdomme som følge af stofmisbrug



Kilde: RMC-survey udfyldt ved opstart af borgerens ophold på Munkerup. N= 161

Den klart mest udbredte sygdom og/eller følgesygdom er hepatitis. Således er det knap 75 pct. af de borgere, der angiver, at de lider af sygdomme og/eller følgesygdomme, som har leverbetændelse. Sammenholdes dette med alle borgere med stofmisbrug i Danmark er det sammenfaldende, da det skønnes, at 75 pct. af alle borgere med intravenøst stofmisbrug har hepatitis⁸. Endvidere angiver en række borgere, at de lider af astma, HIV og diabetes. Knap 30 pct. angiver, at de lider af mere end én sygdom og/eller følgesygdom.

Knap 50 pct. af de borgere, der har haft et ophold på akutkrisecenter, modtager ikke behandling for deres sygdomme og/eller følgesygdomme, mens knap 40 pct. angiver, at de modtager behandling. 13 pct. ved ikke, om de modtager behandling for deres sygdom og/eller følgesygdom. Således tyder tallene på, at borgerne i høj grad er underbehandlede i forhold til deres helbredsproblematikker.

4.4.4 Borgernes psykiske problemer

Det er velkendt, at de allermest socialt udsatte borgere med stofmisbrug ofte har forskellige psykiske vanskeligheder. I 2013 var der godt 5.500 indlæggelser forbundet med psykiske problemer i kombination med stofmisbrug, og opgørelser viser, at der de seneste fem år er sket en stigning i antallet af borgere, der indlægges til psykiatrisk behandling, hvor stofmisbrug er en medvirkende faktor⁹.

Figur 4-3 viser, at samme tendens gør sig gældende for borgere med ophold på akutkrisecenter. Her ses, at lidt over 20 pct. af de borgere, som har haft et ophold på akutkrisecenter, har en psykisk diagnose, mens 60 pct. ingen psykisk diagnose har. Knap 20 pct. af borgerne ved ikke, om de har en psykisk diagnose. Blandt hjemløse er tallet relativt højere, da cirka halvdelen har en psykisk diagnose i den gruppe¹⁰.

⁷ Hjemløshed i Danmark 2015, SFI, 2015

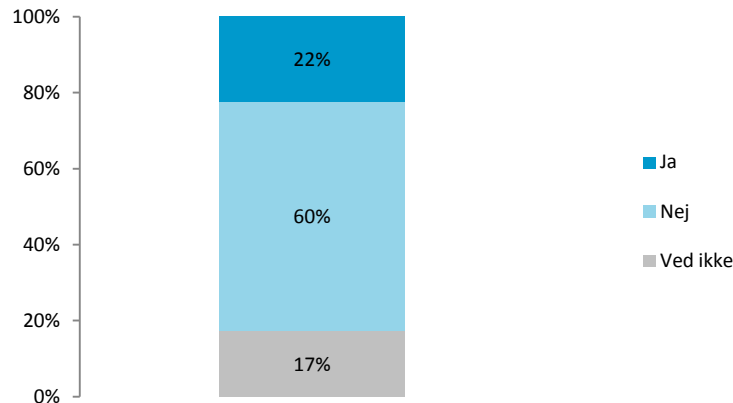
⁸ Narkotikasituationen i Danmark 2014, Sundhedsstyrelsen, 2014

⁹ Narkotikasituationen i Danmark 2014, Sundhedsstyrelsen, 2014

¹⁰ Hjemløshed i Danmark 2015, SFI, 2015

Det skal dog påpeges, at borgerne, der har haft ophold på akutkrisecenter, kan have ubehandlede psykiske problemer til trods for, at de ikke har en psykisk diagnose. Således viser flere undersøgelser, at op mod 40 pct. af alle borgere med psykiske problemer har dette i kombination med et samtidigt misbrug¹¹. Samtidig peger flere undersøgelser på, at borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug ofte er svære at behandle i den regionale behandlingspsykiatri og i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Det kan betyde, at mange af borgerne i målgruppen måske har psykiske problemer, som endnu ikke er diagnosticerede, da deres stofmisbrug kan have vanskeliggjort en systematisk udredning af deres psykiske problemer.

Figur 4-3 Andel borgere med en psykisk diagnose



Kilde: RMC-survey udfyldt ved opstart af borgerens ophold på Munkerup. N= 161

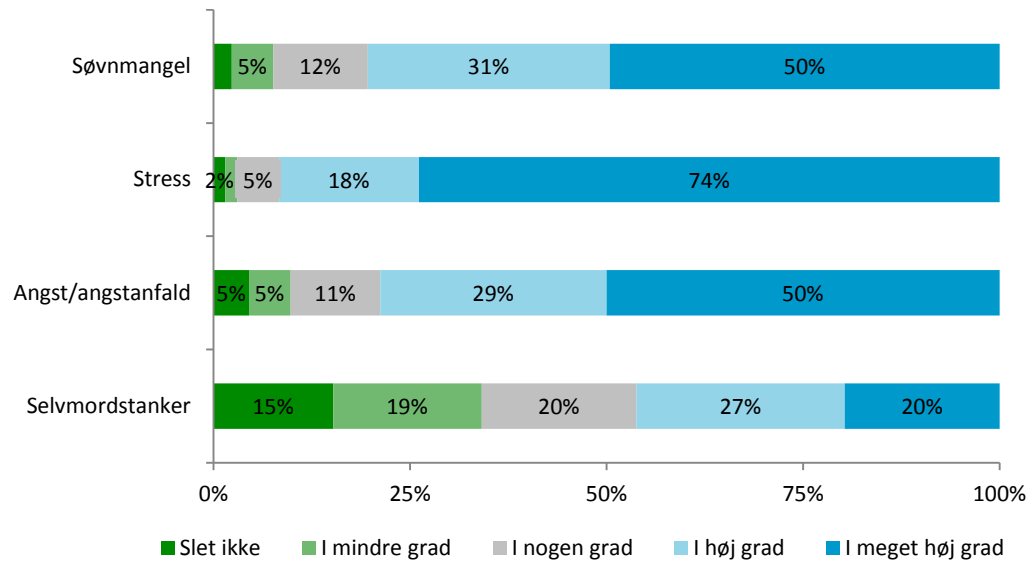
Diagnosebilledet på tværs af borgere med en psykisk diagnose er relativt forskelligt, men de mest udbredte psykiske diagnoser er ADHD, skizofreni, personlighedsforstyrrelser og borderline. 40 pct. af de borgere, som har en psykiske diagnose, har mere end én diagnose.

Vores surveydata viser også, hvor stor en andel af borgere med psykisk diagnose, som modtager behandling for deres psykiske vanskeligheder. Af de 22 pct. af borgerne, som har en psykisk diagnose, er det knap 45 pct., der modtager behandling for deres vanskeligheder. Knap 55 pct. af borgerne angiver, at de ikke modtager behandling for deres psykiske vanskeligheder. Dette peger i retning af, at en stor del af borgerne ikke får tilstrækkeligt hjælp målrettet deres psykiske problemer, hvilket kan vanskeliggøre en effektiv stofmisbrugsbehandling og øvrig social støtte.

Blandt alle borgerne, herunder også de borgere, som ikke har en psykisk diagnose, er der spurgt ind til en række spørgsmål, der giver en indikation på borgernes psykiske problemer. Det billede der tegnes, fremgår af Figur 4-4.

¹¹ Danske Regioner, 2012: (http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11496/to-dianoser-et-menneske_2012ashx-regioner.pdf)

Figur 4-4 Borgernes psykiske problemer



Kilde: RMC-survey udfyldt ved opstart af borgerens ophold på Munkerup.

Søvnmangel: N:133. Stress: N:133. Angst/angstanfald: N:132, antal 'Ved ikke'-besvarelser: 29. Selvmordstanker: N:132.

Lidt over 80 pct. af borgerne oplever, at søvnmangel i høj grad eller meget høj grad er et problem for dem. Det samme billede går igen, når borgerne spørges ind til deres stressniveau. 92 pct. angiver, at de har store problemer med stress. Dette hænger formentlig sammen med borgernes livssituation, der kan være præget af et stort pres forbundet med at "skaffe" rusmidler, typisk kendetegnet ved, at de skal begå kriminalitet, låne penge og står i gæld til personer i misbrugsmiljøet.

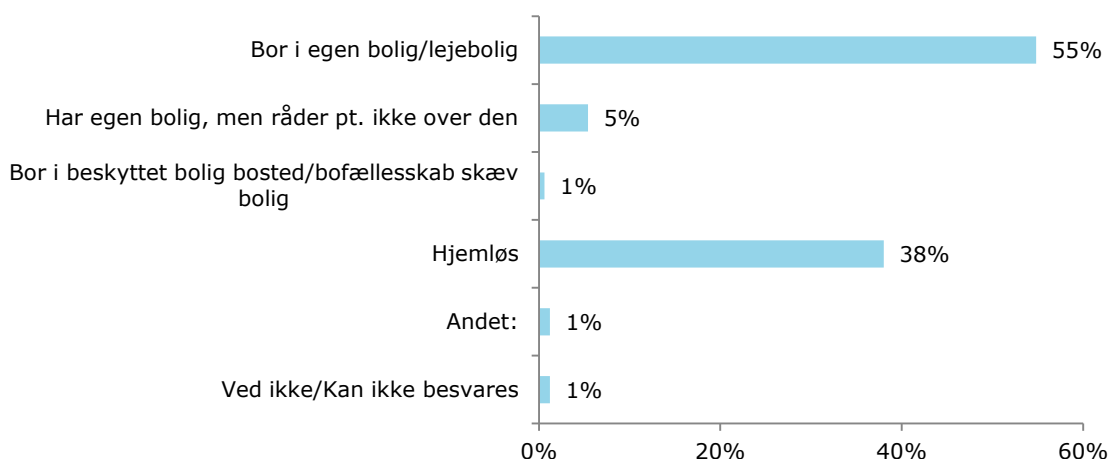
Knap 80 pct. angiver, at de oplever problemer som følge af angst eller angstanfald, mens knap 50 pct. angiver, at de i høj grad eller meget høj grad har selvmordstanker. Sidstnævnte understreger, at vi har at gøre med borgere, som i høj grad er i en akut, ustabil og måske livstruende situation. Knap 35 pct. af borgerne giver udtryk for, at de slet ikke eller i mindre grad har selvmordstanker. Samlet tegner evalueringen altså et billede af nogle borgere, som ikke alene har en misbrugsproblematik, men som i høj grad også er udfordret af psykiske problemer, herunder stress, angst, søvnbesvær og selvmordstanker.

4.4.5 Borgernes boligsituation

Borgere, der befinder sig i en akut og til tider livstruende situation, har ofte en ustabil boligsituation, hvor de enten er hjemløse eller ikke er i stand til at bo i egen bolig. Således er der et vist sammenfald mellem gruppen af hjemløse og gruppen af borgere med stofmisbrug, som er i målgruppen for modellen for akutkrisecentre. Hjemløsetællingen fra Det National Forskningscenter for Velfærd viser, at mellem 60 pct. og 70 pct. af alle hjemløse skønnes at have et stofmisbrug¹². Figur 4-5 viser, at godt halvdelen af borgerne med ophold på akut krisecenter bor i egen bolig. Den anden halvdel af borgerne har forskellige boligsituationer, herunder er 38 pct. hjemløse.

¹² Hjemløshed i Danmark 2015, SFI, 2015

Figur 4-5 Hvad er din aktuelle boligsituation? – Mulighed for at sætte flere krydser



Kilde: RMC-survey udfyldt ved opstart af borgerens ophold på Munkerup. N= 161

Note: 'Hjemløs' omfatter borgere som bor hos familie/venner, på forsorgshjem, på herberg eller er hjemløse.

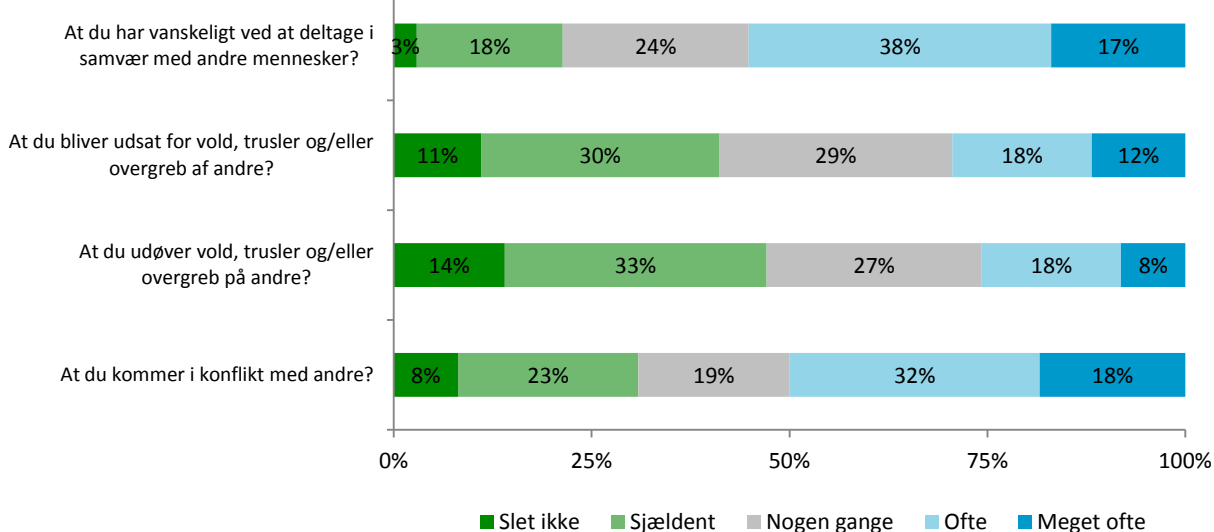
Endvidere viser figuren, at en lille andel af borgerne enten har egen bolig, som de dog ikke råder over, eller bor hos familie og venner. Det er interessant, at 10 borgere angiver, at de har en bolig, med ikke råder over denne. En kortlægning af kaotiske misbrugere med blandingsmisbrug¹³ tegner et billede af, at borgere i denne målgruppe relativt ofte oplever, at deres bolig "overtages" af andre borgere fra misbrugsmiljøet, og at det kan have som konsekvens, at boligens ejer "sættes ud" af egen bolig. På den måde bliver borgeren som har boligen funktionel hjemløs og må ty til ophold på gaden, hos venner eller på forsorgshjem.

4.4.6 Målgruppens sociale forhold

Stofmisbrug kan have store konsekvenser for borgerens sociale forhold, og stofmisbruget kan både være årsag til og en følge af social marginalisering.

Figur 4-6 giver et billede af borgernes sociale forhold.

Figur 4-6 Borgerens sociale forhold



Kilde: RMC-survey udfyldt ved opstart af borgerens ophold på akutkrisecenter. N=136

¹³ Rambøll Management Consulting (2012): Kortlægning af socialt udsatte borgere med et kaotisk blandingsmisbrug

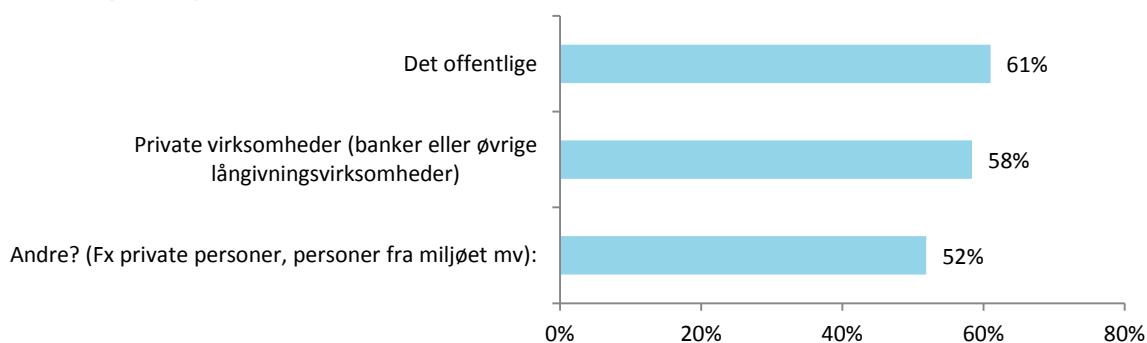
Det fremgår af figuren, at borgerne ofte eller meget ofte har vanskeligt ved at deltage i samvær med andre, ligesom de ofte kommer i konflikt med andre mennesker. Det gælder for knap halvdelen af alle borgerne. Lidt færre borgere oplever, at de udsættes for vold, trusler og overgreb eller selv benytter sig af dette i forhold til andre. Knap 30 pct. angiver, at dette ofte eller meget ofte hænder, mens ca. 40 pct. angiver, at det slet ikke eller sjældent sker.

Surveydata viser også, at blandt borgerne, der har haft ophold på akutkrisecenter, har 70 pct. angivet, at de er enlige, mens 17 pct. er i parforhold. Knap 40 pct. af borgerne har børn.

4.4.7 Målgruppens økonomiske situation

Et kaotisk og langvarigt stofmisbrug har ofte betydelige økonomiske konsekvenser. Ligeledes kan økonomiske vanskeligheder have en række negative konsekvenser. Eksempelvis viser den nyeste hjemløsetælling, at 40 pct. af de unge hjemløse angiver, at økonomiske vanskeligheder er en direkte årsag til deres hjemløshed¹⁴. Surveydata viser, at 50 pct. af de borgere, der har haft ophold på akutkrisecenter, har økonomisk gæld. Knap 15 pct. har ikke oplyst, om de har gæld. De indsamlede data viser også, at den gennemsnitlige gældspost per borger er ca. 210.000 kroner. Den højeste, enkeltstående gæld er tre millioner kroner. Figur 4-7 viser, hvem borgerne har økonomiske udeståender med. Det ses, at det er gæld både til det offentlige, til private virksomheder og private personer, eksempelvis personer fra misbrugsmiljøet.

Figur 4-7 Borgerens gældskreditorer



Kilde: RMC-survey udfyldt ved opstart af borgerens ophold på Munkerup. N= 77.

Det er påfaldende, at borgernes kreditorer i stort omfang også er private personer eller personer fra misbrugsmiljøet. Erfaringerne blandt medarbejdere i projektkommunerne peger også i retning af, at borgerne til tider oplever at være truet på livet af andre personer fra miljøet, og at dette ofte skyldes gæld. Dette er med til at sætte borgeren i en akutpræget situation, hvor vedkommende kan blive nødt til at flygte fra hjemkommunen for at sikre eget liv.

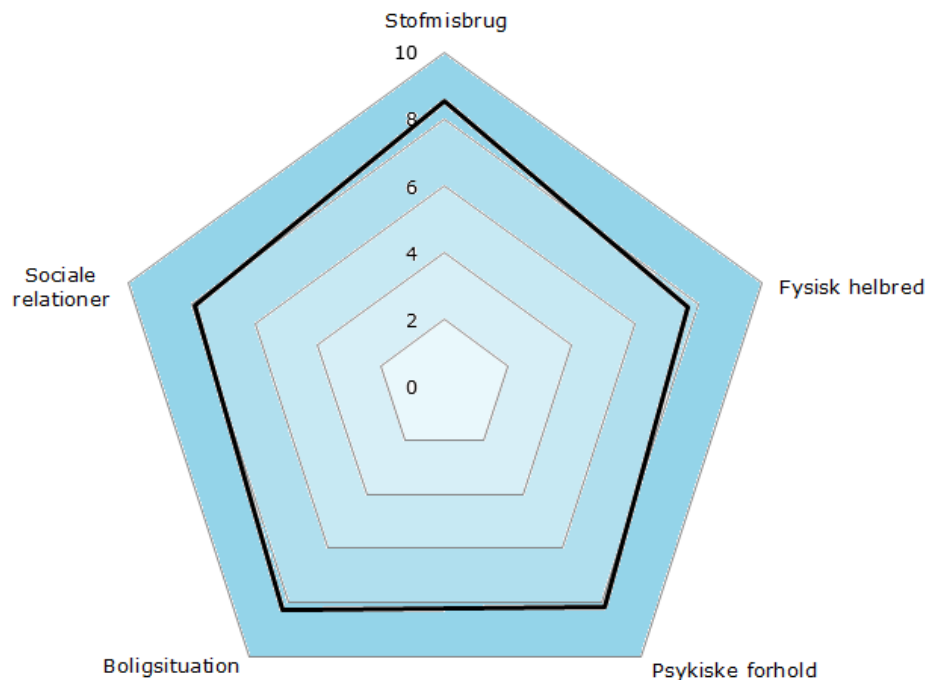
4.4.8 Målgruppens samlede belastning i krisesituationen

Tallene ovenfor giver et billede af borgernes situation i forhold til stofmisbrug, helbred, psykiske og sociale forhold, og bolig. På baggrund af evalueringen er det muligt at tegne et billede af borgernes samlede belastning i selve krisesituationen, hvor borgerne ankommer til akutkrisecenter. Billedet af krisesituationen er baseret på vurderinger gennemført af medarbejdere på akutkrisecenter.

Figur 4-8 viser, at borgerne generelt set er i en stærkt belastet situation. På en skala fra 0 til 10, hvor 10 er udtryk for yderst akutte problemer, er belastningsgraden gennemsnitligt 8,1, når vi ser på tværs af de fem områder.

¹⁴ Hjemløshed i Danmark 2015, SFI, 2015

Figur 4-8 Vurdering af målgruppens belastningsgrad ved indskrivning på akutkrisecenter



Kilde: RMC-survey udfyldt ved borgerens indskrivning på akutkrisecenter.

Stofmisbrug: N: 164, Somatisk tilstand: N: 163, Mental tilstand: N: 164, Boligsituation: N: 163, Sociale relationer: N: 143.
Note: 10 er udtryk for højest belastning og yderst akutte problemer, mens 0 er udtryk for ingen belastning og ingen akutte problemer

For det enkelte område har borgerne gennemsnitligt en belastningsgrad mellem ni (stofmisbrug) og lige under otte (somatisk tilstand). På de øvrige områder er belastningsgraden opgjort til otte. På tværs af køn viser surveydata, at mændene i marginalt højere grad er belastede på områderne bolig og stofmisbrug, mens kvinderne er marginalt mere belastede af deres psykiske problemer. Den samlede helhedsvurderingen af mændenes belastningsgrad er 8,05 mens den for kvinderne er 7,86.

Der tegner sig ligeledes et billede af, at den ældre del af borgerne er de hårdest belastede. De er gennemsnitligt mere belastede på områderne stofmisbrug, helbred og psykiske problemer. Endvidere er den samlede helhedsvurdering af belastningsgraden for borgere over 30 år i gennemsnittet 8,1, mens gennemsnittet for borgere under 30 år er 7,6. I forhold til borgernes boligsituation ses dog en modsatrettet tendens, hvor borgere under 30 år er mere belastede, end borgere over 30 år. Af den nyeste hjemløsetælling i Danmark fremgår det ligeledes, at der fra 2009 til 2015 netop har været næsten en fordobling i antallet af unge hjemløse mellem 18 og 24 år. Fra 633 unge i 2009 til 1.172 personer i 2015¹⁵. Det tyder altså på, at det særligt er unge, der befinder sig i en ustabil og belastet boligsituation.

¹⁵ Hjemløshed i Danmark i 2015, SFI, 2015

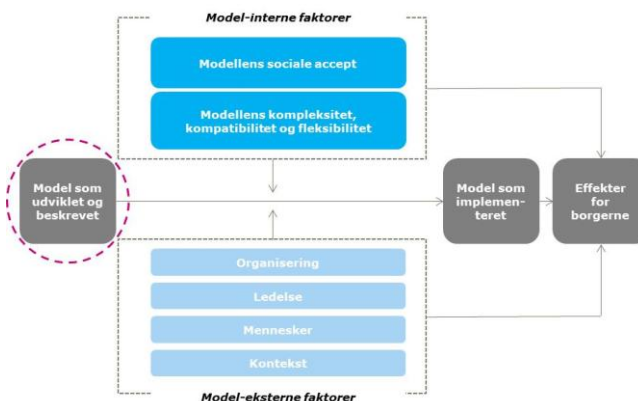
5. KORT BESKRIVELSE AF MODELLEN

I dette kapitel beskrives modellen for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug. Det vil sige en beskrivelse af modellens formål, forandringsteorien bag modellen og modellens arbejdsgange.

Det er vigtigt at påpege, at modellen ikke er at sammenligne med "faste" metoder, som det kendes fra eksempelvis Socialstyrelsens vidensdeklarationskatalog. Snarere er modellen en sammensætning af en række kernelementer, der i projektet er omsat til nogle vejledende arbejdsgange, som samlet rammesætter den sociale indsats til målgruppen for modellen.

Det betyder også, at modellen kan rumme en vis lokal variation, eksempelvis i rollefordelingen mellem forskellige typer af medarbejdere, udmøntningen af faser og trin samt anvendte metoder og redskaber.

Projektkommunerne har indledningsvist deltaget i en udviklingsfase i den første periode af projektet, hvor der er gennemført forandringsteoriworkshop med henblik på at operationalisere, beskrive og udvikle modellerne. Dernæst er der pågået en afprøvningsfase, hvor igennem modellerne er blevet afprøvede og tilpassede. Beskrivelserne nedenfor er et produkt af den udviklingsproces, som projektkommunerne har gennemgået, og som Rambøll har samlet op på.



Boks 5-1 Information om modellen for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug

Læs mere om modellen for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug

I dette kapitel er modellen for akutkrisecenter beskrevet i kort form. I udgivelsen akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug: *Modelbeskrivelse* - gives en grundig indføring i modellens kernelementer, faser og trin, herunder også organiseringen af modellens samarbejdskonstruktion mellem akutkrisecenter og borgerens hjemkommune.

5.1 Formålet med modellen for akutkrisecenter

Med modellen for akutkrisecenter etableres et lavtærskeltilbud, hvor socialt udsatte borgere med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og til tider livstruende krisesituation, får mulighed for at opholde sig på et skærmet døgntilbud i en periode. Formålet er at skabe ro om den enkeltes kaotiske og kriseprægede situation og formålet med opholdet er:

- 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.

5.2 Etablering og organisering af modellen

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. Såfremt en kommune ikke selv råder over et tilbud, kan der anvendes andre kommunale, regionale eller private tilbud.

Faglige og organisatoriske forudsætninger for akutkrisecenter

Et akutkrisecenter er 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. Tilbuddet bør være bemanded med relevante social- og sundhedsfaglige kompetencer, fx læge på døgntilkald, tilknyttet psykiater og socialfagligt personale til relations- og motivationsarbejdet samt evt. socialrådgivere, der kan have kontakten til borgerens hjemkommune.

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 allermost udsatte borgere med stofmisbrug. Den hurtige involvering af samarbejdspartnere har til formål at sikre to ting: Dels et systematisk udgangspunkt for opsporing af borgere i målgruppen for et ophold på et akutkrisecenter, dels et beredskab til borgerne ved hjemkomst fra akutkrisecenter for at sikre den rette sociale- og sundhedsmæssige støtte.

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. Den konkrete ramme for samarbejdet er beskrevet i individuelle samarbejdsaftaler mellem akutkrisecenter og kommunerne. I den samarbejdsaftale parterne har indgået, har følgende overordnede parametre indgået.

- Kommunerne skal erklære sig villig til hurtig medicinsk delegation i forhold til den enkelte borger
- Fokus på det lovpligtige handleplansarbejde med de borgere, der bliver visiteret til et ophold på akutkrisecenter, herunder fokus på de behov for særlig støtte til at indgå i udarbejdelse af en social handleplan, som nogle borgere kan have
- Kommunerne skal deltage i et samarbejde omkring justering af den enkelte borgeres sociale handleplan ca. midtvejs i borgerens ophold på akutkrisecenter. I den forbindelse skal det koordineres, hvordan borgerens fremtidsplan, der udarbejdes under opholdet på akutkrisecenter, kan anvendes i forhold til den sociale handleplan og justering af denne
- At der er opmærksomhed på, at værestederne er et vigtigt omdrejningspunkt for mange af borgerne og derfor en vigtig samarbejdspartner, som der indgås samarbejde med i arbejdet med modellen for akutkrisecenter
- Udpege en konkret medarbejder i den kommunale forvaltning, der udfylder rollen som *social mentor*, og som har kontakten med akutkrisecenter, så en klar "kommandovej" for samarbejdet sikres.
- Udpege en eller flere konkrete medarbejdere som *spottere*, der har til opgave at gennemføre det opsøgende og kontaktskabende arbejde, der kan opspore borgere, som befinder sig i en akut og måske livstruende situation.

Geografisk afdækning

En væsentlig forudsætning for at arbejde med modellen er at planlægge og systematisere det geografiske område, som medarbejderne, særligt spotterne, arbejder indenfor. Den geografiske afdækning af mulige opholdssteder for borgerne, skal give spotterne, den sociale mentor og øvrige medarbejdere viden om, hvor borgerne færdes, samt viden om de relevante samarbejdspartnere i miljøet, hvor borgerne opholder sig, der kan understøtte opsporingsarbejdet, og som der derfor skal etableres kontakt til. Dette skal understøtte en målrettet og systematisk plan for, hvordan spotterne i første omgang skal fokusere indsatsen i arbejdet med at opspore borgere i målgruppen.

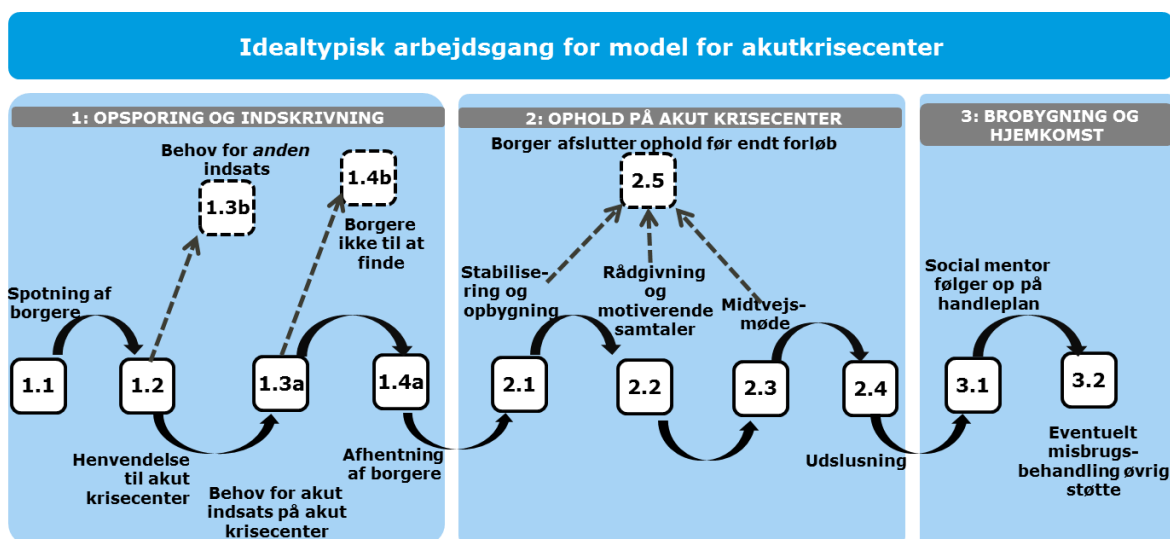
5.3 Modellens arbejdsgang: Kerneelementer, faser og trin

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

- 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. For overblikkets skyld er de centrale faser og trin i modellen visualiseret som et idealtypisk og lineært forløb. I praksis vil de konkrete forløb for borgerne typisk bryde arbejdsgangsbeskrivelsen kronologi for de forskellige faser og trin og arbejdet med kerneelementerne.

Figur 5-1 Modellens arbejdsgang



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.

5.3.1 Fase 1: Opsporing og indskrivning

Opsporings- og indskrivningsfasen består af trinene: *Spotning af borgere*, *henvendelse til akutkrisecenter* og *afhentning af borgeren*. 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.

Spotning af borgere

Spotning af borgere i målgruppen udføres af såkaldte spottere. Det kan være værestedsmedarbejdere, medarbejdere på misbrugscentret, opsøgende medarbejdere, SKP-medarbejdere og myndigheds-sagsbehandlere. 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 et stofindtagelsesrum.

Vurderes en borger i første omgang til at være i målgruppen, retter spotteren henvendelse til kommunens sociale mentor, som ofte vil være forankret på et kommunalt værested eller i kommunens misbrugscenter. Når spotteren har rettet henvendelse til den sociale mentor, har den pågældende ansvaret for at løfte opgaven videre.

Screening 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. Screening 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.

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 er som udgangspunkt akutkrisecenter, som træffer den endelige afgørelse om indskrivning af borgeren på baggrund af deres vurdering af borgeren situation.

Afhentning af borgere

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.

5.3.2 Fase 2: Opholdet på akutkrisecenter

Selve opholdet på akutkrisecenter er kernen i modellen for akutkrisecenter, særligt set fra borgers perspektiv. Trinene i opholdet på akutkrisecenter består af: *ankomst og modtagelse, stabilisering og opbygning, rådgivning og motiverende samtaler, midtvejsmøde og udslusning*. 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.

Ankomst og modtagelse af borgere

For at skabe optimale betingelser for ankomsten er der faste procedurer for modtagelse af borgeren. Typisk forløber det på en måde hvor:

- 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 gennemgås
- Velkomstpakken og 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.

Det vigtigste i modtagelsen af borgeren ved ankomst er at give borgeren ro og oprette en trykzone. 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.

Stabilisering og opbygning

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. Borgerne tilbydes støtte til afklaring af sundhedsmæssige, psykiske og sociale forhold.

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.

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.

5.3.3 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. Denne fase består af trinnene *opfølgning på handleplan og fremtidsplan* og *sociale- og sundhedsfaglige tilbud*. Samlet er formålet, at borgeren ved hjemkomst til egen hjemkommune kan fastholdes i en situation af stabilitet, ro og eventuelt motivation for støtte.

Opfølgning på handleplan og fremtidsplan

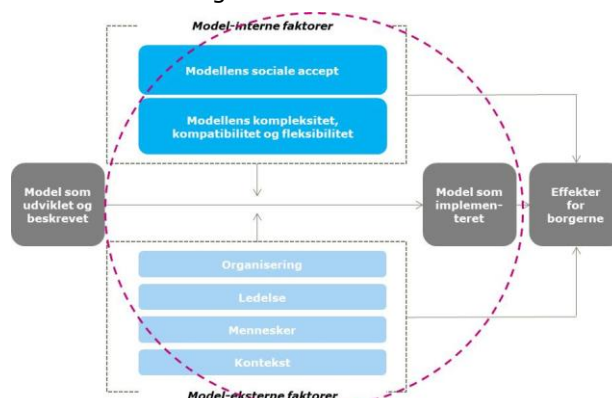
Første skridt i borgerens hjemkomst til hjemkommunen er, at der udarbejdes og følges op på en kvalificeret § 141-handleplan, som beskriver borgerens ønsker og behov og den støtte, borgeren er tildelt for at møde disse behov.

Sociale og sundhedsfaglige tilbud

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.

6. IMPLEMENTERING AF MODELLEN FOR AKUTKRISECENTER

Et særligt fokus i evalueringen har været, i hvilken grad projektkommunerne har implementeret modellens kerneelementer systematisk og loyalt. Denne viden er vigtig i forhold til at kunne sandsynliggøre, at eventuelle positive effekter kan føres tilbage til modellen for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug. Vurderingen af projektkommunernes implementering af modellen er baseret på løbende dokumentation af indsatser under opholdet på det akutte krisecenter og indsatsen i hjemkommunerne før og efter opholdet. Samtidig indgår data fra case-besøg i udvalgte projektkommuner samt journalanalyser af udvalgte borgerforløb.



Udgangspunktet for kapitlet er beskrivelsen af modellen for akutkrisecenter til socialt udsatte borgere med stofmisbrug, som fremgår af kapitlet ovenfor. Projektkommunernes implementering af modellen skal ses i lyset af, at modellen er yderligere udviklet i takt med, at den er afprøvet. Således vil der være en naturlig og acceptabel variation i implementeringen lokalt i de enkelte projektkommuner, som ikke nødvendigvis er udtryk for en afvigelse i fideliteten (modelloyaliteten) i implementeringen. I kapitlet beskrives lokale erfaringer med modellen for akutkrisecenter ligeledes. Det vil sige erfaringer med, hvordan såkaldte model-interne og – eksterne faktorer har indvirket på implementeringen af modellen. I boksen nedenfor fremgår kapitlets centrale konklusioner.

Boks 6-1 Centrale konklusioner i kapitlet

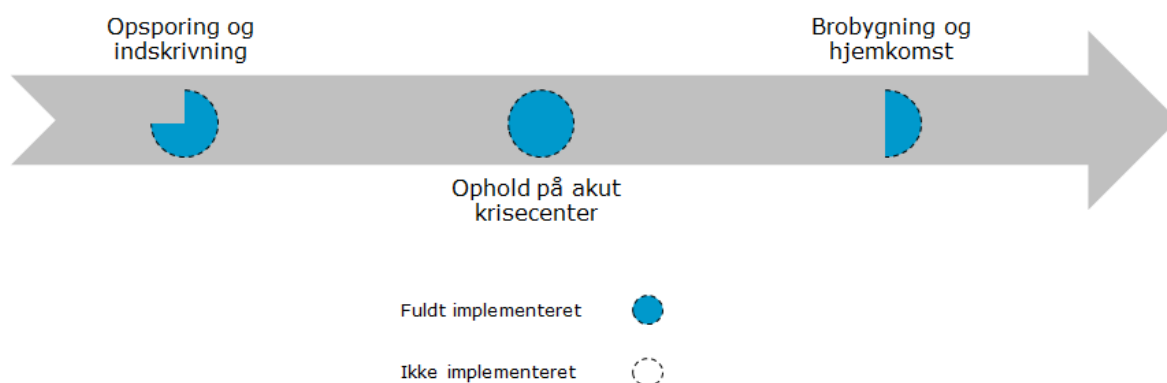
Centrale konklusioner i kapitlet

- Overordnet set er kerneelementerne i modellen for akutkrisecenter implementeret. Dog ses det at implementeringen af aktiviteter forbundet med opsporing og indskrivning og opholdet på akutkrisecenter i højere grad er gennemført end aktiviteter i fasen med brobygning og hjemkomst til hjemkommunerne.
- En bred organisering af spotterfunktionen er en drivkraft i implementering af modellen, da det er med til at sikre en bred opsporing af målgruppen. Her er især værestedsmedarbejdere vigtige aktører, men også andre udgående medarbejdere.
- En tværfaglig organisering af modellen i kommunen er central for at lykkes med opholdsfasen og hjemkomsten for borgeren. Her er især myndighedsfunktionen i kommunen en vigtig aktør.
- En drivkraft i implementeringen af modellen er den brede faglige organisering af spotterkorpsset, hvilket gør, at der samlet er en bred opmærksomhed på borgernes forskellige, akutte situationer.
- Projektmedarbejderne har haft en klar forståelse af deres egen rolle i projektet, men målgruppen for akutkrisecentret har til tider været uklar for nogle af spotterne.
- Den hurtige reaktionstid, fra kontakten til borgeren er etableret, til der er taget henvendelse og til borgeren ankommer på akutkrisecenter, er en væsentlig drivkraft i modellen for akutkrisecenter og fastholdelse af borgeren.
- Borgerne selv og medarbejderne i projektkommunerne fremhæver det som afgørende for den gode start på opholdet, at medarbejderne på akutkrisecenter er i stand til at skabe ro og stabilitet omkring borgeren ved ankomsten.
- Flere projektaktører har fremhævet, at det er en barriere for fastholdelse af den stabile situation for borgeren, at der ikke opleves at være de helt rette tilbud til målgruppen efter opholdet på det akutte

6.1 Den samlede implementering af modellen for akutkrisecenter

På baggrund af surveydata samt kvalitative data fra casebesøg i projektkommunerne kan der tegnes et billede af implementeringsgraden af modellen for akutkrisecenter på tværs af faserne i modellen. Figur 6-1, viser implementeringsgraden i de overordnede faser, som udgør modellen.

Figur 6-1 Vurdering af overordnet implementeringsgrad



Note: Vurdering af implementeringsgrad i opsporings- og indskrivningsfasen er baseret på kvalitative data, mens vurdering af implementeringsgrad i forhold til faserne i ophold på akutkrisecenter og brobygning og hjemkomst er baseret på kvantitative data (jf. operationalisering af implementeringsbarometer i bilag 4).

Det ses af figuren, at aktiviteter, der understøtter opsporings- og indskrivningsfasen, er implementerede i relativt høj grad, mens aktiviteter til understøttelse af opholdet på akutkrisecenter er fuldt implementerede i de enkelte borgerforløb. Implementeringen af aktiviteter i forbindelse med brobygning og borgerens hjemkomst til hjemkommune er gennemført i moderat grad, men ikke fuldt ud. Således er der en vis variation i implementeringen af faserne, som også afspejler variation i implementeringen af aktiviteter på tværs af projektkommunerne.

6.1.1 Opsporing og indskrivning

I den første fase af modellen opsporer medarbejdere, såkaldte spottere, i projektkommunerne borgere i målgruppen. Hvis borgeren i første omgang vurderes at være i målgruppen for akutkrisecenter retter den sociale mentor henvendelse til akutkrisecenter. Det næste skridt er her, at borgerens situation vurderes i et samspil mellem den sociale mentor i hjemkommunen og medarbejdere på akutkrisecenter. På den baggrund træffes en beslutning om indskrivning af borgeren i et ophold på akutkrisecenter. Sideløbende med dette arbejdes dels med at informere borgeren om akutkrisecenter, dels med at motivere til et ophold på akutkrisecenter, herunder at fastholde motivationen.

Opsporing af borgere

Evalueringen viser, at der i alle projektkommuner har været udpeget en social mentor, som har stået for kontakten til akutkrisecenter, og en række spottere, der har haft som deres opgave at opspore borgere i en akut situation, hvor et ophold på akutkrisecenter vurderes relevant. Det betyder, at projektkommunerne i den henseende har implementeret en praksis som beskrevet i modellen for akutkrisecenter.

På tværs af projektkommunerne viser erfaringerne, at det er forskelligt, hvilke typer af medarbejdere der varetager en funktion som spotter. I langt de fleste projektkommuner består spotterkorpsen af både kommunalt forankrede medarbejdere og medarbejdere fra kommunale væresteder. I enkelte af projektkommunerne er der ingen spottere fra værestederne. Evalueringen viser ligeledes, at projektkommunerne generelt har organiseret spotterkorpsen på tværs af forskellige aktører i kommunen og ikke kun fra værestederne som oprindeligt tiltænkt modellen. Tabel 3-1 i kapitel 3, viser således at spotterrollen ofte er placeret hos SKP'er, værestedsmedarbejderne, opsøgende gadeplansmedarbejdere, misbrugsbehandlere, samt i enkelte tilfælde gadesygeplejersker, og øvrige borgere. Blandt spotterne gives der udtryk for, at modellen

implementeres som tiltænkt, da praksis i projektkommunerne er, at spotterne retter henvendelse til den sociale mentor, når de opsporer borgere i målgruppen. På dette område er modellen således implementeret som beskrevet.

Flere projektmedarbejdere fremhæver, at det er væsentligt, at værestederne er med og spiller en central rolle, da de har kontakt med borgere, som ellers har valgt det kommunale støttesystem fra. Derudover fremhæves det som positivt, at det er en bred gruppe af kommunale aktører, som fungerer som spottere, da de dels kan indfange borgere, som ikke er på værestederne, og dels fordi spottere med en kommunal forankring har en nem indgang til det kommunale system og kender de kommunale sags- og arbejdsgange. Den brede organisering omkring spotterrollen er således en drivkraft for både spotterfunktionen og indskrivningsfasen.

På tværs af projektkommunerne er der forskellige erfaringer, dels med "spotter-funktionen", dels med opsporingen af borgere i målgruppen for modellen for akutkrisecenter. Erfaringerne blandt både den sociale mentor, spotterne selv og øvrige medarbejdere i projektkommunerne er, at spotter-korpset har været velfungerende og haft en aktiv rolle i opsporingen af borgere.

Evalueringen viser, at en central udfordring i opsporingen har været at indkredse målgruppen. Flere spottere peger på, at de ofte har stået i situationer, hvor de har haft vanskeligt ved at vurdere, om borgeren er i en "tilstrækkelig" akut situation, som kalder på et ophold på akutkrisecenter, eller måske i højere grad på støtte i egen hjemkommune. Spotterne og de sociale mentorer forklarer dette med, at det kan være en udfordring at skelne præcist mellem borgernes almindelige "dårligheder" og en akut og måske endda livstruende situation, når spotterne opholder sig på gaden. Dette sker netop ofte i en kaotisk præget situation med mange udsatte borgere. Spotterne har på den baggrund efterlyst mere tydelige og klare visitationskrav, da de selv oplever at have "fundet" nogle, som har været i målgruppen, men som er blevet afvist af akutkrisecenter. Medarbejderne, som arbejder både som social mentor og spotter, fremhæver, at en skarpere målgruppedefinition, flere interne møder i kommunen samt et 'genopfrisker-kursus' for spotterne ville styrke deres kompetencer og forudsætninger for at udføre deres opgave. I arbejdet med implementering af modellen blev der afholdt et introduktions- og opkvalificeringsforløbet, hvor modellen for akutkrisecenteret samt målgruppen for indsatsen blev gennemgået. Til trods for introduktionskurset, har det i noget projektkommuner har det været en barriere for implementering af modellen, at medarbejderne er blevet usikre på den rigtige målgruppebeskrivelse og deres egen vurdering af, hvorvidt en borgers situation er akut eller ej.

Evalueringen peger på, at det derfor har været en drivkraft i implementeringen af opsporingen, at den sociale mentor har fungeret som en "screeningsmekanisme". I hovedparten af projektkommunerne er praksis, at den sociale mentor, som det også er beskrevet i modellen, gennemfører en grundigere vurdering af borgerne med henblik på at afklare, hvorvidt de er i målgruppen, inden der rettes henvendelse til akutkrisecenter. Ifølge spotterne, men også de sociale mentorer, sikrer dette, at det er de rette borgere med det største behov for støtte, der tildeles et ophold på akutkrisecenter.

På baggrund af evalueringen ses også, at den sociale mentors rolle som tovholder er med til at drive en effektiv implementering af modellen – og opsporingsarbejdet. Rollen som den sociale mentor har været forankret både på væresteder samt på misbrugsbehandlingscenteret i projektkommunerne. På den ene side giver flere af spotterne udtryk for, at én indgang til "eget" kommunalt system letter deres arbejde og sikrer overskuelighed i, hvordan proceduren omkring borgeren håndteres. På den anden side fortæller spotterne, at det for dem er virkningsfuldt for deres arbejde med opsporing at samarbejde med den sociale mentor, som dels oftest har overblikket over antallet af pladser på akutkrisecenter, og dels varetager koordinationen af samarbejdet med øvrige samarbejdspartnere, som er involverede i borgerens livssituation. For det første medvirker det til, at spotterne kan holde sig ajour med, om de kan "tillade" sig at gå i dialog med borgeren om hans eller hendes mulighed for et ophold på akutkrisecenter, da de så ved, at de ikke risikerer at skuffe borgeren, såfremt han eller hun får et afslag på baggrund af, at der ingen ledige

pladser er på akutkrisecenter. For det andet giver den sociale mentor med tovholder-funktion spotterne bedre muligheder for at udfylde deres særlige funktion, da det er den sociale mentor, der påtager sig arbejdet med at forestå koordinationen med øvrige parter.

Evalueringen indikerer dog også, at alle projektkommunerne har implementeret modellen effektivt. Surveydata understøtter også dette billede. Blandt sociale mentorer og spottere er det samlede billede, at ansvars- og rollefordelingen generelt har været tydelig. Dog har der især blandt spotterne været mindre klarhed over ansvars- og rollefordelingen, hvilket i de konkrete tilfælde kan have været en barriere for implementering af modellen for akutkrisecenter. I enkelte af projektkommunerne peger både spottere og den sociale mentor på, at det hverken fra start eller undervejs har været tydeligt, hvilke roller og kompetencer og hvilket ansvar, der har været knyttet til de forskellige funktioner. Det er eksempelvis kommet til udtryk ved uklare roller mellem misbrugsbehandlere og den sociale mentor, eller spottere og den sociale mentor. Det har visse steder indvirket negativt på samarbejdet og gjort det svært at realisere det potentiale, som andre projektkommuner har oplevet i en mere tydelig rolle- og ansvarsdeling mellem de forskellige kommunale aktører.

I nogle af projektkommunerne giver både den sociale mentor og spotterne udtryk for, at de har været udfordret i situationer, hvor de opsporede borgere ikke har bopæl i pågældende kommune. De fortæller, at det har været uklart, hvordan der skal handles i en sådan situation, og hvordan en dialog med borgerens hjemkommune etableres.

Henvendelse til akutkrisecenter og vurdering ved henvisning

I hovedparten af projektkommunerne er der implementeret en praksis, hvor det er den sociale mentor, der i tråd med modelbeskrivelsen varetager rollen med at rette henvendelse til akutkrisecenter, når en borger i målgruppen er opsporet. Ligeledes peger de sociale mentorer på, at der i forbindelse med en vurdering af, hvorvidt borgeren er i målgruppen og skal indskrives i et ophold på akutkrisecenter, er etableret en praksis, hvor dette ofte sker telefonisk i et samarbejde mellem mentorerne og medarbejderne fra akutkrisecenter.

Blandt spotterne og øvrige aktører i projektkommunerne, herunder misbrugsbehandlere og SKP-medarbejdere, vurderes den sociale mentors rolle at være en drivkraft, da det sikrer, at henvendelsen er koordineret, ligesom det sikrer, at der er etableret et samarbejde med medarbejderne på akutkrisecenter. Enkelte medarbejdere i projektkommunerne giver imidlertid udtryk for, at vejen gennem den sociale mentor kan være ufleksibel og langvarig, hvilket kan medvirke til, at borgerne mister motivationen for opholdet på akutkrisecenter. De vurderer, at modellen vil være mere smidig og sikre, at borgerne hurtigere kommer af sted til akutkrisecenter, hvis de på egen hånd havde henvisningsret og kunne tage direkte kontakt til akutkrisecenter. Ifølge medarbejderne i projektkommunerne vil det også modvirke den til tider besværlige proces med at få kontakt til den sociale mentor.

Omvendt peger flere af de sociale mentorer på, at det er en drivkraft i arbejdet med modellen, at det er akutkrisecenter, der har den endelige beslutningskompetence i forhold til, om borgeren skal indskrives til et ophold. De sociale mentorer forklarer, at de til tider oplever et pres fra spotterne og de øvrige medarbejdere, som ønsker at få henvist borgere til et ophold. På den måde bliver forankringen af beslutningskompetencen hos akutkrisecenter en "ventil" for eventuelle interne konflikter mellem aktører i hjemkommunen. Dog peger medarbejdere på akutkrisecenter på, at de flere gange har oplevet, at den sociale mentor henvender sig angående borgere, der ikke er i målgruppen for modellen for akutkrisecenter. Det kan eksempelvis være borgere med svære psykiske problemer, der ikke har misbrug, og som har behov for behandling og støtte i andet kommunalt eller regionalt regi, eller borgere med et alkoholmisbrug, men intet stofmisbrug.

Til trods for, at den sociale mentor fungerer som et "screeningsfilter", har der i praksis været udfordringer i implementeringen som følge af, at medarbejderne på akutkrisecenter har skullet

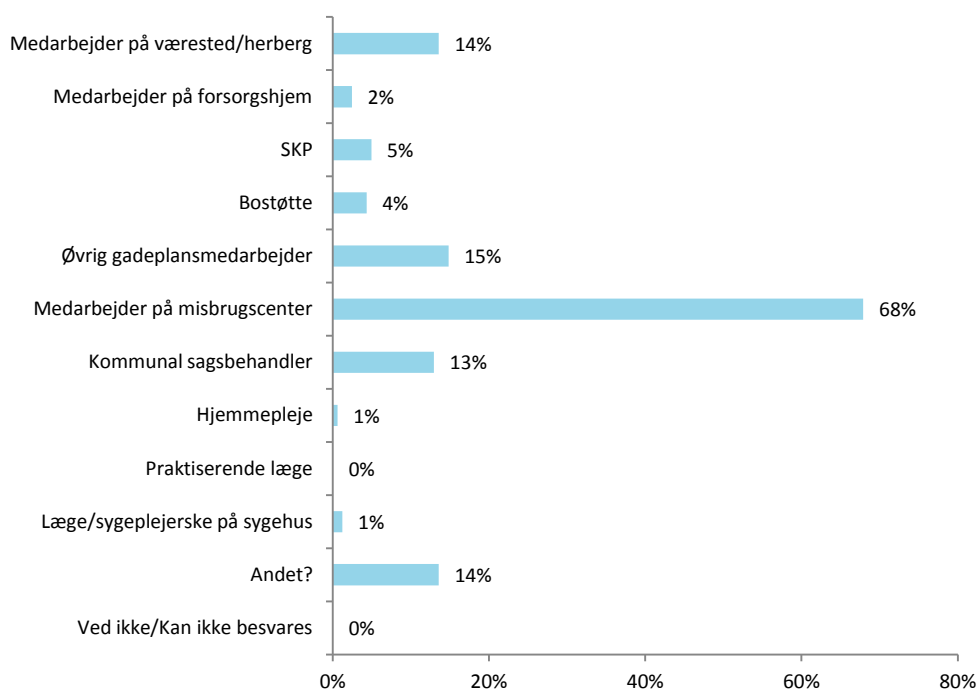
tage stilling til ophold for borgere langt fra modelbeskrivelsen af målgruppen for akutkrisecenter. Og følger virkningen af dette har også været, at der i visse situationer er "slækket" på målgruppekriterierne, eksempelvis hvis der i en periode har været ledige pladser på akutkrisecenter.

Motivationsarbejde med borgeren

Sideløbende med opsporing, henvendelse til akutkrisecenter og vurdering af henvendelse, pågår et løbende motivationsarbejde med borgerne. I praksis viser erfaringerne fra projektkommunerne, at dette typisk varetages af de medarbejdere, der spotter og opsporer borgerne, idet det er dem, der informerer borgeren om muligheden for ophold på akutkrisecenter. Men erfaringerne blandt medarbejderne i projektkommunerne er ligeledes, at øvrige medarbejdere, udover spotterne, også har en rolle i motivationsarbejdet. Det kan blandt andet være borgernes misbrugsbehandler, myndighedssagsbehandler og medarbejdere på gadeplan, der formelt set ikke nødvendigvis er udpeget som spottere.

Surveydata understøtter også dette billede. Figuren nedenfor viser, hvilke medarbejdere der oftest informerer borgerne om muligheden for ophold på akutkrisecenter, og dermed giver den et billede af, hvilke aktører der har udfyldt en spotterfunktion, eller hvem der har informeret borgerne om muligheden for akutkrisecenter.

Figur 6-2 Medarbejdere der har informeret borgerne om akutkrisecenter



Kilde: RMC-survey udfyldt ved opstart af borgerens ophold på akutkrisecenter. N=162

Hovedparten af borgerne, knap 70 pct., er informeret om muligheden for et ophold på akutkrisecenter af en medarbejder på misbrugscentret. Herudover har borgerne også hørt om muligheden fra værestedsmedarbejdere, myndighedssagsbehandlere og gadeplansmedarbejdere. Endvidere bliver borgerne også informeret af den sociale mentor, gadesygeplejerske, fremskudt behandler, varmestue, bofællesskab, OP-team, LVS og mentor, som indgår i kategorien andet.

Evalueringen viser, at det er vigtigt at overveje nøje, hvornår man som medarbejder informerer borgerne om muligheden for et ophold. Flere af medarbejderne, der har arbejdet med borgernes motivation, giver udtryk for, at de først informerer borgerne om mulighederne for et ophold på akutkrisecenter, når de er relativt sikre på, at der er en ledig plads til borgeren. Som det også er

nævnt tidligere, er det for at undgå at "skuffe" borgeren ved ikke at indfri borgerens forventninger og på den måde eventuelt risikere at miste en god kontakt til vedkommende.

Koblet til dette peger evalueringen også på, at det er vigtigt at informere borgerne om, at et ophold på akutkrisecenter ikke er stofmisbrugsbehandling, men et omsorgs- og stabiliseringstilbud med henblik på at motivere borgeren til eventuel stofmisbrugsbehandling. Flere af medarbejderne i projektkommunerne peger på, at de har oplevet at borgerne bliver frustrerede, hvis de har forventninger til opholdet, som ikke kan indfries, og at denne manglende forventningsafstemning i nogle situationer har ført til, at borgerne forlader opholdet på akutkrisecenter kort tid efter ankomst. Omvendt oplever flere medarbejdere også, at det akutte krisecenter er attraktivt for borgerne som et omsorgs- og stabiliseringstilbud. Flere af borgerne er ofte ikke motiverede eller i en fysisk og psykisk situation, hvor de kan påbegynde stoffri behandling. På den måde kan det akutte krisecenter af borgerne opleves som et godt "alternativ", hvor de kan få ro, omsorg og stabilitet til at komme sig.

En vigtig erfaring, som flere medarbejdere i projektkommunerne har gjort sig, er, at mange borgere er skeptiske over for et ophold på Kongens Ø, Munkeup, fordi det er døgnbehandling. Det er derfor vigtigt at tydeliggøre, at et ophold på akutkrisecenter er et omsorgs- og stabiliseringstilbud, og derfor en anden type af tilbud med forankring på Kongens Ø.

Indskrivning af borgeren på akutkrisecenter

Evalueringen tegner et billede af, at der i gennemsnit går tre dage, fra borgeren er informeret om akutkrisecenter, til borgeren ankommer til hertil. Dog kan der spores en vis variation i reaktionstiden eller ventetiden, da nogle borgere har oplevet en længere reaktionstid på op mod en måned, mens andre har oplevet at ankomme til akutkrisecenter samme dag, som de er blevet informeret om deres mulighed for et ophold. Samlet set giver data imidlertid en indikation af, at modellens krav om, at det skal være muligt for borgerne at komme af sted i det øjeblik, de udviser motivationen for det, er implementeret i praksis.

Hovedparten af medarbejderne i projektkommunerne fremhæver også den hurtige reaktionstid, fra kontakten til borgeren er etableret, til der er taget henvendelse og til borgeren ankommer på akutkrisecenter, som en væsentlig drivkraft i modellen for akutkrisecenter. De giver udtryk for, at borgerne ofte oplever store udsving i deres motivation for støtte og hjælp, ofte på daglig basis. Ifølge dem er det således afgørende, at man kan reagere på borgerens motivation for et ophold i situationen, hvor kontakten er etableret, og hvor arbejdet med motivationen hos borgeren er lykkedes.

På trods af den hurtige reaktionstid er erfaringen blandt medarbejdere i en række af projektkommunerne, at den geografiske placering af akutkrisecenter kan udgøre en barriere for borgerne. Også for projektkommunerne kan beliggenheden udgøre en barriere, særligt i forhold til at arrangere det praktiske omkring transporten fra hjemkommunen til centret. Det hænger tæt sammen med, at borgerne ofte kan være i en situation, hvor de fysisk og psykisk ikke er i stand til på egen hånd at klare transporten, og at det derfor er nødvendigt, at han eller hun støttes i transporten til akutkrisecenter. Erfaringerne viser, at denne udfordring er størst i de projektkommuner, der geografisk er placeret længst væk fra centret. Nogle projektaktører præciserer dog også, at den geografiske placering kan være en styrke, da nogle borgere (især dem, som er truet) har brug for at komme væk fra miljøet. Dog er der en opfattelse af, at det også kunne være et andet sted i Jylland og ikke behøvede at være på Nordsjælland.

I praksis er den geografiske udfordring i mange situationer håndteret ved, at medarbejdere fra henholdsvis projektkommunerne og akutkrisecenter samt borgeren mødes halvvejs, hvor afhentning af borgeren arrangeres. I andre situationer er det en medarbejder fra akutkrisecenteret, der afhenter borgeren i vedkommendes hjemkommune. Medarbejdere i projektkommunerne peger dog på, at borgerens ankomst til akutkrisecenteret til tider kan trække ud. Det kan eksempelvis være, hvis medarbejdere fra projektkommunerne ikke er i stand til at arrangere transport eller

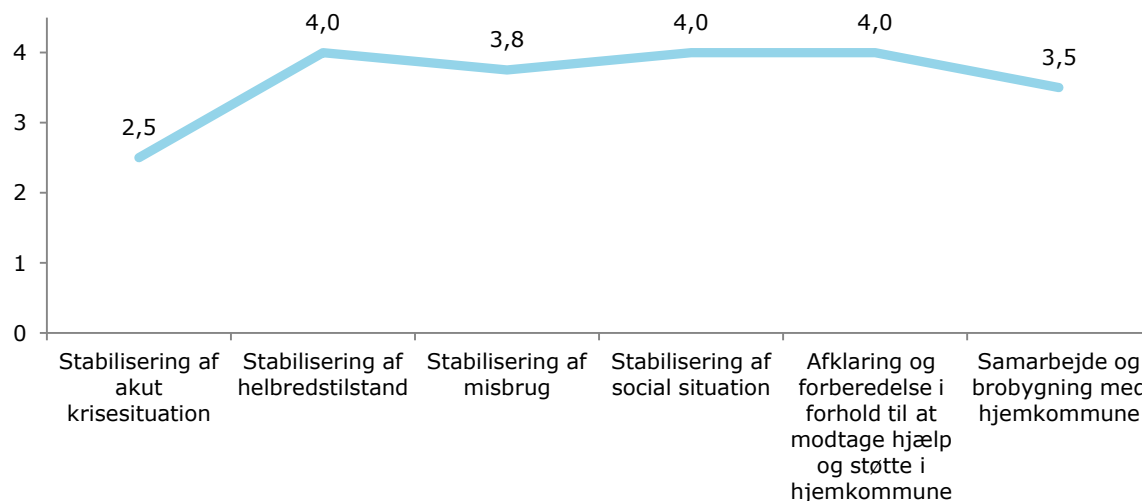
afhentning af borgeren så det passer overens med den bemandingsplan, der er på akutkrisecenter. I ydertimerne i døgnet opleves det af medarbejderne i projektkommuner, at der i mindre grad er mulighed for at arrangere afhentning, da der ikke er et stort beredskab af medarbejdere på arbejde i ydertimerne på akutkrisecenter. I enkelte situationer har det betydet, at borgerne dagen efter har mistet motivationen for et ophold på akutkrisecenter, hvorfor dette ikke realiseres.

6.1.2 Ophold på akutkrisecenter

Den anden fase i modellen for akutkrisecenter består af borgernes ophold på det akutte krisecenter. I denne fase arbejdes der med at stabilisere borgernes akutte krisesituation, samt deres helbred, misbrug og sociale situation. Derudover skal borgeren forberedes til at modtage hjælp og støtte i hjemkommunen, ligesom der samarbejdes om udslusning af borgerne med aktører i borgerens hjemkommune.

Figuren nedenfor tegner et billede af implementeringen af indsatser og aktiviteter i forbindelse med borgernes ophold på akutkrisecenter, herunder særligt implementeringen af aktiviteter med henblik på stabilisering af borgerens situation.

Figur 6-3 Implementeringsbarometer til dokumentation af fidelitet – ophold på akutkrisecenter



Kilde: RMC-survey

Note: Se operationalisering af implementeringsbarometer i bilag 4

På tværs af de forskellige former for aktiviteter målrettet borgere under opholdet ses en implementeringsgrad på knap fire i hovedparten af aktiviteterne. Således er hovedparten af de centrale aktiviteter under opholdet implementeret i tilstrækkelig grad i langt de fleste borgerforløb. På en skala fra 0 til 4, hvor 4 er udtryk for den højeste implementeringsgrad, er gennemsnittet for implementeringsgraden på tværs af aktiviteter under opholdet på akutkrisecenter 3,6.

Stabilisering af akut krisesituation

Når borgeren ankommer til akutkrisecenter, befinder borgeren sig i en akut krisesituation, hvor der kan være mangel på blandt andet mad og tøj. Det er derfor centralt, at indsatsen på akutkrisecenter i første omgang understøtter en stabilisering af borgerens akutte situation, eksempelvis ved at udbedre manglen på mad og tøj samt øvrige basale behov. Tabellen nedenfor giver en indikation af udbedringen af den akutte situation i form af indtagelse af mad blandt borgere, der ankommer til et ophold på akutkrisecenter.

Tabel 6-1 Borgerens indtag af måltider

| | Meget ofte | Ofte | Nogle gange | Sjældent | Slet ikke |
|--|------------|------|-------------|----------|-----------|
|--|------------|------|-------------|----------|-----------|

| | | | | | |
|---|------|------|------|-----|-----|
| Hvor ofte indtager borgeren de tilbudte måltider? | 31 % | 45 % | 24 % | 1 % | 0 % |
|---|------|------|------|-----|-----|

Kilde: RMC-survey udfyldt 6 uger efter borgerens ankomst på akutkrisecenter. N= 118

Det fremgår her, at størstedelen af borgerne, svarende til ca. 75 pct. meget ofte eller ofte indtager de tilbudte måltider. I de situationer, hvor det er angivet, at borgerne nogle gange eller slet ikke indtager de tilbudte måltider, er det ikke nødvendigvis, fordi borgerne ikke tilbydes relevante måltider, men måske nærmere et udtryk for, at borgerne er i en svær helbredsmæssig situation, hvor de ikke nødvendigvis har appetit til måltiderne. Vores surveydata viser også, at hovedparten af borgere med mangel på tøj og beklædninger ved ankomst til akut krisecenter hurtigt får udbedret denne situation. Således tegnes et billede af, at borgerne får mødt deres behov ved ankomst, og at initiativer til støtte i borgerens akutte situation i overvejende grad gennemføres. Dog viser surveydata også, at der er borgere, hvor det ikke i samme omfang er lykkedes at iværksætte aktiviteter til udbedring af den akutte situation, eksempelvis ved at afhjælpe behov i forhold til mad, tøj og ro.

Borgerne selv og medarbejderne i projektkommunerne fremhæver det som afgørende for den gode start på opholdet, at medarbejderne på akutkrisecenter er i stand til at skabe ro og stabilitet omkring borgeren ved ankomsten. De peger på, at dette er forudsætningen for overhovedet at kunne igangsætte stabiliseringen af borgernes øvrige problematikker. Medarbejderne på akutkrisecenter giver et billede af, at den akutte situation, borgerne befinder sig i, kræver at de allerede fra dag ét får afklaret borgerens medicinske forhold og hjælper borgeren med at få styr på praktiske forhold, f.eks. kontakt til pårørende, myndighedssagsbehandler i hjemkommunen og øvrige økonomiske forhold. De fortæller, at det kun på den måde er muligt at give borgeren ro til at påbegynde opbygningsarbejdet.

En anden drivkraft i arbejdet med stabiliseringen af borgerens akutte situation, som medarbejderne på akutkrisecenter peger på, er at den akutte situation bedst imødekommes, hvis hjemkommunen kan sikre en grundig overlevering af al relevant information om borgeren. De forklarer, at en grundig overlevering af borgeren medvirker til, at medarbejderne på akutkrisecenter er i stand til at møde borgerens behov hurtigere, idet de ikke behøver at bruge lang tid på afklaring af borgerens situation inden stabiliseringsarbejdet kan påbegynde. Medarbejdere på akutkrisecenter har oplevet, at en utilstrækkelig overlevering af viden om borgeren ved opstart på opholdet har udfordret arbejdet med borgeren i udbedringen af den akutte situation og efterfølgende stabilisering af helbreds- og stofmisbrugssituation.

Stabilisering af borgernes helbreds-, misbrugs- og sociale situation

Som beskrevet i kapitel fire har en del af borgerne én eller flere sygdomme, når de ankommer til akutkrisecenter. Samtidig viser flere undersøgelser, at borgere med et årelangt og kaotisk misbrug ofte har et meget svagt helbred. Det er derfor afgørende, at borgeren tilses af en læge og får gennemført et bredt sundhedstjek med henblik på at stabilisere helbredssituationen.

Nedenstående tabel viser, at aktiviteter og indsatser med henblik på at stabilisere borgernes helbredssituation er gennemført i alle borgerforløb. Således er alle borgere blevet tilset af en læge på akutkrisecenter, ligesom alle har fået gennemført et bredere sundhedstjek.

Tabel 6-2 Stabilisering af helbredssituation

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|---|-------|-----|----------|
| Er borgeren ved ankomst blevet tilset af læge på akutkrisecenter? | 100 % | 0 % | 0 % |
| Har borgeren fået gennemført et bredere sundhedstjek? | 100 % | 0 % | 0 % |
| Indgik der en vurdering af borgerens psykiske tilstand i gennemførelsen af sundhedstjekket? | 100 % | 0 % | 0 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 6 uger efter borgerens ankomst på akutkrisecenter. N= 118

Endvidere ses det, at der i det brede sundhedstjek også indgik en vurdering af borgerens psykiske tilstand med henblik på at afklare denne.

Formålet med opholdet på akutkrisecenter er ikke, at borgerne bliver stoffrie, men snarere at deres stofmisbrug stabiliseres, samt at de motiveres til at påbegynde en forandring i hjemkommunen efter endt ophold, eksempelvis i form af livsforbedrende støtte og eventuelt social stofmisbrugsbehandling. Som følge heraf er det centralt, at der iværksættes substitutions- eller anden medicinsk behandling for stofmisbrugsproblemer samt ydes støtte og rådgivning i forhold til deres stofmisbrug og motivation for stofmisbrugsbehandling i hjemkommunen.

Nedenstående tabel viser en oversigt over andelen af borgere, hvor der er iværksat substitutions- eller anden medicinsk behandling for stofmisbruget under opholdet på akutkrisecenter.

Tabel 6-3 Substitutions- eller anden medicinsk behandling for misbrugsproblemer

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|---|------|-----|----------|
| Er der iværksat substitutions- og/eller anden medicinsk behandling for misbrugsproblemer? | 93 % | 7 % | 0 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 6 uger efter borgerens ankomst på akutkrisecenter. N= 118

Det ses, at der er iværksat medicinsk behandling for stofmisbrugsproblemer for over 90 pct. af borgerne. Vores surveydata viser også, at hovedparten - ca. 95 pct. - i høj grad følger den iværksatte medicinske behandling.

Sideløbende med substitutionsbehandlingen eller en anden medicinsk behandling målrettet borgerens stofmisbrug tilbydes rådgivning og støtte i forhold til stofmisbruget. Tabellen tegner et billede af, at alle borgere har modtaget rådgivning og støtte i forhold til deres stofmisbrug. Vores surveydata viser også, at over 95 pct. af borgerne har modtaget rådgivning og støtte dagligt.

Tabel 6-4 Stabilisering af misbrug

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|--|-------|-----|----------|
| Har borgeren modtaget rådgivning eller støtte i forhold til sit stofmisbrug? | 100 % | 0 % | 0 % |
| Er borgeren blevet motiveret og støttet i forhold til at påbegynde kommunal misbrugsbehandling efter opholdet på akutkrisecenter | 100 % | 0 % | 0 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 6 uger efter borgerens ankomst på akutkrisecenter. N= 118

Tabel 6-4 viser også, at der i alle borgerforløb er arbejdet med motivation hos og støtte til borgeren i forhold til at påbegynde stofmisbrugsbehandling efter opholdet på akutkrisecenter. Motivationsarbejdet er primært foregået via samtaler med borgeren om hans eller hendes ønsker og behov, ligesom midtvejssamtalen blandt andet har virket som anledning til at motivere, støtte og afklare borgernes muligheder for at påbegynde stofmisbrugsbehandling efter opholdet.

Erfaringerne blandt medarbejdere i projektkommunerne er, at det for nogle borgere kan være en udfordring, at opholdet på akutkrisecenter er et omsorgs- og stabiliseringstilbud, hvor de ikke samtidig modtager social stofmisbrugsbehandling. Både borger og medarbejdere i projektkommunerne peger på, at det for borgerne kan være frustrerende, at en forbedring i motivationen for stofmisbrugsbehandling ikke kan imødekommes med egentlig stofmisbrugsbehandling under opholdet på akutkrisecenter, eksempelvis ved at nedtrappe den medicinske behandling under opholdet.

I forhold til borgernes sociale situation ses det i kapitel fire, at en del af borgerne ofte oplever, at de har vanskeligt ved at deltage i samvær med andre, samt at de selv udøver vold eller bliver udsat for vold. Det er derfor vigtigt, at der også arbejdes med borgernes sociale situation og

stabilisering af denne, eksempelvis ved at borgeren støttes i at opbygge relationer og indgå i en hverdag med fast struktur, samt at deres motivation for forandring øges.

Tabel 6-5 viser en oversigt over, hvilke indsatser borgerne har modtaget under opholdet, hvor målet har været at styrke og understøtte forandring i deres sociale situation.

Tabel 6-5 Stabilisering af social situation

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|---|-------|-----|----------|
| Er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at opbygge relationer til medarbejdere og beboere? | 100 % | 0 % | 0 % |
| Er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at indgå i en hverdag med fast struktur? | 100 % | 0 % | 0 % |
| Er der arbejdet med at styrke borgerens motivation for forandring? | 100 % | 0 % | 0 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 6 uger efter borgerens ankomst på akutkrisecenter. N= 118

Tabellen tegner det samme billede som i arbejdet med borgernes stofmisbrug, da der i alle borgerforløbene er arbejdet med at styrke deres evne til at opbygge relationer til medarbejdere og beboere. Dette er i høj grad understøttet af aktiviteter som adfærdsbearbejdning og forskellige former for samtaler. Endvidere indgår borgerne i et fast dags- og ugeprogram, hvor der arbejdes med at styrke borgernes evner til at indgå i en hverdag med fast struktur, ligesom der via samtaler og forskellige praktiske opgaver er arbejdet med at understøtte borgerens motivation for forandring.

Blandt medarbejdere i projektkommunerne er der bred enighed om, at fagligheden og erfaringen med målgruppen blandt medarbejderne på akutkrisecenter er en central drivkraft i arbejdet med at stabilisere borgernes helbred, misbrug og sociale situation, da det medvirker til, at indsatsen møder borgernes behov. Samtidig viser evalueringen, at tilgangen til borgerne opleves positivt. Flere medarbejdere giver udtryk for, at borgerne på akutkrisecenter bliver mødt i øjenhøjde og der, hvor de er.

En social mentor udtrykker det således: *"Borgere som har været derovre [på akutkrisecenter] siger: "De kan jo lide os." Det betyder noget at de [borgerne] ikke føler sig som et nummer i rækken."*

En anden medarbejder udtrykker betydningen af stabiliseringen af borgernes situation på følgende måde: *"Det går fra totalt kaos, til ro og til en position hvor de [borgerne] kan se fremad og tør håbe."*

I en række af projektkommunerne giver flere medarbejdere dog udtryk for, at der bør være flere aktiviteter og tilbud på akutkrisecenter, da borgerne hurtigt bliver rastløse og som følge heraf er i større risiko for at forlade det akutte krisecenter før tid. Dette understøttes ligeledes af nogle af borgerne, der har ophold på akutkrisecenter. De efterspørger flere aktiviteter, eksempelvis fysiske sportsaktiviteter, afspændingsaktiviteter og sociale aktiviteter.

At akutkrisecenter er fysisk placeret samme sted som et døgnbehandlingstilbud beskrives af medarbejderne i projektkommunerne både som en drivkraft og en barriere for arbejdet med stabilisering af borgernes situation. På den ene side fortæller de, at det kan være positivt, fordi borgerne kan "observere" den gradvise forbedring blandt andre borgere i døgnbehandling, hvilket kan give dem tro og håb for egen situation. På den anden side kan det være u hensigtsmæssigt for borgerne, at de ikke selv kan komme i døgnbehandling, mens de har et ophold på akutkrisecenter, hvilket ifølge medarbejdere i projektkommunerne kan indvirke negativt på deres motivation for stofmisbrugsbehandling.

Afklaring og forberedelse i forhold til at modtage hjælp og støtte i hjemkommune

Et væsentligt led i at støtte borgerens overgang fra akutkrisecenter til hjemkommunen er, at borgeren og hjemkommunen allerede under opholdet forberedes på borgerens hjemkomst. Det handler om, at borgerens støttebehov efter endt ophold afdækkes undervejs, ligesom borgeren oplyses om sine muligheder for støtte og hjælp i hjemkommunen. Dette nedfældes i en fremtidsplan for borgeren, der udarbejdes i samarbejde mellem borgeren og medarbejdere fra akutkrisecenter og hjemkommunen. Tabel 6- viser, hvilke indsatser der er iværksat under opholdet i forhold til at forberede borgerens senere hjemkomst til hjemkommunen.

Tabel 6-6 Forberedelse i forhold til at modtage støtte i hjemkommunen

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|---|-------|-----|----------|
| Er der påbegyndt en dialog med borgeren med henblik på at afdække borgerens behov for støtte og hjælp efter endt ophold på akutkrisecenter? | 100 % | 0 % | 0 % |
| Er borgeren blevet oplyst om sine handlemuligheder i forhold til konkrete tilbud i hjemkommunen? | 97 % | 1 % | 2 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt ved afslutning af borgerens ophold på akutkrisecenter. N= 94

For alle de borgere, hvor vi har data om aktiviteter og indsatser under opholdet på akutkrisecenter, er der under opholdet påbegyndt dialog med det formål at afdække borgerens behov for støtte og hjælp efter opholdet på akutkrisecenter. Ligeledes er langt størstedelen af borgerne blevet oplyst om deres handlemuligheder i forhold til konkrete tilbud i hjemkommunen, typisk på midtvejsmødet eller undervejs i løbet af opholdet på akutkrisecenter. Erfaringerne blandt medarbejderne i projektkommunerne og akutkrisecenter, viser, at det har været en drivkraft for midtvejsmødet, hvis de deltagende aktører fra hjemkommunen allerede på forhånd er orienteret om borgerens behov og ønsker. Det giver dem mulighed for at afklare mulighederne for at imødekomme dette inden mødet. På den måde oplever borgeren ikke, at der først efter midtvejsmødet iværksættes initiativer, men at handlemulighederne i forbindelse med borgerens hjemkomst allerede er undersøgt og eventuelt afklaret.

Vores surveydata viser også, at ved 95 pct. af opholdene er udarbejdelsen af en fremtidsplan påbegyndt i samarbejde med borgeren. Medarbejderne på akutkrisecenter fortæller, at de konkret arbejder med fremtidsplanen på midtvejsmødet, hvor borgeren samt repræsentanter fra borgerens hjemkommune er til stede. Generelt anvendes fremtidsplanen i samarbejdet og den løbende kommunikation mellem akutkrisecenter og hjemkommunen. Ydermere anvendes fremtidsplanen som udgangspunkt for den praktiske hjælp og støtte, medarbejderne på akutkrisecenter yder undervejs – og i arbejdet med borgernes egne mål og ønsker, eksempelvis i forbindelse med boligsøgning eller afklaring af muligheder for stofmisbrugsbehandling.

Samarbejde og brobygning til hjemkommune

Sideløbende med dialog om og afklaring af borgernes behov og ønsker er det også vigtigt, at forberedelsen af borgerens hjemkomst til hjemkommunen understøttes af direkte brobygningsaktiviteter mellem medarbejdere fra akutkrisecenter og hjemkommunen. I praksis kommer det blandt andet til udtryk ved, at medarbejdere på centret tager kontakt til – og indgår relevante aftaler om borgerens støttebehov med – den sociale mentor, spottere eller stofmisbrugsbehandlingscentret i hjemkommunen. Tabellen nedenfor viser, i hvilket omfang disse brobygningsaktiviteter er iværksat undervejs i borgerens ophold på akutkrisecenter.

Tabel 6-7 Kontakt til hjemkommune

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|--|-------|-----|----------|
| Er der taget kontakt til den sociale mentor i borgerens hjemkommune? | 100 % | 0 % | 0 % |
| Er der taget kontakt til det kommunale misbrugscenter? | 100 % | 0 % | 0 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt ved afslutning af borgerens ophold på akutkrisecenter. N= 94

Det fremgår, at medarbejderne på akutkrisecenter i alle borgerforløb tager kontakt til både den sociale mentor og misbrugsbehandlingscentret i hjemkommunen, særligt med henblik på at afklare aftaler om borgeren ved hjemkomst.

Nedenfor ses, i hvilket omfang der undervejs i borgerens ophold på akutkrisecenter er indgået aftaler med henholdsvis den sociale mentor og det kommunale stofmisbrugsbehandlingscenter angående borgerens støttebehov i forbindelse med hjemkomst til hjemkommunen.

Tabel 6-8 Aftaler mellem kommunale aktører

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|---|------|-----|----------|
| Er der indgået aftale med den sociale mentor angående støttebehov efter hjemkomst? | 82 % | 7 % | 11 % |
| Er der indgået aftale med det kommunale misbrugscenter angående støttebehov efter hjemkomst | 83 % | 6 % | 11 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt ved afslutning af borgerens ophold på akutkrisecenter. N= 94

Tabellen viser, at der i størstedelen af borgerforløbene på akutkrisecenter, ca. 80 pct., er indgået en aftale med både den sociale mentor og det kommunale misbrugscenter angående støttebehov i forbindelse med en kommende hjemkomst. I de resterende borgerforløb forklares manglende aftaler med, at borgeren har afbrudt opholdet, eller at borgeren ønsker en anden "model" for støtte. I enkelte situationer skyldes det, at borgeren er blevet visiteret til døgnbehandling på Munkerup, der er placeret på samme lokation som akutkrisecenter. I de situationer har der ikke i første omgang været behov for at indgå aftaler med hjemkommunen om borgerens støttebehov ved hjemkomst.

De erfaringer, medarbejdere i både projektkommunerne og på akutkrisecenter har gjort i forbindelse med samarbejde og brobygning undervejs i opholdet, er, at midtvejsamtalen udgør en drivkraft for god forberedelse af borgerens hjemkomst. Det er her, at borgere, medarbejdere fra akutkrisecenter samt en eller flere medarbejdere fra borgerens hjemkommune kan lægge en struktureret plan for det videre forløb. Medarbejdere i projektkommunen fortæller også, at de "sværeste" borgere at modtage ved hjemkomst er i forløb, hvor der ikke er lagt en klar plan undervejs i opholdet på akutkrisecenter.

I projektkommunerne og blandt medarbejdere på akutkrisecenter tegnes et billede af forskellige erfaringer med, hvem der bør deltage i den løbende opfølgning på borgeren undervejs. Nogle projektkommuner har gode erfaringer med, at en spotter, eksempelvis fra det kommunale værested, deltager i midtvejs- og opfølgingsmøder. Det skyldes, at spotteren ofte er den, der har det tætteste kendskab til borgeren og kan skabe tryghed for borgeren.

En spotter udtrykker det således: *"Borgeren føler, at man virkelig mener det, når man tager tid til at tage derop og snakke med dem, selvom de godt ved, at det er vores job."*

Det italesættes dog fra flere typer af medarbejdere i projektkommunerne, at dette kan være en udfordring, da spotterne ikke har reel handle- og beslutningskompetence, hvilket gør det svært at få en egentlig afklaring på plads undervejs, hvilket kan være frustrerende for borgerne. I andre kommuner har det været den sociale mentor som har deltaget i møderne, hvilket i nogle tilfælde har sikret en sammenhæng til de kommunale tilbud og støttetiltag som kan iværksættes efterfølgende, men den sociale mentor har ikke haft reel handle- og beslutningskompetence. I

den forbindelse er det de fleste projektkommuner, der peger på, at det er vigtigt, at en myndighedssagsbehandler deltager i møderne, da de har mulighed for at bevillige støtte til borgene. I praksis har det dog være vanskeligt at få myndighedsfunktionen inddraget i dette arbejde, hvilket har været en barriere for etablering af brobygning og sikring af den gode hjemkomst for den enkelte borger.

Ligeledes fremhæver medarbejdere fra akutkrisecenter og projektkommunerne, at de har gode erfaringer med, at borgerens eventuelle misbrugsbehandler deltager i det løbende arbejde undervejs, da det skaber gode forudsætninger for at iværksætte efterfølgende stofmisbrugsbehandling hurtigere. Ifølge medarbejderne på akutkrisecenter har der dog været stor variation i, hvor meget hjemkommunerne har kontakt med borgerne under opholdet og deltager i relevante opfølgingsmøder. I de forløb, hvor der har været en lav grad af kontakt og opfølgning, har det udfordret samarbejdet og forberedelsen af borgerens hjemkomst.

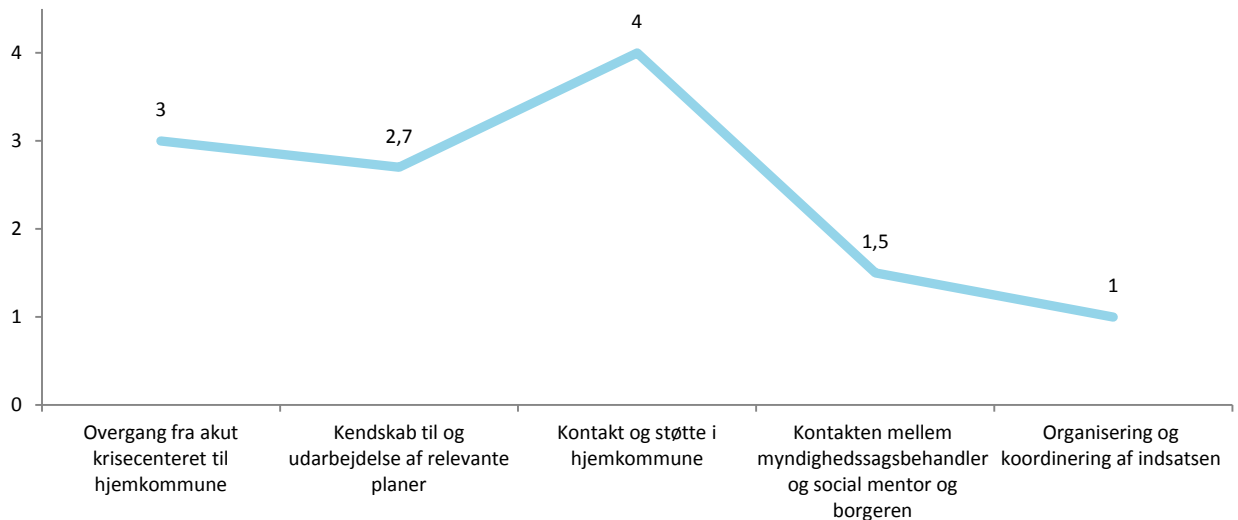
Endeligt peger medarbejdere i projektkommunerne på, at den geografiske placering kan være en barriere i forhold til at sikre en god kommunikation og koordinering mellem medarbejdere på akutkrisecenter, hjemkommune og borgere. Medarbejdere fra projektkommunerne placeret geografisk langt fra det akutte krisecenter fortæller, at det er ressourcekrævende at "besøge" borgeren undervejs i opholdet, og at det i visse situationer har været en hindring for det gode samarbejde undervejs. Dog har flere medarbejdere afhjulpet denne barriere ved at have en tæt telefonisk kontakt med medarbejdere fra akutkrisecenter og borgeren.

6.1.3 Brobygning og hjemkomst

Det fremgår i kapitel fem, at den sidste fase i modellen for akutkrisecenter er, at der løbende arbejdes med brobygning og udslusning. Det betyder f.eks., at de rette indsatser i hjemkommunen stilles til rådighed for borgeren – og at organisering og koordinering mellem relevante aktører sikres, så den enkelte borger kommer tilbage til en mere stabil situation end den, han eller hun kom fra.

Figuren nedenfor viser implementeringsgraden i forhold til aktiviteter og indsatser i brobygnings- og udslusningsfasen målt på en skala fra 0-4, hvor 4 er udtryk for den højeste implementeringsgrad. Overordnet tegner figuren et billede af, at indsatsen og aktiviteterne i forbindelse med brobygning og udslusning ikke er implementeret i sammen omfang som indsatser og aktiviteter under borgernes ophold på akutkrisecenter og i forbindelse med opsporings- og indskrivningsfasen. Ligeledes er der stor variation i implementeringen af de forskellige aktiviteter i brobygnings- og udslusningsfasen, også på tværs af projektkommunerne. Samlet set er den gennemsnitlige implementeringsgrad i alle aktiviteter knyttet til brobygning og hjemkomstfasen 2,5.

Figur 6-4 Implementeringsgrad til dokumentation af fidelitet - brobygning og hjemkomst



Kilde: RMC-survey

Note: Se operationalisering af implementeringsbarometer i bilag 4

Ser vi først på aktiviteter til understøttelse af overgangen fra akutkrisecenter til hjemkommune, viser figuren en relativt høj implementeringsgrad. Det vil sige, at i hovedparten af forløbene er aktiviteter knyttet til understøttelse af overgangen fra akutkrisecenter til hjemkommune implementeret i relativt stort omfang. Omvendt tegner der sig et andet billede, når vi ser på aktiviteter til understøttelsen af kontakten mellem centrale aktører i kommunerne, som er vigtige i borgerens forløb. Her er implementeringsgraden under 2. Den samme tendens ses i forhold til aktiviteter til understøttelse af organisering og koordinering af indsatser til borgerne i hjemkommunen. Her er implementeringsgraden på 1. Det vil sige, at i en forholdsvis stor andel af forløbene er aktiviteter til understøttelse af organisering og koordinering ikke implementerede i tilstrækkeligt omfang. Erfaringerne blandt medarbejdere i projektkommunerne er også, at de er udfordrede i forhold til at finde den rette organisering til understøttelse af en samlet koordinering af støtte til borgeren efter hjemkomst fra akutkrisecenter.

Overgang fra akutkrisecenter til hjemkommune

I det trin i modellen for akutkrisecenter, som omhandler overgangen fra akutkrisecenter til hjemkommune, er tre ting centrale: At der gennemføres møder mellem akutkrisecenter og hjemkommune, at kontakten mellem parterne er tilstrækkelig, samt at der er udarbejdet en konkret plan for ansvars- og rollefordeling ved borgerens hjemkomst.

Figuren nedenfor angiver, hvorvidt der er afholdt møder mellem akutkrisecenter og hjemkommune med henblik på forberedelse af borgerens hjemkomst, samt om der, på tværs af centrale aktører, er udarbejdet en konkret plan for rolle- og ansvarsfordeling ved borgerens hjemkomst.

Tabel 6-9 Brobygning og udslusning

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|--|------|------|----------|
| Er der i forbindelse med brobygning og udslusning afholdt et møde – telefonisk eller fysisk – mellem akutkrisecenter og hjemkommune (på myndighedsniveau)? | 76 % | 14 % | 10 % |
| Er der i forbindelse med brobygning og udslusning udarbejdet en konkret plan for ansvars- og rollefordelingen ved borgerens hjemkomst mellem hjemkommune, social mentor og øvrige relevante aktører? | 73 % | 14 % | 14 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra det akutte krisecenter. N=96

I tråd med implementeringsgraden illustreret i 6-4, ses det, at der i hovedparten af borgerforløbene er afholdt møde med det formål at forberede et beredskab til borgerens hjemkost, ligesom rolle- og ansvarsfordelingen er afklaret og nedfældet i en konkret plan.

Dette billede støttes af data i tabellen nedenfor. Det fremgår her, at knap 80 pct. af medarbejderne i projektkommunerne vurderer, at kontakten mellem akut krisecenter og hjemkommune har været tilstrækkelig og har understøttet en tilfredsstillende overgang for borgeren.

Tablet 6-1 Kontakt mellem akutkrisecenter og hjemkommune

| | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I mindre grad | Slet ikke |
|---|------------------|------------|--------------|---------------|-----------|
| I hvilket omfang vurderer du, at kontakten mellem akutkrisecenter og hjemkommune (på myndighedsniveau) har været tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren? | 37 % | 45 % | 17 % | 1 % | 0 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=71

Medarbejdere på tværs af projektkommunerne peger også på, at den gode brobygning og forbedelse af borgerens hjemkomst til kommunen starter allerede ved opstart af opholdet på akutkrisecenter. De peger på, at det handler om at få etableret et beredskab af eksempelvis sociale støttetilbud og behandlingstilbud, så borgeren kan få den rette hjælp ved hjemkomst.

I tæt tilknytning til dette peger medarbejderne i projektkommunerne også på, at opfølgning undervejs i borgerens ophold er en væsentlige drivkraft og mekanisme til at skabe en succesfuld hjemkomst for borgeren. I mange af de situationer, hvor den gode brobygning er realiseret, er der på midtvejs- og opfølgingsmøder mellem borger og medarbejdere fra henholdsvis akutkrisecenter og hjemkommune udarbejdet en struktureret plan, der beskriver, hvilke beredskaber der skal etableres, samt hvordan hjemkomsten for borgeren til kommunen håndteres.

Medarbejderne i projektkommunerne peger derudover på, at den gode overgang mellem akutkrisecenter og hjemkommunen forudsætter et tydeligt tværfagligt samarbejde i kommunerne og et netværk mellem forskellige aktører, herunder aktører fra boligområdet, bostøtteområdet, misbrugsbehandlingen og myndighedsområdet. Især peger både sociale mentorer, misbrugsbehandlere og spottere på, at myndighedssagsbehandlere er nøgleaktører at få involveret i den løbende opfølgning på borgerens ophold, da de sidder med handlekompetencen til at bevillige de støttetilbud, der kan sikre et tilstrækkeligt beredskab i kommunerne, som kan imødegå borgerens hjemkomst fra akutkrisecenter.

En central udfordring, som flere af medarbejderne i projektkommunerne har oplevet, er, hvis borgerne forlader akutkrisecenter tidligere end "aftalt" og inden hjemkommunen har fået tilrettelagt og etableret et beredskab til borgernes hjemkomst. I den forbindelse er der enkelte medarbejdere, der udtrykker, at dialogen mellem akutkrisecenter og hjemkommunen her er særlig central, og at denne i enkelte tilfælde ikke har været tilstrækkelig, hvilket har bevirket, at nogle af borgerne vender tilbage til det miljø og den situation, de kom fra inden opholdet på akutkrisecenter.

Fremtidsplan og handleplan

Samarbejde og videndeling samt udarbejdelse og justering af fremtidsplan og social handleplan for borgerne er et vigtigt led i brobygning og overgangen fra opholdet på akutkrisecenter til hjemkommune. Det er i disse planer, at borgernes behov og ønsker nedfældes, og det er på baggrund af fremtidsplaner og handleplaner, at der kan etableres en sammenhængende og koordi-

neret indsats til borgeren både under opholdet, men særligt også i forbindelse med borgerens hjemkomst.

Tabellen nedenfor giver et billede af, hvorvidt arbejdet med fremtidsplaner og sociale handleplaner er gennemført, som led i implementeringen af modellen for akutkrisecenter.

Tablet 6-2 Udarbejdelse af fremtidsplan

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|---|------|------|----------|
| Er du bekendt med, om der under opholdet på akutkrisecenter er udarbejdet en fremtidsplan for borgeren? | 50 % | 27 % | 23 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=96

Tabellen viser, at medarbejderne i projektkommunerne ved 50 pct. af borgerforløbene er bekendt med, at der er udarbejdet en fremtidsplan, som kan indgå i og eventuelt justere den sociale handleplan i kommunen. Knap 30 pct. har intet kendskab til dette, mens 20 pct. angiver, at de ikke ved det. Tallene giver en indikation af, at fremtidsplanen udarbejdet under opholdet på akutkrisecenter ikke har fået den udbredelse i det videre arbejde med borgerne, som der oprindeligt var lagt op til i modellen for akutkrisecenter. Det betyder, at fremtidsplanen ikke i fuldt omfang har fungeret som supplement til den kommunale handleplan og opfølgning.

Et andet væsentligt element i koordinationen og samarbejdet mellem akutkrisecenter, hjemkommune og aktører i hjemkommunerne er, hvorvidt der er et fælles kendskab til, om socialforvaltningens myndighedssagsbehandler har tilbudt borgeren at få udarbejdet en § 141-handleplan. Dette element i modellen afspejler, at handleplanen er den plan, der dels bør anvendes til at samle den indsats, borgeren tilbydes, og dels kan synliggøre, at borgeren får de tilbud, som borgeren har ret til. Det er væsentligt at sikre at der er den rette myndighedskompetence tilknyttet den enkelte borger. Det gælder både myndighedskompetence i forhold til at igangsætte et eventuelt behandlingsforløb i misbrugsbehandlingscentret men ligeledes at der er myndighedskompetence fra socialforvaltningen repræsenteret således at der kan udarbejdes en § 141-handleplan. I langt de fleste kommuner har der været et tæt samarbejde med medarbejdere i misbrugsbehandlingscentret, der har myndighedskompetence i forhold til behandlingsforløb, og ikke i samme grad et tæt samarbejde til socialforvaltningens myndighedsafdeling.

Tabellen nedenfor viser, om medarbejderne i hjemkommunerne er vidende om, hvorvidt borgeren har fået tilbudt en § 141-handleplan.

Tablet 6-3 Udarbejdelse af handleplan

| | Ja, men borgeren har ikke ønsket at få udarbejdet handleplanen | Ja, og borgeren har fået udarbejdet handleplanen | Nej | Ved ikke |
|--|--|--|------|----------|
| Er du bekendt med, om borgeren er blevet tilbudt at få udarbejdet en handleplan af kommunes myndighedssagsbehandler (efter SEL § 141)? | 20 % | 52 % | 10 % | 18 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=96

Det ses, at de kommunale medarbejdere er bekendt med, at lidt over halvdelen af borgerne har fået tilbudt og udarbejdet en § 141-handleplan, mens 20 pct. af borgerne har fået tilbudt at få udarbejdet en § 141-handleplan, men ikke har ønsket det. Ifølge de kommunale medarbejdere har en mindre andel af borgerne, 10 pct., ikke fået tilbudt at få udarbejdet en § 141-handleplan. I knap 20 pct. af borgerforløbene ved medarbejderne ikke, om borgeren er blevet tilbudt at få

udarbejdet en § 141-handleplan. Disse tal giver en indikation af, at det har været vanskeligt at få involveret myndighedsfunktionen i arbejdet med modellen og borgerne, da det er her, opgaven er lovgivningsmæssigt forankret.

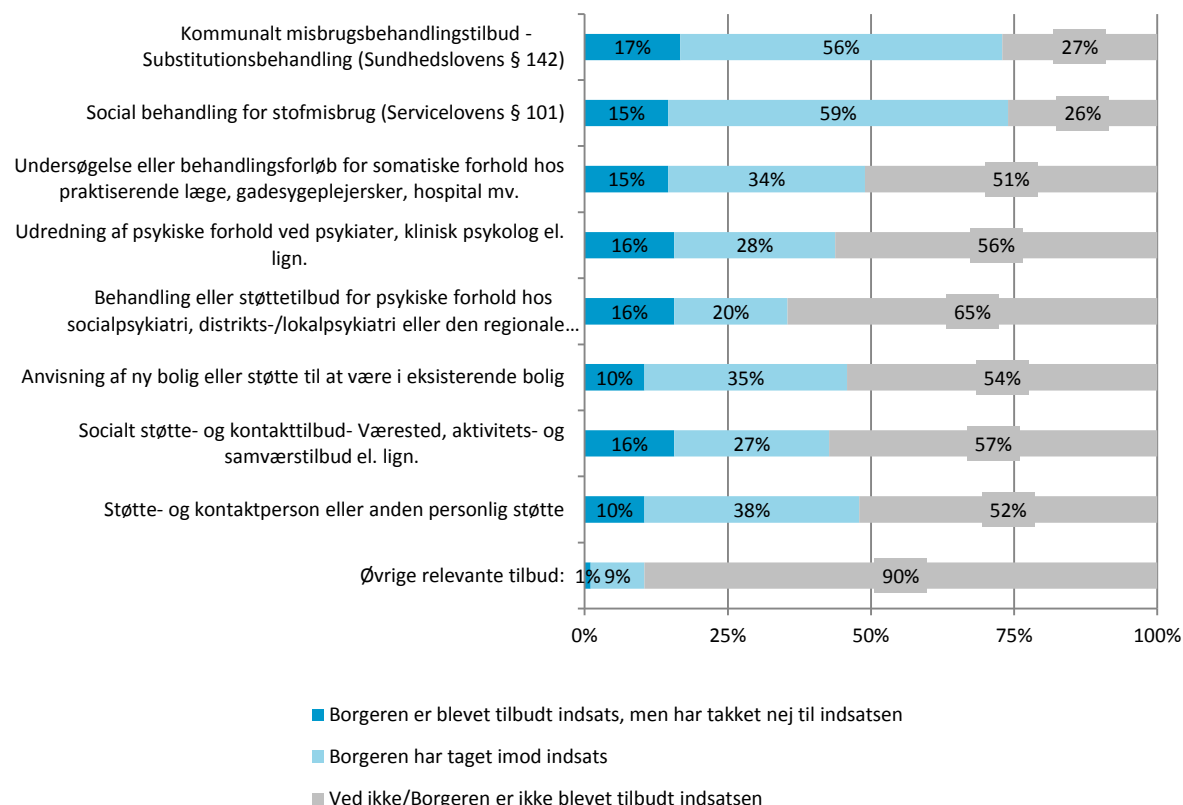
I hovedparten af de forløb, hvor borgere har fået udarbejdet en § 141-handleplan, er fremtidsplanen, som indeholder borgerens egne behov og ønsker, anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af handleplanen. Knap 70 pct. af medarbejderne i projektkommunerne angiver, at fremtidsplanen har bidraget positivt til det videre arbejde med borgerens handleplan, da det sikrer, at handleplanen i videst muligt omfang afspejler borgerens behov og ønsker – samt de forhold vedrørende borgerens problematikker, der er afklaret under opholdet på akutkrisecenter.

Kontakt og støtte i hjemkommune

Med henblik på at sikre opfølgning på den indsats, borgeren har modtaget under opholdet på akutkrisecenter, når borgeren er vendt hjem til sin kommune, er det centralt, at hjemkommunen tilbyder borgerne en række relevante behandlings-, støtte- og kontaktilbud alt efter borgernes behov.

Figur 6-5 viser, hvorvidt borgerne er blevet tilbudt og har taget imod en række støttetilbud. Støttetilbuddene omfatter både stofmisbrugsbehandling, undersøgelse og behandling i forhold til somatiske forhold og psykiske forhold, anvisning af eventuel ny bolig eller bostøtte samt støtte- og kontaktilbud. Samlet set er 90 pct. af borgerne blevet tilbudt eller har taget imod mindst én af indsatserne (ses ikke i figuren, men fremgår af surveydata).

Figur 6-5 Er borgeren blevet tilbudt, eller har taget imod følgende indsatser?



Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=96

Figuren viser, at der er en vis variation i, hvilke indsatser hjemkommunerne tilbyder borgerne efter endt ophold på akutkrisecenter. 75 pct. af borgerne er blevet tilbudt stofmisbrugsbehandling. Af dem er det næsten 60 pct. der har taget imod henholdsvis medicinsk stofmisbrugsbehandling og social stofmisbrugsbehandling.

En mindre andel er blevet tilbudt eller har taget imod undersøgelse og behandling af somatiske forhold, støttetilbud rettet mod psykiske forhold, anvisning af ny bolig eller bostøtte samt støtte- og kontaktilbud. Flere spotter og sociale mentorer oplever en udfordring i at sikre en stabil bolig-løsning for borgerne, når de kommer hjem fra opholdet på akutkrisecenter. I kraft af, at boligsituationen for en del borgere er ustabil ved hjemkomsten, så oplever projektaktørerne, at det er vanskeligt at fastholde borgerne i den stabile situation, som de har fået opbygget gennem opholdet på akutkrisecenter. Samlet tyder det altså på, at borgerne mødes med især stofmisbrugsbehandlingstilbud ved hjemkomst. Omvendt er borgerne i mindre grad blevet tilbudt indsatser målrettet fysisk, psykisk og sociale forhold, eller også er medarbejderne i projektkommunerne ikke vidende om, hvorvidt borgeren er blevet tilbudt denne type af indsatser.

Hovedparten af borgerne er altså blevet tilbudt indsatser og har også taget imod disse. Tabellen nedenfor giver en indikation af, om borgerne er i stand til at indgå i tilbuddene. Det fremgår af denne, at ca. 35 pct. i høj grad eller meget høj grad vurderes at være i stand til at indgå i tilbuddene, mens ca. 60 pct. i nogen grad eller i mindre grad har været i stand til det.

Tabel 6-4 Borgernes evne til at indgå i tilbud

| | I meget høj grad | I høj grad | I nogen gange | I mindre grad | Slet ikke |
|---|------------------|------------|---------------|---------------|-----------|
| I hvilket omfang vurderer du, at borgeren samlet set har været i stand til at indgå i tilbuddene? | 18 % | 16 % | 40 % | 21 % | 5 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=82

Blandt medarbejderne i projektkommunerne er erfaringerne også, at flere borgere trods ophold på akutkrisecenter kan være svære at fastholde og etablere kontakt med, typisk på grund af deres svære livssituation og mangefacetterede problematik. Ligeledes peger de på, at trods en eventuel øget motivation for stofmisbrugsbehandling er denne stadig "skrøbelig" og kan svinge fra dag til dag. Endvidere er vurderingen blandt medarbejderne i projektkommunerne, at en del af borgerne trods øget motivation for stofmisbrugsbehandling ofte ikke er psykisk forberedt på at følge stofmisbrugsbehandlingen, og de kan have svært ved at honorere kravene til dette, eksempelvis ved at møde op til faste aftaler og følge faste forløb.

I det lys stiller flere af medarbejderne i projektkommunerne også spørgsmål ved, om hjemkommunerne har det rette tilbud til borgerne, når de vender tilbage fra akutkrisecenter, og tilbud som kan understøtte arbejdet med en model for akutkrisecenter. De peger på, at der kan være behov for også at kigge et andet sted hen end misbrugscentret og den lovgivning, der regulerer sociale støttetilbud. Dette kan eksempelvis være tilbud i form af kommunale omsorgspladser målrettet særligt den ældre gruppe af borgerne samt øvrige plejepladser, eksempelvis særlige plejehjemspladser eller skæve boliger. Medarbejderne i projektkommunerne påpeger også, at projektkommunerne i mindre omfang tilbyder døgnbehandling samt omsorgsophold. Projektaktørerne oplever at, det har været en tendens, som har været gældende også før akutkrisecenteret blev iværksat, men at det i praksis betyder at det kan være svært at følge op på den udvikling som borgeren har været igennem på akutkrisecenteret, hvis der ikke igangsættes et tilbud, som matcher borgerens behov.

Samarbejde mellem myndighedsperson, social mentor og borger i udslusningen

Erfaringerne blandt medarbejdere på akutkrisecenter og i projektkommunerne er, at det er vigtigt at få etableret klare aftaler mellem borgeren og væsentlige kommunale aktører om det videre forløb ved hjemkomst. Det handler især om at få afklaret med borgeren, hvilken rolle den sociale mentor og den kommunale myndighedssagsbehandler skal varetage.

Tabellen nedenfor viser projektkommunernes implementering af aktiviteter til understøttelse af samarbejdet mellem centrale aktører i kommunerne og borgerne. Det ses, at der er indgået aftaler mellem borger og social mentor om den sociale mentors rolle i halvdelen af borgerforløbene.

Tabel 6-14 Aftaler om roller mellem borgeren og aktører i hjemkommunen

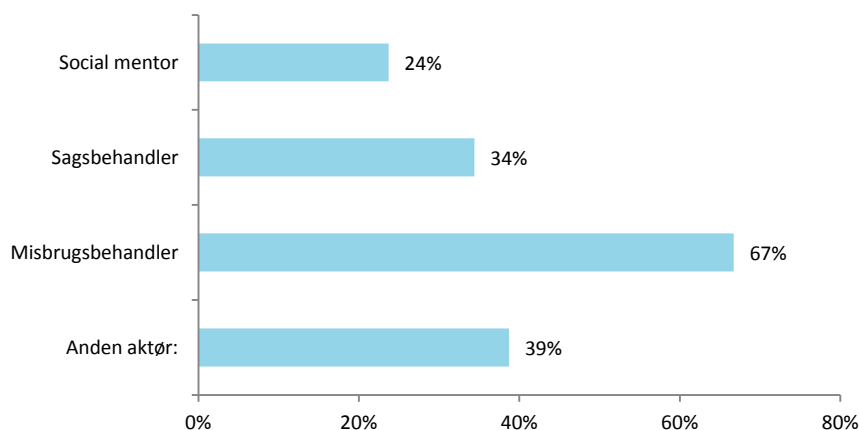
| | Ja | Nej | Ved ikke |
|--|------|------|----------|
| Er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle du som social mentor skal have efter udslusningen fra akutkrise-center? | 45 % | 46 % | 9 % |
| Er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den kommunale myndighedssagsbehandler skal have efter udslusningen fra akutkrise-center? | 59 % | 23 % | 18 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=96

Endvidere fremgår det, at en aftale mellem borgeren og den kommunale myndighedssagsbehandler er på plads i 60 pct. af borgerforløbene. I 40 pct. af borgerforløbene er der enten ikke indgået en aftale, eller medarbejderne ved ikke om en aftale er indgået om myndighedssagsbehandlerens rolle efter hjemkomsten fra akutkrise-centeret.

Nedenstående figur viser, hvilke personer der har haft den primære rolle for at understøtte en positiv udvikling i borgerens forløb.

Figur 6-6 Person, der har en primær rolle i at understøtte en positiv udvikling i borgerens forløb



Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=96

Figuren viser, at det er misbrugsbehandlere, der har den primære rolle i at understøtte en positiv udvikling i hovedparten af borgernes forløb. Det drejer sig om knap 70 pct. af forløbene. Det fremgår også, at den sociale mentor har en primær rolle i langt færre borgerforløb. For 39 pct. af borgerne har en 'anden aktør' haft den primære rolle for at understøtte en positiv udvikling i borgerens forløb. Kategorien 'anden aktør' dækker over aktører såsom gadeplansmedarbejdere, SKP, sundhedspersonale, personale i halvvejshus, kriminalforsorgen, mentor fra Jobcenteret, bostøtte, fremskudt behandler, veteranhjem og/eller familie. Dog fremhæver nogle sociale mentorer og spottere, at det har været en udfordring at etablere et tydeligt tværfagligt samarbejde internt i kommunen, især i forhold til, hvem der er kontaktpersonen og tovholder i de enkelte borgerforløb. Blandt projektkommunerne har det været forskelligt, om det har været den sociale mentor, spotterne eller myndighedssagsbehandleren, som har påtaget sig rollen.

Evalueringen peger altså i retning af, at den sociale mentor, myndighedssagsbehandler og misbrugsbehandler har en stor rolle i at understøtte en positiv udvikling hos borgerne. Dog foreligger der i en relativt stor andel af borgerforløbene en aftale mellem borger, den sociale mentor og den

kommunale myndighedssagsbehandlere om, hvilken rolle de har i forbindelse med borgernes hjemkomst til hjemkommunen.

Organisering og koordinering af indsatsen

Det fremgår af modelbeskrivelsen, at et centralt led i forbindelse med hjemkomsten er, at roller og ansvar mellem de kommunale aktører er afklaret, da det skal understøtte organisering og koordination af den støtte, borgeren skal modtage ved hjemkomst fra akutkrisecenter. Flere undersøgelser peger på, at det er helt afgørende for at fastholde særligt udsatte borgere i en eventuel positiv udvikling, at indsatsen er organiseret og koordineret tilstrækkeligt, samt på en måde, hvor borgeren oplever den sammenhængende og ved, hvem der kan hjælpe med hvad¹⁶. I modellen for akutkrisecenter har det særligt været koordineringen mellem den sociale mentor, spotter, misbrugsbehandler og myndighedssagsbehandler, der har været centralt for at støtte borgeren efter afslutningen af opholdet på akutkrisecenter.

Det fremgår af tabel 6-16, hvorvidt der er indgået aftaler mellem relevante aktører, der håndterer roller og ansvar i arbejdet med borgerne.

Tabel 6-15 Aftaler mellem aktører i hjemkommune

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|---|------|------|----------|
| Er der indgået en aftale mellem dig – som social mentor – og den kommunale myndighedssagsbehandler, om ansvars- og rollefordelingen i forhold til borgeren? | 55 % | 34 % | 11 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=96

I lidt over halvdelen af borgerforløbene angiver medarbejderne i hjemkommunerne, at der er indgået en aftale mellem den sociale mentor og myndighedssagsbehandler. I ca. 35 pct. af borgerforløbene er der ikke indgået en aftale, mens medarbejderne i ca. 10 pct. af forløbene er uvidende herom. Således er der altså ingen aftale, der klart beskriver, hvem der gør hvad, hvornår og hvordan i op mod halvdelen af borgerforløbene. For at kunne samle på op på borgernes situation ved hjemkomst er det vigtigt, at samarbejdet om støtten til borgerne er koordineret tilstrækkeligt, så de oplever en sammenhængende indsats.

Tabellen nedenfor tegner et billede af, at koordinationen af støtten i høj grad eller meget høj grad har været tilstrækkelig i ca. 70 pct. af forløbene. Ifølge medarbejderne har 30 pct. af borgerne i mindre grad eller nogen grad oplevet en tilstrækkelig koordinering af samarbejdet mellem aktørerne i hjemkommunen.

Tabel 6-16 Koordinering af samarbejdet i hjemkommunen

| | I meget høj grad | I høj grad | Nogle gange | I mindre grad | Slet ikke |
|---|------------------|------------|-------------|---------------|-----------|
| I hvilket omfang vurderer du, at samarbejdet mellem aktørerne i borgerens hjemkommune samlet set er tilstrækkeligt koordineret? | 23 % | 48 % | 22 % | 7 % | 0 % |

Kilde: RMC-survey udfyldt 3 mdr. efter borgerens udskrivning fra akutkrisecenteret. N=83

Samlet tegner der sig et billede af, at implementeringen af aftaler og aktiviteter til understøttelse af en tilstrækkelig organisering og koordinering af samarbejdet mellem kommunale aktører om borgerne i mindre til moderat grad er implementeret. Dette kan forventes at have en betydning for muligheden for at fastholde en eventuel positiv udvikling blandt borgerne efter hjemkomst til egen hjemkommune.

¹⁶ Rambøll Management Consulting (2015): Evaluering af screenings- og udredningsmodeller til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug og unge sindslidende med misbrug.

7. EFFEKTER FOR BORGERNE

Dette kapitel samler op på modellens effekter for borgerne. Det vil sige de effekter, som er tilvejebragt for de borgere i målgruppen, der har modtaget indsatsen. De borgerrettede effekter er baseret på før- og eftermålinger blandt borgere med ophold på akutkrisecenter og uden brug af kontrolgruppe. Det betyder, at vi ikke kan isolere betydningen af andre forhold, der kan have indvirket på borgernes udvikling, og at vi derfor ikke entydigt kan fastslå, at det er akutkrisecenteret, der alene har bidraget til effekterne.

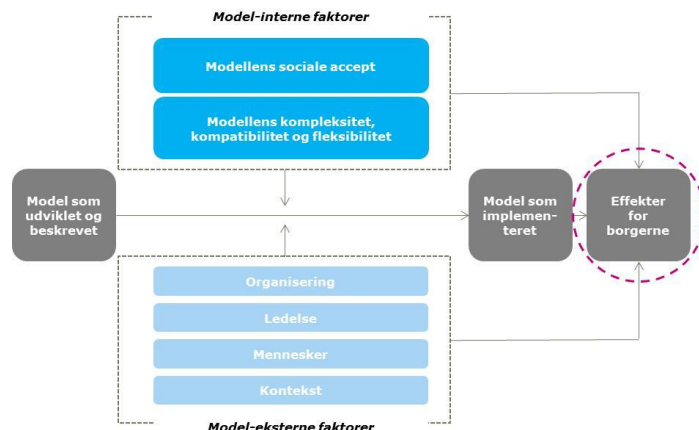
I evalueringen af effekter for borgerne skelner vi mellem tre typer af effekter:

Interventionseffekt er den form for effekt, der henviser til den forandring hen imod et ønsket mål, som finder sted under den pågældende sociale indsats, eksempelvis at skabe ro om borgeren, afvendte den akutte og livstruende situation og reducere belastninger.

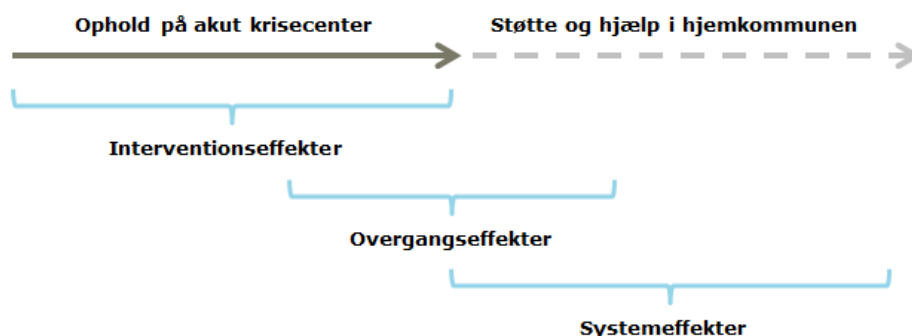
Overgangseffekt er den form for effekt, der henviser til den forandring hen imod et ønsket mål, som borgeren udskrives til, eksempelvis at fastholde optimale forhold omkring bolig, misbrug, sundhed og psykisk situation.

Endelig dækker **systemeffekter** over, om borgerne med den samlede indsats, dvs. også eventuelle tilbud efter endt opholdet på akutkrisecenter, opnår de langsigtede mål for den sociale indsats, eksempelvis bedre psykiske forhold, mindre kriminalitet, forbedret sundhedstilstand og kontrol med eller ophør af stofmisbrug.

Vores forståelse af effekter er illustreret i figuren nedenfor.



Figur 7-1 Forståelse af effekter



I boksen nedenfor fremhæves de vigtigste konklusioner i kapitlet.

Boks 7-1 Centrale konklusioner, effekter for borgerne

Centrale konklusioner i kapitlet

- Generelt tegner evalueringen et billede af, at borgerne efter via et ophold på akutkrisecenter og tre måneder efter har oplevet en gennemsnitlig positiv udvikling i deres stofmisbrugssituation, psykiske og sociale forhold, og boligsituation.
- Den gennemsnitlige positive udvikling er størst fra opstart til afslutning af ophold på akutkrisecenter. Evalueringen viser altså, at akutkrisecenter for socialt udsatte borgere med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og til tider livstruende krisesituation, skaber ro om den enkeltes kaotiske, kriseprægede og ustabile situation – og at dette understøtter en positiv udvikling i deres samlede situation
- Den gennemsnitlige positive udvikling i borgernes belastningsgrad, dækker over individuelle forskelle. Evalueringen viser således, at der også er borgere, der har oplevet en negativ udvikling. Dette er dog i høj grad, når vi ser på forskelle mellem situationen ved opstart af ophold og tre måneder efter endt ophold – og ikke under selve opholdet på akutkrisecenter. Det indikerer, at fastholdelse af en positiv udvikling er afhængig af, hvor godt hjemkommunen får samlet op på borgerens hjemkomst.
- Evalueringen viser også, at en række faktorer som køn, alder, hjemløshed, psykisk diagnose, opholdslængde og implementeringsgrad, har haft betydning for forskelle i borgernes gennemsnitlige udvikling i belastningsgraden inden for områder som stofmisbrug, sociale og psykiske forhold, og boligsituation.
- Endeligt peger evalueringen på, at der er sket et markant fald i antallet af kontakter og indlæggelser i den regionale behandlingspsykiatri blandt borgerne, når vi ser på før og efter opholdet på akutkrisecenter. Ligeledes ses en udvikling i positiv retning i antallet af borgere med kriminelle sigtelser.

7.1 Interventionseffekter og overgangseffekter

I de følgende afsnit tegner evalueringen et detaljeret billede af borgernes samlede situation. Det vil sige borgerens stofmisbrugssituation, psykiske og sociale forhold, og boligsituation, som har været målet med modellen for akutkrisecenter at stabilisere og på sigt forbedre. Det er vigtigt at påpege, at der har været et frafald af borgerne fra førmåling til eftermåling og opfølgende målinger. Vores frafaldsanalyse viser, at der ikke er nævneværdige systematiske frafald i gruppen af borgere, og det vil sige, at målgruppen, som indgår i effektmålingen, ikke adskiller sig markant fra den samlede gruppe af borgere, der har modtaget indsatsen, og at frafaldet derfor ikke i sig selv har betydning for effektmålingens udsagnskraft og validitet. Men frafaldet kan indikere, at der er en gruppe af borgere, som har haft ophold på akutkrisecenter, men efterfølgende er faldet fra, og at dette kan skyldes, at de ikke har kunnet profitere af opholdet. Ligeledes er der en gruppe på ca. 35 borgere ud af i alt 182 borgere, hvor der ingen effektmålinger er gennemført. Data viser, at disse borgere har en opholdslængde, der er markant lavere end de øvrige borgere. Det kan være en indikation på, at der er en borgergruppe, som det har været svært at fastholde i et ophold på akutkrisecenter, eller hvor et ophold på akutkrisecenter ikke er det rette tilbud, og hvor det ligeledes er en mulighed, at disse borgere ikke har kunnet profitere af opholdet.

Boks 7-2: Måleforhold – evaluering af systemeffekter

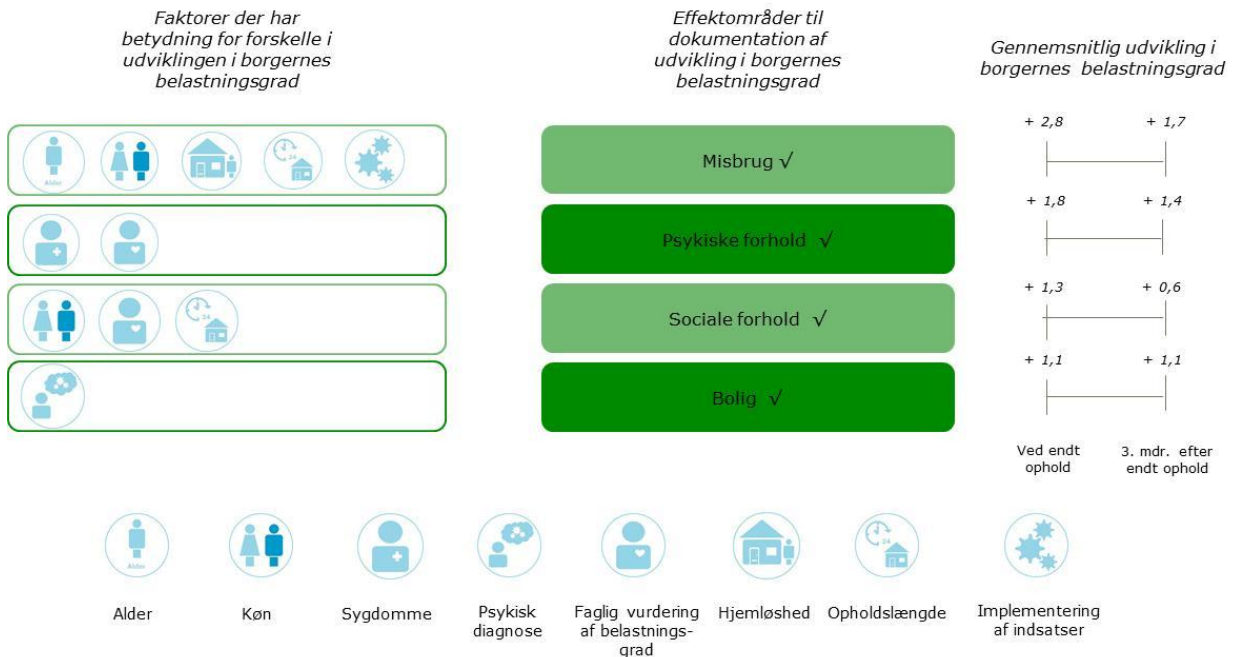
”Måletekniske” detaljer i evalueringen af interventionseffekter og overgangseffekter

Evalueringen af interventionseffekter og overgangseffekter er baseret på surveydata indsamlet af medarbejdere på akutkrisecenter og i projektkommuner. Dette er gjort ved opstart af opholdet på akutkrisecenter, ved afslutning og henholdsvis tre og seks måneder efter opholdet, samt ved hjemkomst.

I læsningen af data er det vigtigt at være opmærksom på, at jo længere væk, vi bevæger os tidsmæssigt fra borgernes ophold, des større usikkerhed er der i data. Det skyldes, at det i projektkommunerne ikke har været muligt at gennemføre tre og seks måneders opfølgingsmålinger for alle borgere. Vores frafaldsanalyse viser imidlertid, at der ikke er nævneværdige systematiske frafald blandt borgere, eksempelvis afhængigt af borgernes boligsituation, belastningsgrad i udgangssituationen og alder og køn (jf. bilagsmateriale). Det styrker mulighederne for sammenligning af borgernes situation i udgangssituationen ved opstart af ophold på akutkrisecenter med situationen umiddelbart efter opholdet, samt med borgerens situation tre og seks måneder efter hjemkomst til hjemkommunen.

Figuren nedenfor giver et hurtigt overblik over den gennemsnitlige udvikling på tværs af borgere med ophold på akutkrisecenter, ligesom faktorer, der moderer udviklingen blandt borgerne, er fremhævet. På alle målte områder (misbrug, psykiske forhold, sociale forhold og bolig) ses en gennemsnitlig positiv udvikling, når vi sammenholder henholdsvis udgangssituationen med afslutning af ophold på akutkrisecenter, samt udgangssituationen med situationen tre måneder efter hjemkomst.

Figur 7-2 Gennemsnitlig udvikling i borgernes situation



Kilde: RMC-survey

Note: (+) angiver positiv udvikling i borgernes gennemsnitlige belastningsgrad, mens (-) angiver negativ udvikling i borgernes gennemsnitlige belastningsgrad

Note: De blå/hvide ikoner angiver, hvilke faktorer ved borgerne eller i implementeringen af indsatser, som har haft betydning for den gennemsnitlige udvikling i borgernes belastningsgrad.

Den største gennemsnitlige udvikling finder sted fra opstart til afslutning af opholdet på akutkrisecenter (tallene ovenover boksen; Ved endt ophold). Det er ikke overraskende, da borgerne her er i et stabilt miljø, hvor de kan få ro, mad og øvrige behov dækket samt daglig støtte og hjælp. Det er typisk en anden situation end den, borgerne befinder sig i i hjemkommunen, hvor der ikke er samme muligheder for basal omsorg og daglig støtte og hjælp. Dog ses, at borgerne også efter hjemkomst stadig gennemsnitligt er mindre belastede end i udgangssituationen (tallene ovenover boksen; 3 mdr. efter endt ophold). Men billedet viser også, at fastholdelse af en positiv udvikling er afhængig af, hvor godt hjemkommunen får samlet op på borgerens hjemkomst og giver den nødvendige behandling og støtte.

Som det ses i figuren, belyser evalueringen også, hvilke faktorer (blå/hvide ikoner) der har haft betydning for borgernes situation – dvs. deres gennemsnitlige udvikling inden for de forskellige områder. Surveydata viser her, at mænd, yngre borgere, borgere der ikke er hjemløse, samt borgere med en opholdslængde længere en gennemsnitlængden for ophold har oplevet en større positiv udvikling i deres *stofmisbrugssituation*. I de borgerforløb, hvor aktiviteter til understøttelse af koordinering og samarbejde mellem akutkrisecenter og hjemkommune og mellem aktører i hjemkommunen i høj grad er implementeret, oplever borgerne en større udvikling i motivationen for forandring, her udtryk ved motivation for *stofmisbrugsbehandling*. Ser vi på borgernes *psykisk forhold*, viser evalueringen, at borgere, der lider af følgesygdomme af stofmisbruget, oplever en mindre gennemsnitlig udvikling i deres psykiske forhold, ligesom borgere med en relativt lavere belastning gennemsnitligt har oplevet en gennemsnitlig større udvikling inden for området. I forhold til borgernes udvikling i *sociale forhold*, viser evalueringen, at mænd har oplevet en større positiv udvikling end kvinder, ligesom borgere med længere opholdslængde har oplevet tilsvarende gennemsnitlig større positiv udvikling. Endvidere har relativt mere belastede borgere oplevet en større positiv udvikling. Borgere uden en psykisk diagnose har desuden oplevet en større positiv udvikling i forhold til at kunne håndtere egen *boligsituation* sammenlignet med borgere med en psykisk diagnose. I bilag 2 fremgår en detaljeret oversigt over koblingen mellem modererende faktorer og udviklingen i borgernes situation.

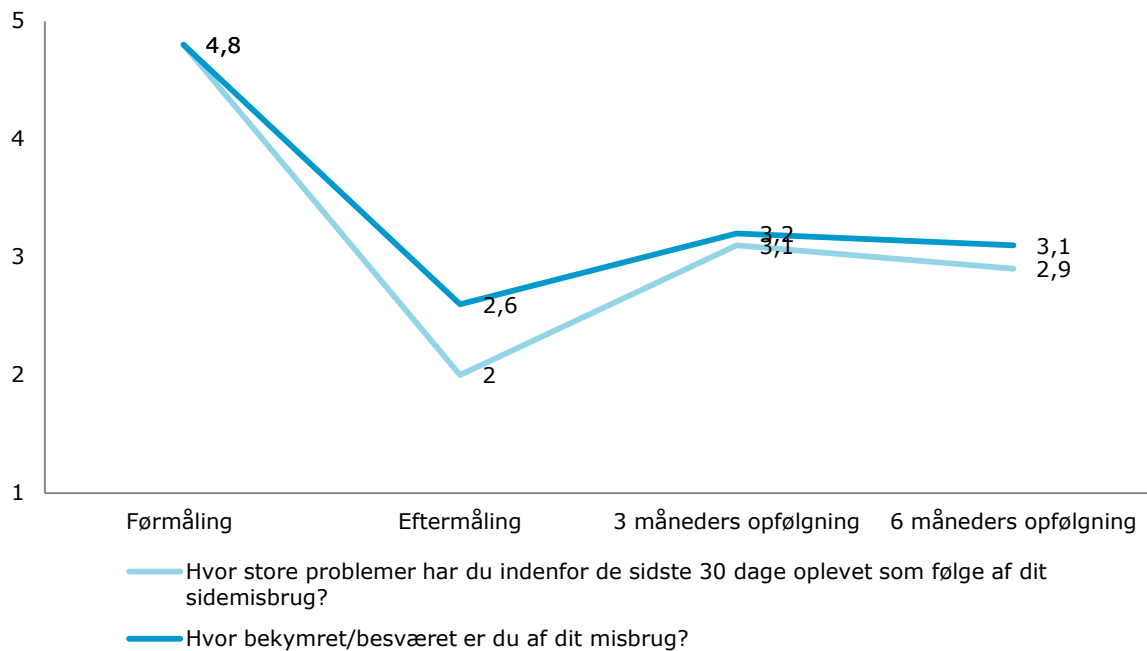
7.1.1 Borgernes stofmisbrugssituation

Borgere i målgruppen for akutkrisecenter er borgere med et kaotisk og langvarigt blandingsmisbrug. Det er således borgere, hvis hovedproblematik og dårlige livssituation udgøres af stofmisbruget. Det helt centrale formål med modellen er at støtte borgeren i en forandringsproces, som kan medvirke til at stabilisere borgernes stofmisbrug. På sigt skal det hjælpe borgerne til at være i stand at modtage livsforbedrende støtte, herunder eventuelt at kunne kontrollere, reducere eller ophøre med stofmisbruget.

Figuren nedenfor viser borgernes gennemsnitlige udvikling i belastningsgrad i form af problemer, bekymring og besvær med stofmisbruget. Dette er målt på en skala fra 0-5, hvor 5 er udtryk for højeste belastningsgrad.

Den lyseblå graf viser borgernes problemer med stofmisbrug de seneste 30 dage. Det ses, at borgerne har udviklet sig positivt fra opstart til afslutning af opholdet, svarende til en gennemsnitlig ændring på 2,8. Samtidig viser figuren, at borgernes problemer med stofmisbruget er stigende henholdsvis tre og seks måneder efter hjemkomst til hjemkommunen, men sammenlignet med udgangssituationen ved opstart på opholdet kan spores en gennemsnitlig positiv udvikling i borgernes stofmisbrugssituation. Således er borgerne fastholdt i store dele af den positive udvikling, der er gennemgående fra start til slut af opholdet på akutkrisecenter efter hjemkomst til hjemkommunen. Det samme billede viser sig, når vi ser på den gennemsnitlige udvikling i, hvor besværet borgerne er af deres stofmisbrug (den blå graf).

Figur 7-3 Borgernes stofmisbrugssituation og gennemsnitlig udvikling i belastningsgrad



Kilde: RMC-survey

Note: 5= højeste belastning/problem, 1=laveste belastning/problem

Note: Førmålingen viser borgerens belastning ved opstart af ophold på akutkrisecenter, mens eftermåling viser borgerens belastning ved afslutning af ophold på akutkrisecenter.

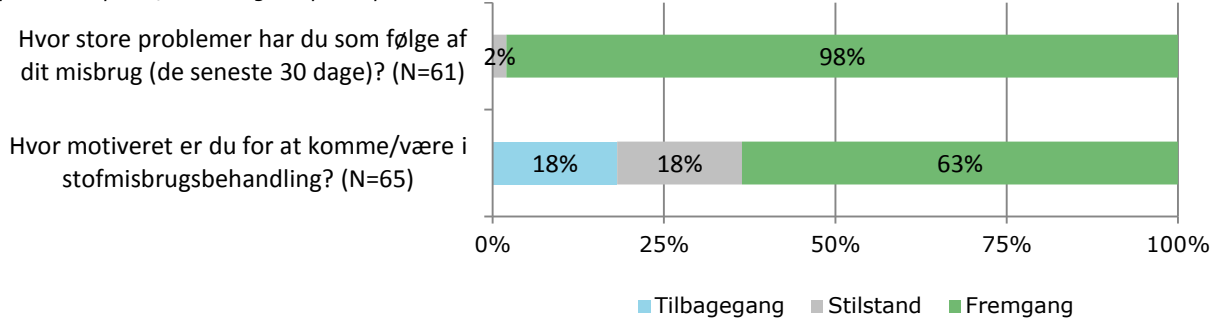
Evalueringens surveydata viser også den gennemsnitlige udvikling i borgernes motivation for forandring i form af motivation for stofmisbrugsbehandling. Igen tegnes et positivt billede, da der også her er sket en gennemsnitlig positiv udvikling som er størst, når vi sammenholder udgangssituationen med situationen ved afslutning af opholdet på akutkrisecenter (gennemsnitlig ændring på 1,2 på en skala fra 1-5). Opholdet har altså bidraget til at motivere borgeren for forandring, som kommer her kommer til udtryk i motivation for stofmisbrugsbehandling.

Den positive udvikling fastholdes imidlertid ved hjemkomst, da det ses, at borgerne tre og seks måneder efter opholdet stadig udtrykker en større motivation for stofmisbrugsbehandling sammenholdt med udgangspunktet fra før opholdet på akutkrisecenter. Modellen for akutkrisecenter skaber altså et mulighedsrum for hjemkommunerne i forhold til at reagere på borgernes øgede motivation for forandring.

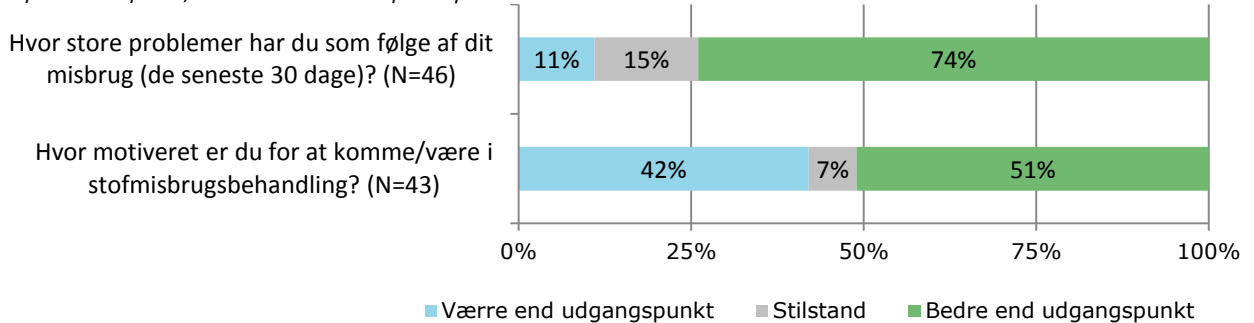
Figur 7-4 viser, hvor mange af borgerne, der har oplevet en positiv eller negativ udvikling. Den første del af figuren viser borgernes udgangssituation i forhold til afslutning af ophold på akutkrisecenter, mens den sidste del af figuren sammenholder udgangssituationen med situationen tre måneder efter hjemkomst til hjemkommunen. Figuren viser, at stort set alle borgere med ophold på akut krisecenter har oplevet en fremgang i deres stofmisbrugssituation, når vi sammenligner situationen inden opholdet med situationen ved afslutningen af opholdet. Endvidere ses det, at knap 65 pct. har oplevet en fremgang i deres motivation for stofmisbrugsbehandling. Ca. 20 pct. er mindre motiverede for stofmisbrugsbehandling ved endt ophold sammenlignet med udgangssituationen, mens knap 20 pct. ikke har oplevet nogen ændring i motivationen. For de to sidstnævnte grupper af borgere kan det på den ene side være udtryk for, at de under opholdet har udviklet sig i en grad, hvor de ikke længere oplever behov for stofmisbrugsbehandling. På den anden side, kan det være udtryk for, at opholdet på akutkrisecenter har "afskrækket" dem fra at ønske stofmisbrugsbehandling, eller simpelthen at borgerne i hjemkommunen oplever manglende koordination af den samlede indsats.

Figur 7-4 Borgere der har oplevet fremgang eller tilbagegang – stofmisbrugssituation

Opstart af ophold/afslutning af ophold på akutkrisecenter



Opstart af ophold/tre måneder efter ophold på akutkrisecenter



Kilde: RMC-survey

På lidt længere sigt, det vil sige tre måneder efter endt ophold, ses samme tendens. Dog er der sket en tilbagegang i forhold til udgangssituationen, da færre borgere har det bedre end i udgangspunktet, ligesom færre borgere er motiverede for stofmisbrugsbehandling tre måneder efter hjemkomst til hjemkommunen. På tværs af alle borgere er der altså samlet set sket en forbedring i borgernes stofmisbrugssituation. Vores surveydata kan her belyse, hvilke faktorer der indvirker på borgernes udvikling i denne.

Umiddelbart tegner evalueringen et billede af, at **mændene** har oplevet en signifikant større positiv udvikling, da de har oplevet en gennemsnitligt større ændring i stofmisbrugets problemomfang. Endvidere indikerer data, at **unge under 30 år** oplever en større positiv udvikling end borgere over 30 år, når vi ser på deres problem og besvær med stofmisbruget. Det kan være svært at pege på entydige forklaringer på denne forskel. En forklaring kan dog være, at unge under 30 år er mere motiverede for at skabe en ændring i deres livssituation, end borgere med et langvarigt stofmisbrug er det. Resultaterne viser også, at de unge ikke alene oplever en positiv udvikling i stofmisbrugssituationen, men de oplever også en større udvikling i motivationen for stofmisbrugsbehandling, både ved afslutning af opholdet på akutkrisecenter og tre måneder efter afslutning.

Boks 7-3 Faktorer med betydning for borgernes stofmisbrugssituation

Faktorer med betydning for borgernes stofmisbrugssituation

Signifikante forskelle

- Mænd har oplevet en større gennemsnitlig positiv udvikling end kvinder fra før til tre måneder efter opholdet på akutkrisecenter
- Borgere med en opholdslængde over den gennemsnitlige opholdslængde oplever en signifikant større positiv udvikling i deres besvær med stofmisbruget
- I de borgerforløb, hvor der har været tilstrækkelig koordination og samarbejde på tværs af akutkrisecenter og hjemkommuner – og mellem aktører i borgerens hjemkommune – oplever borgerne større positiv udvikling i deres problemer med stofmisbrug.
- En samlet høj grad af implementering af aktiviteter i fasen med brobygning og hjemkomst har en positiv indvirkning på borgernes gennemsnitlige positive udvikling i motivation for stofmisbrugsbehandling
- Borgere der har fået tilbudt social stofmisbrugsbehandling ved hjemkomst til hjemkommunen har oplevet en større positiv udvikling i motivationen for at være i stofmisbrugsbehandling, end borgere, der ikke er blevet tilbudt eller har taget imod behandling.

Data indikerer en forskel

- Unge under 30 år oplever mindre besvær med deres stofmisbrug efter tre måneder opholdet end borgere over 30 år
- Det tyder på, at borgere, der ikke er hjemløse, oplever en større udvikling i positiv retning end borgere, der er hjemløse.

Kigger vi på borgernes boligsituation, opholdslængde og koordineringen og implementeringen af indsatser til borgeren, ses også en række forskelle i den gennemsnitlige udvikling i stofmisbrugssituationen udtrykt ved borgernes belastningsgrad.

Både ved afslutning af opholdet på akutkrisecenter og tre måneder efter afslutning ses, at borgere, der **ikke er hjemløse**, har oplevet en større positiv udvikling i deres stofmisbrugssituation end borgere, der er hjemløse. Det peger i retning af, at det er centralt at få afklaret borgernes boligsituation for at kunne understøtte en positiv udvikling i borgernes stofmisbrugssituation, hvilket også understøttes af centrale undersøgelser af housing first-princippet¹⁷. En række undersøgelser dokumenterer også, at en væsentlig forudsætning for at understøtte en positiv udvikling blandt borgere med stofmisbrug og sociale problemer er at få afklaret deres boligsituation, da manglen på afklaring stiller borgeren i en udsat situation præget af stress og økonomiske vanskeligheder, som kan overskygge øvrige problematikker, herunder stofmisbrugsproblematikken.¹⁸

På tværs af borgerne er der også relativt store variationer i **længden af opholdet** på akutkrisecenter. Surveydata viser, at der er en signifikant forskel mellem borgere med henholdsvis kortere og længerevarende ophold, da borgere med et ophold længere end den gennemsnitlige opholdslængde har oplevet en signifikant større positiv ændring i deres besvær med stofmisbruget målt fra start til slut af opholdet. Ligeledes har borgeren med ophold længere end gennemsnitlig opholdslængden oplevet en signifikant større udvikling i deres motivation for stofmisbrugsbehandling. Det giver en indikation af, at opholdet på akutkrisecenter formår at nedbringe borgernes belastninger på stofmisbrugsområder, hvilket kan være det, der bidrager positivt til borgernes

¹⁷ Rambøll Management Consulting og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2013): Hjemløsestrategien

¹⁸ Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2011): *Fra hjemløshed til egen bolig*; Rambøll Management Consulting (2015): Evaluering af screenings- og udredningsmodeller til borgere med psykiske lidelser og samtidig misbrug og unge sindslidende med misbrug

motivation for yderligere stofmisbrugsbehandling. På sigt viser opfølgingsmålinger, at der ingen forskel er mellem de to grupper af borgere.

Graden af implementering i aktiviteter, særligt til understøttelse af fasen med brobygning og hjemkomst, har også en betydning for den gennemsnitlige udvikling i belastningen af borgernes stofmisbrug. I de borgerforløb, hvor kontakten mellem akutkrisecenter og hjemkommune er vurderet tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren, oplever borgerne en gennemsnitlig større positiv ændring i deres problemer og besvær med stofmisbrug. Evalueringen indikerer således, at kontakt og dialog med henblik på tidlig forberedelse af borgerens hjemkomst er væsentligt for at sikre en mere stabil stofmisbrugssituation for borgeren efter hjemkomsten. Ligeledes viser surveydata en større gennemsnitlig udvikling i stofmisbrugssituationen i de borgerforløb, hvor samarbejdet mellem aktører i borgerens hjemkommune samlet set er tilstrækkeligt koordineret. Det står også i tråd med de erfaringer, medarbejdere på det akutte krisecenter og i projektkommunerne udtrykker. De peger på, at den "virkningsfulde" brobygning og hjemkomst for borgeren er kendetegnet ved, at beredskabet for borgeren allerede udvikles og etableres undervejs i forløbet på akutkrisecenter. Tallene i bilag 2 peger også i retning af, at borgere der er blevet tilbudt eller har taget imod social stofmisbrugsbehandling efter hjemkomst til hjemkommunen, har oplevet en gennemsnitlig større positiv udvikling end borgere, der ikke er blevet tilbudt eller har taget imod behandling.

Endelig tegner evalueringen et billede af, at en høj grad af implementering i alle aktiviteter i fasen med brobygning og hjemkomst har en positiv betydning for borgernes motivation for stofmisbrugsbehandling. Ligeledes har borgere, der er blevet tilbudt eller har taget imod social stofmisbrugsbehandling tre måneder efter opholdet, en signifikant større motivation for behandlingen end borgere, der ikke er blevet tilbudt eller har taget imod social stofmisbrugsbehandling.

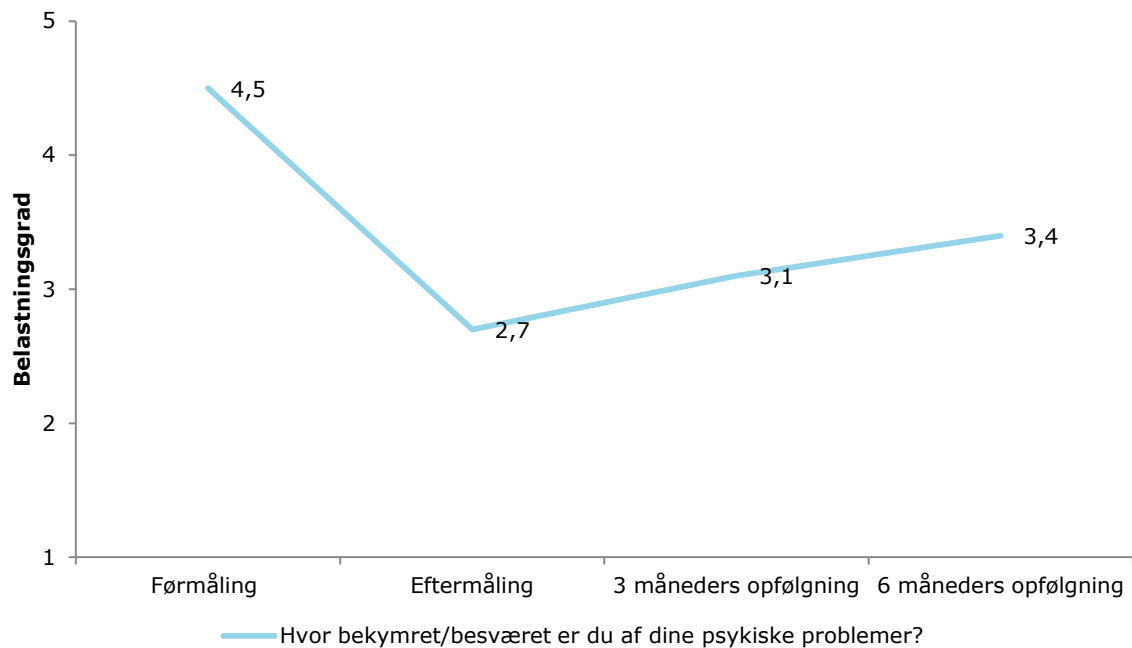
7.1.2 Borgernes psykiske situation

Borgere med stofmisbrug har en stærkt øget forekomst af psykiske lidelser. I kapitel fire beskrives, at 25 pct. af borgerne har en psykisk diagnose, ligesom det ses, at en stor andel af borgerne har psykiske vanskeligheder, eksempelvis i form af søvnbesvær, angst og depression. Undersøgelser viser også, at borgere med psykiske problemer ofte har et stort misbrug af rusmidler¹⁹.

Figuren nedenfor viser desuden, at borgerne ved opstart af opholdet på akutkrisecenter i meget høj grad er besværede af deres psykiske problemer. Det ses endvidere, at der efter opholdet på akutkrisecenter er sket en gennemsnitlig forbedring i borgernes psykiske problemer og besvær med dette svarende til et fald på 1,8 (fra 4,5 til 2,7) på en skala fra 0 til 5, hvor 5 udtrykker det højeste besvær med psykiske problemer.

¹⁹ Sundhedsstyrelsens (2014): Narkotikasituationen i Danmark

Figur 7-5 Borgernes psykiske situation og gennemsnitlig udvikling i belastningsgrad



Kilde: RMC-survey

Note: 5= højeste belastning/problem, 1=laveste belastning/problem

Note: Førmålingen viser borgerens belastning ved opstart af ophold på akutkrisecenter, mens eftermåling viser borgerens belastning ved afslutning af ophold på akutkrisecenter.

Samtidig ses det af figuren, at borgernes psykiske problemer efter hjemkomst til hjemkommunen vokser (fra 2,7 til 3,1 og 3,4). Således har det været udfordringen for hjemkommunerne at fastholde den positive udvikling, der kan spores i borgernes gennemsnitlige belastningsgrad i forhold til deres psykiske problemer. Sammenlignes borgernes situation henholdsvis tre og seks måneder efter hjemkomst med udgangssituationen, oplever borgerne dog, at den gennemsnitlige positive udvikling er fastholdt. Samlet set har akutkrisecentret således haft en positiv betydning for borgernes psykiske situation – en situation, der altså også fastholdes efter hjemkomst til hjemkommune, på trods af en mindre forværring i deres psykiske problemer.

I tabellen nedenfor kan vi se, inden for hvilke områder borgerne har haft de største psykiske problemer, herunder hvilken udvikling der kan spores inden for disse.

Tabel 7-1 Typer af psykiske problemer

| Hvor ofte oplever du... | Ophold på akutkrisecenter | | Efter hjemkomst | |
|---------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| | Førmåling | Eftermåling | 3 måneders opfølgning | 6 måneders opfølgning |
| At du har selvmordstanker | 3,1 | 1 | 2,2 | 1,8 |
| At du har angst | 4,1 | 1,5 | 2,8 | 2,5 |
| At du har stress | 4,6 | 2 | 3,2 | 2,8 |
| At du har søvnbesvær | 4,2 | 1,6 | 3 | 2,7 |

Kilde: RMC-survey

Note: 5= højeste belastning/problem, 1=laveste belastning/problem

Note: Førmålingen viser borgerens belastning ved opstart af ophold på akutkrisecenter, mens eftermåling viser borgerens belastning ved afslutning af ophold på akutkrisecenter.

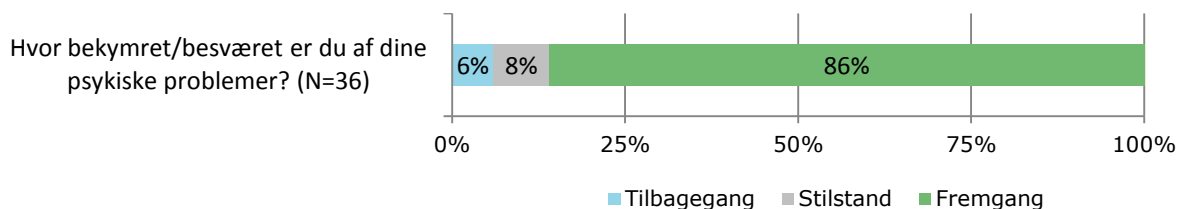
Tabellen viser, at borgerne har oplevet en positiv udvikling inden for de fire typer af psykiske problemer: Selvmordstanker, angst, stress og søvnbesvær. Igen er den gennemsnitlige ændring størst fra opstart af ophold til afslutning af ophold, men den positive udvikling fastholdes inden for alle fire områder henholdsvis tre og seks måneder efter hjemkomst til hjemkommunen.

Figuren nedenfor giver et billede af andelen af borgere, som har oplevet en fremgang eller tilbagegang inden for de psykiske forhold. Den første graf viser, at 86 pct. har oplevet en fremgang

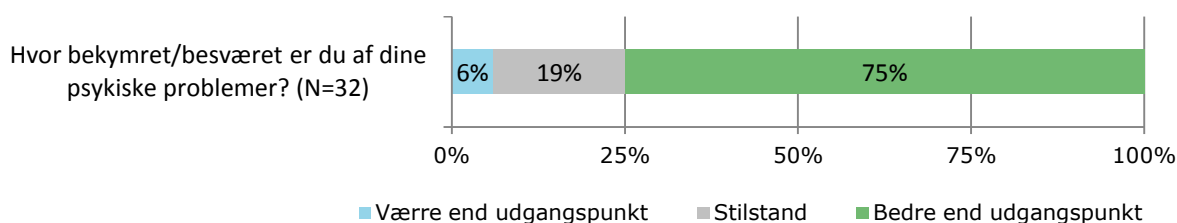
fra opstart til afslutning af opholdet. Det vil sige, at disse borgere har oplevet en forbedring af situationen.

Figur 7-6 Borgere, der har oplevet fremgang eller tilbagegang – psykisk situation

Opstart af ophold/afslutning af ophold på akutkrisecenter



Opstart af ophold/tre måneder efter ophold på akutkrisecenter



Kilde: RMC-survey

Sammenholder vi borgernes situation fra opstart af opholdet med situationen tre måneder efter hjemkomst til egen hjemkommune fremgår det ligeledes af figuren, at 75 pct. har det bedre end ved opstart af opholdet på akutkrisecenter. 20 pct. er i samme situation, som da opholdet startede, mens ganske få er i en værre psykisk situation end udgangspunktet. Samlet ses altså en gennemsnitlig positiv udvikling i borgernes psykiske belastningsgrad som led i gennemførelsen af modellen for akutkrisecenter, ligesom et flertal af borgerne har oplevet en positiv fremgang i situationen.

Evalueringen tegner et billede af, at hverken **køn** eller **alder** har haft en betydning for udviklingen i borgernes psykiske situation. Ligeledes er der heller ingen indikationer af, at borgernes **boligsituation**, **psykiske diagnose** eller **opholdslængde** har betydning for den gennemsnitlige positive udvikling. Der ses dog indikationer på, at borgernes **belastningsgrad** ved opstart på akutkrisecenter har en betydning for udviklingen i deres psykiske forhold. Det kommer til udtryk ved at borgere, der er relativt mindre belastede ud fra en faglig helhedsvurdering, oplever en gennemsnitligt større positiv udvikling i deres psykiske problemer, sammenlignet med borgere med en relativt større belastningsgrad. Sammenhængen mellem borgernes belastningsgrad ved opstart og udviklingen i denne i forhold til psykiske forhold kan give anledning til flere hypoteser.

På den ene side vil en hypotese være, at borgere med en større belastningsgrad i højere grad ville opleve en positiv udvikling, da mulighedsrummet for udviklingen er større end hos borgere med en relativt mindre belastningsgrad. Hertil kommer, at stabiliseringen måske i sig selv vil give udslag i effekter. På den anden side vil en omvendt hypotese være, at borgere med en relativt mindre belastningsgrad i højere grad oplever en positiv udvikling, da de er mindre belastede og dermed måske er "nemmere" at hjælpe i en positiv retning. Det er således svært at give entydige forklaringer på denne tendens.

Boks 7-4 Faktorer med betydning for borgernes psykiske situation

Faktorer med betydning for borgernes psykiske situation

Signifikante forskelle

- Borgere, der i udgangssituationen er kendetegnede ved at være relativt mindre belastede, oplever en større gennemsnitlig positiv udvikling i deres psykiske problemer end borgere, der er relativt mere belastede.

Data indikerer en forskel

- Evalueringen indikerer, at borgere, der lider af sygdomme som følge af stofmisbrug, har oplevet en gennemsnitligt mindre positiv udvikling i deres psykiske situation sammenlignet med borgere, der angiver, at de ikke lider af følgesygdomme. Dette ses når vi sammenligner udviklingen fra borgernes udgangssituation til tre måneder efter.

Surveydata viser også, at borgere, der har **sygdomme** som følge af stofmisbruget, har oplevet en gennemsnitligt mindre ændring i deres psykiske problemer fra opstart af opholdet til tre måneder efter opholdet, når vi sammenligner med gruppen af borgere, der ikke lider af sygdomme. Begge grupper af borgere har oplevet en positiv ændring, men den gennemsnitlige udvikling for førstnævnte gruppe svarer til en ændring på 1,2, mens ændringen for sidstnævnte gruppe svarer til 1,6. Denne forskel skal formentlig ses i lyset af, at borgere med sygdomme også er prægede af dette psykisk, da det kan være forbundet med dårlig trivsel, stress, angst og generelt ubehag, ligesom medicinsk behandling af fysiske sygdomme kan have indvirkning på borgernes psykiske situation. Det kan således være en større udfordring at forbedre borgernes psykiske situation, når de samtidig lider af sygdomme, som måske er ubehandlede eller har en stor indvirkning på borgernes hverdag.

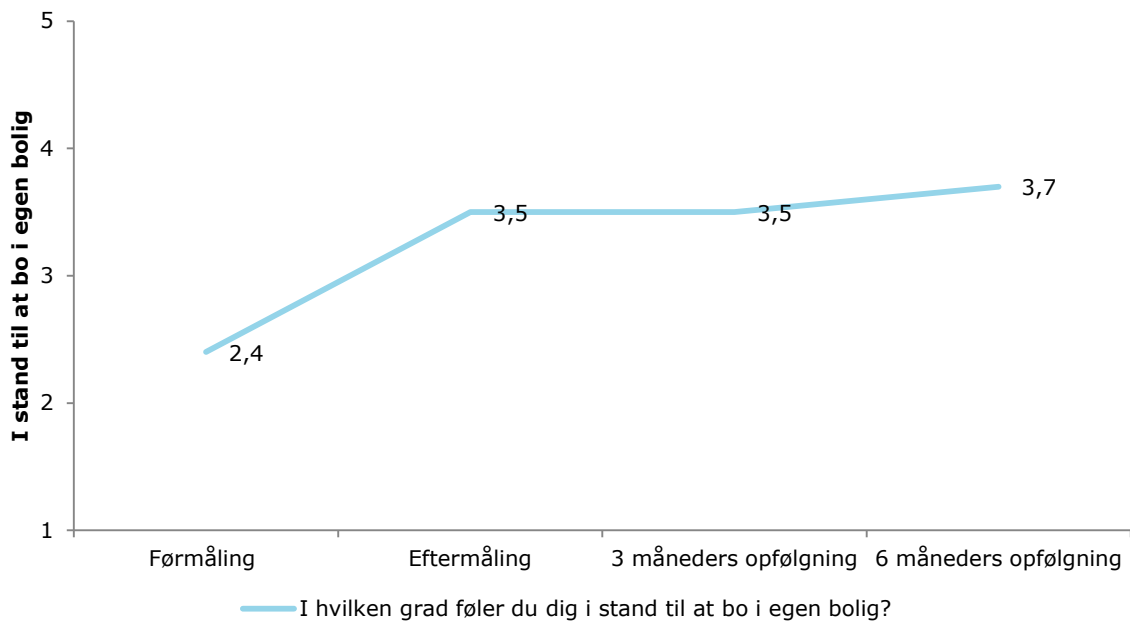
7.1.3 Borgernes boligsituation

Den nyeste hjemløsetælling viser, at knap 20 pct. af alle hjemløse har et misbrug af narkotika, ligesom knap 40 pct. har et misbrug af hash²⁰. Det indikerer, at der er en tæt sammenhæng mellem hjemløshed og stofmisbrug. Det kan gå begge veje, men et omfattende, langvarigt og kaotisk stofmisbrug sætter ofte borgeren i risiko for hjemløshed.

Evalueringen tegner et billede af borgernes boligsituation før og efter opholdet på akutkrisecenter, ligesom situationen tre og seks måneder efter opholdets afslutning fremgår. Figur 7-7 viser samme udviklingstendens hos borgerne, som det også ses i deres stofmisbrugssituation og psykiske situation. Således er borgerne ved opstart af opholdet på akutkrisecenter i mindre grad i stand til at bo i egen bolig end ved afslutningen af forløbet.

²⁰ Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2015): Hjemløshed i Danmark 2015

Figur 7-7 Borgernes boligsituation og gennemsnitlige udvikling i belastningsgrad



Kilde: RMC-survey

Note: 5= I meget høj grad, 1=Slet ikke

Note: Førmålingen viser borgerens belastning ved opstart af ophold på akutkrisecenter, mens eftermåling viser borgerens belastning ved afslutning af ophold på akutkrisecenter.

Efter opholdet ses en positiv udvikling svarende til knap 1,0 på skalaen fra 1 til 5. Denne positive udvikling fastholdes også efter borgernes hjemkomst til kommunen, hvor det ses, at borgerne i høj grad stadig oplever at være i stand til at bo i egen bolig. Erfaringerne blandt medarbejdere i projektkommunerne er, at en afgørende faktor for, at borgerne fastholdes og bliver i stand til at bo i egen bolig, er, at de får den rette støtte i overgangen til egen bolig eller stabilisering af boligsituationen. De peger på, at det kan være hensigtsmæssigt, at myndighedssagsbehandleren koordinerer en glidende overgang fra opholdet på akutkrisecenter til egen bolig ved eksempelvis at igangsætte en indsats med en bostøttemedarbejder.

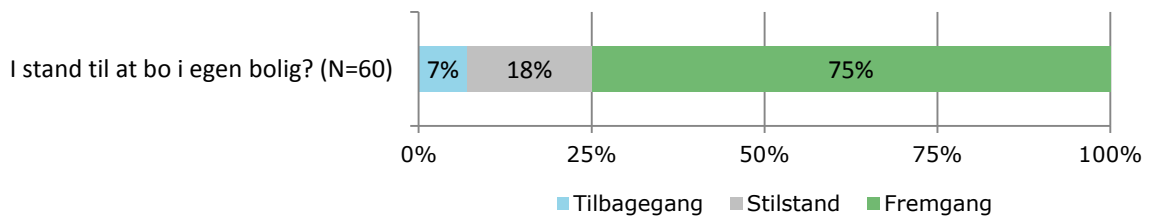
En undersøgelse gennemført af Det Nationale Forskningscenter for Velfærd peger også på, at udsigten til selvbestemmelse i egen bolig er afgørende for en stabil boligsituation, hvor det kan lykkes at fastholde borgeren i egen bolig og sikre, at borgeren er i stand til at bo i egen bolig. En anden vigtig faktor i de første skridt ud af hjemløshed eller ved fastholdelse i egen bolig er forskellige former for støtte til etablering i egen bolig. Mange af de borgere, som har haft ophold på akutkrisecenter, har måske manglende bo-egner og behov for støtte i forbindelse med etablering i egen bolig. Det kan være støtte i form af praktisk hjælp med at få købt ting til boligen, praktisk hjælp med at få styr på forskellige forhold ved indflytning, eksempelvis post og regninger samt økonomisk hjælp blandt andet i etableringsfasen²¹.

Figuren nedenfor viser, hvor stor en andel af borgerne, der har oplevet en fremgang eller tilbagegang i forhold til at kunne håndtere egen boligsituation.

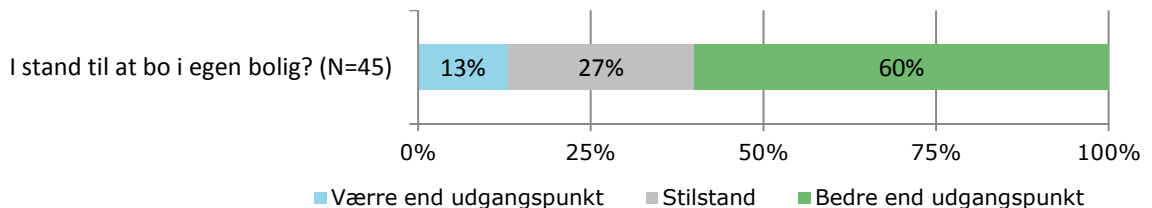
²¹ Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2011): *Fra hjemløshed til egen bolig*.

Figur 7-8 Borgere, der har oplevet fremgang eller tilbagegang - boligsituation

Opstart af ophold/afslutning af ophold på akutkrisecenter



Opstart af ophold/tre måneder efter ophold på akutkrisecenter



Kilde: RMC-survey

I tråd med den gennemsnitlige positive ændring i borgerens evne til at være i stand til at bo i egen bolig ses det af figuren, at 75 pct. oplever en fremgang i forhold til at håndtere egen bolig-situation, når situationen inden start på opholdet sammenlignes med situationen efter opholdet på akutkrisecenter. Knap 20 pct. oplever ingen udvikling, mens knap 5 pct. føler sig mindre i stand til at bo i egen bolig. Nogenlunde samme billede ses, når vi sammenligner borgernes situation tre måneder efter opholdet med situationen ved opstart af ophold. Dog er det lidt færre, der føler sig i stand til at bo i egen bolig tre måneder efter afslutningen af forløbet.

Samlet tegnes altså et billede af, at opholdet på akutkrisecenter har medvirket til en positiv udvikling i borgerens evne til at bo i egen bolig. Flere undersøgelser viser, at en stabilisering af borgerens boligsituation er én blandt flere vigtige forudsætninger for at arbejde med borgernes stofmisbrug og øvrige problematikker. De positive resultater fra modellen for akutkrisecenter i forhold til at få styrket borgernes boligsituation giver således hjemkommunerne gode muligheder for at få arbejdet med borgernes samlede problematikker.

Evalueringen viser også, hvilke forhold der har en betydning for udviklingen i borgernes boligsituation. Data indikerer, at borgere med en **psykisk diagnose** i mindre oplever en positiv udvikling i forhold til at være i stand til at bo i egen bolig sammenlignet med borgere uden en psykisk diagnose. Begge borgergrupper har udviklet sig i positiv retning, men den største gennemsnitlige udvikling kan ses hos borgere uden en psykisk diagnose. Det er svært at finde entydige forklaringer på denne forskel.

Boks 7-5 Faktorer med betydning for borgernes boligsituation

Faktorer med betydning for borgernes boligsituation

Data indikerer forskelle

- Borgere med en psykisk diagnose oplever tre måneder efter opholdet en gennemsnitlig mindre udvikling i forhold til at være i stand til at bo i egen bolig, sammenlignet med borgere uden en psykisk diagnose.

En forklaring kan være, at borgere med en psykisk diagnose og svære psykiske problemer er i større risiko for at skabe problemer med eksempelvis naboer, da deres psykiske problemer kan medvirke til adfærd, der er til gene for andre. Rambølls igangværende undersøgelse af isolerede

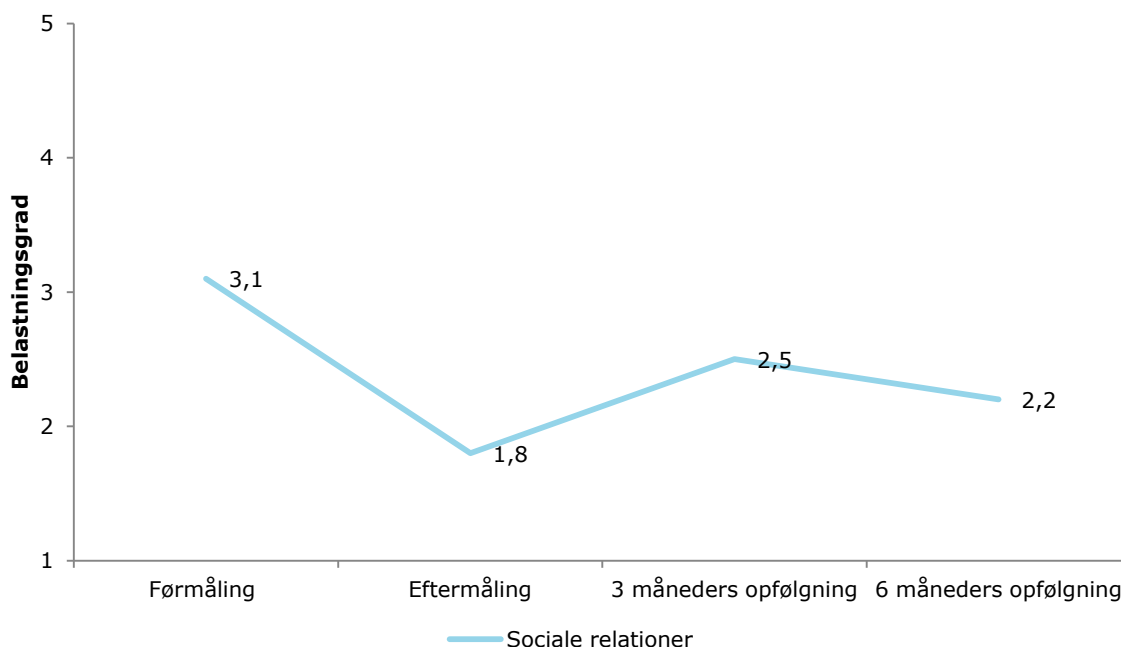
sindslidende i egen bolig viser, at det ofte er naboer, der er med til at spotte disse borgere, da de oplever, at borgerne laver meget støj eller bor under uhensigtsmæssige forhold. Problemer med naboer kan således være en mulig forklaring på, at borgere med en psykisk diagnose i mindre grad føler sig i stand til at bo i egen bolig. Det kan også være et udtryk for, at deres psykiske lidelse i sig selv gør, at de har det dårligt i boligen, eller måske oplever ensomhed og utryghed.

Endeligt kan det være, at borgere med en psykisk diagnose og med samtidigt misbrug har behov for mere intensiv støtte i forhold til fastholdelse og sikring af stabilitet i boligsituationen, herunder eksempelvis mere hjælp til at administrere økonomi, praktiske opgaver og en livsline i form af en bostøttemedarbejder.

7.1.4 Borgernes sociale forhold

Nedenfor kan vi se udviklingen i borgernes sociale forhold, herunder borgernes involvering i konflikter, vold samt udfordringer i forhold til samvær med andre.

Figur 7-9 Problemer med sociale forhold og gennemsnitlig udvikling i belastningsgrad



Kilde: RMC-survey

Note: 5= højeste belastning/problem, 1=laveste belastning/problem

Note: Førmålingen viser borgerens belastning ved opstart af ophold på akutkrisecenter, mens eftermåling viser borgerens belastning ved afslutning af ophold på akutkrisecenter.

Igen ses en positiv udvikling af borgerens involvering i arbejdet med modellen for akutkrisecenter. Således har borgerne gennemsnitligt oplevet en ændring i belastningsgraden i deres sociale forhold på 1,3 fra opstart til afslutning af opholdet. Belastningsgraden er svagt stigende efter hjemkomst til egen hjemkommune, men stadig lavere end da borgerne blev indskrevet på det akutte krisecenter.

Tabellen nedenfor viser situationen inden for forskellige områder af borgernes sociale forhold. For det første ses det, at borgerne oftere oplever konflikter og vanskeligheder ved at deltage i samvær med andre, når det sammenlignes med, hvorvidt borgerne er involverede i vold, trusler og overgreb, enten mod andre eller rettet mod dem selv.

Tabel 7-2 Områder inden for borgerens sociale forhold

| Hvor ofte oplever du... | Ophold på akutkrisecenter | | Efter hjemkomst | |
|--|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| | Førmåling | Eftermåling | 3 måneders opfølgning | 6 måneders opfølgning |
| At du kommer i konflikt med andre | 3,3 | 2,1 | 2,8 | 2,6 |
| At du udøver vold, trusler og/eller overgreb på andre | 2,7 | 1,4 | 2,1 | 1,6 |
| At du bliver udsat for vold, trusler og/eller overgreb fra andre | 2,9 | 1,4 | 2,3 | 1,9 |
| At du har vanskeligt ved at deltage i samvær med andre | 3,4 | 2,2 | 3 | 3 |

Kilde: RMC-survey

Note: 5= højeste belastning/problem, 1=laveste belastning/problem

Note: Førmålingen viser borgerens belastning ved opstart af ophold på akutkrisecenter, mens eftermåling viser borgerens belastning ved afslutning af ophold på akutkrisecenter.

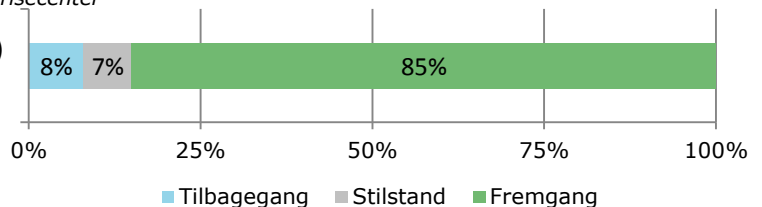
Billedet er dog, at borgerne har udviklet sig positivt inden for alle fire områder af sociale forhold, der er dokumenteret som led i evalueringen. Ligeledes ses det, at den største ændring er sket fra opstart til afslutning af opholdet, men at situationen tre måneder efter opholdet stadig er bedre end forud for opholdet på akutkrisecenter.

Figuren nedenfor viser, hvor mange borgere der har oplevet en fremgang eller tilbagegang i deres sociale forhold. Det fremgår, at 85 pct. har oplevet en fremgang, mens 15 pct. har oplevet stilstand eller tilbagegang, forstået som en negativ udvikling inden for de områder, der udgør borgerens sociale forhold. Ser vi på forskelle i borgerens situation fra opstart af opholdet til tre måneder efter opholdet fremgår det, at knap 55 pct. har bedre sociale forhold end udgangspunktet. Dog er det knap 40 pct. af borgerne, der oplever, at deres sociale forhold er værre end udgangspunktet.

Figur 7-10: Borgere, der har oplevet fremgang eller tilbagegang – sociale forhold

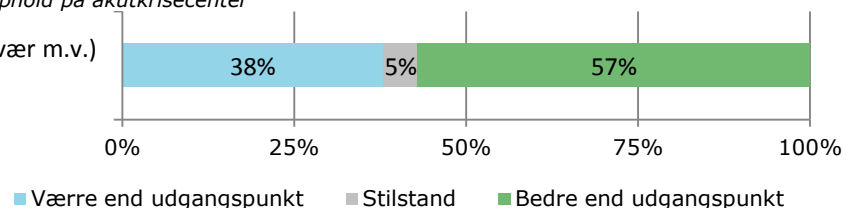
Opstart af ophold/afslutning af ophold på akutkrisecenter

Sociale forhold (konflikt, vold, samvær m.v.)
(N=59)



Opstart af ophold/tre måneder efter ophold på akutkrisecenter

Sociale forhold (konflikt, vold, samvær m.v.)
(N=42)



Kilde: RMC-survey

Det tyder på, at selvom den gennemsnitlige ændring i borgernes sociale forhold er positiv samlet set (jf. figur 7-9), så er der altså relativt mange borgere, der oplever et tilbagefald i deres sociale forhold efter hjemkomst til hjemkommunen, som enten er på niveau med eller værre end udgangspunktet ved opstart på akutkrisecenter.

I tilknytning til ovenstående tegner evalueringen et billede af, at **mænd** har oplevet en signifikant større gennemsnitlig positiv udvikling i deres sociale forhold end **kvinder**, ligesom borgere med en **opholdslængde** over gennemsnittet har gennemgået en større udvikling end borgere med ophold under gennemsnitlængden.

Boks 7-6 Faktorer med betydning for borgernes sociale situation

Faktorer med betydning for borgernes sociale situation

Signifikante forskelle

- Mænd oplever en større positiv udvikling end kvinder
- Borgere med en opholdslængde længere end den gennemsnitlige opholdslængde har gennemgået en større udvikling end borgere med ophold under gennemsnitslængden
- Borgere med en relativt højere belastningsgrad vurderet på baggrund af faglighed helhedsvurdering, har tre måneder efter opholdet på akutkrisecenter oplevet en gennemsnitlig større positiv udvikling.

Endeligt indikerer evalueringen, at borgere, der er relativt mere belastede ud fra en faglig helhedsvurdering, oplever en gennemsnitligt større positiv udvikling i deres sociale forhold, sammenlignet med borgere med en relativt større belastningsgrad.

7.2 Systemeffekter

I dette afsnit tegner evalueringen et billede af de såkaldte systemeffekter. Vi ser her på borgernes udvikling i forbruget af sundhedsydelser for at belyse, om modellen for akutkrisecenter har haft en betydning for borgernes kontakt til den regionale behandlingspsykiatri og alment praktiserende læge, som et udtryk for en udvikling i borgernes sundhedstilstand.

Boks 7-7: Måleforhold – evaluering af systemeffekter

“Måletekniske” detaljer i evalueringen af systemeffekter

Evalueringen af såkaldte systemeffekter er baseret på registerdata på individniveau. Det vil sige, at der for alle borgere, der har været involverede i afprøvningen af modellen for akutkrisecenter, er trukket oplysninger fra centrale danske registre. Borgernes situation i forhold til brug af sundhedsydelser og kriminelle forhold og udviklingen heri er målt over tid. Helt konkret ser vi på borgerens situation fra 12 måneder før opholdet på akutkrisecenter til 15 måneder efter borgerens startdato på akutkrisecenter. I evalueringen har vi en række nedslagspunkter, der betyder, at vi belyser situationen hvert kvartal imellem de to yderpunkter. Det vil sige 0-3 måneder, 3-6 måneder, 6-9 måneder og 9-12 måneder *før* borgerens opstart af ophold på akutkrisecenter samt 0-3 måneder, 3-6 måneder, 6-9 måneder og 9-12 måneder *efter* opstart af ophold på akutkrisecenter.

Endvidere belyser evalueringen modellens betydning for borgernes kriminelle forhold, herunder antal sigtelser og typen af sigtelser. I evalueringen af effekter på de nævnte måleparametre er der ikke etableret en kontrolgruppe, og det er derfor ikke muligt at sige noget om, hvorvidt eventuelle effekter ville have været indtruffet under alle omstændigheder. Med andre ord skal data læses med øje for, at vi ikke fuldt ud kan isolere effekten af modellen for akutkrisecenter i forhold til brug af sundhedsydelser og kriminelle forhold, da effekten kan skyldes andre forhold end opholdet på akutkrisecenter og den efterfølgende støtte i hjemkommunen.

Tabellen nedenfor giver et hurtigt overblik over udviklingen i borgernes forbrug af sundhedsydelser og kriminelle forhold fra før til efter opholdet på akutkrisecenter.

Tabel 7-3 systemeffekter

| Effektområder | Udvikling |
|--|---|
| Kontakt med og indlæggelser i den regionale behandlingspsykiatri | Fald i antal kontakter med og indlæggelser i den regionale behandlingspsykiatri |
| Kontakt med alment praktiserende læge | Ingen systematiske forskelle |
| Kriminelle sigtelser | Fald i antal borgere med sigtelser |

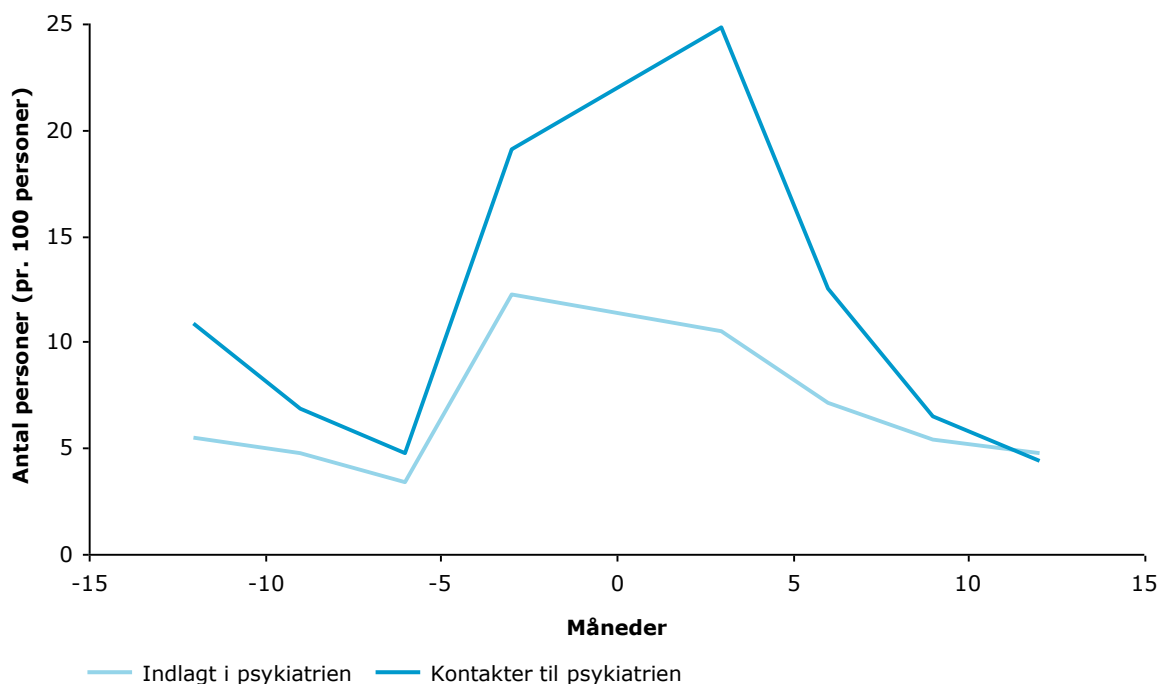
7.2.1 Brug af sundhedsydelser

Figuren nedenfor tegner et billede i udviklingen af dels antal ambulante kontakter til den regionale behandlingspsykiatri, dels antal indlæggelser samme sted.

På baggrund af figuren ses en tendens i retning af en stor stigning i antal kontakter til den regionale behandlingspsykiatri i tiden op til, at borgerne starter ophold på akutkrisecenter (blå graf). Stigningen toppe i perioden 0 til 3 måneder efter opstart af opholdet. Samlet kan det forstås således, at ca. 25 ud af 100 borgere har været i kontakt med den regionale behandlingspsykiatri i denne periode. Stigningen giver en indikation af borgernes akutte situation op til opholdet på det akutte krisecenter, hvis kontakt til den regionale behandlingspsykiatri tolkes som et udtryk for et stort behov for støtte blandt borgerne.

Efter opholdet på akutkrisecenter ses en tendens til et fald i antallet af kontakter med den regionale behandlingspsykiatri, startende fra 3 måneder efter opstart af opholdet frem til 12 måneder efter opstart. I perioden 9 til 12 måneder efter opholdet svarer antallet af kontakter til den regionale behandlingspsykiatri til, at knap 5 ud af 100 borgere har haft kontakt.

Figur 7-11: Udviklingen i antallet af kontakter og indlæggelser til den regionale psykiatri



Note: Danmarks Statistik: Landspatientregistret indlæggelser (LPRPOP).

Figuren viser antallet af kontakter og indlæggelser, målgruppen i gennemsnit har haft til den regionale psykiatri (pr. 100 personer) inden for hvert kvartal. Udviklingen over tid er konstrueret som nedslag i hvert kvartal 0-3, 3-6, 6-9 og 9-12 måneder før personerne starter i akutkrisecentret, og 0-3, 3-6, 6-9, 9-12 og 12-15 måneder efter personerne er startet i akutkrisecentret.

Antallet af borgere, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: 0 til 12 måneder: N=147, 0-3 måneder: N=133, 3-6 måneder: N=122, 6-9 måneder: N=93, 9-12 måneder: N=69.

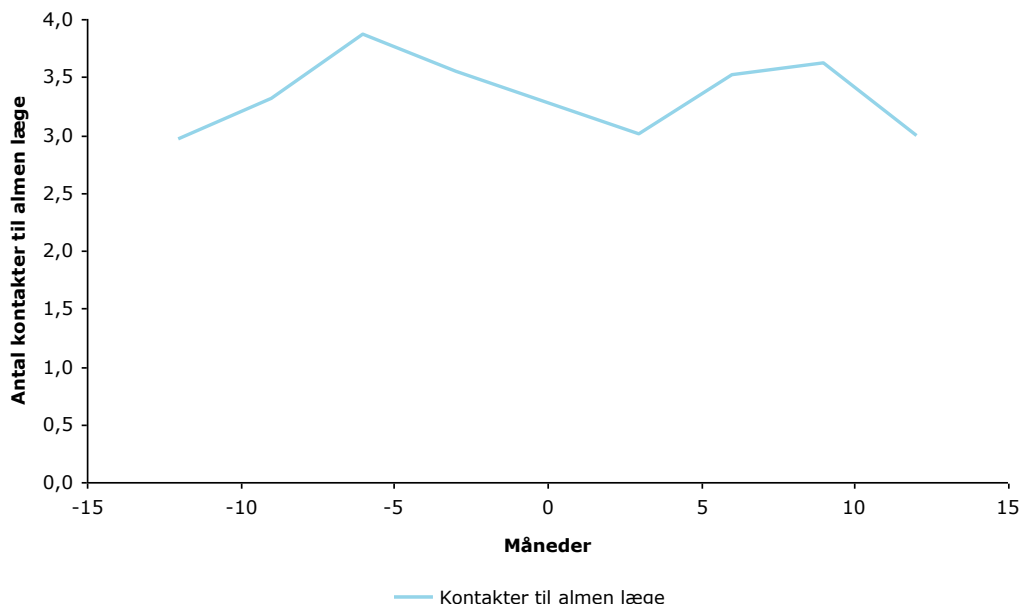
I figuren kan vi også ses udviklingen i antallet af borgere, der har været indlagt i den regionale behandlingspsykiatri (lyseblå graf). Tendensen er her den samme som udviklingen i antallet af kontakter. Således kan der spores en stigning i antallet af borgere indlagt i perioden 3 til 6 måneder før opstart af ophold på akutkrisecenter, når vi sammenligner med antallet af kontakter i

perioden op til 6 måneder før opstart af ophold på akutkrisecenter. Antallet af indlæggelser top- per i perioden 6 til 3 måneder før ophold, da ca. 12 ud 100 borgere har været indlagt i perioden (mod fem ud af 100 borgere i perioden 9 til 12 måneder før opstart af ophold på akutkrisecen- ter). Det understøtter erfaringerne blandt medarbejdere på akutkrisecenter og i projektkommun- ner, og det indikerer, at vi har at gøre med en borgergruppe i en akut og ustabil situation, hvor behov for indlæggelse til behandling i den regionale behandlingspsykiatri kan være nødvendigt. Rettes blikket mod situationen under og efter opholdet på akutkrisecenter viser figuren, at antal- let af indlagte borgere er faldende, og i perioden 9 til 12 måneder efter indsatsen er det ca. 6 ud 100 borgere, der har haft en indlæggelse i den regionale behandlingspsykiatri. Evalueringen indi- kerer altså, at der sker et relativt kraftigt fald i antal borgere med indlæggelse, når vi sammen- ligner situationen efter ophold på akutkrisecenter med perioden op til opholdet.

Det kan være vanskeligt at fortolke entydigt, om faldende brug af behandlingspsykiatriske tilbud skal ses som positivt eller negativt i forhold til de mest socialt udsatte borgere med stofmisbrug. Umiddelbart vil en fortolkning være, at det faldende brug af sådanne tilbud er positivt, da det kan være udtryk for, at borgerne har fået stabiliseret og arbejdet med deres psykiske problemer og derfor har behov for mindre kontakt med behandlingspsykiatrien end før opholdet på akutkrise- center. Omvendt kan et fald i brugen af tilbuddene i den regionale behandlingspsykiatri også tolkes negativt, da det kan være udtryk for, at borgerne med psykiske problemer ikke er nået længere i deres erkendelsesproces om behovet for hjælp. Ydermere kan det skyldes, at borgerne har opnået større tillid til det etablerede system eller fået mere viden om, hvilke tilbud de poten- tielt vil kunne profitere af.

Vi har også set på udviklingen i kontakten til alment praktiserende læge, da det kan give en indi- kation af borgernes sundhedssituation. Samlet set viser data her, at der både før og efter ophold på akutkrisecenter er en relativt jævn kontakt med alment praktiserende læge. Det svinger mel- lem tre til fire kontakter for hver borger i kvartalet.

Figur 7-14: Udviklingen i antallet af kontakter til almen læge



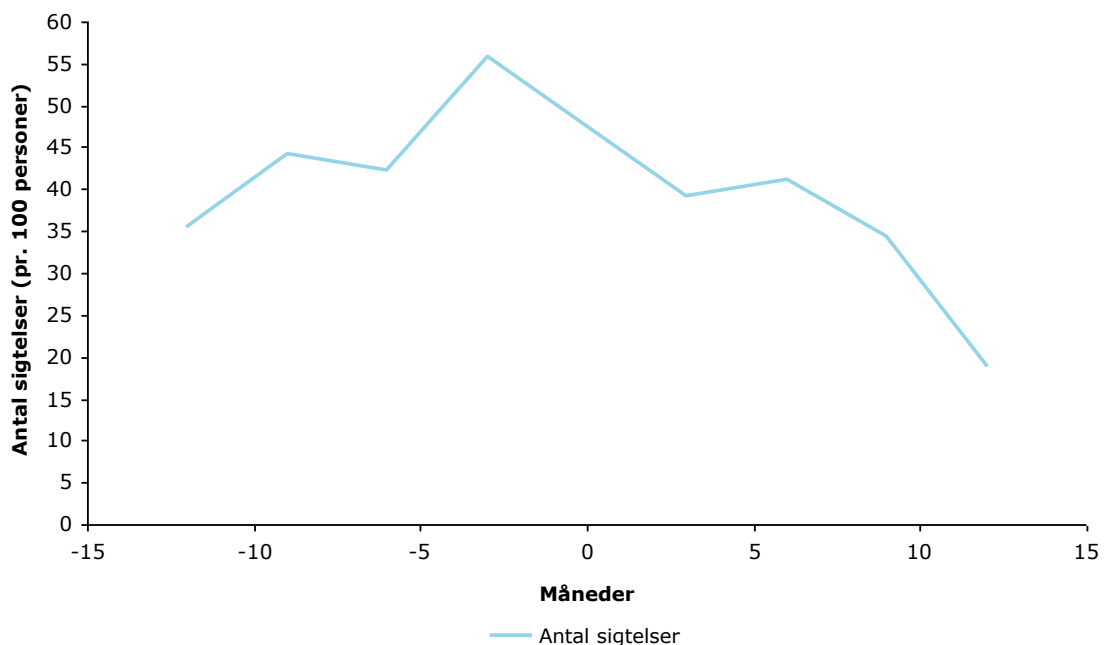
Note: Danmarks Statistik: Sygesikringsregisteret (SSSY).
 Figuren viser antallet af kontakter, målgruppen i gennemsnit har haft til den almene læge indenfor hvert kvartal. Udviklin- gen over tid er konstrueret som nedslag i hvert kvartal 0-3, 3-6, 6-9 og 9-12 måneder før personerne starter i akutkrise- centret og 0-3, 3-6, 6-9, 9-12 og 12-15 måneder efter personerne er startet i akutkrisecentret.
 Antallet af borgere, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: 0 til -12 måneder: N=147, 0-3 månede- der: N=133, 3-6 måneder: N=122, 6-9 måneder: N=93, 9-12 måneder: N=69.

Det er således vanskeligt at konkludere entydigt på borgernes brug af alment praktiserende læge, da billedet ikke viser nogen systematiske forskelle i udviklingen fra før ophold på akutkrise-center til efter opholdet.

7.2.2 Kriminelle forhold

Det er erfaringen blandt medarbejdere på akutkrisecenter og i projektkommunerne, at borgere i målgruppen for modellen for akutkrisecenter er i en livssituation, hvor kriminalitet for mange er vejen frem til understøttelse af deres stofmisbrug. Således vil forventningen være, at borgerne har relativt mange sigtelser på grund af forskellige former for kriminalitet. Figur 7-15 viser antallet af kriminelle sigtelser blandt borgerne henholdsvis før og efter opstart på akutkrisecenter. For det første viser figuren, at antallet af sigtelser er relativt højt. Eksempelvis svarer antallet af sigtelser til, at 40 ud af 100 borgere med ophold på akutkrisecenter blev sigtet i perioden 12 måneder før opholdet på det akutte krisecenter. Dette tal er stigende frem mod 3 til 6 måneder før opstart af ophold på centret, hvor antallet af sigtelser ca. svarer til, at 65 ud af 100 borgere i perioden blev sigtet for kriminelle forhold. Det vil sige, at næsten to ud af tre borgere har været på akutkrisecenter. Dette vidner om en markant eskalering af borgernes akutte situation i perioden op til opstart af ophold på akutkrisecenter.

Figur 7-15: Udviklingen i antallet af sigtelser



Note: Danmarks Statistik: Kriminalstatistik afgørelser (KRAF) og Kriminalstatistik sigtelser (KRSI).

Figuren viser antallet af sigtelser (pr. 100 personer) indenfor hvert kvartal. Udviklingen over tid er konstrueret som nedslag i hvert kvartal 0-3, 3-6, 6-9 og 9-12 måneder før personerne starter i akutkrisecentret og 0-3, 3-6, 6-9, 9-12 og 12-15 måneder efter personerne er startet i akutkrisecentret.

Antallet af personer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: 0 til -12 måneder: N=147, 0-3 måneder: N=133, 3-6 måneder: N=112, 6-9 måneder: N=93, 9-12 måneder: N=69.

Figuren viser også, at der sker et drastisk fald i antal sigtelser i perioden fra opstart af ophold på akutkrisecenter til frem mod 15 måneder efter opstart, hvor antallet af sigtelser falder til, at blot 14 ud 100 borgere med ophold på akutkrisecenter er blevet sigtet. Tallene for sigtelser blandt borgerne peger altså i retning af, at modellen for akutkrisecenter har haft en positiv effekt på borgernes kriminelle forhold. En umiddelbar forklaring på denne positive udvikling kan være, at borgerne i takt med den positive udvikling i deres samlede situation, og især stofmisbrugssituationen, i mindre grad har behov for at begå kriminalitet i forbindelse med deres stofmisbrug.

8. ANBEFALINGER

I dette kapitel præsenteres anbefalinger til det fremtidige arbejde med modellen for akutkrise-center. Anbefalingerne tager udgangspunkt i evalueringens fund samt resultater og anbefalinger fra øvrige undersøgelser inden for beslægtede områder.

Anbefalingerne retter sig mod:

- Fasen inden opholdet på akutkrisecenter
- Opholdet på akutkrisecenter
- Fasen efter opholdet på akutkrisecenter

8.1 Inden opholdet på akutkrisecenter

Forud for opholdet på akutkrisecenter pågår et opsporingsarbejde i kommunerne, hvor relevante medarbejdere spotter de borgere, der er i en akut situation, og hvor et ophold på akutkrisecenter kan være relevant. I forhold til fasen inden opholdet knytter anbefalingerne sig til følgende temaer:

- At der tages de nødvendige skridt til en opkvalificering af medarbejdere i kommunerne i at kunne spotte akutte og livstruede borgere, eksempelvis via en styrkelse og udbredelse af spotterkurser, som i projektperioden er gennemført i regi af Landsforeningen af Væresteder.
- At der i det fremadrettede arbejde med målgruppen tages højde for, at en vigtig drivkraft i arbejdet med denne er, at der er mulighed for hurtigt og effektivt, at kunne reagere på borgerens akutte og livstruende situation samt mulighed for i en periode at trække borgeren væk fra sit miljø.

I det følgende vil baggrunden for og indholdet i anbefalingerne blive uddybet.

Opkvalificering af medarbejdere i kommunen i at spotte akutte og livstruede borgere

Evalueringen viser, at medarbejdere i projektkommunerne til tider har været udfordret i at spotte borgere i målgruppen og indkredse de særlige karakteristika, der gælder for de mest akutte og livstruede borgere.

I et fremtidigt arbejde med en model for akutkrisecenter anbefales det, at der tages initiativer til at ruste medarbejdere i kommunerne til i højere grad at kunne spotte de borgere, der har behov for akut hjælp. Det kan handle om, at spotterfunktionen er tværfagligt bredt forankret, eksempelvis i form af spottere fra væresteder, stofindtagelsesrum, bostøtten og forsorgshjem. Det kan også handle om, at disse medarbejdere har de nødvendige forudsætninger for at kunne spotte borgerne. I den forbindelse er det relevant at kigge nærmere på, hvordan medarbejderne opkvalificeres og får viden om de særlige karakteristika ved målgruppen, eksempelvis ved at styrke og udbrede de spotterkurser, der allerede i projektperioden er gennemført i regi af Landsforeningen af Væresteder, og hvor formålet har været at klæde medarbejdere i projektkommunerne på til at kunne spotte borgere i en akut og livstruende situation.

Samtidigt er det vigtigt, at være opmærksom på værestedernes centrale rolle i arbejdet med at spotte borgerne, da de er et omdrejningspunkt for mange af borgerne.

Mulighed for at handle hurtigt og effektivt på borgerens akutte og livstruende situation

Evalueringen konkluderer, at borgerne er i en så ustabil, akut og livstruende situation inden opholdet på akutkrisecenter, at det kan være afgørende, at borgerne i en periode kommer væk fra det miljø, de normalt opholder sig i. I den forbindelse viser evalueringen, at det har været væsentligt at kunne handle hurtigt og effektivt på borgerens situation, når de er motiverede for hjælp. Muligheden for hurtigt at kunne blive indskrevet på akutkrisecenter har for mange borgere

været det, der har afvendt den akutte, eskalerende og livstruende situation, de har befundet sig i.

I det fremadrettede arbejde med målgruppen anbefales det, at der tages højde for – og at erfaringerne videreføres -, at en vigtig drivkraft i arbejdet med denne er, at der kan reageres hurtigt og effektivt på borgerens akutte og livstruende situation samt mulighed for i en periode at trække borgeren væk fra sit miljø.

8.2 **Opholdet på akutkrisecenter**

Opholdet på akutkrisecenter er kernen i modellen for akutkrisecenter. Nedenstående anbefalinger til et fremtidigt arbejde med en model for akutkrisecenter centrerer omkring følgende temaer:

- At de gode erfaringer med, at et ophold på et afskærmet omsorgs- og stabiliseringstilbud skaber den fornødne ro for borgerne, som er med til at afvende den akutte og livstruende situation videreføres i indsatser til de mest udsatte borgere med stofmisbrug
- At de gode erfaringer med, at en stabiliserings- og opbygningsindsats på et akutkrisecenter skaber en positiv udvikling i borgernes samlede situation videreføres i indsatser til de mest udsatte borgere med stofmisbrug, herunder med inspiration i anvendte metoder til stabilisering og De små skridts metode, som er udgangspunktet for indsatsen.
- At der i starten af opholdet på akutkrisecenter sker en forventningsafstemning med borgeren om, hvilken type tilbud akutkrisecenter er, så det sikres, at borgeren ikke går ind i tilbuddet med en forventning om, at de vil modtage stofmisbrugsbehandling
- At det afsøges, hvad der særligt kendetegner de borgere, som uplanlagt falder fra opholdet på akutkrisecenter
- At der i modellen arbejdes videre med de gode erfaringer i forhold til at etablere tydelige arbejdsgange for overlevering af borgere fra hjemkommune til akutkrisecenter, så den "gode" overlevering af borgerne sikres og fastholdes
- At der tidligt under opholdet på akutkrisecenter og i et samarbejde mellem borgeren, akutkrisecenter og hjemkommune tages initiativer til at klargøre et beredskab af relevant støtte til borgerens hjemkomst.

I det følgende vil baggrunden for og indholdet i anbefalingerne blive uddybet.

Videreførelse af gode erfaringer med at afvende borgerens akutte krisesituation

Evalueringen viser, at et lavtærskeltilbud for socialt udsatte borgere med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og til tider livstruende krisesituation, skaber ro om den enkeltes kaotiske, kriseprægede og livstruende situation. Borgerne selv og medarbejderne i projektkommunerne fremhæver det som afgørende for den gode start på opholdet, at medarbejderne på akutkrisecenter er i stand til at skabe ro og stabilitet omkring borgeren ved ankomsten. De peger på, at dette er forudsætningen for overhovedet at kunne igangsætte stabiliseringen af borgernes øvrige problematikker.

Erfaringerne fra evalueringen viser, at det handler om hurtigt at iværksætte aktiviteter til udbedring af den akutte situation, eksempelvis ved at afhjælpe behov i forhold til mad, tøj og ro – samt at afhjælpe akutte psykiske og sundhedsmæssige problemstillinger. Det anbefales, at den fremtidige tilrettelæggelse af indsatser til målgruppen sker på baggrund af de erfaringer der viser, at et ophold på et afskærmet omsorgs- og stabiliseringstilbud skaber ro om borgerens krisesituation, idet det er en væsentlig forudsætning for at kunne igangsætte en stabilisering og opbygning af borgerens samlede situation. I denne sammenhæng også med inspiration i anvendte metoder til stabilisering og De små skridts metode, som har været udgangspunktet for indsatsen på akutkrisecenter.

Videreførelse af gode erfaringer med at skabe positiv udvikling i borgernes situation

Evalueringen har vist, at ved at arbejde med at sikre en stabilitet i den akutte situation, som borgeren står i, og ved at stabilisere borgerens helbreds-, misbrugs- og sociale situation, opnås

positive resultater for den enkelte borgers situation til trods for, at ustabile livsmønstre ellers har været dominerende, ofte i en længere periode.

I den fremtidige tilrettelæggelse af indsatser til målgruppen af de allermest socialt udsatte stofmisbrugere anbefales det, at der bygges videre på de positive resultater, som en omsorgs- og stabiliseringsindsats i afskærmede omgivelser kan tilvejebringe for de borgere, der ofte har svært ved at profitere af eksisterende kommunale tilbud. Det kan være med til at afvende en situation for borgere, hvor den akutte situation og trusselsbilledet stiller dem i en yderst sårbar situation.

Udnytte at borgerne bliver overleveringsparate

Evalueringen viser også, at borgerne, i takt med at deres samlede situation under opholdet på akutkrisecenter udvikler sig positivt, bliver mere parate til at vende hjem til deres hjemkommune. I evalueringen tegnes et billede af, at dette opleves hos både medarbejdere på akutkrisecenter, i hjemkommunerne, men også hos de borgere, som har indgået i evalueringen. Evalueringen indikerer, at særligt aktiviteter til understøttelse af brobygning, samarbejde og koordinering allerede under opholdet på akutkrisecenter, og mellem akutkrisecenter og hjemkommune, er centralt.

Det er således vigtigt i et fremtidigt arbejde med modellen for akutkrisecenter at søge inspiration i de gode erfaringer der er med den gode brobygning og samarbejde under opholdet – og at videreudvikle gode "modeller" for dette, så det sikres, at borgerne kan fastholde den positive udvikling, de har opnået under opholdet. Erfaringerne fra evalueringen peger på, at en indtænkning af brobygning og samarbejde allerede ved opstart af borgerens ophold er afgørende, ligesom det er en drivkraft, at medarbejdere fra borgerens hjemkommune, som er tæt på borgeren, eksempelvis en værestedsmedarbejder eller støttekontaktperson, også involveres i samarbejdet, eventuelt sammen med borgerens misbrugsbehandler og myndighedssagsbehandler i hjemkommunen.

Handle på borgere der falder fra ophold på akutkrisecenter uplanlagt

Evalueringen viser at omkring 30 borgere er frafladet opholdet på akutkrisecenter uplanlagt, og et særligt karakteristika ved denne gruppe er, at de har en kort opholdslængde. Det kan være en indikation på, at der er en borgergruppe, som det har været svært at fastholde i et ophold på akutkrisecenter, eller hvor et ophold på akutkrisecenter ikke er det rette tilbud, og hvor det ligeledes er en mulighed, at disse borgere ikke har kunnet profitere af opholdet.

På den baggrund anbefales det afsøges, hvad der særligt kendetegner de borgere, som uplanlagt falder fra opholdet på akutkrisecenter med henblik på dels at afklare om et ophold på akutkrisecenter er relevant for disse, og dels, hvis de er i målgruppen, at vurdere, hvilke tiltag der eventuelt kan tages for at sikre, at de ikke forlader opholdet på akutkrisecenter uplanlagt.

Forventningsafstemning med borgerne om tilbuddets karakter

Evalueringen peger på, at for nogle borgere kan være en udfordring, at opholdet på akutkrisecenter er et omsorgs- og stabiliseringsstilbud, hvor de ikke samtidig modtager social stofmisbrugsbehandling. Både borgere og medarbejdere i projektkommunerne peger på, at det for borgerne kan være frustrerende, at en forbedring i motivationen for stofmisbrugsbehandling ikke kan imødekommes med egentlig stofmisbrugsbehandling under opholdet på akutkrisecenter.

Det anbefales på den baggrund, at der i starten af opholdet på akutkrisecenter sker en forventningsafstemning med borgeren om, hvilken type tilbud akutkrisecenter er, så det sikres, at borgeren ikke går ind i tilbuddet med en forventning om, at de vil modtage stofmisbrugsbehandling, men med en forståelse af, at det er et omsorgstilbud med fokus på stabilisering og motivation for forandring.

Sikre rammer, der understøtter den gode overlevering til akutkrisecenter

Evalueringen konkluderer, at en særlig drivkraft i arbejdet med stabilisering af borgerens situation under opholdet på akutkrisecenter er, at den akutte situation bedst imødekommes, hvis hjemkommunen har foretaget en grundig overlevering af borgeren og relevant information om borgeren. Det medvirker til, at medarbejderne på akutkrisecenter hurtigt kan imødekomme borgerens behov, idet de ikke behøver at bruge lang tid på afklaring af borgerens situation inden omsorgs- og stabiliseringsarbejdet kan påbegynde.

I det fremtidige arbejde med modellen for akutkrisecenter anbefales det, at der fra såvel akutkrisecenters side og som hjemkommunens tages de nødvendige skridt, der sikrer, at der etableres en tæt dialog mellem partnerne og rammerne for udlevering af relevant information til at belyse borgerens samlede situation.

Tidligt under opholdet at klargøre et beredskab til borgerens hjemkomst

I samme boldgade som ovenstående viser evalueringen, at det er væsentligt i arbejdet med at høste de positive resultater i borgerens udvikling under opholdet på akutkrisecenter – og at fastholde en stabil situation ved hjemkomst – at der tidligt under borgerens ophold forberedes et beredskab til borgerens hjemkomst. Det kan handle om, at akutkrisecenter og hjemkommune sammen systematisk afdækker borgerens støttebehov, således at borgeren og hjemkommunen allerede under opholdet forberedes på hjemkomsten, så borgerens støttebehov kan iværksættes umiddelbart efter fraflytning fra akutkrisecenter.

Det anbefales på den baggrund, at der fortsat er et fokus på at etablere rammer og strukturer i samarbejdet mellem akutkrisecenter og hjemkommune, som sikrer denne proces. Det kan være i form af, at borgeren har en fast kontaktperson i hjemkommunen, eksempelvis en medarbejder fra et værested, misbrugsbehandleren, den sociale mentor eller tilsvarende, således at det er klart og tydeligt, hvem og hvor kontakten skal rettes mod i samarbejdet mellem akutkrisecenter, hjemkommune og borgeren.

8.3 Efter opholdet på akutkrisecenter

Opholdet på akutkrisecenter skaber den fornødne ro og stabilitet for borgerne, og borgerne har fået vendt deres akutte og livstruende situation og oplevet en stabilisering af deres situation. Det skaber et solidt mulighedsrum for hjemkommunerne i forhold til at arbejde videre med borgernes problematikker og at skabe en bedre livssituation ved hjemkomst til hjemkommunerne.

De anbefalinger, der knytter sig til indsatsen efter opholdet på akutkrisecenter og borgerens hjemkomst, falder i følgende overordnede temaer:

- At fastholde og handle på den ændring i motivation for forandring, borgerne har opnået under opholdet på akutkrisecenter
- At værestedernes potentiale for at skabe lyst til forandring og at fastholde en eventuel positiv udvikling hos de mest udsatte borgere med stofmisbrug udnyttes
- At borgerne ved hjemkomst mødes med tværfaglige indsatser, der tager højde for deres samlede trusselsbillede og problematik
- At de mest udsatte borgere, der har svært ved at profitere af eksisterende kommunale indsatser, også efter opholdet på akutkrisecenter, mødes med den rette støtte
- At der etableres rammer, der styrker koordinering og sammenhæng i indsatser til borgerne efter hjemkomst
- At socialforvaltningens myndighedsfunktioners rolle i modellen for akutkrisecenter styrkes og sikres.

I det følgende vil baggrunden for og indholdet i anbefalingerne blive uddybet.

Fastholde og handle på ændring i borgerens motivation for forandring

De mest udsatte borgere med kaotisk stofmisbrug er ofte kendetegnede ved at være svære at motivere til forandring, da deres fysiske og psykiske tilstand overskygger dette. I praksis betyder

det, at medarbejdere, som ellers er i kontakt med målgruppen, har svært ved at motivere borgerne til de tilbud og den støtte, der findes inden for de eksisterende kommunale rammer, eksempelvis stofmisbrugsbehandling og øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud.

Evalueringen har vist, at det er en drivkraft, at akutkrisecenter er et omsorgs- og stabiliserings-tilbud og ikke et behandlingstilbud. Det har i første omgang betydning for, at borgeren ønsker at tage imod tilbuddet, men evalueringen viser også, at det er med til at skabe en øget motivation for forandring hos borgeren, eksempelvis udtrykt ved motivation for stofmisbrugsbehandling. Det åbner et mulighedsrum for hjemkommunerne og viser, at det er vigtigt, at der arbejdes målrettet med den enkelte borger efter opholdet på akutkrisecenter, så borgerens motivation for forandring af egen situation imødekommes og handles på. Det kan eksempelvis være i form af fleksible indsatser skræddersyet borgerne, så krav og forventninger til borgeren kan håndteres af borgeren selv og ikke bliver en barriere for borgerens motivation for forandring og eventuel stofmisbrugsbehandling.

I den forbindelse kan hentes inspiration fra de erfaringer, der er gjort i forbindelse med projektet *Udvikling og afprøvning af en udgående og rummelig stofmisbrugbehandling*, som i øjeblikket gennemføres i Aarhus og Odense²², og hvor målet, gennem et tæt samarbejde mellem de kommunale misbrugscentre, væresteder og øvrige relevante tilbud, er at motivere og gøre borgerne forandringsparate til stofmisbrugsbehandling og øvrige social- og sundhedsfaglige tilbud.

Udnytte potentialerne på værestederne og i de små skridts metode

Evalueringen viser, at værestedernes rolle i arbejdet med modellen for akutkrisecenter har varieret på tværs af de 12 projektkommuner, der i samarbejde med partnerskabet har afprøvet modellen. Det gælder både i forhold til værestedernes rolle under borgerens ophold på akutkrisecenter og ved hjemkomst. Evalueringen viser, at der er gode erfaringer med at involvere værestederne i de projekter, hvor der har været en stor inddragelse af disse. Det gælder både i forhold til fasen forud for opholdet med at spotte borgerne, men også under og efter opholdet.

Andre undersøgelser peger også på, at værestederne har et stort potentiale for at skabe lyst til forandring og at fastholde en eventuel positiv udvikling for de mest udsatte borgere med stofmisbrug.²³ Endvidere er værestederne et centralt opholdssted for de mest udsatte borgere, og mange af borgerne i målgruppen for akutkrisecenter har ofte deres daglige gang og færden på private og kommunale væresteder.

Det anbefales, at værestederne også fremover spiller en stor rolle i den samlede indsats til borgerne. Det kan handle om, hvordan disse i højere grad tænkes ind allerede under borgernes ophold på akutkrisecenter på lige fod med hjemkommunerne, men også særligt i forbindelse med hjemkomst til hjemkommunerne, hvor der vil være behov for et tæt samarbejde mellem relevante aktører. I den forbindelse kan der hentes inspiration i projektet *Styrket indsats på væresteder*, som er et fireårigt projekt igangsat af Socialstyrelsen²⁴, hvor formålet er at styrke samarbejdet mellem væresteder og kommuner. Målet med projektet er at udvikle en model for, hvordan samarbejdet mellem kommuner og væresteder styrkes, herunder at styrke kommunernes inddragelse af værestedernes kompetence og potentiale som brobygger og tillidsskabende funktion, så socialt udsatte borgere oplever en bedre og mere sammenhængende indsats. I projektet kan der også hentes inspiration i de små skridts metode, som er et centralt værdi- og metodegrundlag for væresteder landet over²⁵ – og som også har været et centralt afsæt for indsatsen på akutkrisecenter.

Tværfaglige indsatser, der tager højde for borgerens samlede trusselbillede

²² <http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/udgaende-og-rummelig-stofmisbrugsbehandling-til-de-allermest-udsatte-borgere-med-stofmisbrug>

²³ Rambøll Management (2013): Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug

²⁴ <http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/styrket-indsats-pa-vaeresteder>

²⁵ <http://www.vaeresteder.dk/>

Evalueringen viser, at målgruppen er i en situation præget af hjemløshed, sociale udfordringer, dårlig sundhedstilstand og livstruende situationer, som samlet er forårsaget af deres stofmisbrug og kaotiske livsstil. De er i en akut krise, som typisk skyldes en eskalering af deres i forvejen udsatte og ustabile situation, eksempelvis karakteriseret ved overdosis, gæld til personer i misbrugsmiljøet, familiekonflikter eller fysisk og psykisk deroute.

Evalueringen har vist, at et lavtærskeltilbud for socialt udsatte borgere med stofmisbrug giver den fornødne ro om borgerne og er med til at stabilisere deres situation. Men deres situation og komplekse problembillede kalder på behovet for tværfaglige indsatser, også når borgeren vender tilbage fra et ophold på akutkrisecenter, da de ofte har behov for sammenhængende faglige indsatser, som går på sundhedsområdet, psykiatriområdet og det sociale område.

Den evidensbaseret bostøttemetode ACT – Assertive Community Treatment – kan her tjene som et inspirationsgrundlag i en fremadrettet tilrettelæggelse af indsatser til målgruppen, herunder også som et led i opfølgningen på et ophold på akutkrisecenter. Metoden, med dens tværfaglige team af forskellige professionelle, eksempelvis psykiatere, psykologer, sygeplejersker, socialpædagoger, misbrugskonsulenter, beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere, har vist positive effekter i arbejdet med de mest udsatte borgere.²⁶

Den rette støtte til de allermest udsatte borgere

Evalueringen viser, at borgerne efter endt ophold tilbydes støtte, men også, at mange borgere har svært ved at indgå i de tilbud, de tildeles. Således peger evalueringen i retning af, at det er en barriere for fastholdelse af borgerens relativt stabile situation, at der ikke i tilstrækkeligt omfang vurderes at være de rette tilbud til målgruppen efter endt ophold på akutkrisecenter. I evalueringen peges på, at det særligt er de ældre borgere i målgruppen, det kan være vanskeligt at finde de relevante tilbud til efter opholdet på akutkrisecenter.

Efter opholdet på akutkrisecenter er det væsentligt at sikre, at der tilrettelægges en indsats og et støtteforløb, som støtter op om den positive udvikling, den enkelte borger har opnået. Evalueringen viser, at det er en barriere for fastholdelse af den stabile situation for borgeren, at der ikke opleves at være de helt rette tilbud til målgruppen efter opholdet på akutkrisecenter.

Det anbefales på den baggrund at se nærmere på muligheden for i højere grad at anvende omsorgstilbud til målgruppen af socialt udsatte med stofmisbrug eller andre former for botilbud. Det kan eksempelvis være særligt indrettede bofællesskaber, plejeboliger, ligesom skæve boliger og døgnbehandling kan være relevant for flere af de mest socialt udsatte borgere med stofmisbrug.

Styrket koordinering og sammenhæng i indsatser til borgerne

Et væsentligt element i at sikre en helhedsorienteret indsats overfor den enkelte borger er at sikre koordinering og samarbejde mellem relevante aktører i borgerens hjemkommune. Målgruppens mangefacetterede problematikker betyder, at der ofte er mange forskellige aktører, som på hver deres måde støtter op om den enkelte borger. Det gælder aktører fra væresteder, bostøtteområdet, boligområdet, psykiatriområdet, misbrugsområdet og myndighedsområdet i socialforvaltningen. Det er altså aktører, der på forskellige måder sidder med kompetencer til at bevillige støtteforanstaltninger eller til at støtte op om borgerne, og som samlet kan understøtte et solidt beredskab i hjemkommunerne, der kan håndtere borgerens hjemkomst fra akutkrisecenter.

Det anbefales, at der i det fremtidige arbejde med målgruppen og med en model for akutkrisecenter sikres et stærkt fokus på at understøtte samarbejde og koordinering mellem aktørerne i de enkelte borgerforløb, således at borgerne oplever at modtage en samlet og helhedsorienteret

²⁶ ACT metoden anvendes overfor borgere, der har brug for intensiv praktisk og social støtte og kun vanskeligt eller slet ikke kan benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser - fx misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling, aktivitets- og samværstilbud. ACT metoden anvendes overfor hjemløse borgere og afprøves på nuværende tidspunkt overfor borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. Læs mere i Evaluering af Hjemløsestrategien, Rambøll og SFI, 2013 samt <http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/afprovning-af-act-metoden-overfor-borgere-med-psykisk-lidelse-og-samtidigt-misbrug-1>.

indsats ved hjemkomsten. Et væsentligt redskab er i den forbindelse borgerens § 141-handleplan, der kan være med til at understøtte en tydelig og samlet helhedsorienteret indsats målrettet borgerens samlede problematikker.

Styrkelse af socialforvaltningens myndighedsfunktionens rolle i modellen for akutkrise-center

Nærværende evaluering og også tidligere evalueringer af indsatser til målgruppen af de mest socialt udsatte borgere med stofmisbrug viser, at der er mange aktører, som støtter op om den enkelte borger, og at myndighedsfunktionen i den forbindelse er en nøgleaktør. Socialforvaltningens myndighedsfunktion i kommunen er en central aktør i opfølgningen på borgerens ophold på akutkrisecenter, da de sidder med kompetencerne til at bevillige de støtteforanstaltninger, der kan understøtte et solidt beredskab i kommunerne, som kan håndtere borgerens hjemkomst fra akutkrisecenter.

Evalueringen har vist, at der i nogle projektkommuner har været udfordringer med at sikre en tæt inddragelse af socialforvaltningens myndighedsfunktion i arbejdet med modellen for akutkrisecenter, mens det i andre projektkommuner i højere grad lykkedes at sikre en tæt inddragelse af socialforvaltningens myndighedsfunktion i arbejdet med målgruppen. Det er blandt andet sket ved, at socialforvaltningens myndighedssagsbehandler koordinerer en glidende overgang fra opholdet på akutkrisecenter til egen bolig, således at myndighedssagsbehandleren tidligt er med i planlægningen af det videre støtteforløb for den enkelte borger og ikke først bliver inddraget ved hjemkomsten.

Det anbefales i et fremadrettet arbejde med modellen, at der rettes fokus på, hvordan socialforvaltningens myndighedsfunktion bedst muligt inddrages i arbejdet med borgeren. Det gælder både i en samarbejdskonstellation under opholdet på akutkrisecenter, og når borgeren vender hjem til hjemkommunen.

BILAG 1 DETALJEREDE DATA FRA EFFEKTEVALUERINGEN

Tablet 8-1 Oversigt over samlede effekter

| | | Antal besvarelse | | | | Hvor store problemer har du indenfor de sidste 30 dage oplevet som følge af dit sidemisbrug? | | | | Hvor bekymret/besværet er du af dit misbrug? | | | | Hvor motiveret er du på nuværende tidspunkt for at komme/være i kommunal misbrugsbehandling? | | | | Hvor bekymret/besværet er du af dine psykiske problemer? | | | | I hvilken grad føler du dig i stand til at bo i egen bolig? | | | | Sociale relationer | | | |
|--|---------------------|------------------|-------|--------|--------|--|-------|--------|--------|--|-------|--------|--------|--|-------|--------|--------|--|-------|--------|--------|---|-------|--------|--------|--------------------|-------|--------|--------|
| | | Før | Efter | 3 mdr. | 6 mdr. | Før | Efter | 3 mdr. | 6 mdr. | Før | Efter | 3 mdr. | 6 mdr. | Før | Efter | 3 mdr. | 6 mdr. | Før | Efter | 3 mdr. | 6 mdr. | Før | Efter | 3 mdr. | 6 mdr. | Før | Efter | 3 mdr. | 6 mdr. |
| TOTAL | | 142 | 74 | 56 | 48 | 4,8 | 2,0 | 3,1 | 2,9 | 4,8 | 2,6 | 3,2 | 3,1 | 3,0 | 1,8 | 2,4 | 2,3 | 4,5 | 2,7 | 3,1 | 3,4 | 2,4 | 3,5 | 3,5 | 3,7 | 3,1 | 1,8 | 2,5 | 2,2 |
| Alder | Under 30 | 21 | 12 | 11 | 09 | 4,7 | 2,2 | 2,5 | 2,8 | 4,6 | 2,5 | 3,2 | 3,1 | 2,7 | 1,6 | 1,8 | 1,6 | 4,7 | 2,7 | 2,8 | 3,4 | 2,1 | 3,1 | 3,5 | 3,8 | 3,3 | 1,9 | 2,8 | 2,6 |
| | 30 eller derover | 121 | 62 | 45 | 39 | 4,8 | 2,0 | 3,2 | 3,0 | 4,8 | 2,6 | 3,2 | 3,1 | 3,0 | 1,9 | 2,5 | 2,5 | 4,5 | 2,7 | 3,2 | 3,3 | 2,4 | 3,6 | 3,5 | 3,6 | 3,0 | 1,7 | 2,4 | 2,1 |
| Køn | Mand | 111 | 63 | 47 | 38 | 4,8 | 2,0 | 3,0 | 2,9 | 4,8 | 2,6 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 1,8 | 2,3 | 2,2 | 4,4 | 2,6 | 3,0 | 3,2 | 2,4 | 3,4 | 3,5 | 3,7 | 3,1 | 1,7 | 2,5 | 2,2 |
| | Kvinde | 31 | 11 | 09 | 10 | 4,8 | 2,2 | 3,7 | 3,1 | 4,9 | 2,7 | 4,1 | 3,5 | 2,8 | 2,2 | 2,7 | 2,8 | 4,8 | 3,4 | 3,4 | 4,0 | 2,3 | 3,8 | 3,0 | 3,6 | 3,0 | 2,0 | 2,8 | 2,4 |
| Opholdslængde | 0 dage - 1 måned | 37 | 03 | 12 | 14 | 4,8 | | 2,9 | 3,2 | 4,7 | | 2,8 | 3,3 | 2,9 | | 3,7 | 2,8 | 4,5 | | 3,0 | 4,0 | 2,3 | | 3,8 | 3,5 | 3,0 | | 2,8 | 2,4 |
| | 1 måned - 3 måneder | 66 | 43 | 34 | 27 | 4,7 | 2,1 | 3,2 | 3,1 | 4,8 | 2,7 | 3,5 | 3,2 | 2,8 | 1,8 | 1,9 | 2,0 | 4,5 | 2,6 | 3,1 | 3,4 | 2,4 | 3,5 | 3,4 | 3,6 | 3,0 | 1,7 | 2,4 | 2,2 |
| Hjemløs eller ej | Mere end 3 måneder | 28 | 27 | 10 | 07 | 4,9 | 1,8 | 3,0 | 1,8 | 4,9 | 2,3 | 2,6 | 2,2 | 3,1 | 1,8 | 2,6 | 2,9 | 4,5 | 2,7 | 3,1 | 2,2 | 2,5 | 3,7 | 3,4 | 4,1 | 3,0 | 1,7 | 2,5 | 2,0 |
| | Hjemløs | 61 | 37 | 23 | 18 | 4,8 | 2,3 | 3,4 | 3,1 | 4,9 | 2,7 | 3,5 | 3,2 | 2,9 | 1,9 | 2,2 | 2,1 | 4,5 | 2,9 | 3,1 | 3,1 | 2,3 | 3,4 | 3,0 | 3,5 | 3,3 | 1,9 | 2,8 | 2,3 |
| Lider af sygdomme og/eller følgesygdomme | Ikke hjemløs | 72 | 36 | 29 | 28 | 4,7 | 1,8 | 2,7 | 2,8 | 4,8 | 2,4 | 2,9 | 3,0 | 3,0 | 1,7 | 2,5 | 2,4 | 4,5 | 2,5 | 3,2 | 3,6 | 2,5 | 3,7 | 3,9 | 3,8 | 2,9 | 1,7 | 2,2 | 2,2 |
| | Ja | 50 | 24 | 18 | 14 | 4,8 | 1,8 | 3,1 | 3,3 | 4,8 | 2,6 | 3,1 | 3,2 | 3,1 | 1,5 | 1,9 | 1,8 | 4,6 | 2,9 | 3,4 | 3,3 | 2,7 | 3,6 | 3,4 | 3,4 | 3,0 | 1,7 | 2,4 | 2,1 |
| Psykisk diagnose | Nej | 77 | 45 | 34 | 31 | 4,8 | 2,2 | 3,1 | 2,8 | 4,8 | 2,6 | 3,3 | 3,1 | 2,8 | 2,0 | 2,3 | 2,3 | 4,5 | 2,6 | 2,9 | 3,5 | 2,3 | 3,5 | 3,5 | 3,7 | 3,2 | 1,8 | 2,6 | 2,4 |
| | Ved ikke | 14 | 5 | 4 | 3 | 4,8 | 2,0 | | | 4,7 | 3,0 | | | 3,3 | 2,0 | | | 4,5 | | | | 2,0 | 3,5 | | | 2,3 | | | |
| Faglig helhedsvurdering af belastningsgrad | Ja | 32 | 16 | 13 | 10 | 4,7 | 1,9 | 2,5 | 3,2 | 4,7 | 2,6 | 3,0 | 3,1 | 2,9 | 1,8 | 2,3 | 2,0 | 4,7 | 2,8 | 3,3 | 3,6 | 2,4 | 3,3 | 3,0 | 3,3 | 3,0 | 1,9 | 2,4 | 2,3 |
| | Nej | 81 | 49 | 33 | 28 | 4,8 | 2,1 | 3,1 | 2,7 | 4,8 | 2,6 | 3,1 | 2,9 | 2,9 | 1,8 | 2,0 | 2,3 | 4,4 | 2,6 | 3,1 | 3,2 | 2,5 | 3,6 | 3,6 | 3,8 | 3,1 | 1,7 | 2,5 | 2,2 |
| Belastede | Ved ikke | 28 | 9 | 10 | 10 | 4,9 | 2,0 | 3,6 | 3,4 | 4,8 | 2,7 | 3,7 | 3,9 | 3,3 | 2,2 | 3,4 | 2,7 | 4,5 | 4,0 | 2,7 | 3,4 | 1,9 | 3,3 | 3,4 | 3,7 | 3,9 | 1,8 | 2,6 | 2,1 |
| | Meget belastede | 84 | 45 | 34 | 28 | 4,7 | 2,0 | 2,9 | 2,4 | 4,8 | 2,6 | 3,1 | 2,7 | 3,1 | 1,8 | 2,4 | 2,3 | 4,5 | 2,6 | 2,8 | 2,9 | 2,4 | 3,7 | 3,3 | 3,8 | 3,0 | 1,6 | 2,5 | 2,1 |
| Meget belastede | 36 | 17 | 10 | 9 | 4,9 | 2,3 | 3,3 | 3,1 | 4,9 | 2,8 | 3,3 | 3,1 | 3,0 | 2,1 | 2,6 | 2,6 | 4,7 | 3,1 | 3,0 | 3,1 | 2,4 | 3,2 | 3,4 | 3,3 | 3,6 | 2,1 | 2,5 | 2,1 | |

Note: Data vises kun, såfremt der er mere end 4 borgere i gruppen, som har svaret på det enkelte spørgsmål, i den enkelte måling.

Omvendt kategori

| | | |
|--|------|------|
| | <2 | >4 |
| | <2,5 | >3,5 |
| | <3 | >3 |
| | <3,5 | >2,5 |
| | ≥3,5 | ≤2,5 |

Tabel 8-2 Signifikante effekter, del 1 – karakteristika ved borgerne og opholdslængde

| | Hjemløs/ikke hjemløs | | Psykisk diagnose/ Ingen psykisk diagnose | | Belastet/meget belastet | | Mand/kvinde | | Under 30/30 eller derover | | Under 67 dage/67 dage eller derover | |
|----------------|---|---------------|---|---------------|-------------------------|---------------|-------------|---------------|---------------------------|---------------|-------------------------------------|---------------|
| | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder |
| Misbrug | Hvor store problemer har du som følge af dit misbrug (de seneste 30 dage) | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: right;">Under 67 dages ændring < 67 dage eller derovers ændring (2,21 vs. 2,83)[†] (n_{Under 67 dages ophold}=14; n_{67 dage eller derover}=47)</p> | | | | | | | | | | | |
| | Hvor bekymret/besværet er du af dit misbrug? | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: right;">Mænds ændring > Kvinders ændring (0,40 vs. -0,42)* (n_{mænd}=36; n_{kvinder}=6)</p> <p style="text-align: right;">Under 67 dages ændring < 67 dage eller derovers ændring (1,64 vs. 2,36)* (n_{Under 67 dages ophold}=14; n_{67 dage eller derover}=47)</p> | | | | | | | | | | | |

| | Hjemløs/ikke hjemløs | | Psykisk diagnose/ Ingen psykisk diagnose | | Belastet/meget belastet | | Mand/kvinde | | Under 30/30 eller derover | | Under 67 dage/67 dage eller derover | | | |
|---------------------------|--|---------------|---|---------------|--|---------------|--|---------------|---------------------------|---------------|--|---------------|--|--|
| | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | Før/efter | Før/3 måneder | | |
| Psykiske problemer | Hvor bekymret/besværet er du af dine psykiske problemer? | | | | Belastedes ændring > Meget belastedes ændring (2,11 vs. 0,75)** (n _{belastede} =19; n _{meget belastede} =4) | | | | | | | | | |
| Boligsituation | I stand til at bo i egen bolig | | | | | | | | | | | | | |
| Sociale forhold | Sociale forhold (konflikt, vold, samvær m.v.) | | | | Belastedes ændring < Meget belastedes ændring (0,16 vs. 1,09)* (n _{belastede} =25; n _{meget belastede} =8) | | Mænds ændring > Kvinders ændring (0,40 vs. -0,42)† (n _{mænd} =36; n _{kvinder} =6) | | | | Under 67 dages ændring < 67 dage eller derovers ændring (0,76 vs. 1,32)† (n _{Under 67 dages ophold} =14; n _{67 dage eller derover} =45) | | Under 67 dages ændring < 67 dage eller derovers ændring (0,00 vs. 0,55)† (n _{Under 67 dages ophold} =20; n _{67 dage eller derover} =22) | |

Note: †: p ≤ 0,1; *: p ≤ 0,05; **: p ≤ 0,01; ***: p < 0,001

Tabel 8-3 Signifikante effekter, del 2 - implementering

| | Samlet – mikro | Samlet - mikro - vægtet | I hvilket omfang vurderer du, at kontakten mellem Kongens Ø og hjemkommunen (på myndighedsniveau) har været tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren? | Markér hvorvidt borgeren har modtaget tilbud eller indsatser inden for følgende områder: substitutionsbehandling | Markér hvorvidt borgeren har modtaget tilbud eller indsatser inden for følgende områder: social behandling for stofmisbrug | Er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle du som social mentor skal have efter udslusning fra Kongens Ø? | Er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den kommunale myndigheds-sagsbehandler skal have efter udslusning fra Kongens Ø? | I hvilket omfang vurderer du, at samarbejdet mellem aktørerne i borgers hjemkommune samlet set er tilstrækkeligt koordineret? |
|---------------------------|--|---|--|--|--|--|--|---|
| | | | Høj impl.>Lav impl. (2,04 vs. 0,57)* (n _{Høj impl.} =28; n _{Lav impl.} =7) | | | | | |
| Misbrug | Høj impl.>Lav impl. (1 vs. -0,6)* (n _{Høj impl.} =32; n _{Lav impl.} =15) | Høj impl.>Lav impl. (0,97 vs. -1)* (n _{Høj impl.} =23; n _{Lav impl.} =12) | | | Tilbudt indsats>Ikke tilbudt indsats (0,77 vs. -0,69)* (n _{Tilbudt indsats} =30; n _{Ikke tilbudt indsats} =13) | | | Høj impl.>Lav impl. (0,76 vs. -1,22)* (n _{Høj impl.} =29; n _{Lav impl.} =9) |
| | | | Høj impl.>Lav impl. (2,04 vs. 0,57)* (n _{Høj impl.} =28; n _{Lav impl.} =7) | | | | | |
| Psykiske problemer | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | |
|-------------------------|--|
| Bolig-situa-tion | I stand til at bo i egen bolig |
| Sociale forhold | Sociale forhold (konflikt, vold, samvær m.v.) |

Note: †:p≤0,1;*:p≤0,05;**:p≤0,01;***:p<0,001

BILAG 2 FREMGANGSMÅDE FOR EFFEKTEVALUERINGEN

1. Fremgangsmåde for effektevalueringen baseret på før-, efter og opfølgingsmålinger

Målet med effektevalueringen er at se, om borgerne har oplevet positive forandringer i deres situation, som følge af opholdet på et akutkrisecenter, og om borgerne formår at fastholde disse positive ændringer efter hjemkomst til hjemkommunen.

Dette bilag beskriver, hvordan vi har gennemført disse effektevalueringen baserer på før- efter og opfølgingsmålinger, herunder datagrundlaget, de anvendte effektmål, samt de metoder, der er anvendt til selve analyserne.

Først beskriver vi datagrundlaget, som ligger til grund for de følgende effektanalyser, herunder udvælgelse af borgere og en frafaldsanalyse. **Dernæst** beskriver vi de enkelte effektmål og de relevante uafhængige variable, som bruges i en række af analyserne. **Endelig** beskriver vi de enkelte typer af effektanalyser, og hvordan disse relaterer sig til hinanden.

Datagrundlaget

I perioden 2012 til 2015 har i alt 182 borgere gennemført et ophold på akutkrisecenter. Som led i evalueringen af forløbet og dets effekter for den enkelte borger er der blevet gennemført fire forskellige målinger:

- *Førmåling*: Måling foretaget af personalet på akutkrisecenter ved starten af opholdet
- *Eftermåling*: Måling foretaget af personalet på akutkrisecenter efter afslutningen af opholdet
- *Måling 3 måneder efter*: Måling foretaget af borgerens kommunalt tilknyttede mentor 3 måneder efter hjemkomst til kommunen
- *Måling 6 måneder efter*: Måling foretaget af borgerens kommunalt tilknyttede mentor 6 måneder efter hjemkomst til kommunen

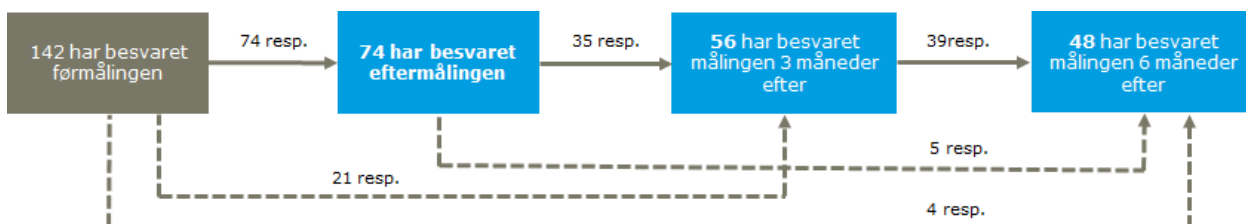
Frasortering af borgere

I effektanalyserne medtages for det første kun borgere, som har gennemført førmålingen, således at der findes et benchmark (sammenligningsgrundlag) at holde borgerens potentielle udvikling op imod. For det andet medtages borgere, der har haft flere end ét ophold på akutkrisecenter, kun én gang – hvis en borger har haft mere end ét ophold, vil det kun være borgernes første ophold, som indgår i datamaterialet. Baggrunden for dette valg er, at vi ved kun at inddrage førstegangsbrugere i højere grad sikrer, at ændringer i borgerens situation kan tilskrives det enkelte ophold: Hvis alle brugerens ophold blev inddraget i datagrundlaget, vil det være svært at sige, hvorvidt det er første, andet eller tredje ophold eller en kombination af alle tre ophold, som skal tilskrives betydning for potentielle ændringer i borgerens situation. Sammenlagt består det samlede datagrundlag til effektanalyserne af 142 borgere. Det vil sige at 40 borgere ikke indgår i effektanalyserne, da der ikke er gennemført førmålinger på disse.

Frafaldsanalyser

Gennemførelse af målinger

Grundet forskellige forhold er alle fire målinger ikke blevet gennemført for alle borgere. I nedenstående figur illustreres, hvor mange borgere, som har gennemført de enkelte målinger.



Det kan ud af figuren ses, at flere af borgerne har hoppet én til flere målinger over. Dette er en af forklaringerne på, hvorfor der er et forholdsvist lavt antal borgere i flere af effektanalyserne, da vi, i disse analyser, skal bruge data om den enkelte borger på to eller flere af de enkelte målinger.

Systematisk frafald?

I dette afsnit sammenholdes baggrundskarakteristika for de borgere, som har udført henholdsvis eftermålingen, målingen 3 måneder efter og målingen 6 måneder efter endt ophold, med baggrundskarakteristika for de borgere, som har gennemført førmålingen. Herigennem undersøges det, om sammensætningen af borgere, der svarer på de efterfølgende målinger divergerer signifikant fra førmålingen – det vil sige om der er en systematik i, hvilke type borgere, der falder fra.

Hvorvidt der forefindes et systematisk frafald, er vigtigt at undersøge, fordi systematisk frafald af bestemte typer af borgere kan medføre mindre sammenlignelige resultater målingerne imellem. Robustheden af effektanalyserne afhænger således af, i hvor høj grad der er tale om systematisk frafald i populationen fra førmålingen til henholdsvis eftermålingen, målingen 3 måneder efter og målingen 6 måneder efter endt ophold. Det er derfor nødvendigt at undersøge, om gruppen, der har besvaret både førmålingen og eftermålingen, om gruppen, der har besvaret førmålingen og målingen 3 måneder efter, og om gruppen, der har besvaret førmålingen og målingen 6 måneder efter, afviger fra den oprindelige population – borgerne som har besvaret førmålingen.

Nedenstående tabel indeholder en sammenligning mellem de borgere, der har besvaret førmålingen, og borgerne der har besvaret henholdsvis eftermålingen, målingen 3 måneder efter og målingen 6 måneder efter, og den belyser således, om der forekommer systematisk frafald, og om det vil have en betydning for de effektmålinger, der sammenligner de gennemsnitlige effekter på tværs af målinger.

| | Førmåling vs. eftermåling | Førmåling vs. måling 3 måneder efter | Førmåling vs. måling 6 måneder efter |
|------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Køn¹ | Moderat forskydning Lavere andel af kvinder i gruppen, som har besvaret eftermålingen (1,29 vs. 1,15)** | Ingen forskydning | Ingen forskydning |
| Alder | Ingen forskydning | Ingen forskydning | Ingen forskydning |
| Opholdslængde | Høj forskydning længere opholdslængde i gruppen, som har besvaret eftermålingen (29,86 vs. 95,03) *** | Ingen forskydning | Ingen forskydning |
| Hjemløse | Ingen forskydning | Ingen forskydning | Ingen forskydning |
| Somatisk sygdom | Ingen forskydning | Ingen forskydning | Ingen forskydning |
| Psykisk sygdom | Ingen forskydning | Ingen forskydning | Ingen forskydning |

Note: ¹ Mand=1, Kvinde=2 ; *Lav forskydning, p<0,1; **Moderat forskydning, p<0,05;*** Høj forskydning, hvis p<0,01

Det fremgår af tabellen, at der ikke er et systematisk frafald af borgere mellem førmålingen og målingen 3 måneder efter eller mellem førmålingen og målingen 6 måneder efter. Dette betyder, at der *ikke* er signifikante forskelle mellem målingerne på hver af de undersøgte baggrundskarakteristika.

Der er dog tegn på et systematisk frafald mellem borgere fra før- til eftermålingen, når der ses på **kønssammensætningen** og **opholdslængden**. Der er en signifikant lavere andel af kvinder ved de borgere, der både har gennemført før- og eftermålingen, sammenlignet med de borgere, der kun har gennemført førmålingen, ligesom der er en signifikant længere opholdslængde hos de borgere, der både har udfyldt før- og eftermålingen. Vi bør derfor anlægge en forholdsvist konservativ fortolkning af betydning af disse to uafhængige variabler, når borgernes situation sammenlignes på tværs af før- og eftermålingen.

Gennemsnitlige standardafvigelser over de forskellige effektindikatorer

I dette afsnit ser vi nærmere på de gennemsnitlige standardafvigelser over de forskellige effektindikatorer for de enkelte målinger. En standardafvigelse er et udtryk for, hvor stor en spredning, der er mellem de forskellige observationer, som ligger til grund for et gennemsnit. Standardafvigelsen kan således fortælle os noget om, hvor homogene borgerne er i forhold til vurderingen af deres situation, i den enkelte måling - jo højere standardafvigelsen er, desto større spredning er der mellem besvarelsene, og desto mindre homogen er borgerne i deres situation. Således indikerer en større standardafvigelse at estimatet – gennemsnittet – er mindre repræsentativt for gruppen som helhed. Nedenstående tabel indeholder den gennemsnitlige standardafvigelse over de forskellige effektindikatorer.

| Måling | Gennemsnitlig standardafvigelse på effektindikatorerne |
|------------------------|--|
| Førmåling | 1,0 |
| Eftermåling | 2,5 |
| 3 måneder efter | 3,1 |
| 6 måneder efter | 3,1 |

Tabellen viser, at den gennemsnitlige standardafvigelse er lavest ved førmålingen, for derefter at stige til 2,5 til eftermålingen, for endeligt at ramme et niveau på 3,1 for målingerne 3 og 6 måneder efter afsluttet ophold. Det tyder dermed på, at borgerne ved førmålingen er ret homogene i deres svar, forstået på den måde, at deres situation er forholdsvis ens målt på de forskellige effektindikatorer. I eftermålingen – efter endt ophold – er standardafvigelsen en smule større, hvilket kan forstås sådan, at de situationer, borgerne står i, er mere forskellige eller heterogene, hvorfor målet er mindre repræsentativt fra gruppen generelt. For målingerne 3 og 6 måneder efter endt ophold er standardafvigelsen endnu højere – borgernes situation er mere heterogen sammenlignet med før- og eftermålingen.

Konsekvensen af den øgede standardafvigelse ved de senere målinger, kombineret med et større frafald af borgere i de senere målinger, er, at vi bliver nødt til at være mere forsigtige, når vi sammenligner resultaterne fra førmålingen med de senere opfølgingsmålinger, da de senere målingers gennemsnitlige resultater vil være behæftet med større usikkerhed.

At den gennemsnitlige standardafvigelse stiger, desto længere henne i forløbet, vi måler på borgernes situation, kan dog også være et udtryk for, at nogle borgere klarer sig bedre end andre. Hvad der kan forklare, hvorfor nogle borgere klarer sig bedre end andre, er derfor interessant. De øgede standardafvigelser kan dermed retfærdiggøre eller ses som en indikation på, at det bør undersøges nærmere, hvorfor nogle borgere klarer sig bedre end andre.

Effekt mål og uafhængige variable

I dette afsnit præsenteres **først** de fire overordnede temaer, hvorpå effekten af opholdet undersøges. **Herunder** præsenteres de spørgsmål og variable, som anvendes til at måle de enkelte temaer, og **endelig** præsenteres de forskellige potentielt modererende borger- og implementeringsfaktorer.

Effekt mål

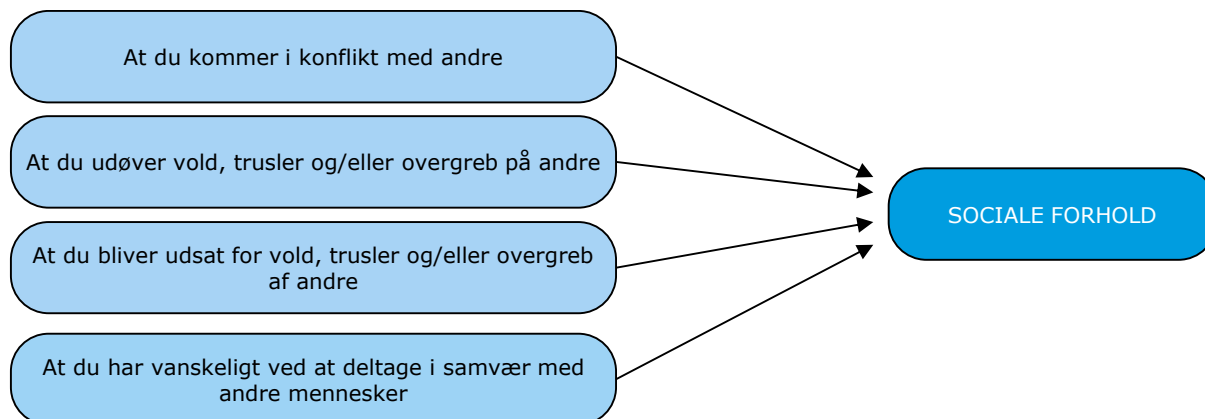
For fyldestgørende at vurdere effekten af et ophold på et akutkrisecenter, og om denne effekt kan fastholdes efter hjemsendelse, fokuseres der i effektanalyserne på fire forskellige temaer:

- Misbrug
- Psykiske problemer
- Boligsituation
- Sociale forhold

I nedenstående tabel præsenteres de forskellige temaer og de dertilhørende spørgsmål.

| Tema | Ingen problemer | Mindre problemer | Moderate problemer | Betydelige problemer | Meget store problemer |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Misbrug | | | | | |
| Hvor store problemer har du inden for de sidste 30 dage oplevet som følge af dit sidemisbrug? | (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> |
| Hvor bekymret/besværet er du af dit misbrug? | (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> |
| | Meget motiveret | Betydeligt motiveret | Moderat motiveret | Mindre motiveret | Ikke motiveret |
| Hvor motiveret er du på nuværende tidspunkt for at komme/være i kommunal misbrugsbehandling? | (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> |
| Psykiske problemer | Slet ikke | Lidt af tiden | Noget af tiden | Meget af tiden | Hele tiden |
| Hvor bekymret/besværet er du af dine psykiske problemer? | (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> |
| Boligsituation | Slet ikke | I mindre grad | I nogen grad | I høj grad | I meget høj grad |
| I hvilken grad føler du dig i stand til at bo i egen bolig? | (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> |
| Sociale forhold | Se figur nedenfor. | | | | |

Som det eneste af de fire temaer bliver temaet **sociale forhold** målt som et formativt indeks. Der er tale om et formativt indeks, da vi indirekte forsøger at måle begrebet sociale forhold gennem begrebets årsager. Ved at slå forskellige spørgsmål sammen, som alle kan være en årsag til, hvordan borgernes sociale forhold er, kan vi indirekte måle borgernes sociale forhold. De forskellige årsager, der tilsammen danner det formative indeks, behøver ikke at korrelere. Baggrunden for at måle sociale forhold indirekte, er at der ikke har været et spørgsmål i de fire målinger, som direkte måler borgernes sociale forhold. Nedenfor i figuren er det illustreret, gennem hvilke spørgsmål begrebet sociale forhold måles.










Note: De fire spørgsmål, som tilsammen danner indekset sociale forhold, går alle fra 1-5, hvor 1 indikerer 'slet ikke' og 5 indikerer 'Meget ofte'.

Det endelige indeks – 'sociale forhold' – omskaleres, så det går fra 1-5, hvor 5 indikerer dårlige sociale forhold (borgeren scorer 5 på alle fire spørgsmål, som tilsammen danner indekset sociale forhold), mens 1 indikerer gode sociale forhold (borgeren scorer 1 på alle fire spørgsmål, som tilsammen danner indekset sociale forhold).

Borgerfaktorer

Borgerfaktorer skal forstås som forhold, der er borgerbestemte – karakteristika ved den enkelte borger, som kan have en betydning for borgerens udvikling på ovenfor anførte effektmål. I effektanalyserne er der fokuseret på nedenstående syv faktorer:

| Borgerfaktor | Spørgsmål | Mål ved undersøgelse af signifikante ændringer i borgernes tilstand | Mål i resultatoversigt |
|---|---|---|--|
|  Boligsituation | Hjemløs eller ej | Hjemløs/ikke hjemløs | Hjemløs/ikke hjemløs |
|  Alder | Konstrueret ud fra fødselsdato | Under 30 / 30 eller derover | Under 30 / 30 eller derover |
|  Psykisk tilstand | Har du nogen psykiske diagnoser? (Ja/nej) | Psykisk diagnose / Ingen psykisk diagnose | Psykisk diagnose / Ingen psykisk diagnose |
|  Sygdomme | Lider du af nogen sygdomme og/eller følgesygdomme | Sygdomme / Ingen sygdomme | Sygdomme / Ingen sygdomme |
|  Faglig helhedsvurdering | Hvordan vurderes omfanget af de problemer, der samlet set beskriver borgerens situation? (0-10, hvor 0 er ingen problemer, og 10 er yderst akutte problemer). | Belastet (≥ 5) / meget belastet (≥ 9) | Belastet (≥ 5) / meget belastet (≥ 9) |
|  Køn | Bygger på cpr-nummer (ulige nummer=Mand, lige nummer=kvinde) | Mand / Kvinde | Mand / Kvinde |
|  Opholdslængde | Beregnet variabel: Dato for indskrivning - Dato for udskrivning | Under 67 dage / 67 dage eller derover | 0 dage – 1 måned / 1 måned – 3 måneder / 3 måneder eller derover |

Implementeringsfaktorer

Implementeringsfaktorer skal forstås som faktorer i implementeringen af indsatsen, som kan være afgørende for, hvorvidt borgeren kan fastholde de positive ændringer fra opholdet efter hjemsendelse til kommunen. Implementeringsfaktorerne bruges til at undersøge, hvorvidt bestemte borgere, som har oplevet bestemte "implementeringsgrader" af aktiviteter i indsatsen, oplever en større udvikling i deres tilstand sammenlignet med borgere, som ikke har oplevet dette.

Implementeringsfaktorerne kan opdeles i fem forskellige temaer.

- Overgang fra akutkrisecenter til hjemkommune
- Kendskab til relevante planer
- Kontakt og støtte i hjemkommune
- Kontakten mellem hhv. myndighedssagsbehandler og social mentor og borgeren
- Organisering og koordinering af indsatsen

Under hvert af disse temaer findes der en række spørgsmål. Spørgsmålene og temaerne beskrives nedenfor i tabellen.

| Temaer og tilhørende underspørgsmål | Svarmuligheder | Individuel implementeringsfaktor |
|---|---|---|
| Tema 1: Overgang fra akutkrisecenter til hjemkommune | | |
| Er der i forbindelse med brobygning og udslusning afholdt et møde – telefonisk eller fysisk – mellem akutkrisecenter og hjemkommune (på myndighedsniveau)? | Ja/Nej | |
| I hvilket omfang vurderer du, at kontakten mellem akutkrisecenter og hjemkommunen (på myndighedsniveau) har været tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren? | 1-5 1=slet ikke 5=I meget høj grad | + |
| Er der i forbindelse med brobygning og udslusning udarbejdet en konkret plan for ansvars- og rollefordeling ved borgerens hjemkomst mellem hjemkommune, social mentor og øvrige relevante aktører? | Ja/Nej | |
| Tema 2: Kendskab til relevante planer | | |
| Er du bekendt med, om der under opholdet på akutkrisecenter er udarbejdet en fremtidsplan for borgeren? | Ja/Nej | |
| Er du bekendt med, om borgeren er blevet tilbudt at få udarbejdet en handleplan af kommunens myndighedssagsbehandler (efter SEL § 141)? | 'Ja + udarbejdelse' eller 'Ja, men har ikke ønsket det' / Nej | |
| Er du bekendt med, om fremtidsplanen - der er lavet under borgerens ophold på akutkrisecenter - er anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af borgerens handleplan? | Ja/Nej | |
| Tema 3: Kontakt og støtte i hjemkommune | | |
| Angivelse af, hvorvidt borgerne er blevet tilbudt eller har taget imod tilbud ift. bolig, misbrug, somatisk og psykisk tilstand samt sociale og personlige støttetilbud (f.eks. SKP). (9 spørgsmål) | Tilbudt eller taget imod tilbud / ikke tilbudt | + Tilbudt substitutions behandling + Tilbudt social behandling for stofmisbrug |
| Tema 4: Kontakten mellem hhv. myndighedssagsbehandler og social mentor og borgeren | | |
| Er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle du – som <u>social mentor</u> – skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter? | Ja/Nej | + |
| Er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle <u>den kommunale myndighedssagsbehandler</u> skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter? | Ja/Nej | + |
| Tema 5: Organisering og koordinering af indsatsen | | |
| Er der indgået en aftale mellem dig – som social mentor – og <u>den kommunale myndighedssagsbehandler</u> , om ansvars- og rollefordelingen i forhold til borgeren? | Ja/Nej | |
| I hvilket omfang vurderer du, at samarbejdet mellem aktørerne i borgerens hjemkommune samlet set er tilstrækkeligt koordineret? | 1-5 1=slet ikke 5=I meget høj grad | + |

Ud fra de forskellige temaer og spørgsmål i den ovenstående tabel er der blevet konstrueret to samlede formative indekser for graden af implementering. Et **spørgsmålsvægtet implementeringsindeks** og et **temavægtet implementeringsindeks**. Det **spørgsmålsvægtede implementeringsindeks** er konstrueret ved at omskalere alle spørgsmålene ovenfor til at gå fra 1-5,

tage det samlede gennemsnit over alle 19 spørgsmål for den enkelte borger for så at bruge denne score som indeks. Således vægter hvert enkelt spørgsmål i indekset lige meget. Såfremt der ikke er data på den enkelte borger på alle spørgsmålene, men der er data på minimum 13 af 19 spørgsmål, vil de dataløse spørgsmål få den gennemsnitlige score fra de resterende, besvarede spørgsmål. Dette er gjort for at kunne inddrage flere borgere i analyserne. Konstruktion af indekset kan forstås gennem nedenstående ligning.

Konstruktionen af det **temavægtede implementeringsindeks** konstrueres ligeledes ved at omskalere alle spørgsmål til at gå fra 1-5. Her tages, omvendt fra det spørgsmålsvægtede indeks, først gennemsnittet for de enkelte temaer, således at der beregnes en score fra 1-5 for hvert tema. Herefter tages den samlede gennemsnitscore for temaerne. Således kommer hvert tema til at vægte lige meget, på trods af at nogle temaer indeholder flere spørgsmål end andre. Illustreret ser konstruktionen således ud.

For at sikre robuste resultater anvender vi begge indekser i analysen af, hvorvidt bestemte borgere, som har oplevet eller været underlagt et højere implementeringsniveau, oplever en større udvikling i deres tilstand sammenlignet med borgere, som har oplevet et lavere implementeringsniveau. Ud over de to samlede indekser er der i analyserne også udvalgt seks spørgsmål på baggrund af en teoretisk forventning om, at netop disse implementeringsfaktorer vil påvirke borgernes udvikling:

- Vurdering af kontakten mellem Kongens Ø og hjemkommunen ift. overgang til kommunen
- Modtaget tilbud eller modtagne indsatser inden for substitutionsbehandling
- Modtaget tilbud eller modtagne indsatser inden for social behandling for stofmisbrug
- Indgået en aftale med borgeren om den sociale mentors rolle efter udslusning fra Kongens Ø
- Indgået en aftale med borgeren om den kommunale myndighedssagsbehandlers rolle efter udslusning fra Kongens Ø
- Vurdering af koordineringen af samarbejdet mellem aktørerne i borgerens hjemkommune

Disse seks spørgsmål er desuden markeret med et '+' i ovenstående tabel.

Effektanalyser

I dette afsnit vil vi gennemgå de forskellige typer af effektanalyser, som er blevet anvendt i rapporten. **Først** beskrives fremgangsmåden for de analyser, der ser på borgernes gennemsnitlige tilstand ved de forskellige målinger. **Herefter** følger en gennemgang og fremgangsmåden af den samlede resultatoversigt (bilag 2). Dette **efterfølges** af en beskrivelse af fremgangsmåden bag analyserne af, om borgerne har oplevet fremgang, tilbagegang eller stilstand i deres situation mellem de enkelte målinger. **Endelig** beskrives fremgangsmåden, som er blevet brugt til at se nærmere på, om ændringen i borgernes tilstand er signifikant forskellig mellem forskellige grupper af borgere. I disse analyser bliver borgerne opsplittet på baggrund af henholdsvis borger- og implementeringsfaktorer.

Borgernes gennemsnitlige tilstand

I disse analyser ses der på borgernes gennemsnitlige tilstand ved de forskellige målinger, på de seks forskellige effektparametre, fordelt på fire temaer. Den grafiske fremstilling giver et umiddelbart billede af, hvordan borgerne **generelt** har udviklet sig mellem de forskellige målinger, og om de generelt står i en bedre situation i de senere målinger end i de tidligere målinger. Her er det dog værd at bemærke, at målene bliver behæftet med større usikkerhed, jo senere måling man fokuserer på. Dette skyldes, at antallet af borgere, som målingerne bygger på, er mindre i de senere målinger, ligesom der er større standardafvigelser på de senere målinger. For en nærmere gennemgang af standardafvigelseens betydning, henvises til afsnittet om *Gennemsnitlige standardafvigelser over de forskellige effektindikatorer*.

Resultatoversigten

Resultatoversigten viser i tabelform borgernes generelle tilstand ved de forskellige målinger, på de seks forskellige effektparametre. For at give en idé om, hvilke borger- og implementeringsfaktorer, som potentielt fungerer som moderatorer for, hvordan de forskellige borgeres tilstand udvikler sig, opsplittes borgernes gennemsnit ved de forskellige målinger på en række forskellige faktorer. Således kan det eksempelvis blive muligt at se, hvorvidt der er en tendens til, at ikke-hjemløse klarer sig bedre end hjemløse i senere målinger²⁷. For at skabe et større overblik over det omfangsrige data, har vi anvendt farvekoder til at indikere, hvor god borgernes gennemsnitlige tilstand er, ved den enkelte måling i den enkelte gruppe. Farvekoderne er beskrevet under resultatoversigten i bilag 1. Endelig bliver gennemsnittet for den enkelte gruppe ved den enkelte måling kun vist, såfremt at der er mere end fire borgere i gruppen, der har svaret på spørgsmålet. Dette valg er taget for at sikre borgernes anonymitet.

Fremgang, tilbagegang eller stilstand

Som nævnt ovenfor giver borgernes gennemsnitlige tilstand kun et billede af borgernes generelle tilstand ved den enkelte måling. Det gennemsnitlige mål kan være et udtryk for, at enkelte borgere har oplevet en meget positiv udvikling i sin tilstand, mens et flertal af borgerne måske hverken har opnået frem- eller tilbagegang. Således er det muligt, at enkelte borgere kan påvirke gennemsnittet relativt meget. For at undersøge, hvorvidt dette er tilfældet, suppleres graferne over borgernes gennemsnitlige tilstand med en række grafikker, som viser, hvor stor en andel af de adspurgte borgere, der har oplevet henholdsvis fremgang, tilbagegang eller stilstand mellem førmålingen og henholdsvis eftermålingen og målingen 3 måneder efter. Således øges robustheden af analysens resultater, da vi på denne måde også får et indblik i, hvorvidt de enkelte individer har oplevet frem-, tilbagegang eller stilstand i deres situation og ikke blot kigger på det samlede gennemsnit. Disse grafikker vises kun for det samlede antal borgere og splittes således ikke op på forskellige borger- eller implementeringsfaktorer.

Signifikante ændringer mellem grupper fra opstart til afslutning og fra opstart til 3 måneder efter

I disse analyser undersøges det, hvorvidt der mellem forskellige grupper af borgere opdelt på borger- og implementeringsfaktorer er en statistisk signifikant forskel i ændringer i borgernes tilstand på de forskellige effektindikatorer mellem førmålingen og eftermålingen, og mellem førmålingen og målingen 3 måneder efter.

I disse analyser ses der således på, hvorvidt bestemte borgere har **udviklet sig mere** mellem to tidspunkter end andre borgere. Det er således forskellen i borgernes udvikling, som er af interesse i disse analyser, og om nogle bagvedliggende borger- eller implementeringsfaktorer kan forklare, hvorfor nogle borgere udvikler sig i en mere positiv retning end andre.

For at undersøge, hvorvidt der er forskel i borgernes udvikling, er der blevet kørt en række uafhængige t-tests, der muliggør en statistisk sammenligning af to grupper af borgeres gennemsnit, og om disse gennemsnit er signifikant forskellige fra hinanden. Valget af analysemetode er faldet på t-tests, da datagrundlaget består af få respondenter, hvilket umuliggør brugen af mere kom-

²⁷ Det er vigtigt at pointere, at der ikke er tale om statistiske signifikante eller insignifikante tendenser.

plekse statistiske værktøjer. T-tests har kun mulighed for at sammenligne to gruppers gennemsnit med hinanden. Ved faktorer, hvor der ikke er en opdelingskarakteristika (eks. opholdslængde), er borgerne blevet splittet op i to på baggrund af, hvorvidt den enkelte borger på den enkelte faktor befandt sig over eller under den gennemsnitlige score på faktoren.

For borgerfaktorerne ses der på udviklingen mellem førmålingen og eftermålingen samt på mellem førmålingen og målingen 3 måneder efter, mens der for implementeringsfaktorer kun ses på udviklingen mellem førmålingen og målingen 3 måneder efter.

Analyserne findes i kapitel 7.

2. Fremgangsmåde for effektevaluering baseret på registerdata

I dette afsnit har vi beskrevet, hvor vi har gennemført den registerdatabaserede effektevaluering, herunder en beskrivelse af datagrundlaget samt de anvendte effektmål.

Datagrundlag

Håndtering og opbevaring af CPR-numre og registerdata

CPR-numre på de deltagende borgere er løbende registreret gennem projektperioden. Registreringen af CPR-numre er foregået i samme system som de øvrige indberetninger: Rambøll Results. It-systemet overholder de lovkrav, der foreligger om datasikkerhed ved håndtering af personfølsomme oplysninger. Ved afslutningen af projektperioden har Rambøll dannet et udtræk bestående af de registrerede CPR-numre. Dette udtræk er via en sikker forbindelse blevet fremsendt til Danmarks Statistik. CPR-numrene er udelukkende opbevaret i Rambøll Results og i Danmarks Statistik. Danmarks Statistik anonymiserer CPR-numrene og kobler oplysninger fra de relevante registre på (mere herom i næste afsnit). Rambølls konsulenter arbejder dermed udelukkende med data i anonymiseret form.

De registerdata, som anvendes i evalueringen, bliver opbevaret på et projekt på Danmarks Statistiks forskerserver. Data vil som udgangspunkt ligge på projektet i et år, men projektet kan normalt uden problemer forlænges. Projektet ejes af Socialstyrelsen, som dermed uafhængigt af Rambøll kan anvende data til en fremtidig opdatering af evalueringens resultater. Rambøll vil udelukkende stå som databehandler på projektet i den periode, hvor indeværende analyse pågår. Det skal dog bemærkes, at kun konsulenter/forskere, som er autoriserede af Danmarks Statistik (som f.eks. Rambølls konsulenter), kan få adgang til at arbejde med registerdata på projektet. Danmarks Statistik kan efter anmodning opdatere det anvendte registergrundlag med CPR-numre, såfremt man ønsker, at flere borgere skal indgå i en fremtidig analyse. Ligeledes kan data opdateres således, at man får adgang til de nyeste data på opdateringstidspunktet. Endelig kan der tilføjes nye variable/registre til datagrundlaget, såfremt man ønsker at inddrage andre faktorer end de, der belyses i den oprindelige analyse.

Registerdata fra Danmarks statistik

Som led i den registerbaserede effektevaluering er der indhentet oplysninger fra en række registre under Danmarks Statistiks forskerordning. Disse oplysninger anvendes både til at danne enkelte effektmål og som baggrundsvariable for målgruppen. I boksen nedenfor ses en oversigt over de anvendte registre fra Danmarks Statistik.

Anvendte registre

Befolkningsregisteret: Danmarks Statistiks register over befolkningen indeholder alle basale baggrundsoplysninger om alle borgere i Danmark. I registeret er eksempelvis opgivet køn, alder, bopælsadresse, civilstand, familietype, hustype og nationalitet.

Landspatientregisteret: Statens Serum Instituts Landspatientregister (LPR) har siden 1977 fungeret som det centrale register for oplysninger om sygehuspatienter. Danmarks Statistik stiller LPR-data til rådighed for forskere. I Danmarks Statistik indeholder LPR en række oplysninger om undersøgelse og behandling for alle kontakter til det danske sygehusvæsen, herunder indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestue.

Det psykiatriske centralregister: Det Psykiatriske Centralregister er en del af Landspatientregistret. Landspatientregistret indeholder oplysninger om aktiviteten i hele det danske sygehusvæsen i form af indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestuer. For hver kontakt registreres oplysninger om eksempelvis sygehus og afdeling, indlæggelses- og udskrivningsdato samt diagnose. Således bliver det blandt andet muligt at opgøre antallet af personer med fx en psykiatrisk diagnose eller indlæggelse inden for en given periode.

Kriminalregisteret: Kriminalstatistikken er opdelt i en række hovedområder efter de centrale administrative hændelser i forløbet fra anmeldelse til afgørelse og eventuel indsættelse. Kriminalstatistikken dannes på baggrund af indberetninger fra det Centrale anmeldelsesregister, Rigspolitiets centrale kriminalregister, samt fra rigspolitiets POLSAS-system (Politiets-sags-analyse-system). Registeret indeholder bl.a. oplysninger om sigtelser, lovovertrædelser og afgørelser.

Sygesikringsregisteret: Sygesikringsregisteret indeholder data om forbrug af sundhedsydelser i praksissektoren inden for det offentlige sygesikringsssystem. Det er ydelserne som sådan, der er den grundlæggende enhed. Hvorfor ydelsen er givet, er ikke oplyst, og det fremgår kun i et begrænset omfang af ydelsen som sådan. Det vides derfor ikke, hvad årsagen til fx en lægekonsultation er.

Elevregisteret: Danmarks Statistiks Elevregister viser elever/studerende på alle uddannelser i Danmark siden 1973. Registret er et forløbsregister, der gør det muligt at følge en persons uddannelsesvej gennem det ordinære uddannelsessystem. Udover at vise hvilken uddannelse en given person har taget, rummer registret også mulighed for at følge uddannelser, der er påbegyndt, men ikke afsluttet, dvs. afbrudte uddannelsesforløb og frafald.

Registerbaserede arbejdsstyrkestatistik: Danmarks Statistiks register over arbejdsstyrkestatistik (RAS) har til formål til at opgøre befolkningens tilknytning til arbejdsmarkedet. RAS blev udarbejdet for første gang i 1981. Kernevariablen i RAS er "socioøkonomisk status". Via denne variabel kan befolkningen opdeles i tre hovedgrupper: beskæftigede, arbejdsløse og personer uden for arbejdsstyrken.

Effektanalyse

Periodisering og afgrænsning

Målgruppen består af socialt udsatte borgere med stofmisbrug, som har deltaget i afprøvningen af modellen for akutkrisecenter i perioden 2013-2015.

Målgruppe: Af den samlede indsatspopulation på 208 har 186 personer opgivet deres cpr-nummer, hvorfor indsatsgruppen i registeranalysen er baseret på 186. Heraf er 4 udeladt, da det ikke har været muligt at koble disse med befolkningsregistret og øvrige registerdata. Derudover er 35 udeladt i effektmålingen som følge af indsatsstart i 2015.

Effektmål

Den registerbaserede effektevaluering ser på effekten af akutkrisecenter i forhold til en række forskellige effektmål, som samlet dækker områderne:

- Forbrug af sundhedsydelser
- Kriminelle forhold

Tabellen nedenfor viser en samlet oversigt over de anvendte effektmål.

| Effektmål | Definition | Seneste periode | Målingsperiode |
|--|--|-----------------|--------------------------------------|
| Forbrug af sundhedsydelser | | | |
| Forbrug af almen læge | Antal kontakter med almen læge i praksissektoren på ugebasis. | Ultimo 2014 | 12 måneder før og efter indsatsstart |
| Forbrug af psykiatri | Antal ydelseskontakter i det psykiatriske praksissektor, herunder psykologer, speciallæger og psykiatere og distriktpsychiatrien (skadestuer og behandlinger på hospitaler indgår ikke). | Ultimo 2014 | 12 måneder før og efter indsatsstart |
| Psykiatrisk/psykologisk forbrug af det danske sygehusvæsen | Antal kontakter med det regionale psykiatriske behandlingssystem eller det danske sygehusvæsen, som medfører diagnoser inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser Antal kontakter med det regionale psykiatriske behandlingssystem eller det danske sygehusvæsen, som medfører diagnoser inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser [DF00-DF99] | Ultimo 2014 | 12 måneder før og efter indsatsstart |
| Kriminelle forhold | | | |
| Antal sigtelser | Antal sigtelser inden for et år efter indsatsstarten (eksklusiv sigtelser omhandlende færdselsulykker) | Ultimo 2014 | 12 måneder før og efter indsatsstart |

Valget af periodisering i målingerne har således været en afvejning mellem størrelsen af indsatsgruppen og længden på den samlede opfølgingsperiode. I tabellen nedenfor ses sammenhængen mellem periodisering af målingerne og antal borgere i indsatsgrupperne, som anvendes i analysen i de forskellige opfølgingsperioder.

| Måleperiode | Psykiatrisk/psykologisk forbrug af det danske sygehusvæsen Antal personer tilbage i analyse | Forbrug af almen læge/ psykiatri Antal personer tilbage i analyse | Kriminelle sigtelser Antal personer tilbage i analyse |
|-------------------------------|--|--|--|
| 0-12 måneder før indsatsstart | 147 | 147 | 147 |
| 3 måneder efter indsatsstart | 133 | 133 | 133 |
| 6 måneder efter indsatsstart | 112 | 112 | 112 |
| 9 måneder efter indsatsstart | 93 | 93 | 93 |
| 12 måneder efter indsatsstart | 69 | 69 | 69 |

Det fremgår af tabellen, at en længere opfølgingsperiode medfører et væsentligt fald i antallet af berørte personer, som kan omfattes i analysen. Dette har konsekvenser for robustheden af vores resultater. Det vil sige, at jo lavere antallet af socialt udsatte stofmisbrugere omfattet af analysen er, jo sværere er det at opnå et retvisende billede af effektmålet. Tabellen illustrerer ligeledes betydningen af datatilgængeligheden. Jo ældre data for effektmålet er, des færre personer kan indgå i analysen.

Startdato frem for slutdato i effektmålingerne

I den registerdatabaserede analyse har vi valgt at måle indsatsernes effekt fra opstarten i indsatsforløbet fremfor efter slut af indsatsen. Samlet ville brugen af slutdato fremfor opstartsdato for behandling til indkredsning af effekter reducere antallet af personer i indsatsgruppen væsentlige og dermed øge usikkerheden i dataene. Ved at anvende startdato for behandlingen estimeres den samlede effekt, som består af både den direkte effekt i form af forbedring af f.eks. håndtering af stofmisbrug m.v.

Samlet oversigt over anvendte variable

Tabellen nedenfor viser en samlet oversigt over anvendte variable i den registerbaserede effekt-
evaluering.

| Variabelnavn: | Forklaring: | Koder: | År: | Datakilde: |
|--|---|---|------|---|
| <i>Målgruppens demografiske profil</i> | | | | |
| Køn | Dummy variabel for køn | 1 = kvinde 0 = mand | 2013 | Befolkningsregister (BEF) |
| Herkomst | Herkomst | 1 = indvandrer eller efterkommer 0 = dansk herkomst | 2013 | Befolkningsregister (BEF) |
| Familietype | Familietype | 0 = Ægtepar 1 = Samlevende par eller Samboende par 2 = Enlig (herunder også ikke hjemmeboende børn) | 2013 | Befolkningsregister (BEF) |
| Hustype | Hustype knytter sig til husstanden og giver oplysning om husstandens sammensætning | 0 = En enlig mand 1 = En enlig kvinde 2 = Et ægtepar 3 = Et par i øvrigt 4 = Husstand bestående af flere familier | 2013 | Befolkningsregister (BEF) |
| Højeste fuldførte uddannelse | Målgruppens højeste fuldførte uddannelse primo 2013 | 0 = Grundskole eller forberedende uddannelse 1 = Gymnasial uddannelse 2 = Erhvervsfaglig grundforløb 3 = Erhvervsfaglig praktik- og hovedforløb 4 = Kort- eller mellemlang videregående uddannelse 5 = Ingen kendt fuldført uddannelse | 2014 | Uddannelse (KOET) |
| Højeste socioøkonomisk status | Målgruppens højeste fuldførte uddannelse primo 2013 | 0 = Lønmodtagere 1 = Kontanthjælp 2 = Anden offentlig forsørgelse 3 = Førtidspension eller pension 4 = Øvrige udenfor arbejdsstyrken | 2013 | Registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) |
| Indkomst | Disponibel indkomst efter skat og renter (samlet indkomst fratrukket renteudgifter) | 0 = 100.000 kr. eller derunder 1 = 100.000-150.000kr 2 = 150.000-200.000kr. 3 = Over 200.000kr | 2013 | Indkomster (INDK) |

| <i>Forbrug af sundhedsydelser</i> | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-----------|--|
| Kontakt med almen læge | Antal kontakter med almen læge i kalenderåret før og efter behandlingsstart | Antal (ln) | 2011-2014 | Sygesikringsregisteret (SSSY). |
| Kontakt med distriktpsychiatri | Antal kontakter med psykiatrien i kalenderåret før og efter behandlingsstart | Antal (ln) | 2011-2014 | Sygesikringsregisteret (SSSY). |
| Antal sengedage | Antal sengedage i det regionale psykiatriske behandlingssystem inden for det seneste år og et år efter indsatsstart | Antal (ln) | 2011-2014 | Landspatientregisteret |
| Diagnosekode | 8 dummyvariable for hver af de 8 diagnosekategorier inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser | 0 = nej 1 = ja | 2013 | Psykiatriske centralregister (psyk_adm, psyk_diag) |
| Kontakt med psykiatri | Kontakt med den psykiatriske praksissektor eller det regionale psykiatriske behandlingssystem | 0 = nej 1 = ja | 2011-2014 | Landspatientregisteret |
| <i>Kriminelle forhold</i> | | | | |
| Antal sigtelser | Antal sigtelser i kalenderåret før og efter behandlingsstart | Antal (ln) | 2011-2014 | Kriminalregisteret |
| Lovovertrædelsestype | Type af lovovertrædelse i kalenderåret før og efter behandlingsstart | 0 = Andre strafferetlige særlove 1 = Vold og trusler 2 = Lov om euforiserende stoffer 3 = Andet 4 = Butikstyveri | 2011-2014 | Kriminalregisteret |

BILAG 3 IMPLEMENTERINGSBAROMETER

Tabellen nedenfor viser en operationalisering af det implementeringsbarometer, der er anvendt til at vurdere implementeringsgraden (dvs. implementeringen af aktiviteter) under opholdet på akutkrisecenter.

Implementeringsbarometer, ophold på akutkrisecenter

| Temaer og tilhørende under-spørgsmål | Implementeringsgrad | | | |
|--|--|---|---|---|
| | 1 (lav implemen- teringsgrad) | 2 | 3 | 4 (høj imple- menterings- grad) |
| Tema 1: Stabilisering af akut krisesituation | | | | |
| Hvor ofte indtager borgeren de tilbudte måltider? | Under 85 pct. af borgerne indtager meget ofte eller ofte de tilbudte måltider. | 85-90 pct. af borgerne indtager meget ofte eller ofte de tilbudte måltider. | 90-95 pct. af borgerne indtager meget ofte eller ofte de tilbudte måltider. | Over 95 pct. af borgerne indtager meget ofte eller ofte de tilbudte måltider. |
| Er borgerens eventuelle mangel på tøj blevet udbedret? | For under 85 pct. af borgerne er deres eventuelle mangel på tøj blevet udbedret. | For 85-90 pct. af borgerne er deres eventuelle mangel på tøj blevet udbedret. | For 90-95 pct. af borgerne er deres eventuelle mangel på tøj blevet udbedret. | For over 90 pct. af borgerne er deres eventuelle mangel på tøj blevet udbedret. |
| Tema 2: Stabilisering af hel- bredstilstand | | | | |
| Er borgeren ved ankomst blevet tilset af akutkrisecenterets læge? | Under 85 pct. af borgerne er ved ankomst blevet tilset af akutkrisecenterets læge. | 85-90 pct. af borgerne er ved ankomst blevet tilset af akutkrisecenterets læge. | 90-95 pct. af borgerne er ved ankomst blevet tilset af akutkrisecenterets læge. | Over 90 pct. af borgerne er ved ankomst blevet tilset af akutkrisecenterets læge. |
| Har borgeren gennemført et bredere sundhedstjek? | Under 85 pct. af borgerne har fået gennemført et bredere sundhedstjek. | 85-90 pct. af borgerne har fået gennemført et bredere sundhedstjek. | 90-95 pct. af borgerne har fået gennemført et bredere sundhedstjek. | Over 90 pct. af borgerne har fået gennemført et bredere sundhedstjek. |
| Indgik der en vurdering af borgere- ns psykiske tilstand i gennemførelsen af sundhedstjekket? | For under 85 pct. af borgerne indgik en vurdering af deres psykiske tilstand i gennemførelsen af sundhedstjekket. | For 85-90 pct. af borgerne indgik en vurdering af deres psykiske tilstand i gennemførelsen af sundhedstjekket. | For 90-95 pct. af borgerne indgik en vurdering af deres psykiske tilstand i gennemførelsen af sundhedstjekket. | For over 90 pct. af borgerne indgik en vurdering af deres psykiske tilstand i gennemførelsen af sundhedstjekket. |
| Tema 3: Stabilisering af mis- brug | | | | |
| Er der iværksat substitutions- eller anden medicinsk behandling for misbrugsproblemer? | For under 85 pct. af borgerne er der iværksat substitutions- eller anden medicinsk behandling for misbrugsproblemer. | For 85-90 pct. af borgerne er der iværksat substitutions- eller anden medicinsk behandling for misbrugsproblemer. | For 90-95 pct. af borgerne er der iværksat substitutions- eller anden medicinsk behandling for misbrugsproblemer. | For over 90 pct. af borgerne er der iværksat substitutions- eller anden medicinsk behandling for misbrugsproblemer. |
| Har borgeren modtaget rådgivning eller støtte i forhold til sit misbrug? | Under 85 pct. af borgerne har modtaget rådgivning eller støtte i forhold til sit misbrug. | 85-90 pct. af borgerne har modtaget rådgivning eller støtte i forhold til sit misbrug. | 90-95 pct. af borgerne har modtaget rådgivning eller støtte i forhold til sit misbrug. | Over 95 pct. af borgerne har modtaget rådgivning eller støtte i forhold til sit misbrug. |

| Temaer og tilhørende under-spørgsmål | Implementeringsgrad | | | |
|---|---|--|--|--|
| | 1 (lav implemen- teringsgrad) | 2 | 3 | 4 (høj imple- menterings- grad) |
| Hvor regelmæssigt har borgeren modtaget rådgivning og støtte i forbindelse med misbrug? | Under 85 pct. af borgerne har dagligt eller ugentligt modtaget rådgivning og støtte i forbindelse med misbrug. | 85-90 pct. af borgerne har dagligt eller ugentligt modtaget rådgivning og støtte i forbindelse med misbrug. | 90-95 pct. af borgerne har dagligt eller ugentligt modtaget rådgivning og støtte i forbindelse med misbrug. | Over 95 pct. af borgerne har dagligt eller ugentligt modtaget rådgivning og støtte i forbindelse med misbrug. |
| Er borgeren blevet motiveret og støttet i forhold til at påbegynde kommunal misbrugsbehandling efter opholdet på akutkrisecentre? | Under 85 pct. af borgerne er blevet motiverede og støttet i forhold til at påbegynde kommunal misbrugsbehandling efter opholdet på akutkrisecentre. | 85-90 pct. af borgerne er blevet motiverede og støttet i forhold til at påbegynde kommunal misbrugsbehandling efter opholdet på akutkrisecentre. | 90-95 pct. af borgerne er blevet motiverede og støttet i forhold til at påbegynde kommunal misbrugsbehandling efter opholdet på akutkrisecentre. | Over 95 pct. af borgerne er blevet motiverede og støttet i forhold til at påbegynde kommunal misbrugsbehandling efter opholdet på akutkrisecentre. |
| Tema 4: Stabilisering af social situation | | | | |
| Er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at opbygge relationer til medarbejdere og beboere? | For under 85 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at opbygge relationer til medarbejdere og beboere. | For 85-90 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at opbygge relationer til medarbejdere og beboere. | For 90-95 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at opbygge relationer til medarbejdere og beboere. | For over 95 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at opbygge relationer til medarbejdere og beboere. |
| Er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at indgå i en hverdag med fast struktur? | For under 85 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at indgå i en hverdag med fast struktur. | For 85-90 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at indgå i en hverdag med fast struktur. | For 90-95 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at indgå i en hverdag med fast struktur. | For over 95 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens evne til at indgå i en hverdag med fast struktur. |
| Er der arbejdet med at styrke borgerens motivation for forandring? | For under 85 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens motivation for forandring. | For 85-90 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens motivation for forandring. | For 90-95 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens motivation for forandring. | For over 95 pct. af borgerne er der arbejdet med at styrke borgerens motivation for forandring. |
| Tema 5: Afklaring og forberedelse i forhold til at modtage hjælp og støtte i hjemkommune | | | | |
| Er der påbegyndt en dialog med borgeren med henblik på at afdække borgerens behov for støtte og hjælp efter endt ophold på akutkrisecenteret? | For under 85 pct. af borgerne er der påbegyndt en dialog med borgeren med henblik på at afdække borgerens behov for støtte og hjælp efter endt ophold på akutkrisecentre. | For 85-90 pct. af borgerne er der påbegyndt en dialog med borgeren med henblik på at afdække borgerens behov for støtte og hjælp efter endt ophold på akutkrisecentre. | For 90-95 pct. af borgerne er der påbegyndt en dialog med borgeren med henblik på at afdække borgerens behov for støtte og hjælp efter endt ophold på akutkrisecentre. | For over 95 pct. af borgerne er der påbegyndt en dialog med borgeren med henblik på at afdække borgerens behov for støtte og hjælp efter endt ophold på akutkrisecentre. |

| Temaer og tilhørende underspørgsmål | Implementeringsgrad | | | |
|--|--|---|---|---|
| | 1 (lav implementeringsgrad) | 2 | 3 | 4 (høj implementeringsgrad) |
| Er borgeren blevet oplyst om sine handlemuligheder i forhold til konkrete tilbud i hjemkommunen? | For under 85 pct. af borgerne er borgeren blevet oplyst om sine handlemuligheder i forhold til konkrete tilbud i hjemkommunen. | For 85-90 pct. af borgerne er borgeren blevet oplyst om sine handlemuligheder i forhold til konkrete tilbud i hjemkommunen. | For 90-95 pct. af borgerne er borgeren blevet oplyst om sine handlemuligheder i forhold til konkrete tilbud i hjemkommunen. | For over 95 pct. af borgerne er borgeren blevet oplyst om sine handlemuligheder i forhold til konkrete tilbud i hjemkommunen. |
| Er der i samarbejde med borgeren påbegyndt en udarbejdelse af fremtidsplanen? | For under 85 pct. af borgerne er der i samarbejde med borgeren påbegyndt en udarbejdelse af fremtidsplanen. | For 85-90 pct. af borgerne er der i samarbejde med borgeren påbegyndt en udarbejdelse af fremtidsplanen. | For 90-95 pct. af borgerne er der i samarbejde med borgeren påbegyndt en udarbejdelse af fremtidsplanen. | For over 95 pct. af borgerne er der i samarbejde med borgeren påbegyndt en udarbejdelse af fremtidsplanen. |
| Tema 6: Samarbejde og brobygning med hjemkommune | | | | |
| Er der taget kontakt til den sociale mentor i borgerens hjemkommune? | For under 85 pct. af borgerne er der taget kontakt til den sociale mentor i borgerens hjemkommune. | For 85-90 pct. af borgerne er der taget kontakt til den sociale mentor i borgerens hjemkommune. | For 90-95 pct. af borgerne er der taget kontakt til den sociale mentor i borgerens hjemkommune. | For over 95 pct. af borgerne er der taget kontakt til den sociale mentor i borgerens hjemkommune. |
| Er der indgået aftale med den sociale mentor angående støttebehov efter hjemkomst? | For under 85 pct. af borgerne er der indgået aftale med den sociale mentor angående støttebehov efter hjemkomst. | For 85-90 pct. af borgerne er der indgået aftale med den sociale mentor angående støttebehov efter hjemkomst. | For 90-95 pct. af borgerne er der indgået aftale med den sociale mentor angående støttebehov efter hjemkomst. | For over 95 pct. af borgerne er der indgået aftale med den sociale mentor angående støttebehov efter hjemkomst. |
| Er der taget kontakt til det kommunale misbrugscenter? | For under 85 pct. af borgerne er der taget kontakt til det kommunale misbrugscenter. | For 85-90 pct. af borgerne er der taget kontakt til det kommunale misbrugscenter. | For 90-95 pct. af borgerne er der taget kontakt til det kommunale misbrugscenter. | For over 95 pct. af borgerne er der taget kontakt til det kommunale misbrugscenter. |
| Er der indgået aftale med det kommunale misbrugscenter angående støttebehov efter hjemkomst? | For under 85 pct. af borgerne er der indgået aftale med det kommunale misbrugscenter angående støttebehov efter hjemkomst. | For 85-90 pct. af borgerne er der indgået aftale med det kommunale misbrugscenter angående støttebehov efter hjemkomst. | For 90-95 pct. af borgerne er der indgået aftale med det kommunale misbrugscenter angående støttebehov efter hjemkomst. | For over 95 pct. af borgerne er der indgået aftale med det kommunale misbrugscenter angående støttebehov efter hjemkomst. |

Tabellen nedenfor viser en operationalisering af det implementeringsbarometer, der er anvendt til at vurdere implementeringsgraden (dvs. implementeringen af aktiviteter) i forbindelse med brobygning og hjemkomst.

Implementeringsbarometer, brobygning og hjemkomst

| Temaer og tilhørende under-spørgsmål | Implementeringsgrad | | | |
|--|--|---|---|---|
| | 1 (lav implemen- teringsgrad) | 2 | 3 | 4 (høj imple- menterings- grad) |
| Tema 1: Overgang fra akutkri- secenteret til hjemkommune | | | | |
| Er der i forbindelse med brobygning og udslusning afholdt et møde – telefonisk eller fysisk – mellem akutkrisecenter og hjemkommune (på myndighedsniveau)? | For under 70 pct. af borgerne er der i forbindelse med brobygning og udslusning er afholdt et møde – telefonisk eller fysisk – mellem akutkrisecenter og hjemkommune (på myndighedsniveau). | For under 70-80 pct. af borgerne er der i forbindelse med brobygning og udslusning er afholdt et møde – telefonisk eller fysisk – mellem akutkrisecenter og hjemkommune (på myndighedsniveau). | For under 80-90 pct. af borgerne er der i forbindelse med brobygning og udslusning er afholdt et møde – telefonisk eller fysisk – mellem akutkrisecenter og hjemkommune (på myndighedsniveau). | For over 90 pct. af borgerne er der i forbindelse med brobygning og udslusning er afholdt et møde – telefonisk eller fysisk – mellem akutkrisecenter og hjemkommune (på myndighedsniveau). |
| I hvilket omfang vurderer du, at kontakten mellem akutkrisecenter og hjemkommunen (på myndighedsniveau) har været tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren? | For under 70 pct. af borgerne har kontakten mellem akutkrisecenter og hjemkommunen (på myndighedsniveau) i meget høj grad eller høj grad været tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren. | For 70-80 pct. af borgerne har kontakten mellem akutkrisecenter og hjemkommunen (på myndighedsniveau) i meget høj grad eller høj grad været tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren. | For 80-90 pct. af borgerne har kontakten mellem akutkrisecenter og hjemkommunen (på myndighedsniveau) i meget høj grad eller høj grad været tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren. | For over 90 pct. af borgerne har kontakten mellem akutkrisecenter og hjemkommunen (på myndighedsniveau) i meget høj grad eller høj grad været tilstrækkelig til at sikre en tilfredsstillende overgang for borgeren. |
| Er der i forbindelse med brobygning og udslusning udarbejdet en konkret plan for ansvars- og rollefordeling ved borgerens hjemkomst mellem hjemkommune, social mentor og øvrige relevante aktører? | For under 70 pct. af borgerne er der i forbindelse med brobygning og udslusning udarbejdet en konkret plan for ansvars- og rollefordeling ved borgerens hjemkomst mellem hjemkommune, social mentor og øvrige relevante aktører. | For 70-80 pct. af borgerne er der i forbindelse med brobygning og udslusning udarbejdet en konkret plan for ansvars- og rollefordeling ved borgerens hjemkomst mellem hjemkommune, social mentor og øvrige relevante aktører. | For 80-90 pct. af borgerne er der i forbindelse med brobygning og udslusning udarbejdet en konkret plan for ansvars- og rollefordeling ved borgerens hjemkomst mellem hjemkommune, social mentor og øvrige relevante aktører. | For over 90 pct. af borgerne er der i forbindelse med brobygning og udslusning udarbejdet en konkret plan for ansvars- og rollefordeling ved borgerens hjemkomst mellem hjemkommune, social mentor og øvrige relevante aktører. |
| Tema 2: Kendskab til relevante planer | | | | |

| Temaer og tilhørende underspørgsmål | Implementeringsgrad | | | |
|--|--|--|---|---|
| | 1 (lav implementeringsgrad) | 2 | 3 | 4 (høj implementeringsgrad) |
| Er du bekendt med, om der under opholdet på akutkrisecenter er udarbejdet en fremtidsplan for borgeren? | For under 70 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at der er udarbejdet en fremtidsplan for borgeren under opholdet på akutkrisecenter | For 70-80 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at der er udarbejdet en fremtidsplan for borgeren under opholdet på akutkrisecenter | For 80-90 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at der er udarbejdet en fremtidsplan for borgeren under opholdet på akutkrisecenter | For over 90 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at der er udarbejdet en fremtidsplan for borgeren under opholdet på akutkrisecenter |
| Er du bekendt med, om borgeren er blevet tilbudt at få udarbejdet en handleplan af kommunens myndigheds-sagsbehandler (efter SEL § 141)? | For under 70 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at borgeren er blevet tilbudt at få udarbejdet en handleplan af kommunens myndigheds-sagsbehandler (efter SEL § 141). | For 70-80 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at borgeren er blevet tilbudt at få udarbejdet en handleplan af kommunens myndigheds-sagsbehandler (efter SEL § 141). | For 80-90 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at borgeren er blevet tilbudt at få udarbejdet en handleplan af kommunens myndigheds-sagsbehandler (efter SEL § 141). | For over 90 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at borgeren er blevet tilbudt at få udarbejdet en handleplan af kommunens myndigheds-sagsbehandler (efter SEL § 141). |
| Er du bekendt med, om fremtidsplanen – der er lavet under borgerens ophold på akutkrisecenter – er anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af borgerens handleplan? | For under 70 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at fremtidsplanen – der er lavet under borgerens ophold på akutkrisecenter – er anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af borgerens handleplan. | For 70-80 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med at fremtidsplanen – der er lavet under borgerens ophold på akutkrisecenter – er anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af borgerens handleplan. | For 80-90 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at fremtidsplanen – der er lavet under borgerens ophold på akutkrisecenter – er anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af borgerens handleplan. | For over 90 pct. af borgerne er medarbejderne i projektkommunen bekendt med, at fremtidsplanen – der er lavet under borgerens ophold på akutkrisecenter – er anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af borgerens handleplan. |
| Tema 3: Kontakt og støtte i hjemkommune | | | | |
| Angivelse af hvorvidt borgerne er blevet tilbudt eller taget imod tilbud ift. bolig, misbrug, somatisk og psykisk tilstand samt sociale og personlige støttetilbud (f.eks. SKP). | Under 70 pct. af borgerne er blevet tilbudt eller har taget imod minimum ét støttetilbud. | 70-80 pct. af borgerne er blevet tilbudt eller har taget imod minimum ét støttetilbud. | 80-90 pct. af borgerne er blevet tilbudt eller har taget imod minimum ét støttetilbud. | Over 90 pct. af borgerne er blevet tilbudt eller har taget imod minimum ét støttetilbud. |
| Tema 4: Kontakten mellem hhv. myndigheds-sagsbehandler og social mentor og borgeren | | | | |
| Er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle du – som <u>social mentor</u> – skal have efter udslusningen fra akutkrisecenteret? | For under 70 pct. af borgerne er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den sociale mentor skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter. | For 70-80 pct. af borgerne er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den sociale mentor skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter. | For 80-90 pct. af borgerne er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den sociale mentor skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter. | For over 90 pct. af borgerne er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den sociale mentor skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter. |

| Temaer og tilhørende under-spørgsmål | Implementeringsgrad | | | |
|---|--|---|---|---|
| | 1 (lav implemen- teringsgrad) | 2 | 3 | 4 (høj imple- menterings- grad) |
| Er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle <u>den kommunale myndighedssagsbehandler</u> skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter? | For under 70 pct. af borgerne er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den kommunale myndighedssagsbehandler skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter. | For 70-80 pct. af borgerne er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den kommunale myndighedssagsbehandler skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter. | For 80-90 pct. af borgerne er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den kommunale myndighedssagsbehandler skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter. | For over 90 pct. af borgerne er der indgået en aftale med borgeren om, hvilken rolle den kommunale myndighedssagsbehandler skal have efter udslusningen fra akutkrisecenter. |
| Tema 5: Organisering og koordinering af indsatsen | | | | |
| Er der indgået en aftale mellem dig – som social mentor – og <u>den kommunale myndighedssagsbehandler</u> , om ansvars- og rollefordelingen i forhold til borgeren? | For under 70 pct. af borgerne er der indgået en aftale mellem den sociale mentor og den kommunale myndighedssagsbehandler, om ansvars- og rollefordelingen i forhold til borgeren. | For 70-80 pct. af borgerne er der indgået en aftale mellem den sociale mentor og den kommunale myndighedssagsbehandler, om ansvars- og rollefordelingen i forhold til borgeren. | For 80-90 pct. af borgerne er der indgået en aftale mellem den sociale mentor og den kommunale myndighedssagsbehandler, om ansvars- og rollefordelingen i forhold til borgeren. | For over 90 pct. af borgerne er der indgået en aftale mellem den sociale mentor og den kommunale myndighedssagsbehandler, om ansvars- og rollefordelingen i forhold til borgeren. |
| I hvilket omfang vurderer du, at samarbejdet mellem aktørerne i borgerens hjemkommune samlet set er tilstrækkeligt koordineret? | For under 70 pct. af borgerne vurderes samarbejdet mellem aktørerne i borgerens hjemkommune samlet set at være i meget høj grad eller høj grad tilstrækkeligt koordineret. | For 70-80 pct. af borgerne vurderes samarbejdet mellem aktørerne i borgerens hjemkommune samlet set at være i meget høj grad eller høj grad tilstrækkeligt koordineret. | For 80-90 pct. af borgerne vurderes samarbejdet mellem aktørerne i borgerens hjemkommune samlet set at være i meget høj grad eller høj grad tilstrækkeligt koordineret. | For over 90 pct. af borgerne vurderes samarbejdet mellem aktørerne i borgerens hjemkommune samlet set at være i meget høj grad eller høj grad tilstrækkeligt koordineret. |

