

# Assertive Community Treatment (ACT)

## Manual

September 2015

Denne manual for den sociale metode Assertive Community Treatment (ACT) er udarbejdet som del af implementeringen og forankringen af Hjemløsestrategiens resultater. Manualen er udarbejdet af forsker Lars Benjaminsen, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, for Socialstyrelsen.

# Indhold

1. Indledning.....	4
2. Housing First – en helhedsorienteret tilgang .....	5
2.1 Housing First-tilgangens værdigrundlag.....	6
2.2 Mindshift fra boligparathed til Housing First .....	7
2.3 Recovery og empowerment .....	7
3. Målgruppe for ACT-indsatsen.....	9
4. Etablering af en permanent boligløsning .....	11
4.1 Dialog med borgeren om boligløsningen .....	11
4.2 Egen selvstændig bolig som primært tilbud .....	11
4.3 En differentieret vifte af boligtilbud .....	12
4.4 Plan for en boligløsning .....	12
5. Assertive Community Treatment – baggrund og værdigrundlag .....	13
6. ACT-forløbets indhold.....	18
6.1 Overgang til egen bolig.....	18
6.2 Social og praktisk støtte i hverdagen.....	19
6.3 Sundhedsfaglig støtte fra specialiserede ACT-medarbejdere .....	20
6.4 Administrativ myndighedskompetence i teamet .....	21
7. Indsatser i dimensioner af borgerens liv .....	23
7.1 Økonomi .....	23
7.2 Fysisk helbred .....	24
7.3 Psykisk helbred .....	25
7.4 Misbrug.....	25
7.5 Netværk og sociale relationer .....	26
7.6 Daglige aktiviteter.....	27
7.7 Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer.....	28
Litteraturliste .....	29
Bilag 1 – Checkliste til ACT-medarbejderen .....	31
Bilag 2 - Kriterier for metodefidelitet .....	33

## 1. Indledning

Denne manual beskriver metoden Assertive Community Treatment (ACT), der er en indsatsmetode henvendt til hjemløse borgere med svære psykosociale problemer som psykisk sygdom og misbrug, som har meget vanskeligt ved at benytte det eksisterende støtte- og behandlingssystem, og som derfor har brug for en langvarig og intensiv social støtte i forbindelse med indflytning i egen bolig og for efterfølgende at kunne fastholde boligen.

Metoden kan endvidere benyttes til samme målgruppe af borgere med svære psykosociale problemer, men som ikke er hjemløse. For denne gruppe kan metoden forebygge hjemløshed, og bidrage til generelt at styrke borgerens livssituation og funktionsevne i hverdagen.

Metoden benyttes på hjemløseområdet som del af en Housing First-indsats, hvor borgeren tilbydes en helhedsorienteret indsats i form af en permanent boligløsning sammen med social støtte ud fra borgerens behov.

ACT-indsatsen består af et tværfagligt indsatsteam, bestående af både bostøttemedarbejdere, sundhedsfaglige medarbejdere og medarbejdere med myndighedskompetence. Gennem ACT-indsatsen arbejdes med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner af borgerens liv som bolig, økonomi, fysisk helbred, psykisk helbred, misbrug, socialt netværk, daglige aktiviteter, uddannelse og arbejde.

Manualen er opbygget således, at andet afsnit giver en beskrivelse af Housing First-tilgangen, herunder tilgangens værdigrundlag. Tredje afsnit beskriver målgruppen for ACT-indsatsen. Fjerde afsnit gennemgår, hvorledes der arbejdes med at etablere en permanent boligløsning for borgeren. Femte afsnit gennemgår grundprincipperne i ACT-metoden med fokus på de værdier, som ligger til grund for metoden. Sjette afsnit beskriver indholdet af selve ACT-forløbet, herunder hvordan et forløb sammensættes, og hvad ACT-medarbejderens opgaver består i. Syvende afsnit giver en gennemgang af arbejdet med at styrke borgerens situation i en række dimensioner af borgerens liv.

## **2. Housing First – en helhedsorienteret tilgang**

Housing First er en tilgang til at skabe en helhedsorienteret indsats til hjemløse borgere med psykisk sygdom, misbrug eller andre psykosociale vanskeligheder, og som samtidig med en boligløsning har brug for social støtte. Housing First består i, at hjemløse borgere i starten af et indsatsforløb flytter i en permanent, selvstændig bolig, samtidig med at der gives en individuel og helhedsorienteret social støtte til borgeren med udgangspunkt i borgerens behov. Housing First bygger på en evidens for, at med en intensiv social støtte, kan hovedparten af borgere med komplekse støttebehov bo i egen bolig (Susser m.fl., 1997; Tsemberis m.fl., 2004; Coldwell & Bendner, 2007; Nelson m.fl., 2007). Housing First-princippet betyder ikke, at boligen skal gå forud for andre indsatser, som borgeren har behov for, eller at boligen er den væsentligste indsats. Tværtimod er det vigtigt, at der skabes en helhed i indsatsen omkring borgeren.

Den individuelle sociale støtte følger evidensbaserede sociale metoder. ACT-metoden er en blandt flere bostøttemetoder, der kan benyttes i en Housing First-baseret tilgang. De to andre bostøttemetoder er Intensive Case Management (ICM) og Critical Time Intervention (CTI). Hvilken bostøttemetode, der benyttes, afhænger af borgerens behov for støtte, herunder varigheden af støttebehovet, samt i hvilket omfang borgeren er i stand til at benytte øvrige tilbud i det sociale system. Der foretages således, som led i anvendelsen af Housing First-tilgangen og én af de tre bostøttemetoder, en afklaring af borgerens behov for støtte, og deraf hvilken af de tre metoders målgrupper borgeren tilhører. En nærmere beskrivelse af forskellen mellem de tre bostøttemetoders målgrupper er beskrevet i den generelle manual for Housing First-tilgangen. I denne manual for ACT-metoden, beskrives ACT-metodens målgruppe nærmere i afsnit 3.

## 2.1 Housing First-tilgangens værdigrundlag

Organisationen Pathways to Housing<sup>1</sup>, der har spillet en ledende rolle for udviklingen af Housing First tilgangen, anbefaler otte principper for Housing First (Tsemberis, 2010):

- Boligen som en basal menneskerettighed
- Respekt, varme og medmenneskelighed over for alle brugere
- En forpligtelse til at arbejde med brugerne, så længe de har behov
- Selvstændige boliger i almindeligt byggeri
- Adskillelse af bolig og støttetilbud
- Udgangspunkt i brugerens behov (consumer choice) og selvbestemmelse
- Recovery-orientering
- Skadesreduktion

Housing First-tilgangen bygger endvidere på en række bredere trends, når det gælder udviklingen af sociale indsatser overfor borgere med sociale støttebehov, i form af deinstitutionisering, normalisering af leveforhold, herunder boligforhold, individualisering af den sociale støtte og en decentralisering af leveringen af serviceydelser (Busch-Geertsema, 2013).

Housing First er baseret på en grundopfattelse af, at boligen er en basal menneskerettighed. Alle mennesker har brug for en bolig, og for at der er sikkerhed omkring boligsituationen. Det indebærer, at boligen har en permanent karakter, hvor borgeren kan blive boende. Borgeren tilbydes en selvstændig bolig i almindeligt byggeri og med en fast, tidsubegrænset lejekontrakt.

Den sociale støtte tager udgangspunkt i borgerens behov og gives i en tæt dialog med borgeren om, hvad borgeren har brug for støtte til. Den sociale støtte gives som en udgående støtte primært i borgerens eget hjem, eller hvor borgeren ønsker det. Boligen og den sociale støtte er uafhængige, det vil sige, at den sociale støtte leveres separat og er ikke knyttet til, at borgeren har en bolig. Mister borgeren boligen, fx ved en udsættelse, fortsætter den sociale støtte, hvis borgeren har behov for denne.

---

<sup>1</sup> Organisationen Pathways to Housing er baseret i New York, og ledes af Sam Tsemberis. Pathways to Housing har i 2010 udgivet en manual for Housing First: Tsemberis, S. (2010) *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction* (Center City, Minnesota: Hazelden).

## **2.2 Mindshift fra boligparathed til Housing First**

Housing First-tilgangen står i modsætning til 'Housing Ready'-tilgangen, hvor boligparathed er en forudsætning for at få tildelt en bolig, det vil sige, at borgeren først tilbydes en bolig, såfremt det vurderes, at borgeren er parat til at bo i egen bolig. Housing First-tilgangen står også i modsætning til den såkaldte trappetrinstilgang ('Staircase approach'), hvor individet ligeledes skal kvalificere sig til en bolig ved at udvise parathed og boevne, og hvor der sker en gradvis overgang mellem trin på en boligtrappe, fx gennem herberger, udslusningsboliger og træningslejligheder, og hvor egen bolig er sidste trin på boligtrappen. Housing First står ligeledes i modsætning til 'Treatment First'-tilgangen (behandling først), det vil sige en tilgang baseret på, at borgeren først skal gennemføre en succesfuld behandling, fx af misbrugsproblemer, for at kunne få en bolig.

Forskning viser, at Housing Ready-, Staircase- og Treatment First-tilgangene kan have en række uintenderede konsekvenser i form af, at borgeren utilsigtet fastholdes i en ustabil livs- og boligsituation (Sahlin, 1998, 2005; Busch-Geertsema & Sahlin, 2007). Særligt er der et stort frafald på de forskellige trin på boligtrappen, herunder uplanlagte udskrivninger fra herberger, og borgere der ikke kvalificerer sig til overgangen fra udslusningsbolig til egen bolig. Det betyder, at der er mange borgere, der aldrig kvalificerer sig til egen bolig, og ligeledes mange der falder tilbage til tidligere trin på trappen eller falder helt ud, og ender i gadehjemløshed, eller må benytte nødovernatning som natherberger. At borgeren bevæger sig ind og ud af akut hjemløshed, kan medføre en forværring af det fysiske helbred, misbrugsproblemer eller psykisk sygdom.

Ifølge Housing First-tilgangen er det lettere at lære at bo, hvis man rent faktisk har et sted at bo. En stabil og sikker boligsituation er vigtig for, at borgeren kan føle et element af sikkerhed i en ofte ustabil tilværelse. Samtidig er en stabil boligsituation en forudsætning for stabilisering eller forbedring af symptombilledet ved psykisk sygdom og for, at borgeren har mulighed for at fokusere på andre aspekter af sit liv, fx forhold omkring misbrug og socialt netværk. I Housing First-tilgangen stilles der således ikke krav om, at borgeren skal demonstrere boevne, ophør af misbrug eller være i behandling for at flytte i bolig. Ligeledes gør Housing First-tilgangen ikke brug af udslusningsboliger eller andre midlertidige boligtilbud. Borgeren flytter direkte i en permanent, selvstændig bolig.

## **2.3 Recovery og empowerment**

Housing First-tilgangen er baseret på forståelser af socialt og terapeutisk arbejde, som man finder i recovery-tilgangen, skadesreduktionstilgangen, den styrkebaserede tilgang og teorier om social inklusion og integration i lokalsamfundet (community integration). Heri ligger en opfattelse af, at hjemløshed ikke er en

'endelig' tilstand eller social endestation, men en situation individet befinder sig i, og som det er muligt at komme ud af igen. I Housing First-tilgangen ligger således bredt set et rehabiliteringsperspektiv.

Ifølge recovery-tilgangen er det muligt at 'komme sig' over psykisk sygdom eller at opnå betydelige forbedringer i livssituationen på trods af psykosociale vanskeligheder. Der er en gensidig påvirkning mellem fx psykisk sygdom, misbrug, et svagt socialt netværk, en usikker boligsituation og en presset økonomisk situation. Når borgeren befinder sig i en akut hjemløshedssituation, slider det på kroppen, risikoen for fysisk sygdom øges, og psykiske symptomer kan forværres. Psykisk sygdom forstærkes af manglen på socialt netværk, ligesom psykiske symptomer kan vanskeliggøre at danne og fastholde sociale relationer. Ligeledes kan hjemløshed og en ustabil boligsituation være med til at forværre misbrugsproblemer. En stabilisering af boligsituationen og et fokus på at opbygge socialt netværk samt mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter i hverdagen kan være med til at reducere psykiske symptomer og kan ligeledes være med til at understøtte en reduktion af alkohol- eller stofmisbrug. Samtidig betyder en stabilisering af boligsituation, at kroppen kan få mulighed for at regenerere, og at borgeren kan få mulighed for at fokusere på fysiske helbredsproblemer og påbegynde relevante behandlingsforløb. Housing First bygger således ligeledes på skadesreduktionsprincippet.

Housing First-tilgangen kan endvidere kombineres med en 'styrkebaseret tilgang'. Den styrkebaserede tilgang tager udgangspunkt i, at alle mennesker har styrker, ressourcer og kompetencer, men at disse måske ikke har været brugt i lang tid og er trængt i baggrunden af psykosociale vanskeligheder, og af at befinde sig i en hjemløshedssituation. Ifølge den styrkebaserede tilgang er det vigtigt at arbejde med at styrke borgerens ressourcer og kompetencer frem for at fokusere på borgerens problemer og mangel på ressourcer. Heri ligger også et empowerment perspektiv, hvor arbejdet med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner antages, at gøre borgeren bedre i stand til selv at klare sig i hverdagen og i boligen. Et fokus på recovery, empowerment og borgerens styrker må ikke forskydes til 'krav' om mål, udvikling og forandring. Der stilles således ikke krav til borgeren om reduktion eller ophør af misbrug, eller ændret adfærd, hverken i forhold til at blive tilbudt en bolig eller at modtage den sociale støtte.

Det sociale arbejde tager udgangspunkt i borgerens ønsker, mål og drømme for sit liv og bygger på respekt, empati og indføling. Der skal samtidig tages hensyn til, at mange borgere efter et mangeårigt liv med psykisk sygdom, misbrug og hjemløshed kan have det meget dårligt og måske ikke er i stand til at formulere ønsker og mål for sit liv. Det sociale arbejde med borgeren, og indsatsen udformes i en dialog med borgeren, om hvad borgeren oplever at have behov for hjælp til, samtidig med at de medarbejdere, der udfører de sociale indsatser, bidrager med deres faglige indsigt og erfaring og herudfra kan give borgeren relevante input og sparring i dagligdagen.



### 3. Målgruppe for ACT-indsatsen

Målgruppen for ACT-indsatsen er borgere med massive psykosociale vanskeligheder, som svær psykisk sygdom, svære misbrugsproblemer eller andre alvorlige psykosociale vanskeligheder, og som har brug for en intensiv social og praktisk støtte i forbindelse med, at borgeren flytter i egen bolig, og for efterfølgende at kunne fastholde boligen. Det kan være i forbindelse med udflytning fra en § 110-boform, men det kan også være i andre situationer, fx hvor borgeren flytter i egen bolig efter at have boet på gaden eller midlertidigt hos familie og venner, eller i forbindelse med en udskrivning efter et længerevarende ophold på hospital eller et behandlingstilbud. ACT-metoden kan også benyttes til borgere, som allerede har en bolig, men som er i fare for at miste den, pga. alvorlige psykosociale problemer.

ACT-metoden er henvendt til borgere, som har vanskeligt ved eller slet ikke kan benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser (fx social misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling og aktivitets- og samværstilbud), og som derfor har brug for, at specialiserede indsatser leveres direkte til borgeren.

Målgruppen er kendetegnet ved at have

- Behov for indsatser og behandling fra flere systemer
- Massive misbrugsproblemer og/eller psykiske vanskeligheder
- Problemer med at motiveres og fastholde kontakt til hjælpesystemer og behandlingssteder og dermed svært ved at profitere af ordinære indsatser og behandlingstilbud
- Behov for vedvarende støtte
- Vanskeligt ved at indgå i samfundet som helhed og i sociale relationer med andre mennesker
- Ofte livslange og negative erfaringer med de etablerede hjælpesystemer.

Der er tale om borgere, som ikke kan profitere af og fastholde kontakten til de allerede eksisterende tilbud, blandt andet fordi de ikke er i stand til selv at kontakte og møde kontinuerligt disse steder. ACT-teamet hjælper således borgere med alvorlige og længerevarende – herunder livsvarige – problemstillinger, hvor borgeren ikke har formået at få tilstrækkelig hjælp af det øvrige støttesystem, ofte fordi det ikke har været muligt at rumme dem eller motivere og fastholde dem i de etablerede behandlings- og/eller støttetilbud. Indsatsens overordnede formål er dermed at sikre, at også de mest udsatte borgere får relevant social- og behandlingsmæssig støtte.

For ACT-metodens målgruppe vil det ofte ikke være muligt forud for visitationen til ACT-indsatsen at foretage en detaljeret og uddybende social eller behandlingsmæssig udredning af borgeren. Tværtimod vil der typisk være tale om borgere, som mangler både en social og behandlingsmæssig udredning. Der er som oftest tale om borgere, der ingen eller kun sporadisk har haft kontakt med det sociale system og/eller

behandlingssystemet. Hvis der har været en kontakt, har der ofte været tale om en uhensigtsmæssig kontakt, hvor det ikke er lykkedes at fastholde borgeren og få afklaret borgerens behov for støtte og/eller behandling. Borgeren visiteres derfor til indsatsen ud fra en vurdering af, at borgeren har et massivt støttebehov, og at borgeren ikke har været i stand til at profitere af allerede eksisterende tilbud.

Andre aktører rundt om målgruppen er vigtige samarbejdsrelationer for ACT-teamet. § 110 boformer, gadeplansmedarbejdere samt frivillige organisationer i kontakt med målgruppen har ofte den indledende kontakt med borgerne, og det er her der foretages motivationsarbejde med borgeren om at modtage yderligere støtte. Derfor er det essentielt, at disse aktører gøres bekendt med metoden, og hvad ACT-teamet kan tilbyde borgerne for bedst muligt at kunne henvise de rette borgere og forberede dem på, hvad ACT-teamet kan gøre for dem. Herunder er det vigtigt at informere om, hvad kravene i forhold til udredning og dokumentation af borgernes behov er, for at der kan foretages visitation.

Metoden kan ligeledes anvendes til en bredere gruppe af borgere (ikke-hjemløse) med samme profil, dvs. komplekse psykosociale problemer, pga. svær psykisk sygdom og/eller svært misbrug, og som har vanskeligt ved, eller slet ikke kan benytte de eksisterende støtte- og behandlingssystemer, fx misbrugsbehandling og det psykiatriske system, og som har behov for en mere intensiv indsats, end den almindelige bostøtteindsats sædvanligvis kan tilbyde.

## **4. Etablering af en permanent boligløsning**

Med boligen som en basal menneskerettighed understreges det, at alle borgere har brug for at have en fast bolig. Housing First-tilgangen er baseret på, at borgere som udgangspunkt tilbydes en selvstændig bolig i almindeligt byggeri. Det vil typisk være en almen bolig, men kan fx også være en privat lejebolig.

### **4.1 Dialog med borgeren om boligløsningen**

Spørgsmålet om, hvilken bolig, der er den rigtige for borgeren, afdækkes i en dialog med borgeren, og borgerens egne ønsker for en boligløsning spiller en central rolle. Der kan være borgere, der helst vil bo i egen bolig, mens der også kan være borgere, der foretrækker at bo i nærheden af andre tidligere hjemløse eller socialt udsatte borgere. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at erfaringerne fra hjemløsestrategien generelt peger på, at egen selvstændig bolig fungerer bedre for de fleste end såkaldte kategoriboliger, det vil sige boligkomplekser, hvor alle eller mange af beboerne er socialt udsatte. I kategoriboliger vil der ofte være et miljø, der er præget af misbrug, og som kan være med til at fastholde borgeren i et misbrugsmiljø, ligesom der let opstår konflikter mellem beboerne. Erfaringen er også, at borgerens udfordringer med ensomhed og mangel på sociale relationer sjældent afhjælpes i 'kategoriboligerne', da kontakter og relationer ofte vil bære stærkt præg af misbrugsadfærd.

Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at både borgerens og medarbejderes eventuelle tidligere negative erfaringer med, at borgeren bor i egen bolig, herunder fx tidligere udsættelser, kan være præget af, at den sociale støtte, der har været tilgængelig, ikke har været ligeså intensiv, som det forudsættes i Housing First-tilgangen. Det understreges således, at Housing First-tilgangens gode resultater er opnået under forudsætning af, at der gives en intensiv bostøtte efter evidensbaserede metoder, mens tilsvarende gode resultater ikke kan forventes med en støtte med en lav intensitet, og uden brug af en systematisk metode.

### **4.2 Egen selvstændig bolig som primært tilbud**

Erfaringen fra hjemløsestrategien er, at med en intensiv bostøtte er langt de fleste af borgere med svære, komplekse støttebehov i stand til at bo i egen bolig og fastholde boligen. ACT-metoden har vist sig at være en stærk metode til at muliggøre, at selv borgere med massive psykosociale vanskeligheder kan bo i egen bolig. Mange borgere med komplekse støttebehov, som er blevet anvist til egen bolig, vil således være i stand til at fastholde boligen, på trods af at forventningen på forhånd ofte er, at denne gruppe vil have meget vanskeligt ved at bo i egen bolig. En væsentlig erfaring er, at det ikke er muligt på forhånd at udpege,

hvem der vil kunne bo i egen bolig, og hvem der ikke kan. Derfor bør egen selvstændig bolig med bostøtte være den primære indsats, der afprøves først, og der kan være tilfælde, hvor en borger må tilbydes en bolig flere gang, før det lykkes at fastholde boligen. Det er således vigtigt, at borgeren ikke udelukkes fra kommunal boliganvisning efter ét enkelt fejlslagent forsøg på at flytte i egen bolig, men at borgeren tilbydes en ny bolig, hvis det ikke lykkes at fastholde boligen i første forsøg.

#### **4.3 En differentieret vifte af boligtilbud**

For dem, hvor det selv efter gentagne forsøg ikke lykkes at fastholde boligen, er det vigtigt at have alternative boligløsninger. Der bør således tages hensyn til, at de fleste, men ikke alle, vil kunne bo i egen bolig. Nogle borgere har brug for langvarige botilbud eller alternative boligløsninger, og der er forskel på, hvilken boligløsning der passer bedst til den enkelte. En differentieret vifte af boligløsninger er en vigtig del af implementeringen af Housing First- princippet. Der er hjemløse borgere, der har brug for botilbud (fx efter servicelovens § 108) – pga. svær psykisk sygdom eller ved plejebenhov fx efter mange års misbrug. En mindre gruppe blandt de hjemløse har brug for alternative boligløsninger som skæve huse pga. kaotisk og udadreagerende adfærd, der umuliggør fastholdelse af en almen bolig.

#### **4.4 Plan for en boligløsning**

I en del kommuner vil der være en betydelig ventetid forbundet med at skaffe en bolig gennem den kommunale boliganvisning, hvilket betyder, at boligløsningen ikke i praksis kan etableres så tidligt i et indsatsforløb som Housing First-tilgangen foreskriver. Housing First-princippet indebærer, at der i tilknytning til visitation til en bestemt bostøttemetode samtidig skal være en plan for, hvordan og hvornår boligløsningen etableres, og for hvor borgeren kan opholde sig og støttes i ventetiden. På samme måde er det vigtigt generelt at tilbyde ydelser ved behov for hjælp, også uagtet at en boligløsning ikke umiddelbart er indenfor rækkevidde.

Der skal være fokus på, hvordan borgeren får mulighed for at betale indskuddet i boligen. Her kan der være behov for indskudslån, og opmærksomhed på ikke at stille urealistiske krav om opsparing til indskudslån, mens borgeren har befundet sig i en akut hjemløshedssituation.

En central opgave for ACT-medarbejderne er at støtte borgeren i forbindelse med indflytningsprocessen. Det gælder både emotionelle, sociale og psykologiske forhold omkring det at flytte i egen bolig, og det gælder praktiske forhold om boligen, herunder møblering af lejligheden, og selve flytningen. Disse sociale og praktiske forhold omkring indflytningen i egen bolig er beskrevet mere indgående i afsnit 6.

## 5. Assertive Community Treatment – baggrund og værdigrundlag

ACT-metoden er udviklet i USA på psykiatriområdet i 1970'erne med henblik på at støtte psykiatriske patienter med at fungere i lokalsamfundet og hverdagen efter deinstitutionaliseringen af det psykiatriske behandlingssystem. Senere blev metoden videreudviklet til at støtte psykisk syge hjemløse med at komme i bolig (Tsemberis, 2010). Metoden er evidensbaseret og er afprøvet i forhold til hjemløshed både internationalt og nationalt. Dette gælder eksempelvis amerikanske studier baseret på randomiserede forsøg, der viser, at en indsats med ACT-metoden mindsker borgerens risiko for tilbagefald til hjemløshed målt over en opfølgingsperiode når der sammenlignes med en kontrolgruppe (Korr & Joseph, 1995; Lehman m.fl., 1997; Morse m.fl., 1992, 1997; Tsemberis m.fl., 2004; Coldwell & Bendner, 2007; Nelson m.fl., 2007). Eksempelvis viser Tsemberis m.fl. (2004) i et randomiseret forsøg, at med en Housing First-baseret indsats med ACT-støtte formår over 80 pct. i en indsatsgruppe at komme ud af hjemløsheden målt over en 2 årig periode, mens det kun gælder ca. 30 pct. i en kontrolgruppe, der ikke modtager denne indsats.

I en dansk kontekst er de opsøgende psykoseteams i psykiatrien i vid udstrækning udsprunget fra ACT-modellen. På hjemløseområdet er ACT-metoden afprøvet, som et led i den nationale hjemløsestrategi 2009-2013. Evalueringen heraf viser, at ca. 90 pct. af de borgere, der har modtaget ACT-støtte i forbindelse med strategien, har en bolig ved endt forløb (sidste indberetning) (Benjaminsen, 2013; Rambøll & SFI, 2013).

ACT-metoden bygger på et tværfagligt team af medarbejdere med forskellige professionelle baggrunde, eksempelvis psykiatere, psykologer, sygeplejersker, socialpædagoger, misbrugskonsulenter, beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere. Typisk vil der være en af teamets medlemmer, der på et givet tidspunkt har den primære kontakt og støttefunktion for borgeren. Det vil som oftest være en af de socialpædagogiske bostøttemedarbejdere. De specialiserede fagfunktioner i teamet giver ligeledes støtte til borgeren efter behov, og denne indsats er ligeledes udgående og foregår primært i borgerens eget hjem. ACT-teamet leverer således ikke blot en social og praktisk bostøtteindsats, og en koordinerende indsats over for borgeren. Derimod giver teamets specialiserede fagfunktioner mulighed for at yde en specialiseret støtte til borgeren, herunder også en behandlingsmæssig indsats i borgerens hjem.<sup>2</sup>

Der er tre kernefunktioner i ACT-indsatsen: 1) En socialpædagogisk bostøtteindsats 2) En specialiseret helbredsmæssig indsats 3) En administrative støtte. Den første dimension varetages af socialpædagogiske bostøttemedarbejdere. Den helbredsmæssige dimension varetages fx af en sygeplejerske, en

---

<sup>2</sup> Herved adskiller ACT-metoden fra metoderne Intensive Case Management (ICM) og Critical Time Intervention (CTI), der er case management baserede indsatser.

misbrugsbehandler, en psykiater og/eller en misbrugs læge. Den administrative funktion kan varetages af hhv. en sagsbehandler med myndighedskompetence fra socialcenteret, og af en jobkonsulent ligeledes med myndighedskompetence fra jobcenteret.

Fra hjemløsestrategien er der erfaringer med, at en god varetagelse af støtten til administrative forhold, fx omkring ydelser og kontakt med social- og jobcenter, opnås ved at integrere myndighedssagsbehandlere fra social- og jobcenter, direkte ind i teamet. Derved opnås en fleksibilitet ved at fx bostøttemedarbejdere, ikke skal varetage en ekstern koordinationsfunktion mellem borgeren og en ekstern myndighedssagsbehandler, men at myndighedssagsbehandlerne kan handle direkte inden for teamet, dvs. at administrative problematikker der opstår, smidigt kan håndteres inden for teamets indsats.

I de udenlandske erfaringer omkring ACT-teams indgår dog typisk ikke en sådan myndighedssagsbehandlerfunktion, og i stedet er ofte tilknyttet en form for erhvervs- eller jobkonsulent til fx at varetage forhold omkring at skabe arbejdsmarkedstilknytning eller –kompetencer, eller bistå med at facilitere deltagelse i andre aktiviteter i hverdagen. Ved en overføring af ACT-metoden til fx borgere uden hjemløshedserfaring kan der evt. etableres andre konstruktioner omkring inddragelsen af myndighedsdelen i indsatsen.

I det omfang det ikke er muligt at en psykiater indgår i teamet kan der afprøves øvrige måder at varetage støtten omkring borgerens psykiske helbred, fx ved inddragelse af en specialpsykolog.

Alle medarbejderne indgår direkte i teamet som udgående medarbejdere. Nogle af medarbejderne kan dog være tilknyttet teamet på nedsat tid, fx på halv tid. Eksempelvis er der måske ikke brug for en fuldtids misbrugsbehandler, men fx at en misbrugsbehandler er ansat på halv tid i teamet. De enkelte funktioners opgaver bliver beskrevet mere indgående i kapitel 6.

ACT-metoden er baseret på et lavt caseload, det vil sige et forholdsvist lavt antal borgere tilknyttet den enkelte medarbejder. Støtten er teambaseret, og et team på typisk 10-12 medarbejdere kan maksimalt have ca. 70-80 borgere tilknyttet. Det svarer til et maksimal case-load på ca. 8 borgere i gennemsnit pr medarbejder i teamet. Borgerens behov for støtte kan variere over tid, og vil typisk være særligt højt i perioden omkring indflytning i egen bolig. Har en ACT-medarbejder adskillige borgere, der er under indflytning på samme tid, kan det her være nødvendigt for en tid at have et lavere antal borgere tilknyttet den enkelte medarbejder. Der opereres ikke med et visiteret antal timer. Derimod kan der fleksibelt skrues op og ned for indsatsen i perioder, alt efter hvordan borgerens støttebehov varierer over tid.

Udgangspunktet for ethvert ACT-forløb er, at det skal være individuelt tilpasset borgerens behov og ønsker, og at borgeren selv skal være en del af processen, for at den kan lykkes. Metoden bygger derved på tilgange såsom recovery og empowerment, der har fokus på at understøtte borgerens selvstændighed og tager udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af behovet for støtte (Anthony, 1993; Davidson m.fl., 2009; Jensen m.fl., 2004). Heri ligger en omstilling fra f.eks. en omsorgsbaseret tilgang eller fra en tilgang baseret på krav om "forandringsparathed". ACT-medarbejderens rolle er således ikke at være "ekspert" på borgerens situation, men en sparringspartner som kan være med til at kvalificere borgerens beslutningstagen og støtte borgeren i at styrke sin situation på en række livsdomæner.

Borgeren ansues som værende i besiddelse af ressourcer til at kunne foretage forandringer i sit eget liv. I nogle tilfælde kan disse ressourcer dog være trådt i baggrunden fx fordi borgeren ikke har brugt dem i et stykke tid, eller fordi borgeren er blevet vænnet til at være afhængig af andre. Her er det vigtigt at gøre borgeren bevidst om, hvordan vedkommende kan bruge sine eksisterende ressourcer i forhold til at skabe de forandringer eller forbedringer, som vedkommende ønsker i sit liv.

Det er således hensigten med ACT-forløbet at identificere og styrke borgerens ressourcer, og det er vigtigt at sætte borgerens ønsker, drømme og håb for fremtiden i centrum. Derfor har borgeren også en afgørende rolle i både planlægningen og gennemførelsen af forløbet. Borgeren og ACT-medarbejderen indgår i et ligeværdigt samarbejde, hvor borgeren kan bruge ACT-medarbejderen som sparringspartner eller katalysator i arbejdet med at styrke sin livssituation. Det er således særligt vigtigt, at indsatsen tager udgangspunkt i borgerens egne oplevelser af, hvad borgeren har brug for støtte til, og at fokus på at skabe en forandring i borgerens liv med udgangspunkt i borgerens styrker og ressourcer ikke forskyder sig til et 'krav om udvikling'. Det er vigtigt at ACT-medarbejderen spørger borgeren: "Hvad kan vi gøre for dig?" og "Hvad har du brug for hjælp til?". Det betyder ikke, at ACT-medarbejderen ikke kan arbejde med at bibringe borgeren nye indsigter om sammenhænge i sit liv, men at dette arbejde skal ske ud fra en empatisk forståelse, der møder borgeren, der hvor hun eller han selv er i sit liv.

At arbejde recovery- og empowerment-orienteret vil sige at have en grundlæggende værdi for sit arbejde, som har et stærkt fokus på den enkeltes oplevelse af behov og på den enkeltes ressourcer. I selve ACT-forløbet handler det således for ACT-medarbejderne om at anerkende borgerens individualitet og arbejde målrettet og fokuseret med borgerens behov og ønsker.

Indsatsen bygger i stor grad på, at medarbejderne skal være den aktive part og vedholdende i forhold til at opsøge borgerne, skabe tillid hos borgerne og hele tiden være motiverende i forhold til at vedligeholde kontakten og tilliden mellem medarbejder og borgeren. Der ligger dermed et stort ansvar hos

medarbejderen for ikke at opgive kontakten med borgeren og derigennem at sikre, at borgeren får mulighed for at få den støtte og behandling, som vedkommende har behov for.

ACT-indsatsen er endvidere kendetegnet ved at være teambaseret. Det indebærer, at der holdes regelmæssige møder i ACT-teamet, hvor nye borgere, eller borgere med væsentlige aktuelle problematikker diskuteres.

Det er ligeledes væsentligt, at ACT-teamets medarbejdere modtager regelmæssig supervision fra en professionel supervisor, typisk en ekstern supervision som fx en psykolog.

Samlet set er ACT-metodens grundprincipper i form af syn på borgeren kendetegnet ved, at den:

- er funderet på et empowerment og recovery perspektiv
- indeholder et individuelt tilpasset forløb
- tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov
- er tidsbegrænset og fortsætter så længe borgeren har behov for støtten
- er evidensbaseret

For at der kan være tale om et ACT-forløb skal følgende grundlæggende principper inden for ACT-metoden være overholdt:

- Borgeren tilknyttes et tværfagligt indsatsteam
- ACT-forløbet skal tage udgangspunkt i en individuelt tilpasset proces, der er baseret på den enkeltes støttebehov
- ACT-forløbet skal være tidsbegrænset og fortsætte så længe borgeren har behov for støtten.
- ACT-teamet skal yde social og praktisk støtte til borgeren og arbejde med at sammensætte et koordineret forløb
- De specialiserede fagmedarbejdere yder direkte behandling til borgeren i egen hjem efter borgerens behov og ønsker
- ACT-teamet og borgeren skal i fællesskab udarbejde en aktivitetsplan for ACT-forløbet. Planen justeres løbende efter behov
- ACT-teamet skal sikre koordinering til andre planer, som kan være udarbejdet for borgeren i andet regi, herunder den kommunale § 141-handleplan
- ACT-medarbejderen arbejder løbende med at skabe bånd til familie og venner, i det omfang borgeren ønsker en kontakt og en relation
- ACT-medarbejderen skal ikke optræde som ekspert, men som sparringspartner/katalysator



- ACT-medarbejderen skal være mobil i forhold til møder med borgeren, der som udgangspunkt foregår enten hjemme hos borgeren eller der, hvor borgeren ønsker det

I det enkelte ACT-forløb kan det vise sig at være relevant at arbejde med en eller flere forskellige problemstillinger i forskellige dimensioner af borgerens liv, som et led i en helhedsorienteret socialfaglig indsats. Hvad der arbejdes med i de forskellige dimensioner afhænger af borgerens behov. Disse dimensioner er:

- Bolig
- Økonomi
- Fysisk helbred
- Psykisk helbred
- Misbrug
- Socialt netværk
- Daglige aktiviteter
- Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer

Dimensionerne skal ikke ses som udtømmende i forhold til, hvad der kan adresseres i et ACT-forløb. Dette er jf. ovenstående metodiske principper baseret på den enkelte borgers behov for støtte, således der er tale om individuelt tilpassede forløb. Hvordan der arbejdes med dimensionerne afhænger således af borgerens behov. Der kan være behov for, at prioritere at fokusere på at arbejde med borgerens situation i udvalgte dimensioner, fx at prioritere tre dimensioner, afhængigt af hvad borgeren selv oplever, det er vigtigst at fokusere på og få hjælp til. I afsnit 7 beskrives mere detaljeret forskellige aspekter som det kan være relevant at arbejde med i de forskellige dimensioner, og hvad ACT-medarbejderens rolle og opgaver er.

## **6. ACT-forløbets indhold**

I det følgende gives en detaljeret gennemgang af ACT-forløbets indhold med fokus på både processen omkring at flytte i egen bolig, og tiden der følger efter.

I starten af ACT-forløbet foretages en umiddelbar afklaring af, hvilke støttebehov borgeren har. Her kan der bygges videre på tidligere udredninger, fx en VUM-udredning. Hvis ikke der er foretaget en egentlig udredning af borgeren tidligere, bør denne gennemføres i starten eller undervejs i forløbet i det omfang det er muligt i forhold til borgerens situation og tilstand. Det er ACT-medarbejderens opgave at sikre sig, at alle dimensioner bliver belyst, og at afdækningen af borgerens behov tager udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af sin situation, og hvor ACT-medarbejderen har mulighed for at stille uddybende og afklarende spørgsmål. ACT-medarbejderen gennemfører således en umiddelbar afdækning af borgerens behov herunder behovet for en indsats fra teamets specialiserede fagfunktioner. En ACT-medarbejder og borgeren udarbejder i fællesskab en aktivitetsplan for ACT-forløbet, i det omfang borgeren er i stand til at medvirke hertil. Denne plan beskriver hvilke specifikke indsatser borgeren har behov for, hvilke medarbejderne i teamet, borgeren har kontakt med, og hvilke øvrige indsatser og aktiviteter borgeren tilknyttes.

Efterhånden som forløbet skrider frem, er der fokus på at afprøve og tilpasse den sociale og praktiske støtte ACT-medarbejderen giver, og de øvrige indsatser borgeren eventuelt modtager. Måske aftager behovet for støtte over tid, men for mange vil der langvarigt være behov for en intensiv social og praktisk støtte i hverdagen.

### **6.1 Overgang til egen bolig**

I den indledende fase af ACT-forløbet er der fokus på, at borgeren flytter i egen bolig. For en del borgere, der indgår i et ACT-forløb opholder borgeren sig på en §-110 boform inden indflytningen i egen bolig, mens andre borgere kommer direkte fra gadehjæmsløshed. ACT-forløbet igangsættes mens borgeren stadig befinder sig på boformen, natvarmestuen eller på gaden og der arbejdes med at skabe en relation mellem borgeren og ACT-medarbejderen. Afhængigt af boligsituationen i kommunen kan der gå kortere eller længere tid, før det er muligt at anvise borgeren til egen bolig. For borgere der opholder sig på hospital eller behandlingssted uden at have en bolig, og som ligeledes skal flytte i egen bolig efter udskrivningen kan en lignende problematik gøre sig gældende. I processen omkring at etablere en boligløsning for borgeren og indflytningen i egen bolig har ACT-medarbejderen således en række centrale opgaver:

- ACT-teamet medvirker til, at der etableres en permanent boligløsning for borgeren
- ACT-teamet hjælper med at sikre, at økonomiske administrative forhold omkring boligen løses, herunder indskud/indskudslån, tilmelding til betalingservice, og en eventuel administration af borgerens økonomi/huslejebetaling fra kommunens side, såfremt borgeren ønsker dette
- ACT-teamet understøtter processen omkring at flytte ind i boligen, herunder hjælp til flytning
- ACT-teamet understøtter processen omkring at skaffe møbler/inventar mv.

I denne del af forløbet og i perioden umiddelbart efter indflytningen vil der typisk være en meget intensiv kontakt med borgeren. I første omgang vil mange af de borgere, som visiteres til indsatsen, have behov for praktisk hjælp i forhold til at flytte ind og blive etableret i boligen. Økonomien er et vigtigt opmærksomhedspunkt i forhold til at få etableret borgeren på en god og holdbar måde i egen bolig. Mange borgere vil have brug for hjælp til at skaffe møbler og andet inventar, herunder også at søge økonomisk støtte hertil. Der vil være et behov for at hjælpe borgeren med at 'skabe et hjem' både praktisk og socialt.

En stor del af borgerne kan have behov for at oparbejde helt basale (sociale) kompetencer i forhold til at kunne bo i egen bolig og indgå i den sociale sammenhæng, dette kræver. Helt konkret kan det handle om, at borgeren f.eks. lærer at være nabo og dermed bo blandt andre mennesker og tage de hensyn, dette indbefatter. Han eller hun skal dermed blandt andet lære almindelige spilleregler, såsom ikke at larme, at holde orden i og omkring sin bolig mv. og lære at kunne sætte grænser i forhold til at have gæster. Mange borgere vil også have behov for støtte i forhold til at lære, hvor og hvordan man køber ind, laver mad og gør rent. Mange vil have behov for hjælp til helt basale ting som at finde frem til, hvor man billigst køber ind, hvad man køber, og sociale kompetencer i forhold til, hvordan man agerer som kunde i en butik.

## **6.2 Social og praktisk støtte i hverdagen**

ACT-medarbejderen hjælper borgeren med at tilrettelægge sit liv og hverdag på en måde, der gør borgeren i stand til at udvikle kompetencer til at tage bedre kontrol over egen hverdag. Dette kan eksempelvis være ved at hjælpe borgeren med at skabe mere struktur i dagligdagen eller ved at støtte borgeren i at indgå i sociale relationer.

- ACT-medarbejderen yder praktisk og social støtte i hverdagen, således at borgeren oplever at få en tæt støtte
- ACT-medarbejderen arbejder i borgerens hjem og lokalmiljøet med borgerens sociale kompetencer og ressourcer

Afhængigt af borgerens konkrete ønsker, ressourcer og behov kan ACT-indsatsen hjælpe borgeren med at blive stand til at:

- fastholde egen bolig
- håndtere eller reducere ensomheden, som kan være forbundet med at flytte i egen bolig
- sætte grænser, f.eks. i forhold til at have gæster på besøg
- skabe indhold i hverdagen og i livet
- opbygge sunde sociale netværk
- få styr på økonomien
- søge information, sætte mål, vurdere konsekvenser af eventuelle handlinger og træffe beslutninger
- søge relevant hjælp, f.eks. i forhold til økonomi, læge- eller tandlægebehandling, konflikter med naboer, venner, familie eller lignende
- reducere eller afslutte misbrug
- håndtere eller mindske generne af psykiske lidelser

ACT-medarbejderens rolle er som udgangspunkt meget aktiv og vedholdende. Dette er et vigtigt element i indsatsen, men det er for ACT-medarbejderen samtidig vigtigt at have for øje, at der også kan være dilemmaer forbundet hermed. Nogle gange kan det være en udfordring for ACT-medarbejderen at arbejde med empowerment og "turde give bolden videre til borgeren selv" og ikke tage over og tage ansvar for borgerens liv. I stedet handler det om at italesætte, respektere og arbejde ud fra borgerens valg, samtidig med at ACT-medarbejderen med udgangspunkt i sin faglige viden guider, motiverer og hjælper med at korrigere borgerens planer, således at de bliver realistiske. Det er ligeledes vigtigt, at målet for samarbejdet med borgeren er empowerment, for at sikre at borgeren ikke passiveres (yderligere) og gøres afhængig af sin ACT-medarbejder, men samtidig tages der hensyn til, at målgruppen for ACT-indsatsen typisk har brug for en omfattende og langvarig social og praktisk støtte i hverdagen.

### **6.3 Sundhedsfaglig støtte fra specialiserede ACT-medarbejdere**

Kendetegnende for ACT-indsatsens målgruppe er, at disse borgere har svære misbrugsproblemer og/eller svær psykisk sygdom. Efter mange års misbrug og hjemløshed har en stor del af borgerne også alvorlige fysiske helbredsproblemer, som fx lunge- eller hjerteproblemer, eller alvorlige infektionssygdomme som

HIV, hepatitis eller tuberkulose. Samtidig har borgerne meget vanskeligt ved at benytte de eksisterende behandlingssystemer, både misbrugsbehandlingssystemet og psykiatrien, ligesom de kan have vanskeligt ved at følge behandlingsforløb i det somatiske sundhedsvæsen. I ACT-teamet indgår specialiserede fagfunktioner til at yde behandling direkte til borgerne, og/eller støtte op om behandling i det eksisterende behandlingssystem. Der indgår således en psykiater og/eller en misbrugslæge, der kan tage hånd om den lægefaglige del af psykiatriske problemstillinger og misbrugsproblemer. Der indgår også en misbrugsbehandler, der kan yde social misbrugsbehandling direkte til borgeren i hjemmet. Endelig indgår der en sygeplejerske, kan tage hånd om mindre akutte behandlingsbehov og sundhedsmæssige problemstillinger, der opstår i hverdagen, og som kan støtte op om borgerens brug af sundhedsvæsenet, herunder både i forhold til behandling hos praktiserende læge, speciallæge og på hospital.

Tilstedeværelsen af de specialiserede behandlingsfunktioner i teamet udelukker ikke, at borgeren eksempelvis kan følge behandling på et misbrugscenter, hvis borgeren er i stand til og ønsker dette. Det kan også vise sig, at borgeren over tid bliver i stand til at skifte til at følge behandling i det eksisterende system, og her kan teamets medarbejdere være med til at støtte op om overgangen. Den mere specifikke rolle for de sundhedsfaglige medarbejdere er beskrevet nærmere under i kapitel 7, om arbejdet med at styrke borgerens livssituation i forskellige dimensioner af borgerens liv.

Endvidere skal vigtigheden af at de faglige specialfunktioner indgår i teamet ses i sammenhæng med, at borgerne netop ofte har både misbrugsproblemer og psykisk sygdom. Det er borgere, der ofte falder mellem to stole mellem misbrugsbehandlingen og det psykiatriske system. Borgerne, der er tilknyttet ACT-teamet, har således typisk ikke fået den nødvendige indsats og behandling, samtidig med at borgernes problemer er så komplekse og sammensatte, at det kan være vanskeligt fra start at vide, om borgeren primært er påvirket af sit misbrug eller sindslidelse eller begge dele. Derfor er det vigtigt i forhold til disse borgere at sammentænke behandlingen af misbrug og sindslidelse.

## **6.4 Administrativ myndighedskompetence i teamet**

ACT-borgerne har ofte meget komplekse problemstillinger, der kræver en bredspektret indsats fra både teamets medarbejdere, og eventuelt også fra eksterne aktører. Der vil ofte også være et betydeligt myndighedsarbejde omkring borgeren. Fx kan der være et behov for at få en afklaring af borgernes forsørgelsesgrundlag til at starte med. Der kan være tale om, at der ikke er foretaget en aktuel vurdering af, om borgerens forsørgelsesgrundlag er korrekt. Der vil også typisk være behov for at sikre, at borgeren får boligstøtte, ligesom der kan være behov for afklaring af behovet for enkelttydelser eller for øvrige ydelser.

Sådanne problemstillinger vil for målgruppen for ACT-indsatsen være af et betydeligt omfang, og derfor indgår der i ACT-teamet også medarbejdere med myndighedskompetence fra hhv. socialcenteret og jobcenteret. Det betyder en høj grad af smidighed omkring borgeren i forhold til at varetage myndighedsdelen, og at den enkelte bostøttemedarbejder således først og fremmest kan fokusere på det socialfaglige arbejde med borgeren. Det betyder fx at obligatoriske samtaler med jobcenteret kan flyttes ud til borgeren, idet jobcentermedarbejderen afholder sådanne samtaler ved et hjemmebesøg.

## **7. Indsatser i dimensioner af borgerens liv**

Arbejdet med at støtte borgeren og styrke borgerens livssituation foregår inden for en række dimensioner i borgerens liv som bolig, økonomi, fysisk og psykisk helbred, misbrug, socialt netværk, aktiviteter i hverdagen, uddannelse og arbejde. Det er dog ikke altid, at der er behov for indsatser i alle dimensioner, og der kan også være behov for at borgeren og ACT-medarbejderen sammen prioriterer, hvilke områder det er vigtigst at arbejde med.

Målgruppen for ACT-indsatsen har meget vanskeligt ved at følge indsatser i det eksisterende sociale system og behandlingssystem, og som nævnt i afsnit 6 indgår derfor i ACT-teamet specialiserede fagfunktioner, der direkte kan yde behandling til borgeren i eget hjem, og samtidig være med til at understøtte en ofte vanskelig kontakt med det etablerede behandlingssystem fx ved en psykiatrisk indlæggelse eller i forbindelse med behandling i det somatiske sundhedssystem.

I de foregående afsnit er indsatsen omkring borgerens boligsituation blevet beskrevet indgående. Ligeledes er ACT-forløbet blevet beskrevet. I dette afsnit beskrives en række forhold, det kan være vigtigt at arbejde med i indsatsen, inden for forskellige dimensioner af borgerens liv, og hvordan de forskellige fagfunktioner i teamet indgår i dette arbejde.

### **7.1 Økonomi**

Økonomi spiller i mange tilfælde en afgørende rolle for, at borgeren kan flytte i egen bolig. Hovedparten af de hjemløse borgere er kontanthjælpsmodtagere, mens den næststørste gruppe udgøres af borgere på førtidspension. Det er et vilkår for, at borgeren kan tilbydes en bolig, at der fx gennem kommunal boliganvisning er boliger til rådighed med et huslejeniveau, som borgeren har råd til at betale. Borgerens økonomi kan være presset af misbrugsproblemer, ligesom borgeren kan have gæld til offentlige myndigheder, banker eller andre private aktører. Derfor er det vigtigt, at ACT-medarbejderen sammen med borgeren skaber et overblik over borgerens økonomi, således at borgeren forstår og bliver i stand til at agere inden for sit økonomiske råderum.

Hvordan der arbejdes med borgerens økonomi er individuelt. Her spiller myndighedssagsbehandleren og medarbejderen fra jobcenteret en væsentlig rolle ved at varetage spørgsmål omkring kontantydelse og andre ydelser af enhver art. Andre opgaver kan fx bestå i at gå til møder med skattemyndigheder og bank fx med henblik på at lave aftaler om afvikling af gæld, til at åbne borgerens rudekvarter sammen med borgeren og understøtte, at borgeren får betalt sine regninger, herunder foretage tilmelding til betalingservice af faste udgifter. Herudover vil det for nogle være relevant at tilknytte borgeren til

forskellige tilbud såsom gældsrådgivning i kommunen eller hos en NGO. For en del borgere kan det være hensigtsmæssigt, at kommunen, efter aftale med borgeren, administrerer borgerens økonomi, og herved sikrer, at udgifter til husleje og andre faste udgifter betales, før borgeren får udbetalt resten af sin ydelse.

Endvidere er der behov for en særlig opmærksomhed på kontinuiteten i borgerens økonomiske ydelser, herunder i forhold til at undgå en situation, hvor borgeren pga. en sanktion ikke får udbetalt sin kontanthjælp og ikke kan betale huslejen, hvorved en udsættelse fra boligen kan være en risiko. Her spiller jobcentermedarbejderen en central funktion idet obligatoriske samtaler med jobcenteret kan afholdes direkte med borgeren i eget hjem. En central funktion er her at undgå at borgeren unødigt udsættes for en økonomisk sanktion, der kan indebære en risiko for at borgeren ikke kan betale huslejen. Herved bidrager indsatsen til at forebygge en udsættelse af boligen.

## **7.2 Fysisk helbred**

Mange hjemløse borgere har alvorlige helbredsproblemer som følge af et opslidende liv med gadehjemløshed, misbrug mv. Fysisk helbred kan ud over generelle helbredsmæssige forhold omfatte mere specifikke sygdomstilstande som infektionssygdomme, lungesygdomme, hjerteproblemer, skader i bevægeapparatet mv. Der kan også være sundhedsmæssige problematikker relateret til fx usund kost og mangel på motion. Der kan være betydelige barrierer forbundet med at opsøge og følge behandling både hos almen læge og i hospitalssystemet. ACT-teamets sygeplejerske har her en væsentlig opgave med at understøtte borgerens kontakt med og brug af sundhedssystemet og sikre, at borgeren får den fornødne behandling for sygdomme. Der kan være behov for, at medarbejderen hjælper borgeren med at bestille tid hos lægen og tager med til lægen. Ved henvisning til behandling hos speciallæge eller på hospital vil der ligeledes ofte være et behov for at følge med borgeren og sikre, at borgeren kommer til aftalte undersøgelser, behandling etc. Det gælder ikke mindst ved længerevarende ambulante forløb, der kræver et regelmæssigt fremmøde til behandling. Der kan også være behov for øvrige tilbud i kommunalt regi som fx et genoptræningsforløb. Afhængig af den konkrete kontakt med borgeren, kan bostøttemedarbejderne også varetage nogle af de helbredsmæssige støttefunktioner, som fx at tage med borgeren til behandling på hospitalet, hvis det er nødvendigt.

ACT-indsatsen er endvidere ikke rettet mod at kunne dække vidtgående fysiske plejebest. I det tilfælde, at borgeren udvikler betydelige fysiske plejebest, fx efter mange års misbrug, kan ACT-indsatsen kombineres med støtte fra hjemmeplejen.



### **7.3 Psykisk helbred**

Mange hjemløse borgere lider af psykisk sygdom. Det kan være et bredt spektrum af lidelser som skizofreni, bipolar lidelse, øvrige psykoser, personlighedsforstyrrelser eller depressioner. Ligeledes kan der være borgere med post-traumatisk stress syndrom (PTSD) eller kognitive forstyrrelser som ADHD. En del borgere vil allerede have haft langvarige forløb i det psykiatriske behandlingssystem. Andre borgere har måske ikke fået stillet en egentlig diagnose, og der kan for disse borgere være behov for at teamets psykiater foretager en psykiatrisk udredning. Det er endvidere vigtigt, at ACT-medarbejderne er opmærksom på, at det for nogle borgere kan være en længerevarende proces for borgeren at blive klar til at gå i dialog omkring sit psykiske helbred.

Målgruppen for ACT-indsatsen har måske haft flere indlæggelser på psykiatriske afdelinger bag sig, og har ofte har vanskeligt ved at følge behandlingen i det psykiatriske system. Der kan undervejs i et forløb opstå behov for indlæggelse, og her støtter psykiateren op omkring behandlingsforløbet, herunder kontakten til behandlingspsykiatrien. Psykiateren vurderer også borgerens behov for medicinsk psykiatrisk behandling og udskriver medicin i det omfang borgeren har behov for og ønsker dette. Både psykiater, sygeplejerske og bostøttemedarbejder støtter op om borgeren i at følge den medicinske behandling i hverdagen.

For mange hjemløse borgere med psykisk sygdom kompliceres deres situation af, at de også har misbrugsproblemer. Disse borgere vil ofte have oplevet at falde mellem to stole mellem det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingssystemet. De kan have vanskeligt ved at få den nødvendige behandling i det psykiatriske behandlingssystem pga. barrierer ved at rumme og arbejde med gruppen af psykisk syge misbrugere i det psykiatriske behandlingssystem. Ligeledes kan disse borgere også have oplevet vanskeligheder ved at følge misbrugsbehandling, hvor der lokalt kan være mangel på specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere. En vigtig funktion for ACT-teamet er her at sikre at der sker en integration af borgerens behov for støtte og behandling både i forhold til psykiatriske problemstillinger og misbrug, og hjælper med at finde en løsning, der passer bedst for borgeren.

### **7.4 Misbrug**

Næsten alle borgerne i målgruppen for ACT-indsatsen har svære misbrugsproblemer, og vil samtidig have svært ved at følge behandling i misbrugsbehandlingssystemet. En del vil være ophørt med forløb i misbrugsbehandlingssystemet blandt andet fordi det kan være vanskeligt at følge regelmæssig misbrugsbehandling, mens man befinder sig i en hjemløshedssituation.

Et væsentligt princip i Housing First-tilgangen er, at der ikke stilles krav om ophør eller reduktion af misbrug som en betingelse for at få anvist en bolig. Det skyldes, at en ustabil boligsituation i sig selv i høj grad vanskeliggør, at borgeren kan følge misbrugsbehandling og få et udbytte heraf. En stabilisering af boligsituationen er således en forudsætning for overhovedet at kunne arbejde med at styrke borgerens livssituation, herunder fx at forholde sig til et misbrug. Der stilles heller ikke krav om, at borgeren skal arbejde med ophør/reduktion af misbrug efter anvisning til en bolig. ACT-medarbejderne indgår i en dialog med borgeren om, hvad borgeren ønsker for sit liv, herunder hvad borgeren ønsker at arbejde med i forhold til et misbrug. Afhængigt af borgerens ønsker og behov kan misbrugsbehandleren tilbyde borgeren misbrugsbehandling i eget hjem, borgeren tilknyttes et behandlingsforløb på et misbrugscenter. Der vil endvidere være en del hjemløse borgere, som er i substitutionsbehandling for opiatmisbrug, og som kan have brug for støtte til at følge denne behandling. Muligheden for at give social misbrugsbehandling direkte til borgeren fra teamet udelukker dog ikke, at borgeren kan følge behandlingsforløb i det ordinære misbrugsbehandlingssystem hvis borgeren ønsker og er i stand til dette. Også her vil der typisk være behov for at støtte op om forløbet.

En erfaring fra arbejdet med hjemløshedsstrategien er, at der for en del borgere kan ske en intensivering af misbruget i perioden efter at de er flyttet i egen bolig. En sådan stigning i omfanget af misbruget er dog sjældent vedvarende, og efter en periode aftager misbruget typisk igen. Ligeledes er det en erfaring, at der er en del borgere, der efter stabiliseringen af boligsituationen begynder at efterspørge støtte til, at mindske misbruget. Der er dog også en del borgere, der fortsætter med et misbrug, og der er nogle der giver udtryk for, at de ønsker at fortsætte med fx deres brug af alkohol.

## **7.5 Netværk og sociale relationer**

Mange hjemløse borgere har et svagt socialt netværk, og mange har svage eller helt fraværende kontakter til deres familie. Endvidere kan borgerens eksisterende netværk i høj grad bestå af kontakter i herbergs- og misbrugsmiljøet. Ligeledes kan det være vanskeligt at opbygge nye sociale relationer og fastholde eksisterende relationer, mens man befinder sig i en hjemløshedssituation. Når borgeren flytter i egen bolig kan der opstå følelser af ensomhed, ligesom der også rejser sig et spørgsmål om, hvilke relationer og kontakter fra herbergs- og misbrugsmiljøet borgeren ønsker at bevare kontakten med, og hvilke kontakter borgeren ønsker at afbryde.

Der kan være borgere, der har gamle relationer fra tidligere i deres liv, som måske er trådt i baggrunden eller er beskadigede, men som kan genetableres og genopbygges. For eksempel kan det være svært at have

besøg af familie, herunder børn, så længe borgeren bor på et herberg, men overgangen til egen bolig kan give en ny ramme og nye muligheder for kontakt til familie og andre relationer. Det er vigtigt, at ACT-medarbejderen er opmærksom på denne forskellighed i forbindelse med inddragelse af netværk.

ACT-medarbejderen indgår i en dialog med borgeren om, hvilke ønsker borgeren har for fx at genetablere relationer til familie og eventuelle børn, og om hvordan en sådan proces med at genetablere og genopbygge relationer bedst gribes an, og hvordan kontakten kan tages. Ligeledes kan ACT-medarbejderen bistå med råd og vejledning, hvis der opstår konflikter undervejs i processen. ACT-medarbejderen kan også være med til at understøtte, at der skabes mulighed for at danne nye relationer og netværk fx gennem deltagelse i sociale aktivitets- og samværstilbud, aktiveringsforløb, uddannelsesstilbud, frivilligt arbejde etc.

## **7.6 Daglige aktiviteter**

For nogle vil det være relevant at finde aktiviteter, som kan give indhold og mening i borgerens liv, og som hverdagen kan fyldes ud med. Det kan fx være aktiviteter i forhold til borgerens interesser, fysiske aktiviteter eller aktivitets- og samværstilbud. Der kan eksempelvis for nogle være et ønske om at deltage i sociale aktiviteter fx hos en NGO, eller i kommunale aktivitetstilbud. For nogle kan det også være en mulighed at lave frivilligt arbejde, hvor de oplever at kunne gøre en forskel for andre. Det er vigtigt at tage hensyn til, at borgerne kan have et meget forskelligt udgangspunkt for at deltage i sådanne aktiviteter. Nogle har det måske fysisk eller psykisk så dårligt, at de ikke føler at være i stand til at deltage i sådanne tilbud. Andre giver udtryk for et behov, men er måske usikre på, hvad de kan magte. Her er det vigtigt, at ACT-medarbejderen i en dialog med borgeren hjælper med at finde ud af, hvilke aktiviteter der kunne passe til borgerens behov. Her spiller særligt jobcentermedarbejderen en væsentlig rolle i forhold til at kunne udpege mulige aktiverings- og aktivitetsprojekter, som borgeren kan indgå i. Det vil typisk være 'bløde aktiviteter' rettet mod at give borgeren indhold og mening, og noget at tage sig til i hverdagen. Jobcentermedarbejderen understøtter en proces med at få sat disse aktiviteter i gang for borgeren og bostøttemedarbejderen støtter borgeren i at komme i gang med at deltage i aktiviteterne. Det kan være borgeren har behov for en telefonopringning eller en SMS, der minder borgeren om, når aktiviteten foregår, og måske har borgeren behov for, at ACT-medarbejderen følger med borgeren hen til det sted, hvor aktiviteten foregår.

## **7.7 Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer**

Det kan være et ønske fra borgeren at påbegynde uddannelse eller finde arbejde. Nogle har måske været i gang med en eller flere uddannelser tidligere, men har af forskellige grunde ikke færdiggjort disse, og andre vil have brug for opkvalificering eller hjælp til at søge job. Borgeren kan ønske støtte til at finde frem til de muligheder, der eksisterer, og ligesom for aktivitetsrettede indsatser er det også her en central funktion for jobcentermedarbejderen, at bidrage til at sætte kurser, kompetenceafklaringsforløb o.l. Der skal dog gøres opmærksom på, at det formentlig vil være ret få af ACT-indsatsens målgruppe, der er i stand til at deltage i sådanne aktiviteter. Der bør dog være opmærksomhed på at borgerens situation kan ændre sig over tid, og at der efter et længerevarende forløb kan være borgere, der bliver i stand til at følge forløb, som ikke var muligt tidligere i forløbet.

## Litteraturliste

- Anthony, W. A. (1993): "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), s. 11-23.
- Benjaminsen, L. (2013): *Rehousing Homeless Citizens with Assertive Community Treatment. Experiences from an ACT-programme in Copenhagen*. København, SFI, working paper, 07:2013.
- Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen (2013): *Hjemløshed i Danmark. National kortlægning*. København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 13:21.
- Busch-Geertsema, V. (2013): *Housing First Europe. Final report*. Bremen/Brussels.
- Busch-Geertsema, V. & I. Sahlin. (2007): "The Role of Hostels and Temporary Accommodation". *European Journal of Homelessness*, Vol. 1, s. 67-93.
- Coldwell, C. & W. Bendner (2007): "The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis." *American Journal of Psychiatry*, 164(3).
- Davidson, L., Tondora, J & M.S. Lawless (2009): *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice*. New York: Oxford University Press.
- Jensen, P., Jensen, K.B., Olsen, E. & D. Sørensen (2004): *Recovery på dansk*. København: Systime Academic.
- Korr, W. S., & Joseph, A. (1995). "Housing the homeless mentally ill: Findings from Chicago." *Journal of Social Service Research*, 21, 53–68.
- Lamb H.R. & Lamb D.M. (1990): "Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill". *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1005-1010.
- Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., Deforge, B. R., & Postrado, L. T. (1997). "A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness." *Archives of General Psychiatry*, 54, 1038–1043.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhoff, B., & Smith, R. (1992). "Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people." *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1005–1010.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, D., Trusty, M. L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997). "An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons." *Psychiatric Services*, 48, 497–503.

Nelson, G., T. Aubry & A. Lafrance (2007): "A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management for Persons with Mental Illness Who Have Been Homeless". *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, s. 350-361.

Rambøll & SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2013): Hjemløsestrategien afsluttende rapport.

Sahlin, I. (1998): *The Staircase of Transition. National Report to the European Observatory on Homelessness 1997* (Brussels: Feantsa).

Sahlin, I. (2005): "The Staircase of Transition: Survival through Failure." *Innovation – The European Journal of Social Science Research* 18 (2) s. 115-135.

Tsemberis, S., L. Gulcur & M. Nakae (2004): "Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis". *American Journal of Public Health*, 94, 4, s. 651-656.

Tsemberis, S. (2010): *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction* (Center City, Minnesota: Hazelden).

## Bilag 1 – Checkliste til ACT-medarbejderen

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
<b>Sammenhæng i indsatsen</b>			
Der er etableret en tillidsfuld relation mellem ACT-medarbejder og borger			
Borgeren spørges regelmæssigt om hvad han/hun har behov for hjælp til			
Der er foretaget en udredning af borgeren			
Borgeren er blevet tilbudt en §141 handleplan			
Borgeren har fået udarbejdet en §141 handleplan			
Der er udarbejdet en plan for ACT-indsatsen sammen med borgeren			
Det vurderes løbende hvilke behandlingsmæssige indsatser borgeren har behov for fra teamet			
Det afprøves og evalueres om den samlede indsats, der er etableret for borgeren fungerer i praksis og er tilstrækkelig, og der foretages eventuelle tilpasninger af planen og indsatsen			
<b>Bolig</b>			
Borgeren er skrevet op/indstillet til en bolig			
Der er etableret en boligløsning for borgeren			
Der er taget hånd om, at borgeren kan betale indskuddet i boligen			
Borgeren har fået hjælp med flytningen			
Borgeren har fået hjælp til at skaffe møbler og inventar til boligen			
Der er fokus på om den boligløsning, der er etableret, er den rigtige for borgeren			
Der er fokus på, om der opstår konflikter med naboer/andre beboere og på at håndtere disse			
Der er fokus på borgerens trivsel i lokalområdet/boligområdet og brug af lokale tilbud			
<b>Social og praktisk støtte i hverdagen</b>			
Rammerne for kontakten (tid, sted, kontaktform, hyppighed) er aftalt med borgeren			
Borgeren får emotionel og social støtte i hverdagen efter behov			
Borgeren får praktisk støtte i hverdagen efter behov			
Der arbejdes med at lære borgeren at håndtere daglige gøremål			
<b>Økonomi</b>			
Der er foretaget en udredning af borgerens økonomiske situation			
Borgeren får de sociale ydelser borgeren er berettiget til			
Der er søgt om boligsikring til borgeren			
Der tages hånd om at håndtere borgerens gæld til offentlige myndigheder			
Der tages hånd om at håndtere borgerens gæld til andre kreditorer			
Huslejen og faste udgifter er tilmeldt en automatisk betalingsordning			
Der er taget stilling til eventuel administration af borgerens økonomi			
Borgeren får støtte til at håndtere sin økonomiske situation			
Borgeren får støtte til at huslejen og andre faste udgifter betales til tiden hver måned			

<b>Fysisk helbred</b>			
Der er foretaget en udredning af borgerens fysiske helbred			
Sygeplejersken følger borgerens fysiske helbredssituation tæt og iværksætter relevante behandlingsindsatser sammen med borgeren			
Borgeren får støtte til at følge behandling hos læge, hospital mv.			
Borgeren får støtte til at følge medicinsk behandling/tage medicin			
Der tages hånd om økonomien vedrørende borgerens behov for medicin			
Borgerens behov for tandbehandling er afdækket			
Borgeren får støtte til at følge behandling hos tandlæge			
Der tages hånd om økonomien vedrørende borgerens behov for tandbehandling			
<b>Psykisk helbred</b>			
Der er foretaget en udredning af borgerens psykiske helbred			
Psykiateren foretager en psykiatrisk udredning af borgeren ved mistanke om psykisk sygdom			
Psykiateren ordinerer psykofarmaka såfremt borgeren har behov for dette			
Der er sammen med borgeren taget stilling til, om borgeren har behov for og ønsker at påbegynde psykiatrisk behandling o.l.			
Borgeren får støtte til at følge eventuel psykiatrisk behandling			
Borgeren får støtte i hverdagen til at tage eventuelle psykofarmaka			
<b>Misbrug</b>			
Der er foretaget en udredning af, om borgeren har et misbrug af alkohol, hash, hårde stoffer eller medicin.			
Der er sammen med borgeren taget stilling til, om borgeren ønsker at påbegynde misbrugsbehandling			
Misbrugsbehandleren yder behandling i eget hjem såfremt borgeren har behov for og ønsker dette			
Borgeren får støtte til at følge eventuel ekstern misbrugsbehandling hvis borgeren har behov for, ønsker og er i stand til dette			
<b>Social situation/netværk</b>			
Der er foretaget en udredning af borgerens sociale situation/netværk			
Borgeren får støtte til at genoprette/styrke kontakt til familie			
Borgeren får støtte til at genoprette/styrke kontakt til venner/bekendte			
Borgeren får støtte til at håndtere negative relationer			
Borgeren får støtte til at etablere nye sociale kontakter og relationer			
<b>Aktiviteter i hverdagen</b>			
Der er foretaget en udredning af borgerens behov for aktiviteter i hverdagen			
Der er taget kontakt til relevante tilbud vedrørende igangsættelse af aktiviteter i hverdagen for borgeren			
Der er igangsat aktiviteter i hverdagen for borgeren			
Der er fokus på, om der er behov for at igangsætte nye aktiviteter for borgeren			
<b>Uddannelse og beskæftigelse</b>			
Jobcentermedarbejderen tager hånd om eventuelle beskæftigelsesrettede tiltag, herunder aktiveringsforløb			
Jobcentermedarbejderen foretager obligatoriske samtaler med borgeren i eget hjem			
Borgeren får støtte til at følge eventuelle uddannelses- eller beskæftigelsestilbud			



## Bilag 2 - Kriterier for metodefidelitet

ACT-teamet har regelmæssige teammøder
ACT-teamets medarbejdere får regelmæssig supervision
Der etableres en permanent boligløsning for borgeren tidligt i indsatsforløbet
Borgeren tilbydes en selvstændig bolig i en almindelig boligejendom
Der stilles ikke krav om ændret adfærd eller behandling ved tildeling af bolig
Borgeren giver tilsagn om at ville modtage den sociale støtte som forudsætning for tildeling af boligen
Borgeren tilbydes en almindelig, permanent lejekontrakt
Reglerne for udsættelse af boligen følger lejeloven og den almindelige husorden
Borgeren kan ikke udsættes af boligen for ikke at modtage støtten
Hvis borgeren udsættes af boligen tilbydes borgeren en ny bolig
ACT-indsatsen gives uafhængigt af borgerens boligsituation
Der er maksimalt 8 borgere tilknyttet 1 ACT-medarbejder i gennemsnit
ACT-teamet er tværfagligt sammensat og indeholder både socialpædagoger, sygeplejerske, psykiater (evt. misbrugs læge), misbrugsbehandler, myndighedssagsbehandler og jobcentermedarbejder.
Der er maksimalt 80 borgere tilknyttet ACT-teamet
Borgerens behov for støtte og sociale indsatser udredes
Der foretages en visitation til ACT-forløbet
Borgeren er tilbudt en § 141 handleplan
Der er udarbejdet en § 141 handleplan, hvis borgeren ønsker det
Der følges op på udførelsen af § 141 handleplanen sammen med borgeren
Der udarbejdes en plan for bostøtteindsatsen sammen med borgeren
Der igangsættes fornødne aktiviteter og tilbud for borgeren
Støttens intensitet og indhold er fleksibel og ydes efter borgerens behov
Borgeren har en høj grad af indflydelse på hvad støtten indeholder
Planen for ACT-indsatsen og de igangsatte indsatser og aktiviteter afprøves og evalueres i praksis
Borgeren tilbydes praktisk hjælp ved indflytningen
Borgeren tilbydes hjælp til at møblere boligen og etablere et hjem
Borgeren tilbydes social og praktisk støtte i hverdagen
Der er fokus på at lære borgeren selv at håndtere sit liv og sin hverdag
Sygeplejersken tilbyder borgeren behandling af mindre dagligdags helbredsproblematikker og støtter borgeren i brug af det somatiske sundhedssystem og almen læge
Der stilles ikke krav til borgeren om at ændre sin misbrugsadfærd
Misbrugsbehandlaren tilbyder borgeren misbrugsbehandling i eget hjem efter behov og ønske
Borgeren støttes i brug af øvrige sociale tilbud og indsatser
Borgeren tilbydes hjælp til at håndtere sin økonomi