

Intensive Case Management (ICM)

Manual

September 2015

Denne manual for den sociale metode Intensive Case Management (ICM) er udarbejdet som del af implementeringen og forankringen af Hjemløsestrategiens resultater. Manualen er udarbejdet af forsker Lars Benjaminsen, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, for Socialstyrelsen.

Indhold

1. Indledning.....	4
2. Housing First – en helhedsorienteret tilgang	5
2.1 Housing First-tilgangens værdigrundlag.....	6
2.2 Mindshift fra boligparathed til Housing First	7
2.3 Recovery og empowerment	7
3. Målgruppe for ICM-indsatsen.....	9
4. Etablering af en permanent boligløsning	11
4.1 Dialog med borgeren om boligløsningen	11
4.2 Egen selvstændig bolig som primært tilbud	11
4.3 En differentieret vifte af boligtilbud	12
4.4 Plan for en boligløsning	12
5. Intensive Case Management – baggrund og værdigrundlag.....	13
6. ICM-forløbets indhold	17
6.1 Overgang til egen bolig.....	18
6.2 Social og praktisk støtte i hverdagen.....	19
6.3 Opbygning af kontakt til øvrige tilbud	20
7. Indsatser i dimensioner af borgerens liv	23
7.1 Økonomi	23
7.2 Fysisk helbred	24
7.3 Psykisk helbred	24
7.4 Misbrug.....	25
7.5 Netværk og sociale relationer	26
7.6 Daglige aktiviteter.....	27
7.7 Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer.....	27
Litteraturliste.....	28
Bilag 1 – Checkliste til ICM-medarbejderen	30
Bilag 2 - Kriterier for metodefideltet	33

1. Indledning

Denne manual beskriver metoden Intensive Case Management (ICM), der er en indsatsmetode henvendt til borgere med psykisk sygdom, misbrug eller andre psykosociale vanskeligheder, og som har brug for social bostøtte i en længerevarende periode i forbindelse med indflytning i egen bolig.

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

Omdrejningspunktet for ICM-metoden er, at en ICM-medarbejder (case-manager) yder en intensiv social og praktisk støtte til borgeren både i perioden omkring indflytning i egen bolig, og i en længerevarende periode derefter. Indsatsen 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 ICM-medarbejder i fællesskab. Gennem ICM-indsatsen arbejdes med at styrke borgerens livssituation i en række dimensioner af borgerens liv som bolig, økonomi, socialt netværk, daglige aktiviteter, fysisk helbred, psykisk helbred, misbrug, uddannelse og arbejde. ICM-medarbejderen støtter også borgeren i at benytte øvrige tilbud og indsatser, i det omfang borgeren har behov for og er i stand til dette.

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

2. Housing First – en helhedsorienteret tilgang

Housing First er en tilgang til at skabe en helhedsorienteret indsats til hjemløse borgere med psykisk sygdom, misbrug eller andre psykosociale vanskeligheder, og som samtidig med en boligløsning har brug for social støtte. Housing First-tilgangen 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 ikke, at boligen skal gå forud for andre indsatser, som borgeren har behov for, eller at boligen er den væsentligste indsats. Tværtimod er det vigtigt, at der skabes en helhed i indsatsen omkring borgeren.

Den individuelle bostøtte er en forudsætning for, at borgeren kan bo i egen bolig, og 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. ICM-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 Critical Time Intervention (CTI). Hvilken bostøttemetode, der benyttes, afhænger af borgerens behov for støtte, herunder varigheden af støttebehovet, samt i hvilket omfang borgeren er i stand til at benytte øvrige tilbud i det sociale system. Der foretages en afklaring af borgerens behov for støtte, og deraf hvilken af de tre metoders målgrupper borgeren tilhører. En nærmere beskrivelse af forskellen mellem de tre bostøttemetoders målgrupper er beskrevet i den generelle manual for Housing First-tilgangen. I denne manual for ICM-metoden, beskrives ICM-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 det fysiske helbred, misbrugsproblemer eller psykisk sygdom.

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

2.3 Recovery og empowerment

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

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

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

3. Målgruppe for ICM-indsatsen

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

ICM-metoden er henvendt til borgere, der har brug for intensiv social og praktisk støtte i hverdagen, og som kun i nogen grad er i stand til at benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser (fx social misbrugsbehandling, støtte fra distriktpsychiatrien og aktivitets- og samværstilbud), og som har brug for støtte til at etablere og opretholde kontakten med øvrige indsatser i en langvarig periode.

ICM-metodens målgruppe adskiller sig fra CTI-metodens målgruppe, ved kun i nogen grad at være i stand til at benytte det eksisterende støttesystem, mens CTI-metodens målgruppe således i højere grad er i stand til at benytte eksisterende tilbud, og kun har behov for støtte til at opbygge og fastholde kontakten til sådanne tilbud i en kortere periode.

ICM-metodens målgruppe adskiller sig også fra ACT-metodens målgruppe. ACT-metoden er således henvendt til borgere som kun i meget begrænset omfang eller slet ikke er i stand til at benytte eksisterende tilbud, og som således har behov for at specialiserede indsatser kan leveres direkte af et ACT-team. ACT-indsatsen adskiller sig således fra både ICM- og CTI-metoden ved at være baseret på et tværfagligt indsatsteam, mens både ICM- og CTI-metoden er baseret på case management model.

ICM-metodens målgruppe vil således typisk være borgere med middelsvær psykisk sygdom og/eller middelsvære misbrugsproblemer, som har brug for en længerevarende indsats, og har et behov for mere intensiv støtte, end den sædvanlige §-85 bostøtte typisk vil have mulighed for at tilbyde.

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 visiteres til, 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.

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 langt de fleste af borgere med svære, komplekse støttebehov er i stand til at bo i egen bolig og fastholde boligen, hvis de samtidig får en intensiv social støtte. Mange borgere med komplekse støttebehov, som er blevet anvist til egen bolig, vil være i stand til at fastholde boligen, på trods af at forventningen på forhånd var, at denne gruppe ville have meget vanskeligt ved at bo i egen bolig. En væsentlig erfaring er, at det ikke er muligt på forhånd at udpege, hvem der vil kunne bo i egen bolig, og hvem der ikke kan. Derfor bør egen selvstændig bolig med bostøtte være den primære

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

4.3 En differentieret vifte af boligtilbud

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

4.4 Plan for en boligløsning

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

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

En central opgave for 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.

5. Intensive Case Management – baggrund og værdigrundlag

Case-management metoden er udviklet på psykiatriområdet fra 1970'erne med henblik på at støtte psykiatriske patienter med at fungere i lokalsamfundet og hverdagen efter deinstitutionaliseringen af det psykiatriske behandlingssystem (Turner & TenHoor, 1978; Curtis et al, 1992). Senere blev metoden videreudviklet til at støtte psykisk syge hjemløse med at komme i bolig (Belcher, 1988; Lamb & Lamb, 1990; Swayze, 1992). Metoden er evidensbaseret og er afprøvet i forhold til hjemløshed både internationalt og nationalt. Dette gælder eksempelvis amerikanske studier baseret på randomiserede forsøg, der viser, at en indsats med ICM-metoden mindsker borgerens risiko for tilbagefald til hjemløshed målt over en opfølgingsperiode, når der sammenlignes med en kontrolgruppe (Hulburt et al., 1996; Nelson et al., 2007; Rosenheck et al., 2003; Shern et al., 1997; Shern et al., 2000).

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 76 pct. af de borgere, der har modtaget ICM-støtte i forbindelse med strategien, har en bolig ved endt forløb (sidste indberetning). Kun 8 pct. af de der har modtaget ICM-støtte har mistet boligen i perioden, og 4 procentpoint heraf har efterfølgende fået en ny bolig. Kun 4 pct. har mistet boligen og ikke fået en ny bolig. Der er dog også 16 pct. af de borgere, der har været tilknyttet ICM-indsatsen, der ikke er kommet i bolig. Her spiller særligt manglen på boliger med en tilstrækkelig lav husleje – navnlig i de store byer – en væsentlig rolle. Det er dog ikke muligt at sige noget om, hvorvidt borgeren fastholder boligen efter forløbet i de tilfælde, hvor ICM-indsatsen for borgeren afsluttes (Rambøll & SFI, 2013).

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

Udgangspunktet for ethvert ICM-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". ICM-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.

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 ICM-forløbet handler det således for ICM-medarbejderen om at anerkende borgerens individualitet og arbejde målrettet og fokuseret med borgerens behov og ønsker. 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 sætte borgerens ønsker, drømme og håb for fremtiden i centrum, og 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 i både planlægningen og gennemførelsen af forløbet. Borgeren og ICM-medarbejderen indgår i et ligeværdigt samarbejde, hvor borgeren kan bruge ICM-medarbejderen som sparringspartner eller katalysator i arbejdet med at styrke sin livssituation. Det er således særligt vigtigt, at indsatsen tager udgangspunkt i borgerens egne oplevelser af, hvad borgeren har brug for støtte til, og at fokus på at skabe en forandring i borgerens liv med udgangspunkt i borgerens styrker og ressourcer ikke forskyder sig til et 'krav om udvikling'. Det er vigtigt at ICM-medarbejderen spørger borgeren: "Hvad kan vi gøre for dig?" og "Hvad har du brug for hjælp til?". Det betyder ikke, at ICM-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.

ICM-metoden er baseret på et lavt caseload, det vil sige et forholdsvist lavt antal borgere tilknyttet den enkelte bostøttemedarbejder. Der anvendes et maksimalt case-load på 8 borgere tilknyttet den enkelte ICM-medarbejder. Borgerens behov for støtte kan variere over tid, og vil typisk være særligt højt i perioden omkring indflytning i egen bolig. Har en ICM-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 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.

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

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

Grundlaget herfor er en indsats, hvor borgeren tilknyttes en ICM-medarbejder, der på baggrund af et ligeværdigt samarbejde koordinerer og støtter borgeren igennem processen med at flytte i egen bolig og i en lang periode herefter. For at der kan være tale om et ICM-forløb skal følgende grundlæggende principper inden for ICM-metoden være overholdt:

- Borgeren skal tilknyttes en gennemgående ICM-medarbejder
- ICM-forløbet skal tage udgangspunkt i en individuelt tilpasset proces, der er baseret på den enkeltes støttebehov
- ICM-forløbet skal være tidsbegrænset og fortsætte så længe borgeren har behov for støtten.
- ICM-medarbejderen skal yde social og praktisk støtte til borgeren og arbejde med at sammensætte et koordineret forløb
- ICM-medarbejderen skal have et godt kendskab til den organisatoriske forankring, som indsatsen indgår i
- ICM-medarbejderen har et indgående kendskab til lokalmiljøet samt til de eksisterende tilbud – dels i det kommunale system og dels tilbud fra andre aktører
- ICM-medarbejderen og borgeren skal i fællesskab udarbejde en aktivitetsplan for ICM-forløbet. Planen justeres løbende efter behov
- ICM-medarbejderen skal sikre koordinering til andre planer, som kan være udarbejdet for borgeren i andet regi, herunder den kommunale § 141-handleplan
- ICM-medarbejderen skal sikre, at der etableres et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandleren
- ICM-medarbejderen arbejder løbende med at skabe bånd til behandlings- og støttetilbud, som kan støtte borgeren i det omfang borgeren har mulighed for at benytte disse tilbud
- ICM-medarbejderen arbejder løbende med at skabe bånd til familie og venner, i det omfang borgeren ønsker en kontakt og en relation
- ICM-medarbejderen skal ikke optræde som ekspert, men som sparringspartner/katalysator
- ICM-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 ICM-forløb kan det vise sig at være relevant at arbejde med en eller flere forskellige problemstillinger i forskellige dimensioner af borgerens liv, som et led i en helhedsorienteret socialfaglig indsats. Hvad der arbejdes med i de forskellige dimensioner afhænger af borgerens behov. Disse dimensioner er:

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

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

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

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

6. ICM-forløbets indhold

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

I starten af forløbet er der fokus på at afklare borgerens støttebehov, og af i hvilket omfang borgeren er i stand til at benytte sådanne tilbud, og i hvilket omfang borgeren har brug for støtte hertil. Medarbejderen og borgeren udarbejder i fællesskab en plan for ICM-forløbet, og medarbejderen indleder kontakten til relevante øvrige tilbud og hjælper med at igangsætte aktiviteter. I mange tilfælde vil det dog først være senere i forløbet at borgeren begynder at være i stand til at benytte øvrige tilbud.

Centralt i starten af forløbet er særligt selve overgangen til/indflytningen i egen bolig. ICM-medarbejderen yder desuden den primære sociale og praktiske støtte til borgeren, hvorfor det er i denne fase i forløbet, at kontakten mellem borger og ICM-medarbejder er mest intensiv.

Efterhånden som forløbet skrider frem, er der fokus på at afprøve og tilpasse den sociale og praktiske støtte ICM-medarbejderen giver, og de øvrige indsatser borgeren eventuelt modtager. Måske aftager behovet for støtte over tid, men det kan også være at borgeren fortsat har brug for en forholdsvis intensiv social og praktisk støtte i hverdagen.

I starten af ICM-forløbet foretages en umiddelbar afklaring af, hvilke støttebehov borgeren har. Her kan der bygges videre på tidligere udredninger, fx en VUM-udredning. Hvis ikke der er foretaget en egentlig udredning af borgeren tidligere, skal denne gennemføres i starten eller undervejs i forløbet. Den afklaring/udredning der foretages sammen med borgeren udgør grundlaget for en efterfølgende planlægning af den proces, som skal igangsættes. Afklaringen/udredningen inddrager centrale dimensioner i borgerens liv som bolig, økonomi, fysisk helbred, psykisk helbred, misbrug, socialt netværk, daglige aktiviteter, uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer. Det er ICM-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 ICM-medarbejderen har mulighed for at stille uddybende og afklarende spørgsmål. ICM-medarbejderen og borgeren udarbejder i fællesskab en aktivitetsplan for ICM-forløbet, i det omfang borgeren er i stand til at medvirke hertil. Denne plan beskriver hvilke specifikke indsatser borgeren har behov for, og hvilke øvrige indsatser og aktiviteter borgeren tilknyttes.

- ICM-medarbejderen gennemfører en umiddelbar afdækning af borgerens behov ved forløbets opstart og på baggrund heraf planlægger og igangsætter ICM-medarbejderen og borgeren i fællesskab indsatser og aktiviteter

6.1 Overgang til egen bolig

I den indledende fase af ICM-forløbet er der fokus på, at borgeren flytter i egen bolig. For en del borgere, der indgår i et ICM-forløb opholder borgeren sig på en §-110 boform inden indflytningen i egen bolig. ICM-forløbet igangsættes mens borgeren stadig befinder sig på boformen e.l. og der arbejdes med at skabe en relation mellem borgeren og ICM-medarbejderen. Afhængigt af boligsituationen i kommunen kan der gå kortere eller længere tid, før det er muligt at anvise borgeren til egen bolig. For borgere der opholder sig på hospital eller behandlingssted uden at have en bolig, og som ligeledes skal flytte i egen bolig efter udskrivningen kan en lignende problematik gøre sig gældende. Der kan være behov for en fleksibilitet i forhold til tidspunktet for igangsættelsen af ICM-forløbet afhængigt af, hvad der er hensigtsmæssigt i forhold til borgerens ophold på boformen indtil der er en boligløsning i sigte.

I processen omkring at etablere en boligløsning for borgeren og indflytningen i egen bolig har ICM-medarbejderen således en række centrale opgaver:

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

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

6.2 Social og praktisk støtte i hverdagen

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

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

Afhængigt af borgerens konkrete ønsker, ressourcer og behov kan ICM-indsatsen hjælpe borgeren med at blive stand til – med behandling og støtte fra relevante indsatser og tilbud – at:

- fastholde egen bolig
- håndtere eller reducere ensomheden, som kan være forbundet med at flytte i egen bolig
- sætte grænser, f.eks. i forhold til at have gæster på besøg
- skabe indhold i hverdagen og i livet
- opbygge sunde sociale netværk
- få styr på økonomien
- søge information, sætte mål, vurdere konsekvenser af eventuelle handlinger og træffe beslutninger

- søge relevant hjælp, f.eks. i forhold til økonomi, læge- eller tandlægebehandling, misbrug, konflikter med naboer, venner, familie eller lignende
- reducere eller afslutte misbrug
- håndtere eller mindske generne af psykiske lidelser

ICM-medarbejderens rolle er som udgangspunkt meget aktiv og vedholdende. Dette er et vigtigt element i indsatsen, men det er for ICM-medarbejderen samtidig vigtigt at have for øje, at der også kan være dilemmaer forbundet hermed. Nogle gange kan det være en udfordring for ICM-medarbejderen at arbejde med empowerment og "turde give bolden videre til borgeren selv" og ikke tage over og tage ansvar for borgerens liv. I stedet handler det om at italesætte, respektere og arbejde ud fra borgerens valg, samtidig med at ICM-medarbejderen med udgangspunkt i sin faglige viden guider, motiverer og hjælper med at korrigere borgerens planer, således at de bliver realistiske. Det er ligeledes vigtigt, at målet for samarbejdet med borgeren er empowerment, for at sikre at borgeren ikke passiveres (yderligere) og gøres afhængig af sin ICM-medarbejder. Med udgangspunkt i empowerment-tilgangen skal ICM-medarbejderen støtte borgeren i gradvist at "øve sig i" på egen hånd at kunne indgå i det normale støtte- og behandlingssystem og i samfundet som helhed.

6.3 Opbygning af kontakt til øvrige tilbud

Efterhånden som forløbet skrider frem og tilliden mellem ICM-medarbejder og borger opbygges, vil der formentlig komme nye problematikker frem, som kræver opmærksomhed og behov for indsatser.

Efterhånden som borgeren bliver stabiliseret i egen bolig, bliver borgeren måske langsomt bedre i stand til at begynde at kunne benytte øvrige relevante tilbud. ICM-medarbejderens rolle i forbindelse hermed er at facilitere og understøtte processen gennem tæt kontakt med borgeren og med de tilbud, som borgeren har behov for at blive tilknyttet. 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 ICM-medarbejderens opgave at hjælpe med 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. En vigtig funktion for ICM-medarbejderen er således brobygningen til øvrige indsatser, som borgeren har behov for, hvor ICM-medarbejderen aktivt understøtter denne brobygning både gennem kontakt med tilbuddene sammen med borgeren, og ved at understøtte borgerens brug af tilbuddene, fx gennem at hjælpe borgere til at huske aftaler, tage med borgeren eller følge borgeren på vej til konkrete aftaler mv.

Der kan være tilfælde, hvor ICM-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 ICM-medarbejderen holder udgangspunktet for borgerens egen oplevelse af behov for øje og husker sin rolle som sparringspartner. Det betyder, at ICM-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.

ICM-medarbejderen er ansvarlig for at følge borgeren gennem de forskellige støtte- og behandlingstilbud og sikre, at de aftalte planer gennemføres eller tilpasses, således de passer til borgerens aktuelle behov og ønsker. ICM-medarbejderen må således ikke opgive at opretholde kontakten til borgeren, selvom denne vælger ikke at søge den aftalte hjælp, og indsatsen kan derfor i perioder være præget af opsøgende og relationsskabende arbejde.

Det kontinuerlige fokus på opfølgning betyder dog også, at hvis det vurderes, at borgeren kan profitere af andre mindre omfattende tilbud eller kan klare sig med en tidsbegrænset indsats (en indsats i en begrænset periode), kan borgeren overgå hertil. Dette kan eksempelvis omhandle almindelig § 85-bostøtte eller andre indsatser i kommunalt regi.

I kontakten med øvrige sociale tilbud og med lokale myndigheder som socialcenter og jobcenter, er ICM-medarbejderen fortaler for borgeren. Borgere, som er tilknyttet en ICM-medarbejder, har ofte hidtil haft en dårlig og en ikke kontinuerlig kontakt til det sociale system og behandlingssystemet. ICM-medarbejderen har dermed en betydningsfuld rolle i forhold til at skabe dialog og tillid mellem borgeren og de forskellige aktører. ICM-medarbejderen skal dermed arbejde for, at de barrierer, der er imellem borgeren og udbuddet af indsatserne, nedbrydes. Via indsatsen samt det overblik og den sammenhæng, der som følge heraf kommer, skabes der mulighed for, at borgeren får tillid til, at systemet vil ham eller hende det godt, og at der kan komme noget godt ud af indsatsen. Indsatsen bliver til gavn for borgeren, men også de forskellige aktører, der er i kontakt med borgeren, kan profitere af indsatsen. Borgeren har nu én kontaktperson, der følger borgeren og kender borgerens aktuelle situation og samlede indsatser. ICM-medarbejderen får således ofte en rolle i forhold til at skabe gensidig forståelse mellem borgeren og de øvrige aktører.

I kontakten med myndigheder og øvrige indsatser har ICM-medarbejderen således en række centrale opgaver:

- ICM-medarbejderen koordinerer kontakten mellem involverede kommunale instanser, således at borgeren oplever, at der er én indgang til det kommunale system
- ICM-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
- ICM-medarbejderen faciliterer og understøtter aktivt brobygningen mellem borgeren og øvrige tilbud, og følger fx med borgeren til møder med de igangsatte tilbud, således at borgeren bliver tryk ved at deltage i disse

ICM-medarbejderen arbejder endvidere på, at fastholde borgerens motivation for at deltage i de forskellige aktiviteter. ICM-medarbejderen vil kunne opleve, at nogle borgere vil miste motivationen til at fortsætte 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 oplever tilbuddene som værende 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 ICM-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 tryk for borgeren i forløbet fx gennem flere møder og øget kontakt mellem ICM-medarbejderen og borgeren.

7. Indsatser i dimensioner af borgerens liv

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

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. Som nævnt i afsnit 4 kendetegner det særligt målgruppen for ICM-indsatsen at de i nogen grad kan benytte øvrige sociale tilbud og indsatser, men har brug for en betydelig støtte i forbindelse med at skabe kontakt til og at benytte disse indsatser.

I de foregående afsnit er indsatsen omkring borgerens boligsituation blevet beskrevet indgående. Ligeledes er ICM-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.

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 rudekvarter sammen med borgeren og understøtte, at borgeren får betalt sine regninger, herunder foretage tilmelding til betalingservice af faste udgifter. Herudover vil det for nogle være relevant at tilknytte borgeren til forskellige tilbud såsom gældsrådgivning i

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

Endvidere er der behov for en særlig opmærksomhed på kontinuiteten i borgerens økonomiske ydelser, herunder i forhold til at undgå en situation, hvor borgeren pga. en sanktion ikke får udbetalt sin kontanthjælp og ikke kan betale huslejen, hvorved en udsættelse fra boligen kan være en risiko. Her 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, hjerteproblemer, skader i bevægeapparatet mv. Der kan også være sundhedsmæssige problematikker relateret til fx usund kost og mangel på motion. Der kan være betydelige barrierer forbundet med at opsøge og følge behandling både hos almen læge og i hospitalssystemet. ICM-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 ICM-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.

For mange hjemløse borgere med psykisk sygdom kompliceres deres situation af, at de også har misbrugsproblemer. Disse borgere vil ofte have oplevet at falde mellem to stole mellem det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingssystemet. De kan have vanskeligt ved at få den nødvendige behandling i det psykiatriske behandlingssystem pga. barrierer ved at rumme og arbejde med gruppen af psykisk syge misbrugere i det psykiatriske behandlingssystem. Ligeledes kan disse borgere også have oplevet vanskeligheder ved at følge misbrugsbehandling, hvor der lokalt kan være mangel på specialiserede tilbud til psykisk syge misbrugere. En del af denne målgruppe, vil primært være målgruppe for ACT-indsatsen, men også en del af ICM-metodens målgruppe har både psykisk sygdom og misbrug. Her spiller ICM-medarbejderen en væsentlig rolle i forhold til at bygge bro mellem de to behandlingssystemer, og hjælpe med at finde en løsning, der passer bedst for borgeren.

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, og som kan have brug for støtte til at følge denne behandling.

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

7.5 Netværk og sociale relationer

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

Der kan være borgere, der har gamle relationer fra tidligere i deres liv, som måske er trådt i baggrunden eller er beskadigede, men som kan genetableres og genopbygges. For eksempel kan det være svært at have besøg af familie, herunder børn, så længe borgeren bor på et herberg, men overgangen til egen bolig kan give en ny ramme og nye muligheder for kontakt til familie og andre relationer. Det er vigtigt, at ICM-medarbejderen er opmærksom på denne forskellighed i forbindelse med inddragelse af netværk.

ICM-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 ICM-medarbejderen bistå med råd og vejledning, hvis der opstår konflikter undervejs i processen. ICM-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, uddannelsestilbud, frivilligt arbejde etc.

7.6 Daglige aktiviteter

For nogle vil det være relevant at finde aktiviteter, som kan give indhold og mening i borgerens liv, og som hverdagen kan fyldes ud med. Det kan fx være aktiviteter i forhold til borgerens interesser, fysiske aktiviteter eller aktivitets- og samværstilbud. Der kan eksempelvis for nogle være et ønske om at deltage i sociale aktiviteter fx hos en NGO, eller i kommunale aktivitetstilbud. For nogle kan det også være en mulighed at lave frivilligt arbejde, hvor de oplever at kunne gøre en forskel for andre. Det er vigtigt at tage hensyn til, at borgerne kan have et meget forskelligt udgangspunkt for at deltage i sådanne aktiviteter. Nogle har det måske fysisk eller psykisk så dårligt, at de ikke føler at være i stand til at deltage i sådanne tilbud. Andre giver udtryk for et behov, men er måske usikre på, hvad de kan magte. Her er det vigtigt, at ICM-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 ICM-medarbejderen følger med borgeren hen til det sted, hvor aktiviteten foregår.

7.7 Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer

Det kan være et ønske fra borgeren at påbegynde uddannelse eller finde arbejde. Nogle har måske været i gang med en eller flere uddannelser tidligere, men har af forskellige grunde ikke færdiggjort disse, og andre vil have brug for opkvalificering eller hjælp til at søge job. Borgeren kan ønske støtte til at finde frem til de muligheder, der eksisterer, og for nogle vil det være en afgørende hjælp, at ICM-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.
- Belcher, J. R. (1988): "Defining the service needs of homeless mentally ill persons". *Hospital and Community Psychiatry*, 39, (11), 1203-1205.
- 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.
- Hurlburt, M. S., Wood, P. A., & Hough, R. L. (1996). "Providing independent housing for the homeless mentally ill: A novel approach to evaluating long-term longitudinal housing patterns". *Journal of Community Psychology*, 24, 291–310.
- Jensen, P., Jensen, K.B., Olsen, E. & D. Sørensen (2004): *Recovery på dansk*. København: Systime Academic.
- Lamb H.R. & Lamb D.M. (1990): "Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill". *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1005-1010.
- 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.
- Rosenheck, R., Kaspro, W., Frisman, L., & Liu-Mares, W. (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 60, 940–951.

- 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.
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Winarski, J., Cope, N., Cohen, M., & Anthony, W. (1997). The effectiveness of psychiatric rehabilitation for persons who are street dwelling with serious disability related to mental illness. In W. R. Breakey & J. W. Thompson (Eds.), *Mentally ill and homeless: Special programs for special needs* (pp. 119–147). Amsterdam: Harwood Academic.
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, C. J., et al. (2000). Street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90, 1873–1878.
- Swayze F.V. (1992). "Clinical case management with the homeless mentally ill." I H.R. Lamb (Ed.), *The Homeless Mentally Ill: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. (s.203-219). Washington, DC:Urban Institute Press.
- 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).
- Turner J & TenHoor W. (1978). Community Support Program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 319-348. Winnicott DW. (1971). *Playing and Reality*. New York: Routledge.

Bilag 1 – Checkliste til ICM-medarbejderen

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
Sammenhæng i indsatsen			
Der er etableret en tillidsfuld relation mellem ICM-medarbejder og borger			
Borgeren spørges regelmæssigt om hvad han/hun har behov for hjælp til			
Der er foretaget en udredning af borgeren			
Borgeren er blevet tilbudt en §141 handleplan			
Borgeren har fået udarbejdet en §141 handleplan			
Der er taget kontakt mellem ICM-medarbejder og myndighedsbehandlaren			
Der er taget kontakt mellem ICM-medarbejder og jobcentersagsbehandlaren			
Der er udarbejdet en plan for ICM-indsatsen sammen med borgeren			
Der er etableret kontakt med tilbud og indsatser som borgeren har behov for			
Der igangsættes relevante tilbud og aktiviteter for borgeren			
Der er en fortsat kontakt med de tilbud og indsatser som borgeren er tilknyttet			
Det afprøves og evalueres om den samlede indsats, der er etableret for borgeren fungerer i praksis og er tilstrækkelig, og der foretages eventuelle tilpasninger af planen og indsatsen			
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			
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 i hverdagen			
Rammerne for kontakten (tid, sted, kontaktform, hyppighed) er aftalt med borgeren			
Borgeren får emotionel og social støtte i hverdagen efter behov			
Borgeren får praktisk støtte i hverdagen efter behov			
Der arbejdes med at lære borgeren at håndtere daglige gøremål			
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			

Borgeren får støtte til at håndtere sin økonomiske situation			
Borgeren får støtte til at huslejen og andre faste udgifter betales til tiden hver måned			
Social situation/netværk			
Der er foretaget en udredning af borgerens sociale situation/netværk			
Borgeren får støtte til at genoprette/styrke kontakt til familie			
Borgeren får støtte til at genoprette/styrke kontakt til venner/bekendte			
Borgeren får støtte til at håndtere negative relationer			
Borgeren får støtte til at etablere nye sociale kontakter og relationer			
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			
Der er fokus på, om der er behov for at igangsætte nye aktiviteter 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			
Borgeren får støtte til at følge eventuel psykiatrisk behandling			
Borgeren får støtte til at tage eventuelle psykofarmaka			
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			
Borgeren får støtte til at følge eventuel 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.			
Borgeren får støtte til at følge eventuelle uddannelses- eller beskæftigelsestilbud			

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 8 borgere tilknyttet 1 ICM-medarbejder
ICM-medarbejderen varetager koordination til myndighedssagsbehandler og jobcenter
Borgerens behov for støtte og sociale indsatser udredes
Der foretages en visitation til ICM-forløbet
Borgeren er tilbudt en § 141 handleplan
Der er udarbejdet en § 141 handleplan, hvis borgeren ønsker det
Der udarbejdes en plan for indsatsen sammen med borgeren
Der igangsættes fornødne aktiviteter og tilbud for borgeren
Støttens intensitet og indhold er fleksibel og ydes efter borgerens behov
Borgeren har en høj grad af indflydelse på hvad støtten indeholder
Planen for ICM-indsatsen og de igangsatte indsatser og aktiviteter afprøves og evalueres i praksis
Borgeren tilbydes praktisk hjælp ved indflytningen
Borgeren tilbydes hjælp til at møblere boligen og etablere et hjem
Borgeren tilbydes social og praktisk støtte i hverdagen
Der er fokus på at lære borgeren selv at håndtere sit liv og sin hverdag
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
ICM-medarbejderen modtager regelmæssig supervision