

Critical Time Intervention (CTI)

Manual

Marts 2015

Denne manual for den sociale metode Critical Time Intervention (CTI) 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 | 5 |
| 2. Housing First – en helhedsorienteret tilgang | 6 |
| 2.1 Housing First-tilgangens værdigrundlag | 7 |
| 2.2 Mindshift fra boligparathed til Housing First | 8 |
| 2.3 Recovery og empowerment | 9 |
| 3. Målgruppe for CTI-indsatsen | 11 |
| 4. Etablering af en permanent boligløsning | 13 |
| 4.1 Dialog med borgeren om boligløsningen | 13 |
| 4.2 Egen selvstændig bolig som primært tilbud | 13 |
| 4.4 Plan for en boligløsning | 14 |
| 5. Critical Time Intervention – baggrund og værdigrundlag | 15 |
| 6. CTI-forløbets faser | 20 |
| 6.1 Fase 1: Overgang til egen bolig – planlægning og igangsættelse af aktiviteter | 21 |
| 6.1.1 Afdækning af borgerens behov | 22 |
| 6.1.2 Udarbejdelse og igangsættelse af aktivitetsplan og aktiviteter | 22 |
| 6.1.3 CTI-medarbejderens opgaver i 1. CTI-fase | 23 |
| 6.1.4 Overgang til 2. CTI-fase | 24 |
| 6.2 Fase 2: Afprøvning og tilpasning | 25 |
| 6.2.1 Afprøvning og tilpasning af plan og indsats | 25 |
| 6.2.2 CTI-medarbejderens opgaver i 2. CTI-fase | 26 |
| 6.2.3 Overgang til 3. CTI-fase | 27 |
| 6.3 Fase 3: Ansvarsoverdragelse og forankring | 27 |
| 6.3.1 Udarbejdelse af langsigtet plan samt overdragelse af støtte | 28 |
| 6.3.2 CTI-medarbejderens opgaver i 3. CTI-fase | 29 |
| 6.3.3 Afslutning af CTI-forløb | 29 |
| 7. Indsatser i dimensioner af borgerens liv | 30 |
| 7.1 Økonomi | 30 |
| 7.2 Fysisk helbred | 31 |
| 7.3 Psykisk helbred | 31 |
| 7.4 Misbrug | 32 |
| 7.5 Netværk og sociale relationer | 33 |

| | |
|--|----|
| 7.6 Daglige aktiviteter..... | 33 |
| 7.7 Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer..... | 34 |
| Litteraturliste | 35 |
| Bilag 1 – Checklister til CTI-medarbejderen | 37 |
| Bilag 2 - Kriterier for metodefidelitæt | 43 |

1. Indledning

Denne manual beskriver metoden Critical Time Intervention (CTI), der er en indsatsmetode henvendt til borgere som har behov for støtte i en kritisk overgangsfase, fx ved overgang fra hjemløshed til egen bolig, eller udskrivning fra et behandlings- eller botilbud. Denne manual er særligt målrettet brugen af CTI-metoden på hjemløseområdet, og beskriver brug af CTI-metoden som en systematisk og intensiv form for social bostøtte i en tidsafgrænset periode i forbindelse med indflytning i egen bolig efter ophold på en § 110-boform.

Metoden benyttes som del af en Housing First-indsats, hvor borgeren tilbydes en permanent boligløsning sammen med social støtte ud fra borgerens behov. Omdrejningspunktet for CTI-metoden er, at en CTI-medarbejder (case-manager) yder en intensiv indsats til borgeren i en periode på 9 måneder, der udgør en kritisk overgangsfase for borgeren og som skal sikre at overgangen til egen bolig lykkes for borgeren, og at borgeren bliver i stand til at fastholde boligen. Indsatsen er individuelt tilpasset borgerens behov og planlægges af borger og CTI-medarbejder i fællesskab.

Manualen er opbygget således, at andet afsnit giver en beskrivelse af Housing First-tilgangen, herunder tilgangens værdigrundlag. Tredje afsnit beskriver målgruppen for CTI-indsatsen. Fjerde afsnit gennemgår, hvorledes der arbejdes med at etablere en permanent boligløsning for borgeren. Femte afsnit gennemgår grundprincipperne i CTI-metoden med fokus på de værdier, som ligger til grund for metoden. Sjette afsnit beskriver indholdet af selve CTI-forløbet, med fokus på, hvordan et forløb sammensættes, hvad de tre faser i CTI-forløbet indeholder, og hvad CTI-medarbejderens opgaver består i. Syvende afsnit giver en gennemgang af arbejdet med at styrke borgerens livssituation 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 sociale 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-tilgangen 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 dog ikke, at boligen skal gå forud for andre indsatser, som borgeren har behov for, eller at boligen anses for at være den væsentligste indsats. Tværtimod er det vigtigt, at der skabes en helhed i indsatsen omkring borgeren, ved både at etablere en permanent boligløsning for borgeren, og give en intensiv social støtte efter behov rettet mod at styrke borgerens situation i en række livsdimensioner.

Den individuelle sociale støtte er en forudsætning for, at borgeren kan bo i egen bolig. Den individuelle støtte består af social og praktisk bostøtte i hverdagen og støtte til at sikre en sammenhængende indsats gennem etablering og fastholdelse af kontakt til offentlige myndigheder, behandlingstilbud og sociale aktivitetstilbud. Gennem den sociale støtte arbejdes der med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner som bolig, økonomi, socialt netværk, daglige aktiviteter, fysisk og psykisk helbred, misbrug, uddannelse og arbejde.

Den individuelle sociale støtte følger evidensbaserede sociale metoder. CTI-metoden er en blandt flere bostøttemetoder, der kan benyttes i en Housing First-baseret tilgang. De to andre bostøttemetoder er Assertive Community Treatment (ACT) og Intensiv Case Management (ICM). 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 hvad der kendetegner borgerens støttebehov, 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 CTI-metoden, beskrives CTI-metodens målgruppe nærmere i afsnit 4.

2.1 Housing First-tilgangens værdigrundlag

Organisationen Pathways to Housing¹, 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 deinstitutionalisering, 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.

¹ 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 borgeren 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 udslusningsboliger 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 både fysisk 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-metoden 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 psykisk sygdom, misbrug og andre forhold i individets liv, som 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-tilgangen bygger således generelt 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 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 i dagligdagen.

I de følgende afsnit beskrives de forskellige dele af borgerens indsats mere detaljeret. Først beskrives målgruppen for CTI-indsatsen i forhold til målgrupperne for de øvrige bostøttemetoder, ACT og ICM. Dernæst beskrives boligdelen, det vil sige, hvilke forhold der er vigtige i forbindelse med at tilvejebringe en permanent bolig til borgeren. Efterfølgende beskrives CTI-metodens baggrund og værdigrundlag. Derefter beskrives den sociale bostøtte, der ydes efter CTI-metoden mere detaljeret, herunder de forskellige faser i indsatsen. I det sidste afsnit beskrives bredere en række forhold, det kan være vigtigt at arbejde sammen med borgeren om, inden for en række dimensioner af borgerens liv.

3. Målgruppe for CTI-indsatsen

Målgruppen for CTI-indsatsen er borgere, der har brug for bostøtte i en kritisk overgangsfase, hvor borgeren flytter i egen bolig. 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 i en periode, at have boet midlertidigt hos familie og venner, eller i forbindelse med en udskrivning efter et ophold på hospital eller et behandlingstilbud.

CTI-metoden er den eneste af de tre bostøttemetoder, ACT, ICM og CTI, som ikke i udgangspunktet tidligere har været forbundet med Housing First-tilgangen. Det skyldes særligt tidsbegrænsningen på støtten, hvor der som tidligere nævnt i Housing First tilgangen arbejdes ud fra at støtten gives, så længe borgeren har behov for støtten.

I den danske hjemløsestrategi, er CTI-metoden imidlertid anvendt som en metode under Housing First ud fra et princip om målgruppedifferentiering. CTI-metoden er således i den danske hjemløsestrategi henvendt til borgere, der i et betydeligt omfang er i stand til at benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser. Ligesom målgruppen for ICM-indsatsen har borgerne brug for støtte til at etablere og opretholde kontakten med øvrige indsatser, men målgruppen for CTI-indsatsen vurderes at have brug for denne intensive støtte i en kortere periode. CTI-indsatsen er således ikke henvendt til borgere med behov for langvarig intensiv støtte. Ved institutionel udslusning, hvor det skønnes, at der er et intensivt støttebehov af længerevarende eller permanent karakter, bør ICM- eller ACT-støtte i stedet iværksættes. Målgruppen for CTI vil således typisk være borgeren med lettere eller middelsvær psykisk sygdom og/eller lettere eller middelsvært misbrug, mens borgere med svær psykisk sygdom og massive misbrugsproblemer, og et stort støttebehov typisk har brug for en mere intensiv indsats.

Inden borgeren tilknyttes et bostøtteforløb foretages en udredning af borgerens behov fx ud fra Voksenudredningsmetoden (VUM) eller gennem udredningsmetoden Udredning og Plan. Her afdækkes både borgerens ressourcer og støttebehov på en række dimensioner, som bolig, økonomi, fysisk helbred, psykisk helbred, misbrug, socialt netværk, aktiviteter i hverdagen, uddannelse og arbejde og andre forhold, der vurderes at være relevante for borgerens situation. Det afdækkes i en dialog med borgeren, hvilke aspekter borgeren har behov for at arbejde med inden for de forskellige dimensioner, og i hvilket omfang borgeren har behov for social og praktisk støtte i hverdagen. Det afdækkes ligeledes, i hvilken grad borgeren er i stand til at benytte eksisterende tilbud om støtte i det øvrige sociale system samt fx misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling, og i hvilken grad borgeren har brug for en koordinerende og støttende indsats i forhold til at benytte øvrige indsatser.

Den indledende udredning er et udgangspunkt for, hvilken type af bostøtte borgeren har behov for, og hvilke øvrige indsatser og aktiviteter der er behov for at sætte i gang for borgeren. Behovet for indsatser, og hvordan disse indsatser sættes i værk, bør beskrives og forankres i en § 141-handleplan, hvorved det sikres at indsatsen forankres på myndighedsniveau i kommunen.

Ved visitationstidspunktet skal det vurderes, at borgeren gennem en 9-måneders CTI-indsats:

- a) vil blive i stand til at klare sig selv og fastholde boligen med hjælp fra netværk og/eller lokalmiljøet, eller
- b) vil få nedbragt sit støttebehov markant og f.eks. med almindelig § 85-bostøtte blive i stand til at fastholde boligen samt gennem CTI-indsatsen få afdækket sit reelle støttebehov i egen bolig i langt højere grad, end det er muligt ved visitationstidspunktet.

CTI-metoden kan således bruges i samarbejdet med borgere, for hvem det forventes, at de gennem en intensiv, tidsbegrænset indsats vil blive i stand til at klare sig i og fastholde egen bolig med hjælp fra netværk og/eller lokalmiljøet, og fra det eksisterende støttesystem. Dette støttenetværk bygges op gennem CTI-forløbet. Heri kan således også ligge, at borgeren efter et CTI-forløb kan overgå til at modtage støtte fra den eksisterende § 85 indsats. Der bør dog være fokus på, at der ved en sådan overgang typisk vil ske et skift i borgerens støtteperson og i det tilfælde, et sådant brud ikke skønnes hensigtsmæssigt, vil borgeren i udgangspunktet snarere være i målgruppen for den længerevarende ICM- eller ACT-indsats.

Den egentlige afprøvning af, hvordan den sociale støtte og andre iværksatte indsatser fungerer, foregår i praksis, det vil sige, efterhånden som indsatsen iværksættes. Der vil således ske en fortsat afprøvning og tilpasning af støtten til borgerens behov undervejs gennem et støtteforløb.

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 borgere med komplekse støttebehov i stand til at bo i egen bolig og fastholde boligen. Særligt målgruppen for CTI-indsatsen vil som udgangspunkt næsten alle være i stand til at bo i egen bolig. Der kan dog være borgere, der viser sig ikke at være i stand til at fastholde boligen på trods af den intensive støtte. En væsentlig erfaring er, at det ikke er muligt på forhånd at udpege, hvem der vil kunne fastholde boligen, 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 fx kommunal boliganvisning efter ét enkelt fejlslagent forsøg på at flytte i egen bolig. For de borgere for hvem det ikke lykkes at fastholde boligen, er det vigtigt at der er alternative boligløsninger tilgængelige, som fx i et opgangsfællesskab, eller i et botilbud.

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 endvidere være fokus på, hvordan borgeren får mulighed for at betale indskuddet i boligen. Her kan der være behov for indskudslån, og opmærksomhed på, hvis der stilles urealistiske krav til fx opsparing til indskudslån, mens borgeren har befundet sig i en akut hjemløshedssituation.

En central opgave for bostøttemedarbejderen 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 6.1 om CTI-forløbets første fase.

5. Critical Time Intervention – baggrund og værdigrundlag

CTI-metoden er udviklet med henblik på at forhindre hjemløshed blandt personer med fx psykiske lidelser eller misbrugsproblemer i forbindelse med at skulle forlade en institutionslignende bolig eller opholdssted til fordel for egen bolig. Dette er eksempelvis i forbindelse med udskrivning fra herberger, psykiatriske hospitaler og fængsler. Denne overgang til et liv i egen bolig er en særdeles sårbar periode – en kritisk overgangsfase – heraf navnet "Critical Time Intervention". Formålet med metoden er derfor at støtte borgeren i denne overgang dels ved at styrke borgerens støttenetværk i både professionelt og privat regi på langt sigt og ved at give borgeren intensiv praktisk og social støtte i en tidsafgrænset periode i forbindelse med overgangen (Baumgartner & Herman, 2012; Herman & Mandiberg, 2010; Herman m.fl., 2011; Tormita & Herman, 2012).

Metoden er evidensbaseret og er afprøvet i forhold til hjemløshed både nationalt og internationalt. Dette gælder eksempelvis i et randomiseret amerikansk studie, som viser, at det at være en del af et ni måneders intensivt CTI-forløb mindsker borgerens risiko for tilbagefald til hjemløshed målt ved opfølgning 18 måneder efter påbegyndt CTI-forløb (Susser m.fl., 1997). Herudover har metoden, ligeledes på baggrund af et randomiseret studie, vist sig anvendelig til at reducere antallet af genindlæggelser på psykiatriske hospitaler blandt tidligere hjemløse personer med alvorlig og vedvarende psykisk sygdom (Tormita & Herman, 2012). I en dansk kontekst er metoden ligeledes afprøvet i forhold til hjemløse, som et led i den nationale hjemløsestrategi 2009-2013. Evalueringen heraf viser, at 88 pct. af de borgere, der har modtaget CTI-støtte i forbindelse med strategien, har en bolig ved endt forløb (sidste indberetning). Det er dog ikke, som i den førnævnte amerikanske undersøgelse, muligt at sige noget om, hvorvidt borgeren fastholder boligen, efter forløbet er afsluttet (Rambøll & SFI, 2013).

CTI-metoden er kendetegnet ved en intensiv kontinuerlig indsats centreret omkring en koordinerende støtteperson (CTI-medarbejderen). Borgeren bliver med andre ord tilknyttet en CTI-medarbejder, som udover at have en koordinerende rolle i forhold til sammensætningen og udførelsen af borgerens CTI-forløb, også vil være en gennemgående støtteperson, som yder social og praktisk støtte.

Udgangspunktet for ethvert CTI-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". CTI-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. Derfor har borgeren også en afgørende rolle, når målene for CTI-forløbet skal defineres og i selve planlægningen og gennemførelsen af forløbet, hvor det er vigtigt at sætte borgerens ønsker, drømme og håb for fremtiden i centrum. Borgeren og CTI-medarbejderen indgår i et ligeværdigt samarbejde, hvor borgeren kan bruge CTI-medarbejderen som sparringspartner eller katalysator i forsøget på at opnå sine mål. 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'. Centrale spørgsmål fra CTI-medarbejderen til borgeren er således: "Hvad kan vi gøre for dig?" og "Hvad har du brug for hjælp til?". Det betyder ikke, at CTI-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 CTI-forløbet handler det således for CTI-medarbejderen om at anerkende borgerens individualitet og arbejde målrettet og fokuseret med borgerens behov og ønsker.

CTI-metoden er baseret på et lavt caseload, det vil sige et forholdsvist lavt antal borgere tilknyttet den enkelte bostøttemedarbejder. Der anvendes et maksimal case-load på 10 borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder. Borgerens behov for støtte kan variere over tid, og vil typisk være særligt højt i perioden omkring indflytning i egen bolig. Har en CTI-medarbejder adskillige borgere, der er under indflytning på samme tid, kan det her være nødvendigt med et lavere caseload for den enkelte medarbejder. Der opereres i de tre faser 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.

CTI-forløbet strækker sig over en samlet periode på ni måneder og er opdelt i tre lige lange faser, der har fokus på:

- Fase 1: Overgang til egen bolig
- Fase 2: Afprøvning
- Fase 3: Overdragelse af støtte

Ovenstående faseinddeling har både fokus på borgerens mulighed for at bibeholde egen bolig og på at styrke borgerens livssituation generelt i en række dimensioner af borgerens liv. Der arbejdes gradvist med, at borgeren bliver i stand til at håndtere hverdagen i egen bolig, og gøre borgeren mere selvhjulpent. Ligeledes arbejdes der med at etablere et støttenetværk for borgeren, som stadig vil være til stede i det omfang, det er nødvendigt efter CTI-forløbets afslutning.

I fase 1 er fokus på at afklare borgerens støttebehov, hvorefter medarbejderen og borgeren i fællesskab udarbejder en plan for CTI-forløbet, indleder kontakten til relevante støttepersoner/tilbud og igangsætter aktiviteter. Centralt i første fase er selve overgangen til/indflytningen i egen bolig. CTI-medarbejderen yder desuden den primære sociale og praktiske støtte til borgeren, hvorfor det er i denne fase af forløbet, at kontakten mellem borger og CTI-medarbejder er mest intensiv.

I 2. fase er der fokus på at afprøve og tilpasse den udarbejdede plan. De støttepersoner, som man etablerede kontakt til i 1. fase, overtager gradvist det primære ansvar for at give borgeren den støtte, han eller hun har behov for i sin hverdag. Kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren er således mindre intensiv end i 1. fase.

I 3. fase sker den endelige overdragelse af ansvaret for borgerens fremtidige støtte til borgeren selv og til det støttenetværk, som er blevet etableret undervejs i CTI-forløbet, og der laves en plan for borgerens langsigtede behov og mål, og for en eventuel videre indsats efter CTI-forløbet. En del borgere må således forventes også at have brug for social støtte og at være tilknyttet sociale tilbud efter CTI-forløbet.

Typisk vil en kommune have flere CTI-medarbejdere ansat. Selvom CTI-medarbejderen arbejder individuelt med borgeren, er det vigtigt at indsatsen er teambaseret. Det indebærer, at der holdes regelmæssige møder i CTI-teamet, hvor nye borgere, eller borgere med væsentlige aktuelle problematikker diskuteres.

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

Vi har i det foregående afsnit givet et indblik i CTI-metodens tidligere anvendelse samt metodens grundprincipper i form af syn på borgeren og sammensætning af forløb. Samlet set er CTI-metoden på baggrund heraf 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 fordelt over tre lige lange faser med forskelligt fokus
- er evidensbaseret

Grundlaget herfor er en indsats, hvor borgeren tilknyttes en CTI-medarbejder, der på baggrund af et ligeværdigt samarbejde koordinerer og støtter borgeren igennem et intensivt tidsafgrænset forløb. For at der kan være tale om et CTI-forløb skal følgende grundlæggende principper inden for CTI-metoden være overholdt:

- Borgeren skal tilknyttes en gennemgående CTI-medarbejder
- CTI-forløbet skal tage udgangspunkt i en individuelt tilpasset proces, der er baseret på den enkeltes støttebehov
- CTI-forløbet skal være tidsbegrænset og følge de beskrevne faser
- CTI-medarbejderen skal yde social og praktisk støtte til borgeren og arbejde med at sammensætte et koordineret forløb
- CTI-medarbejderen skal have et godt kendskab til den organisatoriske forankring, som indsatsen indgår i
- CTI-medarbejderen har et indgående kendskab til lokalmiljøet samt til de eksisterende tilbud – dels i det kommunale system og dels tilbud fra andre aktører
- CTI-medarbejderen og borgeren skal i fællesskab udarbejde en plan for CTI-forløbet
- CTI-medarbejderen skal sikre koordinering til andre planer, som kan være udarbejdet for borgeren i andet regi, herunder den kommunale § 141-handleplan
- CTI-medarbejderen skal sikre, at der etableres et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandleren
- CTI-medarbejderen arbejder løbende med at skabe bånd til behandlings- og støttetilbud samt evt. familie og venner, som kan støtte borgeren efter CTI-forløbets ophør
- CTI-medarbejderen skal i samarbejde med borgeren udarbejde en langsigtet plan med udgangspunkt i borgerens behov for støtte

- CTI-medarbejderen skal ikke optræde som ekspert, men som sparringspartner/katalysator
- CTI-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 CTI-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:

- Økonomi
- Bolig
- 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 løbet af de 9 måneder, CTI-forløbet kører. Dette er jf. ovenstående metodiske principper baseret på den enkelte borgers behov for støtte, således der er tale om individuelt tilpassede forløb. 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.

Hvordan der arbejdes med dimensionerne afhænger ligeledes af borgerens behov. CTI-medarbejderens rolle er at yde social og praktisk støtte samtidig med, at der arbejdes for at skabe et koordineret forløb og for at få etableret et støttenetværk omkring borgeren, som kan støtte borgeren efter endt CTI-forløb. Det ligger derved i metoden, at CTI-medarbejderen både giver borgeren social og praktisk støtte i hverdagen, hjælper borgeren med at styrke borgerens livssituation ud fra borgerens behov, og hjælper borgeren til at komme i kontakt med tilbud (fx hos NGO'er eller kommunale tilbud), som kan være relevante både som et led i at imødekomme borgerens behov og som et led i at skabe et støttenetværk omkring borgeren.

I afsnit 7 beskrives mere detaljeret forskellige aspekter, som det kan være relevant at arbejde med i de forskellige dimensioner, og hvad CTI-medarbejderens rolle og opgaver er.

6. CTI-forløbets faser

I det følgende gives en detaljeret gennemgang af CTI-forløbets tre faser med fokus på indholdet i den enkelte fase og CTI-medarbejderens arbejde i forbindelse hermed. Kendetegnende for de tre faser er:

- 1. CTI-fase har fokus på overgangen til egen bolig og på planlægning og igangsættelse af forløb
- 2. CTI-fase har fokus på afprøvning og tilpasning af forløb
- 3. CTI-fase har fokus på ansvarsoverdragelse og forankring af forløb

Den enkelte medarbejders maksimale caseload på 10 borgere er beregnet ud fra borgere som befinder sig i forskellige faser af CTI-indsatsen, mens der ikke kan være tale om 10 borgere, der alle er i opstartsfasen, idet der i denne fase typisk er behov for en mere intensiv støtte.

Et idealtypisk caseload for en medarbejder kan således se ud som i følgende tabel. Her er der angivet hvor mange borgere (antal borgere) medarbejderen har tilknyttet, som på et givet tidspunkt befinder sig i hver fase. Det omfang af indsatsen for den enkelte borger, der er angivet i tabellen, er et eksempel. Den konkrete fordeling af caseloaden for en given medarbejder på et givet tidspunkt afhænger af borgernes behov, og bør således tilrettelægges fleksibelt. Hvis der fx er borgere, der har brug for endnu mere støtte i den første fase, er det vigtigt at dimensioneringen af caseloaden mellem teamets medarbejdere og mellem faserne tilpasses dette behov.

Tabel 1: Eksempel på caseload for en CTI-medarbejder mellem de tre faser af CTI-forløbet

| | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | I alt |
|---|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------|
| Antal borgere | 3 | 4 | 3 | 10 |
| Vægt, relativt tidsforbrug pr. borger i hver fase | 1,5 pr. borger i denne fase | 1 pr. borger i denne fase | 0,5 pr. borger i denne fase | 1 |
| Vægtet caseload | 4,5 | 4 | 1,5 | 10 |

Det kan i forløbet ske, at borgeren fx bliver indlagt på en psykiatrisk eller somatisk afdeling, eller at borgeren får en fængselsdom. I det tilfælde at borgeren fx bliver indlagt på hospital, er det vigtigt at CTI-medarbejderen fortsætter støtten (i det omfang der ikke er behandlingsmæssige forhold der måtte tale for en midlertidig afbrydelse). Her kan CTI-medarbejderen bistå med at sikre den fortsatte sammenhæng i indsatsen, og fx sørge for at regninger etc. bliver betalt, og forebygge at borgeren kommer i risiko for at miste sin bolig. Ved en længere afbrydelse (fx et fængselsophold over en vis varighed) vil det dog være

nødvendigt at sætte CTI-forløbet på pause, ligesom det ved et langvarigt fængselsophold vil være nødvendigt at afslutte forløbet. Særligt ved en længerevarende indlæggelse på hospital kan det dog efter et konkret skøn være nødvendigt at sætte 'uret på pause', men at fortsætte støtten i det omfang borgeren har behov for dette, og for at undgå en forværring i borgerens øvrige livssituation.

6.1 Fase 1: Overgang til egen bolig – planlægning og igangsættelse af aktiviteter

I den indledende fase i CTI-forløbet er der fokus på, at borgeren flytter i egen bolig og på planlægning og igangsættelse af øvrige indsatser og aktiviteter for borgeren.

For de borgere, der indgår i et CTI-forløb i forbindelse med udflytning fra en § 110-boform til egen bolig, opholder borgeren sig på boformen ved starten af CTI-fase 1. CTI-forløbet igangsættes mens borgeren stadig befinder sig på boformen e.l. og der arbejdes med at skabe en relation mellem borgeren og CTI-medarbejderen. Afhængigt af boligsituationen i kommunen kan der gå kortere eller længere tid, før der er en bolig til rådighed. Her kan der være tale om at borgeren bliver anvist til en bolig gennem kommunal anvisning, eller at borgeren får en bolig gennem den almindelige venteliste i en boligforening. CTI-forløbet igangsættes når en boligløsning er etableret, fx at borgeren har fået en bolig tildelt. 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.

Fase 1 vil typisk gå i gang 1-1½ måned før borgeren flytter ud fra boformen. Der kan også tidligere være etableret en kontakt mellem borgeren og CTI-medarbejderen fx i det tilfælde at der er lang ventetid på at flytte i bolig. Her er det først og fremmest vigtigt at der etableres en god kontakt og relation med borgeren inden udflytningen. Støtten i den første fase, både før og efter udflytningen, har således en ret intensiv karakter, med hyppig kontakt mellem borger og CTI-medarbejder.

Efterhånden som fasen skrider frem og tilliden mellem CTI-medarbejder og borger opbygges, vil der formentlig komme nye problematikker frem, som kræver opmærksomhed og behov for indsatser. På baggrund heraf er første CTI-fase karakteriseret ved en vekselvirkning mellem at planlægge og igangsætte nye aktiviteter. CTI-medarbejderens rolle i forbindelse hermed er at facilitere og understøtte processen gennem tæt kontakt med borgeren og med de tilbud, som borgeren tilknyttes. Hvilke tilbud den enkelte skal have er behovsbestemt i henhold til princippet om, at processen skal være individuelt tilpasset og tage udgangspunkt i borgerens behov. Det er CTI-medarbejderens opgave at finde de tilbud, der matcher borgerens behov enten i kommunalt regi eller ved et samarbejde med NGO'er og andre former for private aktører.

6.1.1 Afdækning af borgerens behov

CTI-forløbet indledes med 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, gennemføres denne som led i den første fase. Denne afklaring/udredning udgør grundlaget for en efterfølgende planlægning af den proces, som skal igangsættes. Afklaringen/udredningen inddrager centrale dimensioner i borgerens liv som bolig, økonomi, netværk, daglige aktiviteter, fysisk helbred, psykisk helbred, misbrug, uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer. Det er CTI-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 CTI-medarbejderen har mulighed for at stille uddybende og afklarende spørgsmål.

6.1.2 Udarbejdelse og igangsættelse af aktivitetsplan og aktiviteter

Efter afklaringen af borgerens støttebehov formulerer borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab en aktivitetsplan indeholdende relevante aktiviteter. Omdrejningspunktet for udarbejdelsen af aktivitetsplanen er en dialog med borgeren, hvor der stilles spørgsmål som, fx "hvad kan jeg gøre for dig", "hvad har du behov for støtte til", og hvor CTI-medarbejderen samtidig spørger ind til de forhold, som borgeren bringer op. Der kan være tilfælde, hvor CTI-medarbejderen vurderer, at borgeren har behov for støtte i forhold til en given problematik, men hvor borgeren enten ikke selv ser behovet eller ikke har et ønske om at arbejde med det. I sådanne tilfælde er det vigtigt, at CTI-medarbejderen holder udgangspunktet for borgerens egen oplevelse af behov for øje og husker sin rolle som sparringspartner. Det betyder, at CTI-medarbejderen kan rådgive borgeren i forhold til dennes situation og hjælpe borgeren i processen med at få prioriteret sine mål. Fokus skal således hele tiden være på borgerens behov og på, at borgeren får det bedst mulige samlede forløb, og ikke mindst bevarer motivationen for forløbet.

Først og fremmest er det centrale fokus i fase 1 at understøtte borgeren i processen med at flytte i egen bolig. 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 således være et behov for at hjælpe borgeren med at 'skabe et hjem' både praktisk og socialt. Nogle 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.

Endvidere sker der i første fase en opbygning og igangsættelse af de øvrige indsatser og aktiviteter, som borgeren har behov for. Da der er tale om et tidsafgrænset forløb, er det, som et led i udarbejdelsen af aktivitetsplanen, vigtigt, at CTI-medarbejderen og borgeren sammen prioriterer indsatsen alt efter hvilke behov, der kræver øjeblikkelig opmærksomhed, og hvilke der kan arbejdes med senere i CTI-forløbet. Her kan der være behov for særligt at arbejde med at styrke borgerens situation i udvalgte dimensioner (jf. afsnit 7).

Efter udarbejdelse af aktivitetsplanen etablerer CTI-medarbejderen kontakten til de relevante tilbud og arbejder for at få igangsat de forskellige aktiviteter. Herudover går CTI-medarbejderen med borgeren til møder med repræsentanter for tilbuddene og koordinerer desuden kontakten mellem de enkelte tilbud og kontakten til andre forvaltninger i kommunen.

CTI-medarbejderen varetager både en social og praktisk støtte til borgeren, samtidig med, at der arbejdes aktivt med etablering af et netværk omkring borgeren, som gradvist kan overtage CTI-medarbejderens støttefunktion. Selvom borgeren tilknyttes forskellige tilbud og indsatser, er det stadig CTI-medarbejderen, der i 1. fase er borgerens primære kontakt- og støtteperson og skal yde støtte og praktisk hjælp i forbindelse med den proces, som borgeren er i gang med. Dette kan eksempelvis være i form af samtaler med borgeren eller støtte i hjemmet. Hvad der konkret arbejdes med i det enkelte forløb, og hvilken form for praktisk og social støtte, den enkelte har brug for, vil naturligvis være forskelligt fra borger til borger.

6.1.3 CTI-medarbejderens opgaver i 1. CTI-fase

CTI-medarbejderens primære opgave i 1. CTI-fase er i samarbejde med borgeren at understøtte borgeren i processen med at flytte i bolig, yde en social og praktisk støtte i hverdagen, og afdække borgerens behov for støtte og øvrige indsatser inden for forskellige dimensioner i borgerens liv. Dette gøres ved, at:

- CTI-medarbejderen medvirker til, at der etableres en permanent boligløsning for borgeren
- CTI-medarbejderen gennemfører en umiddelbar afdækning af borgerens behov ved forløbets opstart, og på baggrund heraf planlægger og igangsætter CTI-medarbejderen og borgeren i fællesskab indsatser og aktiviteter

- CTI-medarbejderen 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
- CTI-medarbejderen understøtter processen omkring at flytte ind i boligen, herunder hjælp til flytning
- CTI-medarbejderen understøtter processen omkring at skaffe møbler/inventar
- CTI-medarbejderen hjælper borgeren med at 'skabe et hjem'
- CTI-medarbejderen yder praktisk og social støtte i hverdagen, således at borgeren oplever at få en tæt støtte
- CTI medarbejderen arbejder i borgerens hjem og lokalmiljøet med borgerens sociale kompetencer og ressourcer
- CTI-medarbejderen har løbende igennem fasen fokus på borgerens behov, således at det sikres, at de igangsatte aktiviteter imødekommer disse efterhånden, som forløbet skrider frem
- CTI-medarbejderen koordinerer kontakten mellem de forskellige tilbud, som har aktiviteter, der kan være gavnlige for borgeren at deltage i, således at der skabes et koordineret og sammenhængende forløb for borgeren
- CTI-medarbejderen koordinerer kontakten mellem involverede kommunale instanser, således at borgeren oplever, at der er én indgang til det kommunale system
- CTI-medarbejderen mødes med borgeren ofte, således at CTI-medarbejderen får en tæt kontakt med borgeren og et godt kendskab til borgerens livssituation
- CTI-medarbejderen faciliterer og understøtter aktivt brobygningen mellem borgeren og øvrige tilbud, og følger fx med borgeren til møder med de igangsatte tilbud i det omfang det er nødvendigt, således at borgeren bliver tryk ved at deltage i disse
- CTI medarbejderen og borgeren mødes med andre centrale støttepersoner, således at skabelsen af et nyt støttenetværk bliver påbegyndt

6.1.4 Overgang til 2. CTI-fase

Overgangen til 2. CTI-fase sker efter omkring tre måneder. Centralt er, at der ved overgangen til anden fase er etableret en boligløsning, og borgeren er flyttet i egen bolig. Der er påbegyndt en opbygning af indsatser og aktiviteter. Det kan være vanskeligt for CTI-medarbejderen at vurdere, hvornår man reelt overgår fra 1. til 2. fase, da der kan sættes indsatser i gang i begge faser. Det afgørende i forhold til faseovergangen er, at der skal være skabt basis for, at borger og CTI-medarbejder i anden fase kan afprøve, evaluere og tilrette

aktivitetsplanen i praksis, hvilket kræver, at borgeren er i gang med de aktiviteter, som er defineret i aktivitetsplanen. Følgende forhold skal således være opfyldt ved overgangen:

- Borgeren er flyttet i egen bolig
- Borgerens støttebehov skal være afklaret, og der skal være lavet en prioriteret aktivitetsplan
- Der skal være koordineret til relevante tilbud
- De nødvendige aftaler med relevante aktører skal være på plads
- Borgeren skal være i gang med nogle af de planlagte aktiviteter

6.2 Fase 2: Afprøvning og tilpasning

I anden fase afprøves og tilpasses den plan og indsats, som borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab har udarbejdet og igangsat i den første fase. CTI-medarbejderens rolle ændres således, at vedkommende nu i højere grad har fokus på at gøre borgeren selvhjulpent og på, at en del af indsatsen varetages af de øvrige tilbud, som borgeren er blevet tilknyttet.

Det betyder, at kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren stadig er regelmæssig men dog typisk mindre intensiv end i første fase. Hvor intensiv kontakten mellem borger og CTI-medarbejder er i denne fase, bør dog bero på en individuel vurdering af borgerens situation. Som udgangspunkt er det dog hensigten, at CTI-medarbejderen så at sige træder et skridt tilbage, men at vedkommende stadig er klar til at rådgive og støtte borgeren i forbindelse med problemer. I stedet overtager de lokale tilbud og støtteordninger gradvist det primære ansvar for at give borgeren den støtte, han eller hun har behov for i sin hverdag. Kontakten mellem borgeren og de enkelte tilbud er på dette tidspunkt dog stadig relativ ny, hvorfor der er behov for, at CTI-medarbejderen støtter op om relationen fx ved at mægle i forbindelse med eventuelle konflikter, deltagelse i enkelte møder etc.

6.2.1 Afprøvning og tilpasning af plan og indsats

CTI-medarbejderens primære opgave i fase 2 er sammen med borgeren at afprøve, vurdere og tilpasse aktivitetsplanen således, at planen er fleksibel i forhold til borgerens støttebehov. Fokus for CTI-medarbejderens arbejde i denne fase er derfor på at evaluere de aktiviteter, der er sat i gang og sammen med borgeren at vurdere, hvorvidt de pågældende tilbud fungerer efter hensigten, samt om der skal sættes nye aktiviteter i gang på andre områder. Det betyder, at CTI-medarbejderen skal fokusere på at vurdere, hvorvidt det støttenetværk, der er bygget op omkring borgeren i løbet af 1. CTI-fase, er tilstrækkeligt samtidig med, at der løbende arbejdes med at facilitere, at der bliver lavet aftaler og planer med eventuelle

nye tilbud, som borgeren skal tilknyttes. Herudover arbejder CTI-medarbejderen på at fastholde borgerens motivation for at deltage i de forskellige aktiviteter. CTI-medarbejderen vil kunne opleve, at nogle borgere vil miste motivationen til at forsætte i forløbet. Der kan være rigtig mange årsager hertil, fx fordi borgeren er nervøs for, om han eller hun kan klare det eller fordi borgeren synes, at tilbuddene er for restriktive. Nogle borgere har også psykiske udfordringer, som betyder, at de har vanskeligt ved at fastholde fokus over længere tid af gangen. Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen er i stand til at vurdere, hvad der ligger bag borgerens manglende motivation og at drøfte dette med borgeren. I førstnævnte tilfælde kan der være behov for at drøfte borgerens bekymringer og være opmærksom på at skabe tryghed for borgeren i forløbet fx gennem flere møder og øget kontakt mellem CTI-medarbejderen og borgeren. Hvis der er tale om direkte utilfredshed med et enkelt tilbud eller CTI-forløbet som helhed, vil det være relevant, at CTI-medarbejderen og borgeren i fællesskab tilretter aktivitetsplanen.

I nogle tilfælde kan det dog også være nødvendigt, at CTI-medarbejderen bibeholder og måske endda intensiverer sin støtte i 2. fase. Hvilken støtte borgeren skal have, og hvor intensiv denne skal være, må med andre ord altid bero på en individuel vurdering. CTI-medarbejderen fortsætter således med at give borgeren den nødvendige sociale og praktiske støtte i hverdagen, men med et fokus på at støtten efterhånden skal forankres i resten af borgerens støttenetværk.

6.2.2 CTI-medarbejderens opgaver i 2. CTI-fase

CTI-medarbejderens primære opgave i 2. CTI-fase er i samarbejde med borgeren at afprøve og evaluere om de aktiviteter, der er sat i gang, i praksis opfylder borgerens behov for støtte, eller om der er behov for tilpasning. Dette gøres ved, at:

- CTI-medarbejderen fortsat har fokus på borgerens behov, således at det sikres, at forløbet til stadighed imødekommer borgerens behov
- CTI-medarbejderen fortsat har fokus på at have tæt kontakt til borgeren, men dog i højere grad lader netværket, i form af de tilbud som borgeren er tilknyttet, varetage noget af støtten omkring borgeren. Det er stadig en væsentlig rolle for CTI-medarbejderen aktivt at understøtte brobygningen mellem borgeren og de øvrige tilbud borgeren har behov for, og understøtte borgerens kontakt med og brug af disse tilbud. CTI-medarbejderen træder til i det omfang borgeren har behov for det, således at borgeren stadig føler sig tryk ved forløbet og oplever, at vedkommende kan komme til CTI-medarbejderen efter hjælp i forbindelse med problemer

- CTI-medarbejderen observerer, om støttenetværket fungerer efter hensigten, og evaluerer indsatsen sammen med borgeren, således at CTI-medarbejderen kan hjælpe med at tilpasse indsatsen, hvis det er nødvendigt
- CTI-medarbejderen er fortsat aktiv i forhold til at støtte borgeren i hverdagen men har fokus på ,at borgeren fx i højere grad selv sørger for at komme til de enkelte aktiviteter i sit forløb, således at vedkommende bliver mere og mere selvhjulpen
- CTI-medarbejderen støtter borgeren med det fortsatte arbejde med borgerens mål – og evt. med at justere disse efter behov

6.2.3 Overgang til 3. CTI-fase

Overgangen til 3. CTI-fase sker ca. 6 måneder efter opstart. I forbindelse med overgangen skal følgende forhold være opfyldt:

- Der skal være foretaget evalueringer af aktivitetsplanen og indsatsen i samarbejde med borgeren
- Der skal være foretaget tilretninger af aktivitetsplanen og indsatsen i samarbejde med borgeren

Kendetegnende for overgangen til tredje fase er således, at der er foretaget de justeringer i aktivitetsplanen og indsatsen som afprøvningen af indsatsen i praksis gav anledning til, og at fokus nu skiftes til, at ansvaret for indsatsen overdrages til borgeren, samt ved behov til de tilbud borgeren er blevet tilknyttet, og at indsatsen således forankres i disse tilbud.

6.3 Fase 3: Ansvarsoverdragelse og forankring

Eftersom CTI-forløbet afsluttes i denne fase, er det afgørende at få støttenetværket omkring borgeren endeligt på plads. CTI-medarbejderens rolle i denne fase er at sikre, at netværket har den nødvendige stabilitet til at hjælpe borgeren fremadrettet i det omfang, det er nødvendigt og at borgeren er tryk ved, at forløbet afsluttes. Hvilke tilbud borgeren er tilknyttet efter endt CTI-forløb afhænger af borgerens behov og kan både være i kommunalt regi, hvor borgeren eksempelvis kan have brug for at blive visiteret videre til øvrige indsatser eller i form af indsatser hos NGO'er/private tilbud.

I den tredje fase modtager borgeren typisk mindre støtte fra CTI-medarbejderen end i fase 1 og 2. CTI-medarbejderen trapper således ned på støtten og trækker sig tilbage, og overdrager efterhånden støtten til øvrige indsatser i det omfang borgeren har brug for videre støtte. Det er således vigtigt, at CTI-

medarbejderen er indstillet på at 'give slip', og forbereder borgeren på overgangen og afslutningen af CTI-forløbet.

Det er dog samtidig vigtigt at være opmærksom på, om der er borgere, der undervejs i forløbet har vist sig, at have et mere intensivt støttebehov end først antaget og som eventuelt har brug for en fortsat intensiv støtte. Aftrapningen af støtten skal således ske ud fra en faglig vurdering om, at dette er i overensstemmelse med borgerens støttebehov. Såfremt borgeren har et fortsat behov for bostøtte vil indsatsen typisk skulle overgå til en bostøttemedarbejder i den øvrige §85-indsats i kommunen.

6.3.1 Udarbejdelse af langsigtet plan samt overdragelse af støtte

CTI-medarbejderens primære opgave består af aktiviteter, der kan konstituere overdragelsen i form af eksempelvis møder med personer, som skal overtage den primære sociale støtte. Inden afslutningen af forløbet mødes CTI-medarbejderen, borgeren og de vigtigste personer i dennes støttenetværk (fx familiemedlemmer, en kommunal sagsbehandler, en kontaktperson i forhold til borgerens behandling, en medarbejder hos en NGO – fx på et værested) og aftaler elementerne i den fortsatte indsats og støtte. Mødet skal gerne finde sted senest 1 måned før CTI-forløbets afslutning for at sikre den fornødne tid til at understøtte overgangen, ligesom det kan være nødvendigt at foretage mindre ændringer i borgerens aktiviteter/tilbud. CTI-medarbejder og støttenetværket udarbejder sammen med borgeren en langsigtet plan, som indeholder borgerens fortsatte mål for fremtiden og behov for fortsat støtte, fx i forbindelse med uddannelse, afklaring af arbejdsmarkedsparathed og beskæftigelse, genforening med familie eller lignende, og en plan for, hvordan en eventuelt fortsat støtte fra det opbyggede støttenetværk skal varetages efter CTI-forløbets ophør. Ansvar for en fortsat støtte fra det opbyggede støttenetværk omkring borgeren, overgår ved afslutningen af CTI-forløbet til dette støttenetværk. Det bør afklares, om borgeren har brug for en fortsat individuel social og praktisk støtte efter CTI-forløbets ophør i form af fx støtte efter Servicelovens § 85, dvs. en hjemmevejleder e.l. En sådan indsats bør igangsættes inden CTI-forløbets afslutning for at sikre kontinuitet i støtten og undgå et brud i indsatsen.

CTI-medarbejderen og borgeren bruger ligeledes den tredje fase til at gennemgå og reflektere over det arbejde, som de har lavet i fællesskab over de seneste 9 måneder, og hvilke ønsker borgeren har for fremtiden. Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen signalerer over for borgeren, at vedkommende har tillid til, at borgeren, med støtte fra det etablerede støttenetværk, kan fastholde boligen, og ligeledes fastholde de forbedringer der måtte være opnået i andre dimensioner af borgerens liv.

6.3.2 CTI-medarbejderens opgaver i 3. CTI-fase

CTI-medarbejderens primære opgave i 3. CTI-fase er at afslutte CTI-forløbet og sikre, at støttenetværket er på plads og klar til at varetage støtten omkring borgeren. Dette gøres ved, at:

- CTI-medarbejderen og borgeren i fællesskab mødes med støttenetværket for at symbolisere overdragelsen af støtte
- CTI-medarbejderen og borgeren udvikler en langsigtet plan for den fortsatte støtte til borgeren

6.3.3 Afslutning af CTI-forløb

Efter 9 måneder afsluttes CTI-forløbet. I forbindelse med afslutningen skal følgende forhold være opfyldt:

- Der skal være etableret et støttenetværk omkring borgeren, som kan tage over for CTI-medarbejderen.
- Der skal være afholdt overdragelsessamtaler med alle relevante aktører
- Der skal være udarbejdet en langsigtet plan i samarbejde med borgeren
- Ansvar for den langsigtede støtte efter CTI-forløbets ophør skal være placeret – fx hos en aktør i støttenetværket fx en kommunal sagsbehandler

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.

Samtidig med bostøtteindsatsen kan borgeren have behov for en række øvrige indsatser. Nogle af de hjemløse borgere vil have vanskeligt ved at følge indsatser i det eksisterende sociale system og behandlingssystem, mens andre i et vist omfang er i stand til at følge sådanne indsatser, men kan have behov for hjælp og støtte til at etablere kontakten til disse indsatser og til at understøtte brugen af disse.

I de foregående afsnit er indsatsen omkring borgerens boligsituation blevet beskrevet indgående. Ligeledes er CTI-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. En central del af CTI-medarbejderens opgaver er således, at der arbejdes med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner, både gennem CTI-medarbejderens støtte til borgeren i CTI-forløbet, og ved at borgeren tilknyttes øvrige indsatser og aktiviteter, som borgeren har behov for. Det er dog ikke altid, at der er behov for indsatser i alle dimensioner, og der kan også være behov for, at borgeren og CTI-medarbejderen sammen prioriterer, hvilke områder det er vigtigst at arbejde med.

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 bostøttemedarbejderen 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 og kan variere fra at søge ydelser hos kommunen sammen med borgeren, gå til møder med skattemyndigheder og bank fx med henblik på at lave aftaler om afvikling af gæld, til at åbne borgerens rudekvalter 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 kan borgere have brug for hjælp til at overholde aftaler med jobcenteret/ydelseskontoret, ligesom der kan være behov for en kontakt med de relevante myndighedsenheder i det tilfælde, at borgeren ikke er i stand til at overholde en aftale med henblik på, at borgeren ikke unødigt udsættes for en økonomisk sanktion.

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, hjerte-problemer, 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. CTI-medarbejderen 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.

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 en psykiatrisk

udredning. Det er endvidere vigtigt, at CTI-medarbejderen 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.

I forbindelse med arbejdet med det psykiske helbred kan det være relevant, at borgeren tilknyttes forskellige tilbud. Først og fremmest kan der være borgere med psykiske lidelser, der er behandlingskrævende, og hvor der kan være behov for at understøtte behandlingsforløb i det psykiatriske behandlingssystem, herunder både hospitalspsykiatrien eller distriktskykiatrien. For nogle kan psykologsamtaler eller individuelle terapiforløb være en hjælp, mens gruppeterapi og netværksgrupper kan være relevante for andre.

7.4 Misbrug

Alkohol- og/eller stofmisbrug kan være et problem, som vil være relevant at arbejde med for nogle borgere. Misbruget kan være en årsag til hjemløsheden, fx ved at misbruget har været en væsentlig årsag til, at borgeren er blevet sat ud af en bolig. Samtidig kan misbruget være relateret til psykisk sygdom. Endvidere kan misbruget forstærkes af hjemløsheden som et middel til at dulme et hårdt liv. Mange hjemløse borgere vil aktuelt være tilknyttet misbrugsbehandling, men der vil også være en del, der tidligere er ophørt med forløb i misbrugsbehandlingssystemet blandt andet fordi det kan være vanskeligt at følge regelmæssig misbrugsbehandling, mens man befinder sig i en hjemløshedssituation. Der vil endvidere være en del hjemløse borgere, som er i substitutionsbehandling for opiatmisbrug.

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. Medarbejderen 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 borgeren tilknyttes et behandlingsforløb på et misbrugscenter. Her spiller CTI-medarbejderen en vigtig rolle i forhold til at hjælpe med at få igangsat et behandlingsforløb, finde et tilbud der passer til borgeren og understøtte borgeren i at følge et behandlingsforløb.

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 borgere 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 CTI-medarbejderen er opmærksom på denne forskellighed i forbindelse med inddragelse af netværk.

CTI-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 CTI-medarbejderen bistå med råd og vejledning, hvis der opstår konflikter undervejs i processen. CTI-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 være aktivitets- og samværstilbud, fysiske aktiviteter, og aktiviteter i forhold til borgerens interesser. 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 CTI-medarbejderen i en dialog med borgeren hjælper med at finde ud af, hvilke aktiviteter der kunne passe til borgerens behov, understøtter en proces med at få sat disse aktiviteter i gang for borgeren og 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 CTI-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 have behov for støtte til at finde frem til de muligheder, der eksisterer, og for nogle vil det være en afgørende hjælp, at CTI-medarbejderen tager med til møder med eksempelvis jobcentret eller formidler kontakt til kompetenceafklaringsforløb i såvel kommunalt som privat regi. Det kan være relevant at se på muligheden for revalidering, hvilket kan lette processen med at komme i gang med uddannelse og/eller ind på arbejdsmarkedet.

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. & 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.

Herman, D.B. & J.M. Mandiberg (2010): "Critical Time Intervention: Model Description and Implications for the Significance of Timing in Social Work Interventions". *Research on Social Work Practice*, 20(5), s. 502-508.

Herman, D.B., Conover, S., Gorroochurn, P., Hinterland, K., Hoepner, L & E. Susser (2011): "Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness After Hospital Discharge" *Psychiatric services*, 62(7), s. 713-719.

Jensen, P., Jensen, K.B., Olsen, E. & D. Sørensen (2004): *Recovery på dansk*. København: Systime Academic.

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.

Susser, E., E. Valencia, S. Conover, A. Felix, T. Wei-Yann & R.J. Wyatt (1997): "Preventing Recurrent Homelessness among Mentally Ill Men: A "Critical Time" Intervention after Discharge from a Shelter". *American Journal of Public Health*, 87(2), s. 256-262.

Tomita, A. & D.B. Herman (2012): "The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization After Hospital Discharge". *Psychiatric services*, 63(9), s. 935-937.

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 – Checklister til CTI-medarbejderen

Checkliste – Fase 1

| Dimension/aspekt | Ja | Nej | Irrelevant |
|---|----|-----|------------|
| Sammenhæng i indsatsen | | | |
| Der er etableret en tillidsfuld relation mellem CTI-medarbejder og borger | | | |
| Borgeren spørges regelmæssigt om hvad han/hun har behov for hjælp til | | | |
| Borgeren er blevet tilbudt en §141 handleplan | | | |
| Borgeren har fået udarbejdet en §141 handleplan | | | |
| Der er taget kontakt mellem CTI-medarbejder og myndighedssagsbehandleren | | | |
| Der er taget kontakt mellem CTI-medarbejder og jobcentersagsbehandleren | | | |
| Der er udarbejdet en aktivitetsplan sammen med borgeren | | | |
| Der er etableret kontakt med tilbud og indsatser som borgeren har behov for | | | |
| Der igangsættes relevante tilbud og aktiviteter for borgeren | | | |
| Bolig | | | |
| 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 | | | |
| Social og praktisk støtte i hverdagen | | | |
| Rammerne for kontakten (tid, sted, kontaktform og 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 | | | |
| Økonomi | | | |
| 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 | | | |
| Social situation/netværk | | | |
| Der er foretaget en udredning af borgerens sociale situation/netværk | | | |
| Der er påbegyndt en proces med at genoprette/styrke kontakt til familie | | | |
| Der er påbegyndt en proces med at genoprette/styrke kontakt til venner/bekendte | | | |
| Der er påbegyndt en proces med at hjælpe borgeren til at håndtere negative relationer | | | |
| Aktiviteter i hverdagen | | | |
| 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 | | | |
| Fysisk helbred | | | |
| Der er foretaget en udredning af borgerens fysiske helbred | | | |
| Relevante sundhedsmæssige indsatser er igangsat | | | |
| 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 | | | |
| Psykisk helbred | | | |
| Der er foretaget en udredning af borgerens psykiske helbred | | | |
| Der er foretaget en psykiatrisk udredning af borgeren ved mistanke om psykisk sygdom | | | |
| Der er sammen med borgeren taget stilling til, om borgeren ønsker at påbegynde psykiatrisk behandling, forløb hos psykolog o.l. | | | |
| Der er taget kontakt med relevante tilbud vedrørende psykiatrisk/psykologisk behandling | | | |
| Misbrug | | | |
| 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 | | | |
| Der er taget kontakt med relevante tilbud vedrørende misbrugsbehandling | | | |
| Uddannelse og beskæftigelse | | | |
| Der er foretaget en udredning af, om borgeren har behov for at påbegynde indsatser for at styrke borgerens beskæftigelseskompetencer, uddannelse, kurser o.l. | | | |
| Der er indgået aftale med jobcentret om borgeren beskæftigelsesmæssige og økonomiske forhold | | | |
| Der er taget kontakt til relevante tilbud med henblik på igangsættelse af uddannelsesforløb, kurser, aktiveringsforløb o.l. | | | |
| Ved overgang til fase 2 | | | |
| Borgeren er flyttet i egen bolig | | | |
| Borgerens støttebehov er afklaret | | | |
| Der er udarbejdet en prioriteret aktivitetsplan | | | |
| Der er koordineret til relevante tilbud | | | |
| De nødvendige aftaler med relevante aktører er på plads | | | |
| Borgeren er i gang med nogle af de planlagte aktiviteter og tilbud | | | |

Checkliste - Fase 2

| Dimension/aspekt | Ja | Nej | Irrelevant |
|---|----|-----|------------|
| Sammenhæng i indsatsen | | | |
| Der er en tillidsfuld relation mellem CTI-medarbejder og borger | | | |
| Borgeren har en §141 handleplan | | | |
| Der er den fornødne kontakt mellem CTI-medarbejder og myndighedssagsbehandleren | | | |
| Der er den fornødne kontakt mellem CTI-medarbejder og jobcentersagsbehandleren | | | |
| Der er fokus på at afprøve og tilpasse borgerens aktivitetsplan i praksis | | | |
| Der er fokus på om den samlede indsats, der er etableret for borgeren fungerer og er tilstrækkelig, og på at foretage eventuelle tilpasninger | | | |
| Der er en fortsat kontakt med de tilbud og indsatser som borgeren er tilknyttet | | | |
| Der er fokus på, om borgeren har behov for fortsat §85-bostøtte efter CTI-forløbet og på visitation til en sådan indsats | | | |
| Bolig | | | |
| 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 | | | |
| Social og praktisk støtte | | | |
| 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 | | | |
| Økonomi | | | |
| Der er fokus på, om borgeren får den rette støtte og hjælp i forhold til at håndtere sin økonomiske situation | | | |
| Der er fokus på, om huslejen og andre faste udgifter betales til tiden hver måned | | | |
| Der er fokus på at støtte borgeren i at få pengene til at slå til i hverdagen | | | |
| Der tages hånd om at håndtere borgerens gæld til offentlige myndigheder | | | |
| Der tages hånd om at håndtere borgerens gæld til andre kreditorer | | | |
| Der er fokus på om der opstår behov for administration af borgerens økonomi | | | |
| Social situation/netværk | | | |
| Borgeren støttes i at genoprette/styrke kontakt til familie | | | |
| Borgeren støttes i at genoprette/styrke kontakt til venner/bekendte | | | |
| Borgeren støttes i at skabe nye sociale kontakter og relationer | | | |
| Borgeren støttes i at håndtere/undgå negative/usunde relationer | | | |
| Aktiviteter i hverdagen | | | |
| Borgeren støttes i at deltage i aktiviteter i hverdagen efter behov | | | |
| CTI-medarbejderen følger op på borgerens forløb, og har kontakt med de tilbud og aktiviteter borgeren deltager i | | | |
| Der er fokus på om der er behov for at igangsætte nye aktiviteter | | | |
| Fysisk helbred | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Der er fokus på om borgeren har helbredsmæssige problemer der kræver behandling | | | |
| Relevante sundhedsmæssige indsatser er igangsat | | | |
| Borgeren får støtte til at følge eventuel behandling hos læge, hospital mv. | | | |
| Borgeren får støtte til at følge eventuel medicinsk behandling/tage medicin | | | |
| Der tages hånd om økonomien vedrørende borgerens behov for medicin | | | |
| Borgeren får støtte til at følge eventuel behandling hos tandlæge | | | |
| Der tages hånd om økonomien vedrørende borgerens behov for tandbehandling | | | |
| Psykisk helbred | | | |
| Der er fokus på om borgeren har en psykisk lidelse/psykiske problemer, der kræver behandling | | | |
| Borgeren får støtte til at følge eventuel psykiatrisk behandling, forløb hos psykolog etc. | | | |
| Borgeren får støtte til at tage eventuelle psykofarmaka | | | |
| Misbrug | | | |
| Der er fokus på om borgeren har et misbrug og eventuelt ønsker at påbegynde misbrugsbehandling | | | |
| Borgeren får støtte til at følge eventuel misbrugsbehandling | | | |
| Uddannelse og beskæftigelse | | | |
| Der er fokus på om borgeren har behov for at påbegynde indsatser for at styrke borgerens beskæftigelseskompetencer, uddannelse, kurser o.l. | | | |
| Borgeren støttes i at følge eventuelle uddannelsesforløb, kurser, aktiveringsforløb o.l. | | | |
| Ved overgang til fase 3 | | | |
| Der er foretaget en evaluering af aktivitetsplanen og indsatsen sammen med borgeren | | | |
| Der er foretaget eventuelle tilretninger af aktivitetsplanen sammen med borgeren | | | |
| Der er foretaget eventuelle tilpasninger af indsatsen sammen med borgeren | | | |

Checkliste – Fase 3

| Dimension/aspekt | Ja | Nej | Irrele vant |
|---|----|-----|-------------|
| Sammenhæng i indsatsen | | | |
| Borgeren har en §141 handleplan | | | |
| Der er fokus på at de sidste tilpasninger i aktivitetsplanen og indsatsen | | | |
| Der er fokus på overdragelse af ansvaret for støtten efter CTI-forløbet til fx den kommunale sagsbehandler eller en aktør i støttenetværket | | | |
| Der er en fortsat kontakt med de tilbud og indsatser som borgeren er tilknyttet | | | |
| Der er afklaret om, om borgeren har behov for fortsat §85-bostøtte efter CTI-forløbet. Der foretages en visitation og § 85-støtten igangsættes inden CTI-forløbet afsluttes | | | |
| Bolig | | | |
| Der er fortsat fokus på, om der opstår konflikter med naboer/andre beboere og på at håndtere disse | | | |
| Der er fokus på borgerens brug af tilbud i lokalområdet/boligområdet | | | |
| Social og praktisk støtte | | | |
| CTI-medarbejderen trækker sig gradvist tilbage og overdrager støtten til støttenetværket der er etableret omkring borgeren | | | |
| Der er fokus på at borgeren klarer så mange daglige gøremål som muligt selv | | | |
| Økonomi | | | |
| Der er fokus på, om borgeren er i stand til at håndtere sin økonomi | | | |
| Der er fortsat fokus på, om huslejen og andre faste udgifter betales til tiden | | | |
| Social situation/netværk | | | |
| Der er fokus på om borgeren har et socialt netværk og hvordan det fungerer | | | |
| Der er fokus på om der er personer i borgerens netværk der kan støtte borgeren efter afslutningen af CTI-forløbet | | | |
| Aktiviteter i hverdagen | | | |
| Der er fokus på forankringen af eventuelle aktiviteter borgeren deltager i og fortsættelsen efter CTI-forløbet afsluttes | | | |
| Fysisk helbred | | | |
| Borgerens fysiske helbred og et eventuelt fortsat behov for behandling tages i betragtning ved udarbejdelsen af den langsigtede plan for støtten efter CTI-forløbets afslutning | | | |
| Ved overdragelsen af ansvaret for støtten efter CTI-forløbets afslutning beskrives og placeres et ansvar for eventuel fortsat støtte i forbindelse med fysiske helbredsproblemer | | | |
| Psykisk helbred | | | |
| Borgerens psykiske helbred og et eventuelt fortsat behov for behandling tages i betragtning ved udarbejdelsen af den langsigtede plan for støtten efter CTI-forløbets afslutning | | | |
| Ved overdragelsen af ansvaret for støtten efter CTI-forløbets afslutning beskrives og placeres et ansvar for eventuel fortsat støtte i forbindelse med psykiske helbredsproblemer | | | |
| Misbrug | | | |
| Borgerens psykiske helbred og et eventuelt fortsat behov for behandling tages i betragtning ved udarbejdelsen af den langsigtede plan for støtten efter CTI- | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| forløbets afslutning | | | |
| Ved overdragelsen af ansvaret for støtten efter CTI-forløbets afslutning beskrives og placeres et ansvar for eventuel fortsat støtte i forbindelse med misbrugsproblemer | | | |
| Uddannelse og beskæftigelse | | | |
| Der er fokus på om borgeren har behov for at påbegynde indsatser for at styrke borgerens beskæftigelseskompetencer, uddannelse, kurser o.l. | | | |
| Borgeren støttes i at følge eventuelle uddannelsesforløb, kurser, aktiveringsforløb o.l. | | | |
| Ved afslutning af CTI-forløb | | | |
| Der er etableret et støttenetværk omkring borgeren | | | |
| CTI-medarbejderen har gradvist trappet ned på CTI-bøstøttens omfang | | | |
| Der er afholdt overdragelsessamtaler med alle relevante aktører | | | |
| Ansvaret for den langsigtede støtte efter CTI-forløbets ophør er placeret | | | |
| Der er udarbejdet en langsigtet plan i samarbejde med borgeren og med deltagelse af den person der overtager ansvaret for støtten efter CTI-forløbets ophør (fx en kommunal sagsbehandler eller en aktør i støttenetværket) | | | |
| CTI-medarbejderen og borgeren mødes i fællesskab med støttenetværket for at symbolisere overdragelsen af støtten | | | |

Bilag 2 - Kriterier for metodefidelitet

| |
|---|
| 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 |
| Den sociale støtte gives uafhængigt af borgerens boligsituation |
| Der er maksimalt 12 borgere tilknyttet 1 CTI-medarbejder |
| CTI-medarbejderen varetager koordination til myndighedssagsbehandler og jobcenter |
| CTI-forløbet følger de tre faser |
| Borgerens behov for støtte og sociale indsatser udredes |
| Der foretages en visitation til CTI-forløbet |
| Borgeren er tilbudt en § 141 handleplan |
| Der er udarbejdet en § 141 handleplan, hvis borgeren ønsker det |
| Der udarbejdes en aktivitetsplan for 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 |
| Aktivitetsplanen og de igangsatte 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 |
| Der stilles ikke krav til borgeren om at ændre sin misbrugsadfærd |
| Borgeren støttes i brug af øvrige sociale tilbud og indsatser |
| Borgeren tilbydes hjælp til at håndtere sin økonomi |
| Der udarbejdes en langsigtet plan for en eventuel videre indsats for borgeren |
| Der afholdes et afsluttende møde mellem borgeren, CTI-medarbejderen og støttenetværket hvor ansvaret for en eventuel videre indsats videregives |
| CTI-medarbejderen modtager regelmæssig supervision |