

METODESKABELON

CRITICAL TIME INTERVENTION (CTI)

Metodeskabelonen er et støtteredskab, som kan bruges i forbindelse med den praktiske implementering af CTI-metoden. Skabelonen er tænkt som en hjælp til, hvilke overvejelser, både faglige og organisatoriske, der er værd at gøre sig, når metoden implementeres. Afhængigt af den lokale kontekst kan der være øvrige forhold, som bør tages i betragtning. Når skabelonen er udfyldt, sætter den rammen for, hvordan CTI-metoden implementeres og følges i praksis. Metodeskabelonen kan således medvirke til at sikre, at arbejdet med CTI-metoden foregår i overensstemmelse med mindstekravene til metoden.

Metodeskabelonen suppleres af en implementeringsskabelon. Implementeringsskabelonen er tiltænkt ledelsesniveauet, mens metodebeskrivelsen med fordel kan udfyldes i samarbejde mellem ledelsen og kommende CTI-medarbejdere samt anvendes af CTI-medarbejderne som vejledning i forbindelse med opstarten af CTI-indsatsen.

Element	Faste krav til metoden – <i>Hvordan gør I i praksis?</i>
Målgruppe	<p>Målgruppen er personer i overgang fra en institutionaliseret bolig (boform, hospital, fængsel eller lignende) til egen bolig, der skal hjælpes til en god start på fastholdelse af egen bolig</p> <p><i>Hvordan udvælges målgruppen konkret? Er det f.eks. brugere af et bestemt tilbud?</i></p> <p><i>Hvor mange personer forventes målgruppen at indbefatte?</i></p>
Tilknytning af borger til CTI-medarbejder	<p>Borgeren skal tilknyttes én case manager (forstået som CTI-medarbejderen), allerede inden borgeren flytter i egen bolig. Der skal etableres en kontakt mellem CTI-medarbejderen og borgeren, som skal danne basis for den videre relation</p> <p><i>Hvordan bliver en borger visiteret til en CTI-indsats?</i></p> <p><i>Hvor og hvordan kan kontakten og relationen mellem borgeren og CTI-medarbejderen etableres? Er der en procedure for dette?</i></p> <p><i>Hvordan introduceres borgeren til CTI-medarbejderen?</i></p>
Udredning	<p>Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen har den bedste mulige viden om borgerens behov og ønsker for at kunne tilpasse CTI-forløbet bedst muligt</p> <p><i>Hvilken viden skal være tilgængelig om borgeren, for at vedkommende kan visiteres til en CTI-indsats? Skal der eksempelvis være gennemført Udredning og Plan?</i></p> <p><i>Hvordan videregives eventuel viden om borgeren, der er erfaret af andre medarbejdere fra andre enheder, til CTI-medarbejderen? (ved møde, i handleplan eller på anden vis?)</i></p>

	<p><i>Hvordan sikres løbende udredning af borgeren, som er visiteret til CTI-indsats? Hvilken type viden er der behov for – og på hvilket niveau?</i></p> <p><i>Hvordan sikres udarbejdelsen af § 141-handleplan, såfremt borgeren ikke allerede har en? Hvordan sikres sammenhæng mellem § 141-handleplanen og CTI-indsatsen?</i></p>
Antal borgere pr. CTI-medarbejder	<p>Antallet af borgere per CTI-medarbejder skal være lavt – op til 12 borgere per fuldtidsmedarbejder. Antallet af borgere kan i den indledende, intensive fase være endnu lavere</p>
	<p><i>Hvor mange borgere skal tilknyttes hver CTI-medarbejder? Hvordan forholder kommunen jer til denne grænse, hvis behovet for CTI-medarbejdere stiger?</i></p>
	<p><i>Variéres antallet af borgere per CTI-medarbejder i forhold til, hvor langt i forløbet borgerne er?</i></p>
	<p><i>Hvad sker der konkret i forbindelse med CTI-medarbejderens ferie og sygdom?</i></p>
Tilgængelighed	<p>Det er vigtigt, at borgeren kan få hjælp, når der er behov</p>
	<p><i>Er CTI-medarbejderen til rådighed hele døgnet? Eller hvornår er CTI-medarbejderen til rådighed?</i></p>
	<p><i>Hvordan kan borgeren få kontakt med CTI-medarbejderen, hvis der er et akut behov for støtte?</i></p>
Tidsramme	<p>CTI-forløbet har en fast varighed på 9 måneder. I løbet af disse 9 måneder skal ansvaret for borgerens udvikling gradvist overdrages fra CTI-medarbejderen til borgeren selv og dennes støttenetværk</p>
	<p><i>Hvordan sikres det, at tidsrammen overholdes? Er der overblik over de forskellige CTI-forløb på et centralt sted?</i></p>
Indsatser - Første fase: Overgang til egen bolig	<p>CTI-medarbejderen skal introducere borgeren til de lokale tilbud og støtteordninger og hjælpe med at skabe et netværk og en vedvarende kontakt</p>
	<p><i>Hvordan udføres dette i praksis?</i></p>
	<p><i>Hvilke tilbud og støtteordninger kan borgeren introduceres til?</i></p>
	<p>CTI-medarbejderen skal sikre et individuelt tilrettelagt forløb, hvor det primære arbejde sker hos borgeren og i dennes nærmiljø. Medarbejderen skal herunder arrangere og deltage i møder med borgeren og de udpegede støttepersoner</p>

Indsatser - Anden fase: Afprøvning i egen bolig	<p>med henblik på at inddrage dem som ressourcer i borgerens udvikling</p>
	<p><i>Hvordan udføres dette i praksis? Hvilke støttepersoner kan inddrages, og hvordan inddrages de?</i></p>
	<p>I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt, at der i en overgangsperiode stadig foregår aktiviteter, der er forankret på boformen for at gøre overgangen til egen bolig så lempelig som mulig</p>
	<p><i>Vil borgeren stadig kunne indgå i aktiviteter på boformen?</i></p>
	<p>Støtten til borgeren skal være intensiv og samtidig tilpasset borgerens behov</p>
	<p><i>Hvordan sikres det, at støtten er intensiv? Og at støtten tilpasses borgerens aktuelle behov?</i></p>
	<p>Gennem hele første fase skal CTI-medarbejderen samle viden om borgeren, som bruges til planlægning af den følgende indsats og forløb</p>
	<p><i>Hvilken viden skal der fokuseres på at indsamle? Hvordan udvikles planen for det følgende CTI-forløb, og hvad skal planen indeholde?</i></p>
	<p>Kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren skal som udgangspunkt foregå i borgerens nærmiljø. Dette skal medvirke til, at CTI-medarbejderen bedre kan følge borgerens udvikling, blive bekendt med borgerens ressourcer og barrierer samt opfatte kriser og problemer</p>
	<p><i>Hvor forestiller I jer, at kontakten kan finde sted? Vil der f.eks. også være møder mellem borgeren og CTI-medarbejderen på et kontor eller over telefonen?</i></p>
<p>I denne fase testes og tilpasses det system af støttepersoner og tilbud, som blev etableret i den første fase. CTI-medarbejderen tilskynder borgeren og hans eller hendes støttepersoner til selv at løse opståede problemer. Kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren er mindre intensiv, men dog stadig regelmæssig, sådan at CTI-medarbejderen kan træde til i tilfælde af kriser</p>	
<p><i>Hvordan kan CTI-medarbejderen overdrage mere ansvar til borgeren og samtidig støtte ham eller hende? Giv eksempler.</i></p>	
<p>De lokale tilbud og støtteordninger har overtaget det primære ansvar for at levere støtte og ydelser til borgeren fra CTI-medarbejderen</p>	
<p><i>Hvordan inddrages de lokale tilbud og støtteordninger, og hvilket ansvar kan overdrages til dem?</i></p>	
<p>Kontakten mellem borgeren og CTI-medarbejderen skal fortsat foregå i borgerens nærmiljø, så CTI-medarbejderen kan opfatte kriser, problemer og huller i støttenetværket.</p>	
<p>I takt med borgerens udvikling og et mindre behov for støtte kan noget af kontakten dog godt foregå andetsteds eller eventuelt over telefonen</p>	
<p><i>Hvor forestiller I jer, at kontakten kan finde sted? Vil der f.eks. også være møder mellem borgeren og CTI-medarbejderen på et kontor eller over telefonen?</i></p>	

Indsatser - Tredje fase: Overdragelse af støtte	Inden afslutningen af forløbet, ideelt set en måned forinden, mødes CTI-medarbejderen, borgeren og de vigtigste personer i dennes støttesystem og aftaler elementerne i den fortsatte behandling og støtte
	<i>Hvem kan deltage i mødet (familiemedlemmer, en terapeut eller psykolog, kontaktperson fra borgerens nye bolig/bosted, kontaktpersoner fra andre behandlingstilbud)?</i>
	Der udarbejdes en langsigtet udviklingsplan, som klarlægger borgerens mål for fremtiden
	<i>Hvordan udarbejdes planen, og hvad skal den indeholde (mål for uddannelse, beskæftigelse, genforening med familie)?</i>
Efter afslutning af CTI-forløb	Karakteristisk for CTI er, at overdragelsen af ansvar samt overgangen fra et liv i en institutionaliseret bolig til et liv i egen bolig ikke sker brat, men gradvist. Borgeren må ikke opleve et pludseligt og potentielt traumatisk tab ved afslutningen af CTI-forløbet
	<i>Hvordan sikres dette? Hvordan kan CTI-medarbejderen klargøre borgeren til afslutningen af CTI-indsatsen (Hvordan holdes der gennem CTI-indsatsen fokus på, at indsatsen er tidsbegrænset og hvordan sikres det, at borgeren har forståelse heraf? Hvordan holdes der fokus på borgerens udvikling i forhold til at kunne tage ansvar for eget liv?) Hvilke opgaver og hvilket ansvar kan overdrages til hvilke personer?</i>
Syn på borgeren	Målet med CTI-indsatsen er, at borgeren efter endt forløb kan klare sig i egen bolig. I nogle tilfælde kan det dog tænkes, at borgeren ikke vil være i stand til dette
	<i>Er der mulighed for, at andre støtteordninger kan træde i kraft efter afslutningen af CTI-forløbet? Hvilke? Hvordan og hvornår arrangeres det?</i>
Syn på borgeren	Borgeren skal ses som en person med potentiale til at "komme sig" og blive (re)integreret i samfundet. Der skal fokuseres på at udvikle borgerens kompetencer og identificere og styrke borgerens ressourcer.
	<i>Hvordan inddrages borgeren? Hvordan sikres et fokus på at udvikle borgerens kompetencer og styrke hans eller hendes ressourcer?</i>