



Socialstyrelsen

Critical Time Intervention (CTI)

Metodemanual til
hjemløshedsområdet

marts 2021

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Forfatter: Socialstyrelsen og Lars Benjaminsen, VIVE
Udgivet Marts 2021

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

digital isbn: 978-87-93944-62-6

Indhold

Introduktion	2
Manualens opbygning	3
1. Housing First	5
1.1. Kerneprincipperne i Housing First.....	5
2. Om CTI-metoden.....	7
2.1. CTI-metodens formål og værdigrundlag	7
2.2. Erfaringer med CTI-metoden.....	8
3. CTI-metodens ramme og kerneelementer	10
3.1. CTI-metoden danner rammen	10
3.2. Målgruppen for CTI-metoden	10
3.3. Recovery, rehabilitering og empowerment.....	10
3.4. Kerneelementer	12
3.5. Lavt caseload	16
3.6. Metodesupervision som redskab til at understøtte metodefidelitæet	17
3.7. Hvis borgeren bliver indlagt, indsat eller hvis forløbet afbrydes af anden årsag	17
4. CTI-Metoden trin for trin	19
4.1. Udredning og visitation.....	20
4.2. Kontaktskabelsesperiode	21
4.3. 1. CTI-FASE	25
4.4. 2. CTI-FASE	31
4.5. 3. CTI-FASE	34
5. Dimensioner i borgerens liv.....	38
5.1. De otte dimensioner	38
5.2. Bolig.....	38
5.3. Psykisk helbred	39
5.4. Fysisk helbred	40
5.5. Økonomi	41
5.6. Daglige aktiviteter.....	42
5.7. Netværk og sociale relationer.....	43
5.8. Misbrug.....	43
5.9. Uddannelse og beskæftigelse	44
Bilag 1: Tjekliste til 1. fase i CTI-indsatsen	46

Bilag 2: Tjekliste til 2. fase i CTI-indsatsen	50
Bilag 3: Tjekliste til 3. fase i CTI-indsatsen	54
Bilag 4: Tjekliste til vurdering af CTI-indsatsens metodefidelitet.....	57
Bilag 5: Faseplan	60
Bilag 6: CTI-plan.....	61
Bilag 7: Netværksoverblik.....	63
Bilag 8: Netværkskort.....	65
Litteraturliste	67



Introduktion

Critical Time Intervention (CTI) er en specialiseret støttemetode målrettet borgere, som har behov for støtte i en kritisk overgangsperiode. Manualen beskriver, hvordan CTI-metoden anvendes som en specialiseret støtteindsats til borgere i hjemløshed og borgere i risiko for at opleve hjemløshed. Den specialiserede CTI-metode kan fx anvendes som indsats til borgere i overgangen til egen bolig fra gaden, midlertidigt ophold hos familie og venner, behandling, § 110-boform eller fængsel. Den kan også bruges som en forebyggende indsats i overgangen fra en ustabil til en mere stabil boligsituation.

Manualen henvender sig særligt til fagprofessionelle, der skal arbejde med den specialiserede CTI-metode i praksis.

På hjemløshedsområdet benyttes CTI-metoden som en del af Housing First-tilgangen, hvor borgeren tilbydes en permanent boligløsning sammen med en specialiseret støtteindsats, som er tilpasset borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden og deres aktuelle støttebehov.

CTI-metoden er kendetegnet ved en individuel og tilpasset støtteindsats, der:

- tager udgangspunkt i borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden
- tager udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af nuværende støttebehov
- er tidsafgrænset og fordelt over tre lige lange faser med forskelligt fokus, samt en kontaktskabelsesperiode
- er funderet på et empowerment- og recovery-orienteret perspektiv

Med den specialiserede CTI-metode modtager borgeren en systematisk, fleksibel og intensiv støtteindsats i en periode på ni måneder, i forbindelse med overgangen til egen bolig eller fra ustabil til stabil boligsituation. For at borgeren kan lykkes med overgangen til egen bolig og blive i stand til at fastholde egen bolig over tid, skal CTI-medarbejderen fungere som case-manager for borgeren. Det er borgerens drømme, ønsker og håb, der sætter rammen for den støtte, som CTI-medarbejderen giver.

På hjemløshedsområdet anvendes CTI som en metode til at yde en specialiseret bostøtte efter Servicelovens § 85 eller efterforsorg efter Servicelovens § 110.

Manualens opbygning

Manualen består af fem dele:

1. **Housing First.** I dette kapitel beskrives Housing-First-tilgangen, herunder tilgangens kerneprincipper. Kapitlet er målrettet både ledere og medarbejdere.
2. **Om CTI-metoden.** Dette kapitel giver en kort introduktion til CTI-metoden og skitserer erfaringer med metoden for borgere i hjemløshed og for andre målgrupper. Kapitlet er målrettet ledere og medarbejdere.
3. **CTI-metodens ramme og kerneelementer.** Her beskrives målgruppen for CTI, og der gives et overblik over CTI-metoden og dens kerneelementer. Dette kapitel er målrettet både ledere og medarbejdere.
4. **CTI-metoden trin for trin.** Her beskrives anvendelsen af CTI-metoden i detaljer med praktiske tjeklister for CTI-medarbejdere. Dette kapitel er særligt målrettet medarbejdere.

- 5. Dimensioner i borgerens liv.** Afsnittet beskriver de dimensioner i borgerens liv, man kan samarbejde med borgeren om i en CTI-indsats. Dette kapitel er særligt målrettet medarbejdere.

Dertil kommer en række bilag, som indeholder redskaber, der understøtter arbejdet med borgeren:

- **Tjekliste 1. fase i CTI-indsatsen**
- **Tjekliste 2. fase i CTI-indsatsen**
- **Tjekliste 3. fase i CTI-indsatsen**
- **Tjekliste til vurdering af CTI-indsatsens metodefidelitet**
- **Faseplan**
- **CTI-plan**
- **Netværksoverblik**
- **Netværksskort**



1. Housing First

Dette kapitel giver en kort introduktion til Housing First og de kerneprincipper og grundopfattelser, som ligger bag tilgangen. For en mere dybdegående gennemgang af Housing First henvises til Housing First-manualen på hjemløshedsområdet, som findes på Socialstyrelsens hjemmeside.

Socialstyrelsens webside om Housing First (Socialstyrelsen)

1.1. Kerneprincipperne i Housing First

Housing First er en helhedsorienteret tilgang til hjemløshed, hvor borgeren tilbydes en selvstændig bolig i almindeligt byggeri og samtidig modtager en individuelt tilrettelagt bostøtte. Housing First er i dag en udbredt tilgang i arbejdet med borgere i hjemløshed i mange lande, og tilgangen har været anvendt i Danmark siden 2009.

Housing First-tilgangen bygger på følgende kerneprincipper:

- boligen som en basal menneskeret
- respekt, empati og medmenneskelighed over for alle borgere
- en forpligtelse til at arbejde med borgerne, så længe de har behov
- selvstændige boliger i almindeligt byggeri
- adskillelse af bolig og støttetilbud
- udgangspunkt i borgerens behov og selvbestemmelse
- recovery-orientering
- skadesreduktion

Housing First bygger derudover på en række bredere strømninger i udviklingen af sociale indsatser for borgere med sociale støttebehov, i form af recovery, rehabilitering, af-institutionalisering, normale leve- og boligforhold, individuel social støtte og helhedsorienterede serviceydelse fra forskellige instanser (Benjaminsen, 2014).

Housing First-tilgangen er baseret på grundopfattelsen af, at boligen er en menneskeret. Borgeren tilbydes derfor i starten af en indsats en relevant boligløsning. Formålet er at stabilisere borgerens boligforhold som udgangspunkt for, at der kan arbejdes med borgerens andre problemstillinger ud fra borgerens egne ønsker. Udover at flytte i egen bolig får borgeren derfor den nødvendige sociale støtte, for at borgeren kan bo i og fastholde boligen. Støtten er individuel, helhedsorienteret og fleksibel, og den tager udgangspunkt i borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden. Støtten gives som en udgående funktion, primært i borgerens eget hjem, eller der hvor borgeren opholder sig. Støtten er uafhængig af boligen, hvilket betyder, at selvom borgeren skulle miste boligen i en periode, gives støtten stadigvæk, hvis borgeren har behov for det (Benjaminsen, 2014).

Støtteindsatsen består af social og praktisk bostøtte i hverdagen, samt støtte til at sikre en sammenhængende indsats for borgeren gennem etablering og fastholdelse af kontakt til offentlige myndigheder, behandlingstilbud og sociale aktivitetstilbud. Borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden danner rammen for den støtte, som den fagprofessionelle skal samarbejde med borgeren om for at styrke borgerens livssituation. Fokus kan være på en eller

flere af følgende dimensioner; bolig, økonomi, socialt netværk, daglige aktiviteter, fysisk og psykisk helbred, håndtering af misbrug, uddannelse og arbejde.

Housing First handler også om en organisatorisk omstilling og helhedsorientering både på tværs af kommunale forvaltninger og på tværs af andre sektorer, så borgere i hjemløshed eller i risiko for hjemløshed oplever en hensigtsmæssig og tværgående organisering af den samlede indsats, med udgangspunkt i og fokus på borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden. Helhedsorientering handler derfor om, at medarbejdere i kontakt med borgeren forstår sammenhængen og kompleksiteten i den enkelte borgers liv fra flere forskellige perspektiver, og at de handler på baggrund af det. Der lægges vægt på at finde en samlet løsning på borgerens ofte sammenhængende og komplekse problemer, og udgangspunktet er, at det ikke er muligt at se sammenhængen og kompleksiteten på tværs af borgerens problemstillinger, ressourcer og behov fra én specialiseret vinkel – de må forstås ud fra et helhedssyn, som omfatter og medtænker den enkelte borgers samlede livssituation (Guldager, 2011; Asta-Bo et al., 2011).

Housing First handler også om en mental omstilling hos de medarbejdere, som er i kontakt med borgere i hjemløshed eller i risiko for hjemløshed. En omstilling væk fra en forståelse af udsathed og hjemløshed som kroniske problemer og livspositioner og hen imod en aktiv og reel understøttelse af borgerens recovery-proces. Det omfatter, at medarbejderne omkring borgeren betragter recovery som en mulighed for den enkelte – dvs. at medarbejderne tror på, at borgeren i hjemløshed kan udvikle sig og komme ud af sin hjemløshed (Pleace, 2019).

Housing First-tilgangen er oprindeligt udviklet til de borgere i hjemløshed, som har de mest komplekse sociale problemer, og de specialiserede indsatser Assertive Community Treatment (ACT) og Intensive Case Management (ICM) er derfor naturligt koblet til tilgangen (Tsemberis 2010). I Danmark anvendes Housing First-tilgangen mere generelt til hele målgruppen af borgere i hjemløshed samt borgere i risiko for at opleve hjemløshed. Det betyder, at der udover ACT og ICM også er fokus på den specialiserede indsats Critical Time Intervention (CTI) (Pleace, 2019). CTI er rettet mod den del af gruppen af borgere i hjemløshed eller i risiko for hjemløshed, som i betydelig grad kan benytte øvrige sociale tilbud og behandlingsindsatser, og som befinder sig i en kritisk overgangssituation fra et liv i hjemløshed eller i risiko for hjemløshed til egen bolig. På Socialstyrelsens hjemmeside kan du læse mere om de tre evidensbaserede og specialiserede indsatser.

Socialstyrelsens webside om de tre evidensbaserede og specialiserede indsatser ACT, ICM og CTI (Socialstyrelsen)

2. Om CTI-metoden

Dette kapitel præsenterer CTI-metodens formål og værdigrundlag, samt beskriver erfaringer med den specialiserede CTI-metode på hjemløshedsområdet og i arbejdet med andre målgrupper.

2.1. CTI-metodens formål og værdigrundlag

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 har en koordinerende rolle i sammensætningen og udførelsen af borgerens CTI-indsats, og som også vil være en gennemgående støtteperson, som yder social og praktisk støtte. Udgangspunktet for hver CTI-indsats er, at den skal være individuelt tilpasset borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden, 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. Kernelementer i metoden er yderligere beskrevet i afsnit 3.4.

CTI-metoden er kendetegnet ved en individuelt tilpasset indsats, der:

- tager udgangspunkt i borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden
- tager udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af nuværende støttebehov
- er tidsafgrænset og fordelt over tre lige lange faser med forskelligt fokus, samt en kontaktskabelsesperiode
- er funderet på et empowerment og recovery-orienteret perspektiv

CTI-indsatsen strækker sig over en samlet periode på ni måneder og er opdelt i tre lige lange faser og en kontaktskabelsesperiode, der ligger før 1. fase. Faserne har fokus på:

- Kontaktskabelsesperiode: Kontaktskabelse og orientering om indsatsen
- 1. Fase: Overgang til egen bolig
- 2. Fase: Afprøvning
- 3. Fase: 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 at gøre borgeren mere selvhjulpne. Ligeledes arbejdes der med at etablere et støttenetværk for borgeren, som stadig vil være til stede i det omfang, det er nødvendigt efter CTI-indsatsens afslutning. Faserne er detaljeret beskrevet i kapitel 4 om CTI-metoden trin for trin.

CTI-metoden er baseret på et lavt caseload. Det vil sige et forholdsvist lavt antal borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder. Der anvendes et maksimalt caseload 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. Caseload er yderligere beskrevet i afsnit 3.5.

For at der kan være tale om en CTI-indsats, er der en række grundlæggende elementer indenfor CTI-indsatsen, der skal være opfyldt:

- der skal være tale om en kritisk overgang i borgerens liv, enten ved at borgeren flytter i bolig eller ved, at borgeren går fra en ustabil boligsituation til en mere stabil situation i egen bolig
- borgeren skal tilknyttes en gennemgående CTI-medarbejder
- CTI-indsatsen skal tage udgangspunkt i en individuelt tilpasset proces, der er baseret på den enkeltes drømme, ønsker og håb for fremtiden
- CTI-indsatsen tilpasses borgerens aktuelle støttebehov
- CTI-indsatsen skal være tidsafgrænset og følge de beskrevne faser
- CTI-medarbejderen skal yde social og praktisk støtte til borgeren og arbejde med at sammensætte en koordineret indsats
- 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-indsatsen
- CTI-medarbejderen skal sikre koordinering til andre planer, som kan være udarbejdet for borgeren i andet regi, herunder en handleplan efter servicelovens § 141
- CTI-medarbejderen skal sikre, at der etableres et tæt samarbejde med sagsbehandler i kommunal social myndighed
- CTI-medarbejderen arbejder løbende med at brobygge til behandlings- og støttetilbud samt evt. familie og venner, som kan støtte borgeren efter CTI-indsatsen 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 for borgeren
- 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

De grundlæggende elementer er detaljeret beskrevet i kapitlet 4 om CTI-metoden trin for trin. Der er desuden udarbejdet tjeklister til at sikre, at elementerne i hver fase overholdes, og tjeklisterne findes i bilag 1,2 og 3.

2.2. Erfaringer med CTI-metoden

I Danmark er der mange gode erfaringer med CTI-metoden som en specialiseret støtteindsats for borgere i hjemløshed. Evalueringer som *Implementerings- og forankringsprojektet* (Benjaminsen *et al.* 2017) og projektet *En helhedsorienteret og tidlig indsats mod hjemløshed blandt unge og unge i risiko for hjemløshed* (Rambøll management og VIVE, 2018) understreger, at den specialiserede CTI-metode har positive virkninger på borgerens evne til at fastholde egen bolig. Erfaringerne viser, at med en intensiv støtteindsats 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 gange, før det lykkes at fastholde boligen.

Erfaringerne viser desuden, at både unge og voksne opnår positive virkninger af den specialiserede CTI-metode

Den specialiserede CTI-metode er også afprøvet i Danmark til andre målgrupper med gode resultater. Der er tale om målgrupper af borgere med psykiske lidelser, borgere i prostitution og kvinder, der fraflytter et krisecenter.

På Socialstyrelsens hjemmeside kan der findes mere viden om gode erfaringer med anvendelsen af CTI for voksne og unge i hjemløshed, samt mere viden om afprøvningen af CTI-metoden til andre målgrupper (Benjaminsen m.fl., 2017)

Læs mere på Socialstyrelsens hjemmeside (Socialstyrelsen)



3. CTI-metodens ramme og kerneelementer

Dette kapitel beskriver målgruppen for en CTI-indsats og præsenterer recovery-perspektivet som et vigtigt afsæt for samarbejdet mellem borger og CTI-medarbejder i en specialiseret CTI-indsats. Derudover giver kapitlet en gennemgang af CTI-metodens kerneelementer, metodens case-load og beskriver overvejelser forbundet med metodesupervision. Afslutningsvis beskrives, hvordan og hvornår en CTI-indsats eventuelt kan "sættes på pause".

3.1. CTI-metoden danner rammen

CTI er en rammemetode. Det betyder, at den beskriver rammen for og kerneelementerne i den specialiserede støtteindsats, og at den enkelte CTI-medarbejder supplerer med sine socialfaglige kompetencer og eventuelt med andre specifikke metoder. Det er vigtigt, at de metoder, som CTI-metoden suppleres med, understøtter den recovery-orientering, som ligger i CTI-metoden og i Housing First.

3.2. Målgruppen for CTI-metoden

Målgruppen for CTI-metoden er borgere, der har brug for specialiseret social støtte i en kritisk overgangsperiode. Det kan være borgere i overgangen til egen bolig fra gaden, midlertidigt ophold hos familie og venner, behandling, § 110-boform eller fængsel. Det kan også være borgere i overgangen fra en ustabil til en mere stabil boligsituation, fx unge i overgangen fra anbringelse til voksenliv.

CTI-metoden er henvendt til borgere med lettere eller middelsvær psykisk sygdom og/eller lettere eller middelsvær misbrug. CTI-indsatsen er ikke målrettet borgere med behov for langvarig eller permanent intensiv støtte, som i stedet bør tilbydes en af de specialiserede ICM- eller ACT-støtteindsatser.

CTI-metodens målgruppe adskiller sig fra ICM-metodens målgruppe ved, at borgere i målgruppen for CTI i højere grad er i stand til at benytte eksisterende tilbud og har behov for støtte til at opbygge og fastholde kontakten til sådanne tilbud i en kortere periode, mens ICM-metodens målgruppe kun i nogen grad er i stand til at benytte det eksisterende støttesystem og typisk har brug for en længere og mere intensiv indsats

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

3.3. Recovery, rehabilitering og empowerment

I Housing First-tilgangen og i CTI-metoden er der fokus på at understøtte den enkelte borgers recovery-proces. Recovery betyder "at komme sig". Borgere i hjemløshed, med psykiske

vanskeligheder og/eller misbrugsproblematikker kan komme sig helt eller delvist, og komme sig som led i en personlig proces med et genskabt håb og en positiv identitet.

Recovery vurderes i et fagprofessionelt perspektiv i forhold til, om borgeren er kommet sig helt eller delvist: At komme sig helt kaldes også klinisk recovery, hvor fokus er på symptomer og symptomfrihed. At komme sig delvist kaldes også social recovery, hvor fokus er på funktionsniveau, fx evne til at deltage i arbejde, uddannelse og indgå i almene fællesskaber i civilsamfundet - på trods af symptomer. Det betyder, at hjemløshed aldrig må behandles som en kronisk tilstand i forbindelse med iværksættelsen af indsatser.

Personlig recovery er borgerens egen proces, og det er borgerens egen idé om og fortolkning af trivsel i tilværelsen, som er central. Det betyder, at borgerens perspektiv, viden om og oplevelse af "det gode liv" i særlig grad bliver betydningsfuldt. Borgeren ses her som erfarings-ekspert med vigtig viden om egne personlige drømme, ønsker og håb for fremtiden. Recovery defineres her som en personlig proces, som den enkelte borger selv definerer. En proces som handler om at skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv - med eller uden symptomer. Recovery er derfor en individuel proces, hvor det varierer fra person til person, hvordan CTI-medarbejderen bedst kan understøtte borgerens recovery. En recovery-orienteret tilgang betyder derfor også, at det ikke er CTI-medarbejderen der definerer, hvordan og hvornår borgeren lever et tilfredsstillende liv - det er udelukkende borgerens egen vurdering (Vidensportal.dk).

I recovery-orienterede indsatser er det vigtigt, at samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger bygger på et ligeværdigt partnerskab med borgeren som erfarings-ekspert og med CTI-medarbejderen som fagekspert, der bidrager med systematik, redskaber og metoder. I samarbejdet er det vigtigt, at borgeren understøttes i at bevare kontrollen i eget liv (Slade, 2013).

CTI-medarbejderen kan bidrage til borgerens recovery-proces ved at anvende recovery-understøttende metoder, som fx;

- Den motiverende samtale (Motivational Interviewing)
- Traume-bevidst tilgang (Trauma Informed Care)
- Feedback Informed Treatment (FIT)
- Skadesreduktion (Harm reduction)
- Åben dialog (ÅD)
- Social færdighedstræning (SFT)
- metoder med mæglingsperspektiv (fx Family reconnect, konfliktløsning og social inklusion)

Rehabilitering og recovery er to tæt forbundne begreber for, hvordan borgeren og CTI-medarbejderen kan samarbejde om at styrke borgerens oplevelse af trivsel, og dermed også forebygge udfordrende adfærd.

Rehabilitering omfatter den hjælp og støtte samt redskaber og metoder, som CTI-medarbejderen bruger og stiller til rådighed for borgeren i et samarbejde mellem borger og CTI-medarbejder.

Rehabiliteringsindsatsen kan defineres som en indsats, der er:

- målrettet
- bygger på en samarbejdsrelation mellem CTI-medarbejderen som fagekspert og borgeren som erfaringsekspert
- koordineret mellem kommune og region, og mellem kommunens forvaltninger
- videnbaseret (Begyndelsesbasen; Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet; Vidensportalen)

I en rehabiliteringsindsats udvikles, genvindes eller vedligeholdes funktionsevnen, så den så vidt muligt svarer til borgerens aktuelle behov, muligheder og ønsker, så borgeren opnår størst mulig grad af selvhjulpethed, og så det svarer til borgerens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Når borgeren oplever at blive mødt, set og hjulpet af CTI-medarbejderens støtteindsats, så kan indsatsen defineres som en rehabiliterende indsats, der understøtter borgerens recovery-proces.

Beslægtet med recovery og rehabilitering er begrebet empowerment, som både Housing First-tilgangen og CTI-metoden er funderet på. Empowerment er en proces, der går ud på at styrke borgerens råderum og kontrol over eget liv. CTI-medarbejderen arbejder med empowerment gennem et ligeværdigt samarbejde med borgeren, hvor der er gensidig respekt og accept af hinandens forskellighed. Medarbejderen stiller sin viden og sine kompetencer samt støtte til rådighed for borgeren, så borgeren kender sine muligheder og rettigheder og på den baggrund kan træffe sine valg på et informeret grundlag. Men det er borgerens egne valg, der er omdrejningspunktet i processen. Borgeren har således ansvaret for sig selv og "ejendomsretten over egne problemer", da det er ham eller hende, der bestemmer, om et problem eksisterer, samt om og hvordan, der skal handles på det (Eplöv *et al.*, 2013; Starring, 2000; Brusén & Hydén, 2000; Andersen *et al.*, 2000; Medin *et al.*, 2003; Roberts-Yates, 2003).

Fokus på recovery, rehabilitering og empowerment må ikke forskydes til krav om mål, udvikling og forandring. CTI-medarbejderen kan arbejde med at give borgeren nye indsigter om sammenhænge i hans eller hendes liv, men det skal ske ud fra en anerkendende tilgang og en empatisk forståelse, der møder borgeren, hvor borgeren selv er i sit liv. Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen tillægger borgerens oplevelse af eget liv gyldighed. Der skal samtidig tages hensyn til, at mange borgere efter et mangeårigt liv med fx psykisk sygdom, misbrug og hjemløshed måske ikke er i stand til at formulere ønsker og mål for eget liv og derudover kan have vanskeligt ved at få øje på egne kompetencer. Det kan derfor være det første en CTI-medarbejder kan arbejde med sammen med borgeren.

I brobygningen til andre tilbud skal CTI-medarbejderen sikre, at overleveringen bliver god, og at den bliver understøttet af en recovery-orienteret plan for det fremadrettede arbejde.

3.4. Kernelementer

For at en indsats er i overensstemmelse med CTI-metoden, skal den indeholde en række kernelementer. Der er evidens for, at metoden virker, hvis kernelementerne overholdes. Det kaldes metodefidelitet, når en indsats udføres i overensstemmelse med kernelementerne. For at understøtte arbejdet med kernelementer, og for at sikre at metodefideliteten overholdes, er der udarbejdet en tjekliste til CTI-metoden (se bilag 4 Tjekliste til vurdering af CTI-indsatsens metodefidelitet).

CTI-metoden har i alt otte kernelementer, som uddybes i følgende afsnit.

3.4.1. Recovery-orienteret

CTI-medarbejderen skal anvende en recovery-orienteret tilgang til borgeren. Dvs. at borgeren er den centrale aktør og vidensperson, og at CTI-medarbejderen understøtter borgerens myndiggørelse. Tilgangen er detaljeret beskrevet i afsnit 3.3

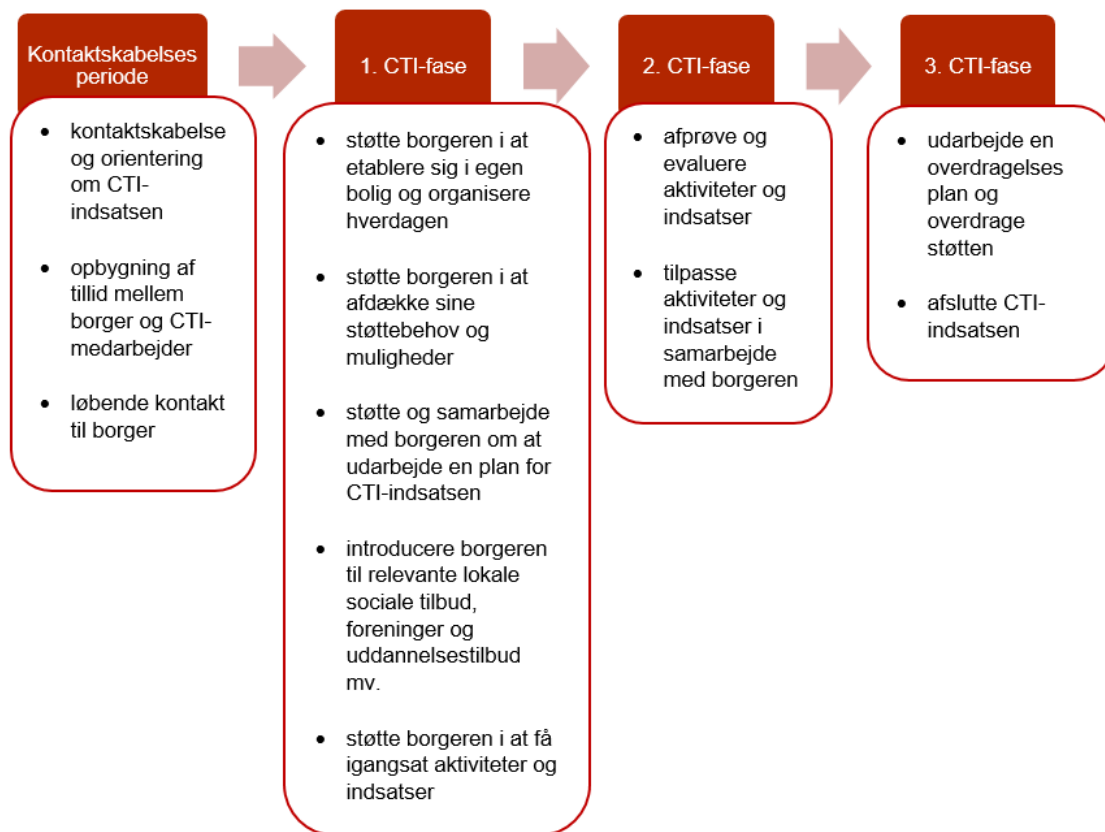
3.4.2. Tidsafgrænset

CTI-indsatsen er tidsafgrænset og varer i alt ni måneder, fordelt på tre lige lange faser á tre måneder. Forud for de tre faser ligger en kontaktskabelsesperiode. For at kunne holde fast i CTI-indsatsen som en tidsafgrænset indsats er det vigtigt, at kontaktskabelsesperioden ikke strækker sig over for lang en periode. Kontaktskabelsesperioden må derfor ikke betragtes som en fase, men derimod som en indledning til 1. fase.

3.4.3. Faseopdelt

CTI-metodens faser er illustreret i nedenstående model (Figur 1). Forud for en CTI-indsats skal CTI-medarbejderen etablere kontakt til borgeren i en kontaktskabelsesperiode. Selve CTI-indsatsen er delt op i tre faser med specifikke opgaver og opmærksomhedspunkter. CTI-indsatsen starter, når borgeren er sikker på at have fået en bolig, dvs. at der foreligger en underskrevet lejekontrakt. Indsatsen kan altså igangsættes, før borgeren er flyttet ind i boligen. Hvis indsatsen igangsættes, når borgeren flytter i bolig, så springes kontaktskabelsesperioden over, og CTI-medarbejderen går direkte til 1. fase, i samarbejde med borgeren.

Figur 1. CTI-forløb



Det er vigtigt, at faseopdelingen følges, og at hver overgang til ny fase igangsættes rettidigt. Indholdet i kontaktskabelsesperioden og de tre faser er udførligt beskrevet i kapitel 4. Der er udarbejdet tjeklister til hver fase i CTI-indsatsen, som et redskab til CTI-medarbejderen, for at sikre at man får arbejdet med alle relevante punkter i hver fase. Tjeklister findes i bilag 1,2 og 3.

3.4.4. Aftagende intensitet

Borgeren modtager den væsentligste del af den samlede indsats i 1. fase, idet støtteindsatsens intensitet i de tre faser er faldende. Intensiteten i den sociale og praktiske støtte vil falde støt gennem faserne, hvor CTI-medarbejderens ansvar og opgaver i stigende grad overdrages til borgeren selv og det netværk, som CTI-medarbejderen og borgeren i fællesskab får etableret omkring borgeren. CTI-medarbejderens tidsforbrug på koordinering og brobygning, samt løbende justering og tilpasning af indsatsen, vil derimod være nogenlunde konstant gennem forløbet. Den faldende intensitet vil omtrent svare til, at CTI-medarbejderen halverer tidsforbruget for hver fase. Den faldende intensitet er yderligere beskrevet i afsnittet om lavt caseload (se afsnit 2.4) Det er vigtigt at være opmærksom på, at støtten skal forblive fleksibel, og at tidsforbruget derfor kan variere i kortere perioder i de enkelte faser, afhængigt af borgerens behov for støtte.

3.4.5. Målrettet fokus på særlige områder, der er udvalgt af borgeren

Borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden danner rammen for den støtte, som CTI-medarbejderen skal samarbejde med borgeren om, for at styrke borgerens livssituation og for at minimere risiko for ny hjemløshed. Som CTI-medarbejder og borgerens sparringspartner er det vigtigt at være opmærksom på, at undersøgelser og erfaring viser, at der er otte dimensioner, som er væsentlige for resultatet af borgerens CTI-indsats, og som dermed er medvirkende til at minimere risikofaktorer for ny hjemløshed. Derfor er det relevant for CTI-medarbejderen at sikre, at dimensionerne berøres, i samarbejdet med borgeren. De otte dimensioner er; bolig, økonomi, socialt netværk, daglige aktiviteter, fysisk og psykisk helbred, håndtering af misbrug, uddannelse og arbejde. Dimensionerne er detaljeret beskrevet i kapitel 5.

3.4.6. Individuelt tilpasset den enkelte borger

En CTI-indsats er et individuelt tilpasset intensivt forløb, der forudsætter et tæt samarbejde mellem borgeren og CTI-medarbejderen. Der afsættes ikke et fast antal ugentlige timer til indsatsen, idet intensiteten skal tilpasses borgerens behov og kan variere fra uge til uge. Med CTI-indsatsen skal borgeren derfor opleve, at CTI-medarbejderen er til stede i det omfang, som borgeren har behov for, og særligt i perioder, hvor borgeren kan have et øget behov for støtte. Et øget behov for støtte kan fx opstå når borgeren er stabiliseret i egen bolig og derefter, som en del af en recoveryproces, opnår en øget bevidsthed om fx psykiske vanskeligheder, misbrug eller manglende/svagt netværk. I sådanne situationer er borgeren særligt udsat og vil ofte opleve et øget behov for støtte fra CTI-medarbejderen.

3.4.7. Baseret i lokalmiljøet

CTI-medarbejderen og borgeren afdækker i fællesskab de muligheder, der er i lokalmiljøet, som kan understøtte borgeren i at skabe eller udvide et socialt netværk, samt afdækker hvor borgeren kan blive tilknyttet relevante indsatser og tilbud. Det vil sige, at CTI-medarbejderen hurtigt skal kunne danne sig et godt overblik over relevante samarbejdspartnere i kommunen, psykiatrien og Kriminalforsorgen samt andre sociale og sundhedsfaglige tilbud i lokalområdet. Derudover vil det være relevant for CTI-medarbejderen at skabe et overblik over lokale civilsamfundsbaseede organisationer og foreninger, som kan være relevante for borgeren at inddrage i netværket.

3.4.8. Udføres af medarbejdere med rette uddannelse eller kompetencer

CTI-metoden kan anvendes af medarbejdere med rette uddannelse eller kompetencer. De skal være i overensstemmelse med Center for the Advancement of Critical Time Interventions uddannelse i CTI-metoden. CTI-kurset tilbydes medarbejdere på hjemløhedsområdet som led i en samarbejdsaftale med Socialstyrelsen. Det betyder, at medarbejdere, som har været på et af disse kurser, kan udføre CTI-indsatser, som er baseret på denne manual og på CTI-metodens kerneelementer.

3.5. Lavt caseload

Forudsætningen for at kunne opnå de forventede resultater med CTI-metoden er, at CTI-medarbejderen har et lavt caseload, hvilket vil sige, at der er et forholdsvist lavt antal borgere tilknyttet den enkelte CTI-medarbejder. På hjemløshedsområdet arbejder man med et caseload på maksimalt ti borgere pr. fuldtids-CTI-medarbejder. Det betyder ikke, at en medarbejder nødvendigvis samarbejder med ti borgere om en CTI-indsats. Derimod er et caseload beregnet på baggrund af, at:

- en borger i kontaktskabelsesperioden fylder 0,5 i caseload
- en borger i 1. fase fylder 2 i caseload
- en borger i 2. fase fylder 1 i caseload
- en borger i 3. fase fylder 0,5 i caseload

Tabellen nedenfor (tabel 1) er et eksempel på, hvordan de borgere, som er tilknyttet en specifik CTI-medarbejder, tilsammen kan give et caseload på maksimalt ti.

Tabel 1. Eksempel på caseload

	Kontakt- skabelses- perioden	1. Fase	2. Fase	3. Fase	I alt
Antal borgere	4	2	3	2	11
Caseload pr. borger	0,5	2	1	0,5	
Caseload i alt	2	4	3	1	10

Det pointeres, at CTI-indsatsen hele tiden skal være fleksibel og tilpasset borgerens behov, drømme, ønsker og håb for fremtiden. Der kan derfor opstå behov for en anden fordeling, end den der fremstilles i tabellen over caseload.

Der er udarbejdet en faseplan, som er et redskab til at skabe overblik over de CTI-indsatser, der er aktive, samt hvilken fase af CTI-indsatsen den enkelte borger befinder sig. Redskabet kan dels bidrage til at skabe synlighed om den enkelte medarbejders caseload og dels skabe overblik over, om borgerne bevæger sig rettidigt mellem de forskellige faser i metoden. Faseplanen findes i bilag 5.

3.6. Metodesupervision som redskab til at understøtte metodefidelit

Erfaringen er, at metodesupervision bidrager væsentligt til, at CTI-medarbejdere kan anvende CTI-metoden i overensstemmelse med denne manual efter CTI-kurset. Det vil sige, at ledelsen skal understøtte, at CTI-medarbejderne regelmæssigt sparrer med hinanden om, hvordan samarbejdet med borgeren i en CTI-indsats kan foregå i overensstemmelse med CTI-metoden. Det er ikke usædvanligt, at en CTI-medarbejder oplever, at virkeligheden udfordrer metoden. Det vil derfor være en stor hjælp at kunne sparre med en anden CTI-medarbejder eller CTI-kyndig kollega om, hvordan der findes en løsning, som er i overensstemmelse med CTI-metoden.

Enkelte arbejdspladser har kun en enkelt CTI-medarbejder, og der vil derfor være behov for at se på andre muligheder for metodesupervision. Det vil i disse tilfælde være en god idé at aftale metodesupervision med CTI-medarbejdere, som arbejder på hjemløshedsområdet på andre arbejdspladser eller i andre kommuner.

Metodesupervision understøtter korrekt brug af metoden og er derfor en vigtig forudsætning for, at der arbejdes med en høj grad af metodefidelit. Metodesupervision må ikke forveksles med sagssparring eller almindelig supervision, hvor formålet er refleksion, faglig udvikling og kvalificering af indsatsen i et bredere perspektiv, end selve anvendelsen af CTI-metoden.

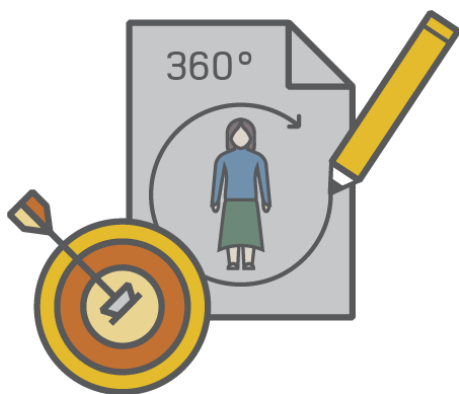
3.7. Hvis borgeren bliver indlagt, indsat eller hvis forløbet afbrydes af anden årsag

Der kan opstå perioder i en CTI-indsats, hvor borgeren enten indlægges, fængsles eller på anden måde forhindres i at mødes med CTI-medarbejderen. I sådanne tilfælde er det vigtigt, at CTI-medarbejderen fortsætter støtteindsatsen (i det omfang der ikke er behandlingsmæssige forhold der taler 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.

CTI-indsatsen sættes ikke "på pause", fordi medarbejderen ikke kan få kontakt med borgeren, eller fordi borgeren vælger ikke at mødes i en periode. Hvis der i en periode ikke er kontakt med borgeren, vedbliver CTI-medarbejderen med at forsøge at opspore borgeren og tilbyde kontakten i behørig respekt for borgerens situation og respons. Det kan fx indebære, at CTI-medarbejderen sender en sms eller ringer til borgeren, og siger at medarbejderen stadig står klar, når borgeren ønsker det, eller fx tager ud til borgeren og ringer på eller lægger en seddel under døren.

Ved en længere afbrydelse (fx et fængselsophold over en vis varighed) kan det blive nødvendigt at sætte CTI-indsatsen "på pause", ligesom det ved et langvarigt fængselsophold vil være nødvendigt at afslutte indsatsen. Hvis en borger indlægges på hospital, kan det efter en konkret og individuel vurdering være nødvendigt, at CTI-indsatsen sættes på pause. Selvom CTI-indsatsen sættes på pause, skal borgeren stadig modtage støtte og have en kontaktperson. Støtten kan i det omfang, borgeren har behov for det, fortsætte under indlæggelsen for at undgå en forværring i borgerens øvrige livssituation.

Det anbefales, at der ikke opstår pauser på mere end 14 dage i en CTI-indsats, men det vil altid være en individuel vurdering, hvad der er mest hensigtsmæssigt for borgeren og indsatsen. I pausen "sættes CTI-uret i stå", dvs. at man efter pausen fortsætter fra det tidspunkt i forløbet, hvor pausen begyndte. Hvis CTI-medarbejderen vurderer, at det ikke giver mening at fortsætte en CTI-indsats efter pausen, eller hvis indlæggelsen, fængslingen el. lign. varer for længe, kan det besluttes, at CTI-indsatsen skal begynde forfra, når borgeren igen er klar til at indgå i en CTI-indsats.



4. CTI-Metoden trin for trin

Kapitlet beskriver vigtige overvejelser forbundet med borgerens udredning og visitation til CTI-indsatsen. Herefter gennemgås indholdet i metodens tre faser og den forudgående kontaktskabelsesperiode. Kapitel beskriver desuden, hvordan CTI-medarbejderen kan strukturere og organisere CTI-indsatsen i samarbejde med borgeren.

Kapitlet er understøttet af en række symboler:



- **CTI-medarbejderens opgaver** er det primære arbejde, som CTI-medarbejderen skal varetage inden for hver enkelt fase af CTI-indsatsen.



- **Hjælpe- og støttepunkter** er eksempler på konkrete handlinger, aktiviteter og/eller overvejelser, som CTI-medarbejderen kan inddrage i samarbejdet med borgeren.



- **Dokumentation** er de dokumentationsredskaber og anbefalinger, som CTI-medarbejderen skal anvende i løbet af CTI-indsatsen.



- **Tjeklisterne** er korte opsummeringer af, hvilke aktiviteter der skal være fokus på ved hver faseovergang.

4.1. Udredning og visitation

Inden borgeren indgår i et bostøtteforløb foretages en udredning af borgerens behov, fx med 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 beskæftigelse og andre forhold, der vurderes at være relevante for borgerens situation. Dimensioner i borgerens liv er yderligere beskrevet i kapitel 5. 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 for at benytte øvrige indsatser. Den indledende udredning er 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.

Borgerens egne ønsker til en boligløsning spiller en central rolle i udredningen. 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, som tidligere har været i hjemløshed eller andre socialt udsatte borgere. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at erfaringerne fra arbejdet med Housing First i Danmark 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 lever i socialt udsatte positioner og fx har psykiske lidelser eller misbrug. I kategoriboliger vil der ofte være et miljø, der er præget af fx misbrug, og som kan være med til at fastholde borgeren i et misbrugsmiljø, ligesom der let kan opstå konflikter mellem beboerne. Erfaringen er også, at borgerens udfordringer med ensomhed og mangel på sociale relationer sjældent afhjælpes i kategoriboliger, da kontakter og relationer ofte vil bære stærkt præg af fx 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.

I en del kommuner vil der være en betydelig ventetid forbundet med at skaffe en bolig, både gennem den kommunale boliganvisning og de almindelige opskrivninger i boligorganisationerne. Det kan betyde, at boligløsningen ikke i praksis kan etableres så tidligt i en støtteindsats som Housing First-tilgangen foreskriver. Housing First-tilgangen 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 inden for rækkevidde. Disse ydelser skal ikke nødvendigvis udføres af CTI-medarbejderen,

Borgerens samlede behov for indsatser, og hvordan disse indsatser sættes i værk, bør beskrives og forankres i en handleplan efter servicelovens § 141 – "en § 141-handleplan" - hvorved det sikres, at indsatsen forankres på myndighedsniveau i kommunen.



Hvis borgeren er i målgruppen for en CTI-indsats, skal borgeren informeres om formål og indhold i en CTI-indsats, så borgeren kan tage stilling til, om borgeren ønsker indsatsen. Borgeren skal desuden informeres om:

- **fast kontaktperson.** En CTI-indsats betyder, at borgeren får en fast kontaktperson (CTI-medarbejderen) i en tidsafgrænset periode. CTI-medarbejderen skal støtte borgeren i at være selvhjulpnen og i at opbygge et tilstrækkeligt støttenetværk
- **tidsafgrænset indsats.** En CTI-indsats varer i ni måneder og består af tre faser med forskelligt fokus, samt en kontaktskabelsesperiode. Indsatsen er fleksibel og individuelt tilpasset i hele perioden.
- **borgeren som en aktiv deltager.** En CTI-indsats betyder, at borgeren selv skal være aktiv i arbejdet med at definere, hvilke problemstillinger der skal arbejdes med, og hvilke aktiviteter der skal sættes i gang
- **etablering i den nye bolig.** CTI-medarbejderen vil i den første tid støtte borgeren i at etablere sig i sin nye bolig eller genetablere den stabile boligsituation og i at afdække borgerens behov og støttemuligheder

Derefter igangsættes CTI-indsatsen, hvis borgeren siger ja til at modtage indsatsen.

I forbindelse med udredningen skal der udarbejdes en plan for, hvordan og hvornår borgeren kan flytte i bolig, samt en plan for hvor borgeren kan opholde sig og få støtte i ventetiden. Det er vigtigt, at udredningen ikke forsinker igangsættelsen af en praktisk og social støtte i hverdagen. Støtten bør derfor startes hurtigst muligt, sideløbende med at udredningen foretages.

Når borgeren er udredt, skal borgeren tilbydes en § 141-handleplan, der beskriver den tværfaglige koordinering af borgerens samlede indsats i kommunen, samt en mere detaljeret plan for CTI-indsatsen (CTI-planen). Udarbejdelsen af § 141-handleplanen sikrer borgerens retssikkerhed.

I visitationen til en CTI-indsats skal det vurderes, at borgeren gennem en ni-måneders CTI-indsats kan:

- blive i stand til at klare sig selv og fastholde boligen med hjælp fra det netværk og/eller lokalmiljø, som der brobygges til i CTI-indsatsen
- eller
- få nedbragt sit støttebehov markant og fx med almindelig § 85-bostøtte blive i stand til at fastholde egen bolig. Borgeren skal også gennem CTI-indsatsen få afdækket sit reelle støttebehov i egen bolig i langt højere grad, end det er muligt ved visitationstidspunktet

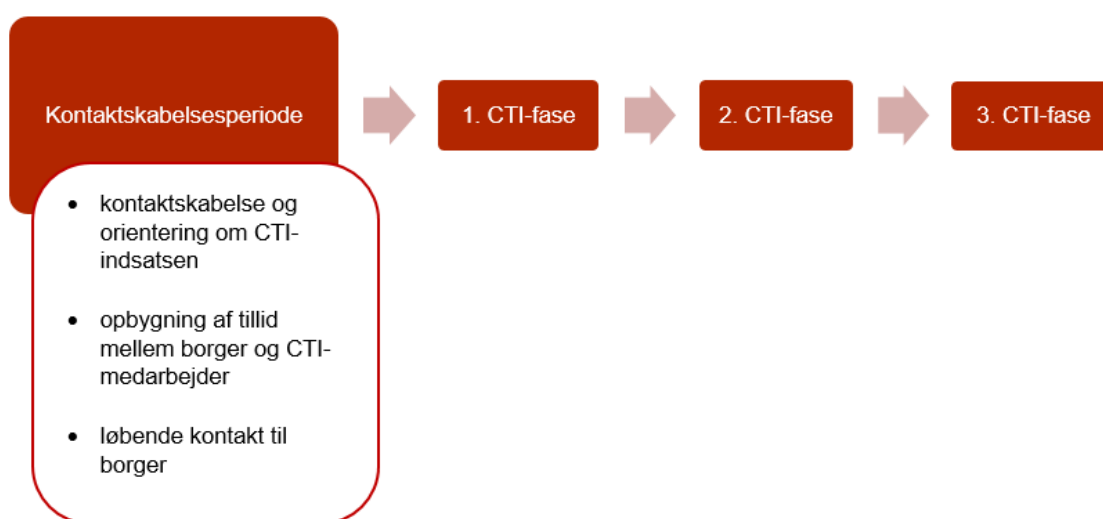
4.2. Kontaktskabelsesperiode

Forud for en CTI-indsats kan der ligge et betydeligt arbejde med at skabe en god kontakt og at opbygge en tillidsfuld relation mellem borgeren og CTI-medarbejderen. Kontaktskabelsesperioden starter derfor allerede, inden borgeren påbegynder overgangsperioden (fx flytter fra en hjemløshedssituation til egen bolig). Hvis CTI-indsatsen

igangsættes, når borgeren flytter i bolig, springes kontaktskabelsesperioden over, og CTI-medarbejderen starter samarbejdet med borgeren direkte i 1. fase.

Kontaktskabelsesperioden i en CTI-indsats har tre primære opmærksomhedspunkter, som ses i figur 2.

Figur 2. Kontaktskabelsesperioden



De tre opmærksomhedspunkter danner baggrund for CTI-medarbejderens arbejdsopgaver i processen forud for påbegyndelsen af CTI-indsatsens 1. fase. I de følgende afsnit beskrives opgaver mm. under de tre opmærksomhedspunkter særskilt.

Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen ikke påbegynder de aktiviteter, der ligger i 1. fase, i løbet af kontaktskabelsesperioden, men fokuserer på at opbygge en tillidsfuld relation.

Der er udarbejdet en tjekliste for de aktiviteter, der skal være på plads før borgeren overgår til 1. fase i CTI-indsatsen. Tjeklisten findes i slutningen af dette afsnit og udgør et redskab til at sikre, at de centrale elementer af CTI-metoden overholdes, og at CTI-medarbejderen udfører indsatsen med en høj grad af metodefidelitet (se også bilag 4).

Der er desuden udarbejdet en faseplan, som redskab til at skabe et overblik over det samlede antal af CTI-indsatser, medarbejdernes caseload, og hvornår der skal foretages faseskift i hver indsats. Det anbefales, at tovholder/projektleder opdaterer faseplanen hver uge. For mere viden om faseplan, se bilag 5.

4.2.1. Kontaktskabelse og orientering om CTI-indsatsen

Når en borger er visiteret til en CTI-indsats, er det vigtigt, at CTI-medarbejderen hurtigst muligt tager kontakt til borgeren og aftaler den indledende dialog. De indledende møder er fysiske møder og afholdes, hvor borgeren ønsker det. Det kan fx være et neutralt sted eller, hvis der er tale om en borger i risiko for at miste sin bolig, i borgerens hjem.



Inden det første møde skal CTI-medarbejderen afklare:

- **mødested.** Hvor borgeren ønsker at afholde mødet
- **særlige ønsker.** Om borgeren har særlige ønsker til mødet, der kan gøre borgeren tryk ved samtalen
- **evt. tredjepart.** Om borgeren ønsker, at der skal inddrages en tredjepart, som deltager i mødet

Når CTI-medarbejderen orienterer borgeren om forløbet, skal informationerne som udgangspunkt begrænse sig til de forhold, der er oplyst nedenfor. Hvis borgeren ønsker det, kan CTI-medarbejderen give flere informationer om selve metoden og kerneelementerne.



Før CTI-indsatsen kan påbegyndes, skal CTI-medarbejderen minde borgeren om, hvad en CTI-indsats indebærer. Dvs. at følgende informationer, som borgeren har fået før visitationen, gentages.

- **fast kontaktperson.** En CTI-indsats betyder, at borgeren får en fast kontaktperson (CTI-medarbejderen) i en tidsafgrænset periode. CTI-medarbejderen skal støtte borgeren i at være selvhjulpnen og i at opbygge et tilstrækkeligt støttenetværk
- **tidsafgrænset indsats.** En CTI-indsats varer i ni måneder og består af tre faser med forskelligt fokus, samt en kontaktskabelsesperiode. Indsatsen er fleksibel og individuelt tilpasset i hele perioden.
- **borgeren som en aktiv deltager.** En CTI-indsats betyder, at borgeren selv skal være aktiv i arbejdet med at definere hvilke problemstillinger, der skal arbejdes med, og hvilke aktiviteter, der skal sættes i gang
- **etablering i den nye bolig.** CTI-medarbejderen vil i den første tid støtte borgeren med at etablere sig i sin nye bolig eller genetablere den stabile boligsituation og i at afdække borgerens behov og støttemuligheder

4.2.2. Opbygning af tillid mellem borgeren og CTI-medarbejderen

Formålet med den indledende kontakt er at skabe et tillidsforhold mellem borgeren og CTI-medarbejderen, så borgerens overgang til egen bolig eller fastholdelse af bolig kan ske under så trygge rammer som muligt. Borgeren skal samtidig gøres opmærksom på, at relationen og indsatsen er tidsafgrænset.

Det er en forudsætning for den gode CTI-indsats, at der opbygges et tillidsfuldt samarbejde mellem borgeren og CTI-medarbejderen, hvor CTI-medarbejderen er aktivt lyttende og stiller uddybende spørgsmål til de emner, som borgeren bringer op. Det er væsentligt, at kommunikationen har afsæt i borgerens egen oplevelse af sin livssituation, og at CTI-medarbejderen udviser forståelse og tillægger borgerens oplevelser gyldighed. CTI-medarbejderen kan styrke tillidsforholdet til borgeren ved at tilbyde information og indgå i dialog om CTI-indsatsen. Det er vigtigt for støtteindsatsen, at CTI-medarbejderen tror på borgerens recovery og på borgerens evne til at kunne fastholde boligen.



Nedenfor ses en række støttespørgsmål, som CTI-medarbejderen kan gøre brug af til den indledende samtale med borgeren.

- hvilke drømme, ønsker og håb har du for fremtiden?
- hvad er dit personlige mål, og hvordan vil det kunne give dig et bedre liv?
- hvilke ønsker har du til bolig?
- hvad har du brug for støtte og hjælp til, når du flytter i egen bolig?
- hvad har du brug for støtte og hjælp til for at kunne fastholde din bolig?
- har du bekymringer forbundet med at flytte i egen bolig?
- hvordan kan jeg eller andre bedst hjælpe dig?

4.2.3. Løbende kontakt til borgeren

Selvom den indledende kontakt har været positiv, kan det i nogle tilfælde være svært at bevare kontakten til borgeren og få sat opfølgende møder i stand. CTI-medarbejderen kan understøtte den løbende kontakt ved på hvert møde at aftale med borgeren, hvad der konkret skal ske efter et møde.

Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen er anerkendende i al kommunikation med borgeren, både efter et møde og i situationer, hvor borgeren har aflyst eller er udeblevet fra et møde. CTI-medarbejderen skal have fokus på at signalere, at han/hun står til rådighed, og frem for alt skal CTI-medarbejderen undgå at give borgeren dårlig samvittighed.

Kontaktskabelsesperioden må ikke blive for lang. Fx er det ikke hensigtsmæssigt, at kontaktskabelsesperioden er længere, end en fase i CTI forløbet. I nogle tilfælde kan kontaktskabelsesperioden dog blive længere end forventet, hvis borgeren fx ikke får en bolig som forventet. Nogle gange ved CTI-medarbejderen dette på forhånd, og der kan her laves en aftale med borgeren om, at de følgende møder kan ligge lidt længere ud i fremtiden, så kontakten kan intensiveres i månederne op til, at borgeren flytter i egen bolig eller tilbage i en stabil boligsituation. I sådanne tilfælde vedligeholder CTI-medarbejderen og borgeren en løbende kontakt efter gensidig aftale, fx gennem telefonopkald, så medarbejderen er orienteret om, hvor i processen borgeren befinder sig, og så relationen bevares. Det er vigtigt, at borgeren har CTI-medarbejderens kontaktoplysninger, så han eller hun kan tage kontakt, hvis der er behov for det.



Nedenfor ses nogle hjælpe- og støttepunkter til, hvordan CTI-medarbejderen kan fastholde løbende kontakt til borgeren.

- tal med borgeren om, hvordan han eller hun ønsker at kontakten skal foregå, herunder om der skal være påmindelser forud for møder, fx på sms
- tal med borgeren om, hvad kommende møder skal handle om. Fx borgerens ønsker til indhold og hvem borgeren ønsker skal deltage, samt hvem der skal tages kontakt til

- mind borgeren om de møder, der er aftalt, fx ved at sende en sms dagen inden et møde
- informér borgeren om, hvordan CTI-medarbejderen kan kontaktes
- aftal fra gang til gang, hvordan både borgeren og CTI-medarbejderen skal forberede sig inden det næste møde
- hold borgeren orienteret om, hvordan CTI-medarbejderen følger op på de planer, der er lagt

4.2.4. Overgang til 1. CTI-fase

Overgangen til 1. fase i CTI-indsatsen sker, så snart borgeren har underskrevet en lejekontrakt. Borgeren er ikke nødvendigvis flyttet ind i boligen ved starten af 1. fase, men er i overgangen fra hjemløshed til bolig eller fra en ustabil boligsituation til en mere stabil boligsituation. CTI-medarbejderen skal være bevidst om, at selve indsatsen nu går i gang, hvilket betyder, at kontakten mellem CTI-medarbejder og borger sandsynligvis bliver mere intensiv. I de fleste tilfælde vil CTI-medarbejderen støtte borgeren i indflytning til boligen, hvilket betyder, at det særligt er den praktiske støtte der gives i starten af 1. fase.



Nedenfor er en tjekliste for de forhold, der skal være opfyldt ved overgangen til 1. CTI-fase.

- der er etableret kontakt til borgeren
- rammerne for kontakten er aftalt, dvs. tid, sted, kontaktform og hyppighed
- borgeren har en bolig i udsigt, dvs. der er underskrevet en lejekontrakt, eller borgeren kan flytte tilbage i sin bolig
- borgerens umiddelbare behov og bekymringer er afdækket

4.3. 1. CTI-FASE

1. fase i CTI-indsatsen starter, når borgeren er sikker på at have fået en bolig, dvs. har en underskrevet lejekontrakt. Centralt i 1. fase er netop overgangen til en bolig og etablering eller fastholdelse af boligen. Det betyder, at CTI-medarbejderen i 1. fase i høj grad hjælper med den praktiske støtte, som er forbundet med at flytte i egen bolig, og hjælper borgeren med at få skabt et hjem. Den 1. fase er den mest intensive, dvs. at borgeren og CTI-medarbejderen har et større omfang af kontakt end i de følgende faser. 1. fase har en varighed på tre måneder, ligesom de to øvrige faser.

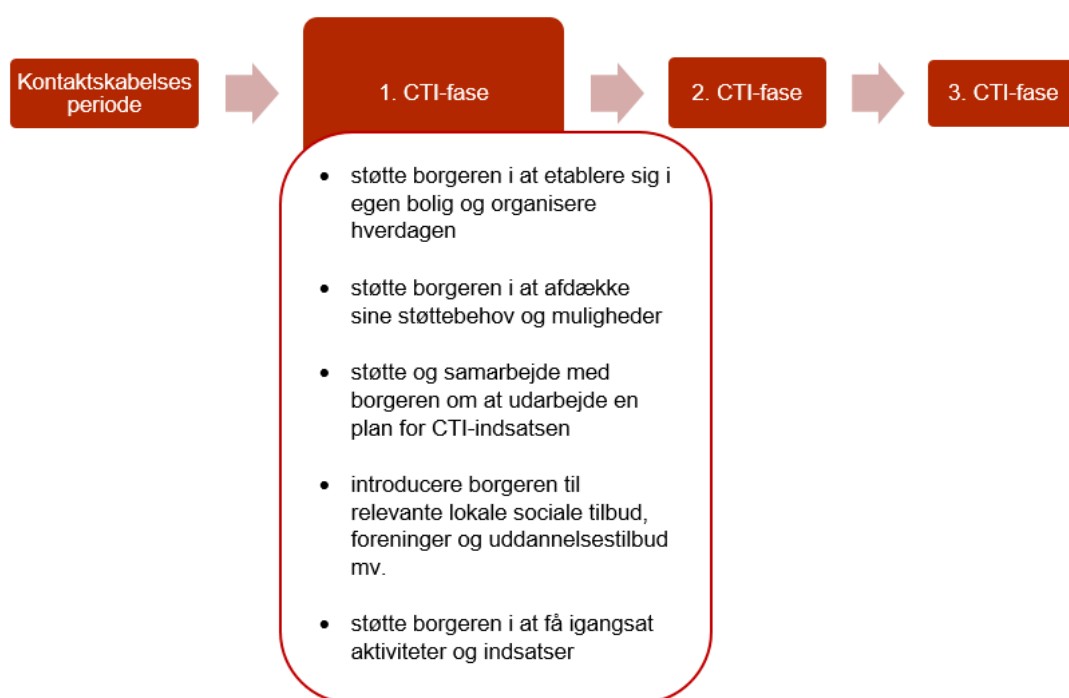
CTI-medarbejderen og borgeren udarbejder sammen en plan for hele CTI-indsatsen. Planen skal have fokus på den kritiske overgangsperiode, som borgeren befinder sig i, og i mindre grad fokusere på de øvrige problematikker, som borgeren kan have. Planen skal derfor have et særligt fokus på, hvordan borgeren kan fastholde sin bolig, så risikoen for ny hjemløshed minimeres. CTI-medarbejderen skal støtte borgeren i at afklare sine støttebehov og sikre, at borgeren får etableret tilknytning til andre relevante støttepersoner. CTI-medarbejderen skal derefter understøtte, at der knyttes kontakt til andre relevante støtte- og ressourcepersoner, som ofte findes i lokalmiljøet.

Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen allerede fra starten af forløbet er opmærksom på, at borgerens drømme, ønsker og håb er styrende for indsatsen og på at støtte borgeren i at stole på sine egne ressourcer. CTI-medarbejderen skal ikke være "ekspert" på borgerens situation, men derimod fungere som en sparringspartner, der kan være med til at kvalificere borgerens

beslutninger og støtte borgeren i at styrke sin livssituation på de områder, der er relevante for borgeren.

CTI-medarbejderen skal gennem hele forløbet, fastholde fokus og understøtte et målrettet arbejde med planen for borgerens CTI-indsats. 1. fase i en CTI-indsats har fem opmærksomhedspunkter, som ses i figur 3.

Figur 3. 1. CTI-fase



De fem opmærksomhedspunkter danner baggrund for CTI-medarbejderens arbejdsopgaver i CTI-indsatsens 1. fase. I de følgende afsnit beskrives opgaver mm. under de fem opmærksomhedspunkter særskilt.

Der er udarbejdet en samlet tjekliste til de elementer, som CTI-medarbejderen bør inddrage i 1. fase i samarbejdet med borgeren. Tjeklisten er desuden et redskab til at sikre, at kerneelementerne i CTI-metoden overholdes, og at CTI-medarbejderen derfor udfører indsatsen med en høj grad af metodefidelitæt (se bilag 1).

Se også faseplanen (bilag 5) og kriterier for metodefidelitæt (bilag 4).

4.3.1. Støtte borgeren i at etablere sig i egen bolig og organisere hverdagen

I 1. fase består CTI-medarbejderens primære opgave i at yde praktisk og social støtte, der kan understøtte borgeren i at etablere sig i egen bolig og organisere sin hverdag, herunder at borgeren skaber et hjem, hvor borgeren føler sig hjemme og tryk. Den praktiske hjælp kan fx bestå i at hjælpe borgeren med at skaffe møbler, købe ind, vaske tøj mm.

Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen hele tiden har fokus på at støtte borgeren i at blive selvhjulpnen og i at gøre mest muligt selv. CTI-medarbejderen arbejder sammen med borgeren i borgerens hjem og lokalmiljø for at understøtte udvikling og styrkelse af borgerens sociale kompetencer og ressourcer.



Den enkelte borgers behov for støtte vil variere. Nedenfor er en liste med en række hjælpe- og støttepunkter til, hvilken støtte der kan være væsentlig at yde, når borgeren skal flytte ind og blive etableret i egen bolig.

- **sociale kompetencer.** CTI-medarbejderen skal støtte borgeren i at styrke de sociale kompetencer, det kræver at kunne bo i egen bolig og kunne indgå i sociale sammenhænge, fx at være nabo og dermed tage hensyn, ikke larme, holde orden i og omkring sin bolig, sætte grænser i forhold til gæster osv.
- **netværk.** CTI-medarbejderen skal støtte borgeren i at udbygge eller etablere et netværk, som borgeren kan bruge til at fastholde sin nye livssituation. Netværksoverblik og netværksskort er redskaber til at afdække og arbejde med netværk i samarbejde med borgerne. Redskaberne findes i bilag 7 og 8
- **boligen.** CTI-medarbejderen skal give praktisk støtte til, at borgere får skabt et hjem, fx til at anskaffe møbler og indrette boligen, herunder også hjælp til at flytte ind i boligen
- **hverdagen.** CTI-medarbejderen skal understøtte, at borgeren finder løsninger på og/eller selv bliver i stand til at klare sin hverdag, fx indkøb og madlavning, tøjvask mm.
- **økonomi.** CTI-medarbejderen skal understøtte, at borgeren har de økonomiske og administrative forhold vedrørende bolig i orden

4.3.2. Bistå borgeren i at afdække sine støttebehov og muligheder

I overgangen til livsforandringen indledes CTI-indsatsen med en umiddelbar afklaring af borgerens støttebehov og støttemuligheder. Derfor hjælper CTI-medarbejderen borgeren med at formulere drømme, ønsker og håb for fremtiden, hvorefter borgeren hjælpes til at formulere sine personlige mål på baggrund af drømmene og med at afklare, hvordan det vil understøtte borgeren til et bedre liv. Afdækningen af borgerens behov for støtte kan bygge videre på eventuelle tidligere udredninger, planer eller aftaler, som borgeren har.

Det er vigtigt at sikre, at borgeren får tilbud om udarbejdelse af en § 141-handleplan for at understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats. § 141-handleplanen udarbejdes af borgerens kommunale myndighedssagsbehandler.



Nedenfor er opstillet en række støttespørgsmål som hjælp til afdækningen. Udgangspunktet er, at CTI-medarbejderen støtter borgeren i at kunne fastholde egen bolig og derved minimerer risiko for ny hjemløshed. Herunder at der opbygges et mere varigt støttenetværk.

- kan du fortælle om dine drømme, ønsker og håb for fremtiden?
- hvilke særlige udfordringer kan stå i vejen for, at du kan fastholde egen bolig?
- hvad har du behov for støtte til?

- har du familie eller venner, der enten har hjulpet dig tidligere, eller som gør det nu?
- har du familie eller venner, som du ønsker at tage eller forbedre kontakt til?
- har du lyst til at deltage i en fritidsaktivitet (sport, klubber, foreninger)?
- modtager du behandling? (fx misbrug, somatisk eller psykiatrisk)
- ønsker du at modtage behandling? (fx misbrug, somatisk eller psykiatrisk)

Afdækningen inddrager centrale dimensioner i borgerens liv, såsom bolig, psykisk helbred, fysisk helbred, økonomi, sociale netværk og familienetværk, daglige aktiviteter, uddannelse og beskæftigelse. Det er CTI-medarbejderens opgave sammen med borgeren at sikre, at borgeren får alle relevante dimensioner belyst. En uddybende beskrivelse af de otte dimensioner findes i kapitel fire. Det er vigtigt at understrege, at det er borgeren, som beslutter, hvilke dimensioner han eller hun ønsker at arbejde med. Redskaber som fx recoverystjernen, forandringscirklen og netværksskortet kan være en hjælp til en struktureret samtale om dimensionerne. Netværksoverblik og netværksskort findes i bilag 7 og 8.

4.3.3. Støtte og samarbejde med borgeren om at udarbejde en plan for CTI-indsatsen

Når borgerens behov for støtte og nuværende støttenetværk er afdækket, hjælper CTI-medarbejderen borgeren med at formulere faglige mål, som er skridt på vejen mod borgerens personlige mål. Sammen med borgeren skal CTI-medarbejderen derefter vurdere borgerens støttebehov, for at borgeren kan opnå de faglige mål. Dette kan være gennem allerede etablerede lokale tilbud og gennem kommunale indsatser. Sådant en plan kaldes en "CTI-plan". CTI-planen er borgerens plan, som skal understøtte borgerens recovery-proces

CTI-planen skal indeholde ca. tre fokusområder med mål og aktiviteter, som borgeren i samarbejde med CTI-medarbejderen opstiller og prioriterer for CTI-indsatsen. CTI-planen skal indeholde konkrete oplysninger om, hvilke aktiviteter der skal gennemføres, samt hvilke kontakter der skal inddrages. Planen skal også indeholde delmål til, hvordan borgeren når de opstillede mål, så CTI-planen bliver et redskab i dialogen med borgeren. Delmål kan også bidrage til at synliggøre borgerens små succeser undervejs i forløbet. CTI-planen må ikke forveksles med § 141-handleplanen. Det er vigtigt, at der arbejdes med få udvalgte fokusområder for at sikre fokus og for at kunne opstille realistiske mål. CTI-planen er et dynamisk styringsværktøj for CTI-medarbejderen, hvor de opstillede mål og delmål er styrende for samarbejdet mellem borgeren og CTI-medarbejderen. CTI-planen skal indgå som et delelement i borgerens § 141-handleplan. Som inspiration til arbejdet med CTI-planen er der udarbejdet en skabelon til en CTI-plan. Den findes i bilag 6.

Da CTI-indsatsen er tidsafgrænset, er det vigtigt, at CTI-medarbejderen og borgeren sammen prioriterer, hvilke behov der kræver øjeblikkelig opmærksomhed, og hvilke behov der kan arbejdes med senere i CTI-indsatsen. Det er vigtigt at have en særlig opmærksomhed på, at CTI-indsatsens formål er, at borgeren bliver i stand til at kunne fastholde egen bolig og derved at minimere risikoen for, at borgeren oplever ny hjemløshed. Der kan være tilfælde, hvor CTI-medarbejderen vurderer, at borgeren har et støttebehov, som borgeren ikke selv ser eller ikke ønsker at arbejde med. Her er det vigtigt, at CTI-medarbejderen husker sin rolle som sparringspartner og ikke pålægger borgeren særlige tilbud eller indsatser. CTI-medarbejderen kan i stedet stille spørgsmål, være undersøgende, eventuelt udfordre, rådgive og hjælpe

borgeren i processen med at få prioriteret sine behov og fastsat sine mål, så borgeren kan få det bedste ud af forløbet og ikke mindst bevare motivationen. Det er vigtigt, at CTI-planen er realistisk for borgeren og tager højde for borgerens ressourcer og for, at indsatsen er tidsafgrænset. Det kan være en god idé, at CTI-planen også indeholder beskrivelser af, hvem der har ansvaret for hvilke områder, og at der sættes en tidshorisont på aktiviteterne i planen. Derudover anbefales det, at CTI-planen indeholder kontaktoplysninger på relevante kontaktpersoner i borgerens sag, som er en del af indsatsen.



CTI-medarbejderens primære opgaver ved udarbejdelse af CTI-planen sammen med borgeren, er:

- **tilbud der matcher borgerens drømme og personlige mål.** At støtte borgeren i at finde de tilbud, der matcher borgerens drømme og personlige mål, enten i samarbejde med relevante aktører i kommunalt regi eller ved samarbejde med frivillige eller andre private aktører
- **kontakt og igangsættelse af aktiviteter.** At støtte borgeren i at tage kontakt til støttepersoner/relevante tilbud og i at arbejde på at få igangsat de forskellige aktiviteter og indsatser
- **ledsage borgeren ved møder.** At ledsage borgeren til møder med støttepersoner/repræsentanter fra relevante tilbud og støtte borgeren i at gennemføre møderne efter borgerens ønsker og behov
- **koordinere kontakt mellem tilbud.** At støtte borgeren i at få koordineret kontakten mellem de forskellige tilbud, der har aktiviteter, som borgeren er interesseret i
- **koordinere kontakt mellem kommunale instanser.** At støtte borgeren i at få koordineret kontakten mellem involverede kommunale instanser, så borgeren oplever, at der er én indgang til det kommunale system
- **sikre at indsatser bliver forankret.** At støtte borgeren i at få sikret, at eventuelle indsatser bliver forankret på myndighedsniveau i kommunen, og at der udarbejdes en samlet plan for borgerens indsatser
- **løbende opfølgning.** Sammen med borgeren at følge op på den CTI-plan, som er udarbejdet. Dvs. eventuelle nye mål skrives ind i planen og gamle mål revideres

4.3.4. Introducere borgeren til relevante lokale sociale tilbud, foreninger og uddannelses tilbud

En vigtig del af CTI-indsatsen handler om at introducere og integrere borgeren i lokalmiljøet og til allerede eksisterende tilbud, så borgeren kan gøre brug af disse som støtte i sin hverdag. CTI-medarbejderen kan fx introducere borgeren til det lokale fritids- og foreningsliv og til lokale støtte- eller selvhjælpsgrupper for borgere i samme situation, dels for at borgeren kan få etableret en relation til medarbejdere på stedet, dels for at etablere et socialt netværk, så eventuel ensomhed og isolation forebygges. I nogle tilfælde kan det være relevant at introducere borgeren til uddannelses- eller praktikmuligheder, hvis borgeren er klar til det og ønsker det. Det kan fx være ved at afholde et møde med en UU-vejleder eller en jobkonsulent.

CTI-medarbejderen kan også understøtte borgeren i at etablere eller genetablere kontakt til venner og familie, som kan være en del af et positivt støttenetværk for borgeren. Netværksoverblik og netværksskort er redskaber til, at afdække og arbejde med netværk i samarbejde med borgerne. Redskaberne findes i bilag 7 og 8.

For at støtte borgeren i at blive integreret i lokalmiljøet og i at skabe et socialt netværk er det af afgørende betydning, at CTI-medarbejderen har et indgående kendskab til lokalmiljøet og til de eksisterende tilbud både i det kommunale system og hos andre aktører. Det er derfor også afgørende, at CTI-medarbejderen finder de rette personer, som enten selv har eller kender til tilbud og muligheder i fx civilsamfundet. Det kan fx være en frivilligkoordinator eller en jobkonsulent.

Selvom CTI-medarbejderens rolle er stor i 1. fase af CTI-indsatsen, er det vigtigt at understrege, at det ikke alene er CTI-medarbejderen, der skal håndtere alle aspekter af borgerens liv. Derimod er det hensigtsmæssigt allerede fra 1. fase at tænke brobygning til andre relevante tilbud og støttepersoner.



CTI-medarbejderens primære opgaver ved introduktion til lokale sociale tilbud og foreninger er:

- **kontakt til støtte- og ressourcepersoner.** At støtte borgeren i at tage kontakt til og arrangere møder med relevante støtte- og ressourcepersoner i lokalområdet
- **etablering af netværk.** At understøtte, at borgeren påbegynder etablering eller genetablering af et støttenetværk, der gradvist kan overtage CTI-medarbejderens støttefunktion. Det gælder både et professionelt netværk og et personligt socialt netværk. Netværksoverblik og netværksskort er redskaber til, at afdække og arbejde med netværk i samarbejde med borgerne. Redskaberne findes i bilag 7 og 8

4.3.5. Støtte borgeren i at få igangsat aktiviteter og indsatser

Det er CTI-medarbejderens opgave at facilitere og understøtte, at borgeren får etableret en god kontakt til de aktiviteter, tilbud og indsatser, som borgeren bliver tilknyttet. CTI-medarbejderen skal hele tiden have fokus på borgerens drømme og personlige mål og sikre, at de igangsatte aktiviteter og indsatser imødekommer disse, efterhånden som forløbet skrider frem. I praksis betyder det, at CTI-medarbejderen efter behov følger med borgeren og måske de første gange deltager i møder med de igangsatte tilbud og indsatser, så borgeren bliver tryk ved at deltage.



4.3.6. Dokumentation i 1. CTI-fase

For at understøtte at kerneelementerne i CTI-metoden overholdes, er det relevant at gennemføre dokumentationsaktiviteter ved faseskift. Det anbefales at dokumentere, om faseskiftet sker rettidigt, samt at indholdet i CTI-metodens 1. fase er gennemført planmæssigt. Der tages udgangspunkt i tjeklisten for 1. fase (bilag 1), der indeholder de elementer, der skal indgå i CTI-indsatsens 1. fase.

Derudover kan det være relevant at dokumentere, hvornår der gennemføres en opfølgning på borgerens CTI-plan, samt hvilke ændringer og justeringer der foretages i planen.

4.3.7. Overgang til 2. CTI-fase

Overgangen til 2. CTI-fase sker efter tre måneder. Her skal CTI-medarbejderen være bevidst om at ændre sin rolle over for borgeren. Det betyder, at CTI-medarbejderen bruger mindre tid sammen med borgeren, og at der bliver mere fokus på koordination frem for på støtteaktiviteter.

Der er en række ligheder mellem 1. og 2. fase. For eksempel er der i begge faser fokus på borgerens kompetencer til at opretholde boligen og på at sætte aktiviteter i gang, som hjælper til at opbygge et støttenetværk omkring borgeren. Inden overgangen til 2. fase er det vigtigt, at borgeren er i gang med de aktiviteter og indsatser, der er defineret i borgerens plan for CTI-indsatsen. Ved overgangen til 2. fase skal borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab evaluere og eventuelt tilpasse planen for CTI-indsatsen for at sikre, at den også er gældende for 2. fase.

Det er vigtigt at sikre, at hver fase varer tre måneder og ikke mere eller mindre. Det kan gøres ved, at datoen for det enkelte borgerforløbs begyndelse noteres i et excelark eller lignende. Alternativt kan man notere i kalenderen, når borgeren skal overgå til næste fase.

Det er vigtigt, at borgeren bliver gjort opmærksom på det skifte, der sker i CTI-medarbejderens rolle i de forskellige faser. Derudover viser erfaringer med metoden, at det er vigtigt, at borgeren mindes om tidsperspektivet og faserne i CTI-indsatsen, og at CTI-medarbejderen sammen med borgeren gennemgår, hvad der er opnået i den forløbne fase ud fra de opstillede mål i CTI-planen, samt hvordan planen skal justeres.



4.3.8. Tjekliste

Nedenfor er en tjekliste for de forhold, der skal være opfyldt ved overgangen til 2. CTI-fase (se også bilag 1).

- borgeren er flyttet i egen bolig
- borgerens støttebehov er afklaret
- der er udarbejdet en prioriteret CTI-plan
- 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

4.4. 2. CTI-FASE

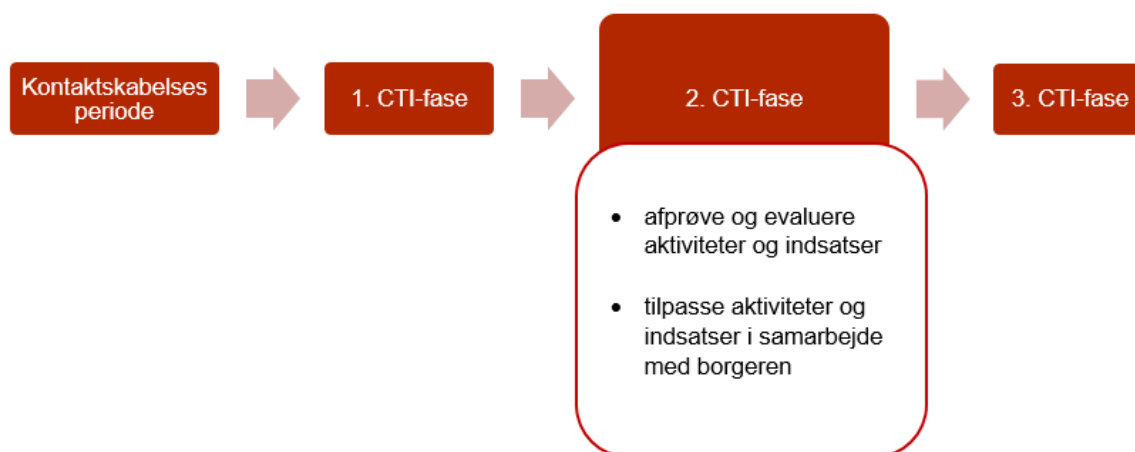
2. fase løber fra fjerde til og med sjette måned. Centralt i 2. fase er, at CTI-medarbejderen skal understøtte borgeren i at kunne bo i egen bolig og derigennem medvirke til, at borgeren kan fastholde boligen over tid. CTI-medarbejderen skal understøtte, at borgeren får skabt et hjem, så borgeren ikke kun kan være hjemme men også *føle* sig hjemme. Der er desuden fokus på at afprøve og tilpasse arbejdet med de faglige mål i CTI-planen, så de hele tiden understøtter borgerens personlige mål. De støttepersoner, der etableres kontakt til i 1. fase, overtager sammen med borgeren gradvist det primære ansvar for, at borgeren får den støtte, som han eller hun har behov for i hverdagen. Kontakten mellem borgeren og CTI-medarbejderen i 2. fase er således mindre intensiv end i 1. fase.

I 2. fase bliver det tydeligt, at den relation, som CTI-medarbejderen opbygger med borgeren, ikke er et mål i sig selv, men et middel til at udføre CTI-opgaver, for at relationen i sidste ende

kan overdrages til andre. CTI-medarbejderen skal allerede i 2. fase trække sig lidt fra relationen og begynde at arbejde på at gøre sig selv overflødig.

Kontakten mellem borgeren og CTI-medarbejderen er dermed mindre intensiv i denne fase, men den er dog stadig regelmæssig, så CTI-medarbejderen stadig er klar til at rådgive og støtte borgeren, hvis der opstår problemer. Da kontakten mellem borgeren og det nye støttenetværk stadig er relativt ny, kan der være behov for, at CTI-medarbejderen støtter op om relationerne, fx til naboer, familie og andre netværkspersoner, samt støtter borgeren i at få hverdagen til at fungere, herunder at leve op til forpligtelser forbundet med at kunne fastholde egen bolig. Støtten kan eksempelvis bestå i, at CTI-medarbejderen deltager i enkelte møder eller mægler i eventuelle konflikter. 2. fase i CTI-indsatsen har to opmærksomhedspunkter, som vist i figur 4.

Figur 4. 2. CTI-fase



De to opmærksomhedspunkter danner baggrund for CTI-medarbejderens arbejdsopgaver i CTI-indsatsens 2. fase. I de følgende afsnit beskrives opgaver mm. under de to opmærksomhedspunkter særskilt.

Der er udarbejdet en samlet tjekliste til de elementer, som CTI-medarbejderen bør inddrage i 2. fase i samarbejdet med borgeren. Tjeklisten er desuden et redskab til at sikre, at kerneelementerne i CTI-metoden overholdes og at CTI-medarbejderen derfor udfører indsatsen med en høj grad af metodefideltet (se bilag 2).

Se også faseplanen (bilag 5) og kriterier for metodefideltet (bilag 4).

4.4.1. Afprøve og evaluere aktiviteter og indsatser

Borgeren skal sammen med CTI-medarbejderen evaluere de aktiviteter og indsatser, der er sat i gang. Dette sker ud fra en konkret vurdering af borgerens oplevelse af, om de igangsatte tilbud fungerer efter hensigten.

CTI-medarbejderen arbejder med fortsat at fastholde borgerens motivation til at deltage i de forskellige aktiviteter. Der kan være tilfælde, hvor nogle borgere helt eller delvist mister motivationen til at fortsætte i forløbet. Her er det vigtigt, at CTI-medarbejderen er i stand til at

vurdere, hvad der ligger bag borgerens eventuelt manglende motivation, og tale med borgeren om det. Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen er opmærksom på, at nogle borgere har udfordringer, der betyder, at de har vanskeligt ved at fastholde fokus over længere tid. I de 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/eller øget kontakt mellem CTI-medarbejderen og borgeren. Der kan også opstå situationer, hvor det kan være relevant helt at skifte fokusområde, og det kan derfor være relevant, at CTI-medarbejderen og borgeren i fællesskab tilretter CTI-planen.



Nedenfor fremgår en række hjælpe- og støttepunkter, som CTI-medarbejderen skal være opmærksom på ved afprøvning og evaluering af aktiviteter og indsatser.

- støtte borgeren i at få hverdagen til at fungere
- støtte borgeren i at få relationer til naboer, familie og andre netværkspersoner til at fungere
- støtte borgeren i at fastholde egen bolig, følge behandling og at møde op til aftaler mv.

4.4.2. Tilpasse aktiviteter og indsatser i samarbejde med borgeren

I 2. CTI-fase skal borgeren sammen med CTI-medarbejderen vurdere, om der skal sættes nye aktiviteter og indsatser i gang på andre områder. Omdrejningspunktet for denne vurdering er, om det støttenetværk, der blev etableret i 1. CTI-fase, er tilstrækkeligt for borgeren, eller om der er behov for, at borgeren tilknyttes andre tilbud og indsatser. I tilfælde, hvor borgeren i løbet af 2. fase kommer i en akut situation, kan det være nødvendigt, at CTI-medarbejderen kortvarigt intensiverer sin støtte for at kunne hjælpe borgeren.

Det er en konkret og individuel vurdering, hvilken støtte borgeren skal have, og hvor intensiv støtten skal være. Det er væsentligt, at CTI-medarbejderen er opmærksom på balancen mellem på den ene side at holde sig i baggrunden og lade borgeren forsøge at klare tingene selv, og på den anden side at stå til rådighed og træde til efter behov, så borgeren stadig føler sig tryk ved forløbet og kan komme til CTI-medarbejderen for at få hjælp og støtte. Det kan fx være ved akutte situationer, eller hvis der er behov for at ændre i støttenetværket. CTI-medarbejderens tilbagetræden er en mulighed for at afprøve, om de støtteforanstaltninger og relationer til øvrigt netværk, der er blevet etableret, er tilstrækkeligt, eller om det er nødvendigt at korrigere eller supplere med andre tiltag.



CTI-medarbejderen skal primært varetage følgende opgaver ved tilpasning af aktiviteter:

- **hverdagen i egen bolig.** CTI-medarbejderen skal observere, om borgeren får hverdagen i egen bolig til at fungere, eller om der er behov for at tilpasse den praktiske støtte til borgeren. Det kan fx handle om, at borgeren ikke er i stand til at få handlet, gjort rent, håndtere ensomheden, have en hensigtsmæssig døgnrytme osv.
- **borgerens støttenetværk.** CTI-medarbejderen skal observere, om borgerens støttenetværk fungerer efter hensigten og evaluere indsatsen sammen med borgeren
- **tilpasse støtten.** CTI-medarbejderen skal støtte borgeren i at tilpasse og styrke støttenetværket og den praktiske støtte til boligen, hvis det er nødvendigt

- **borgerens mål.** CTI-medarbejderen skal støtte borgeren i det fortsatte arbejde med borgerens mål og eventuelt justere mål efter behov



4.4.3. Dokumentation i 2. CTI-fase

For at understøtte, at kerneelementerne i CTI-metoden overholdes, er det relevant at gennemføre dokumentationsaktiviteter ved faseskift. Det anbefales at dokumentere, om faseskiftet sker rettidigt, samt om indholdet i CTI-metodens 2. fase er gennemført planmæssigt. Det anbefales, at der tages udgangspunkt i tjeklisten i bilaget (bilag 2), der indeholder de elementer der skal overvejes i CTI-indsatsens 2. fase.

Derudover kan det være relevant at dokumentere, hvornår der gennemføres opfølgning på borgerens CTI-plan, samt hvilke ændringer og justeringer der foretages i planen.

4.4.4. Overgang til 3. CTI-fase

Overgangen til 3. CTI-fase sker seks måneder efter, at indsatsen er igangsat. Ved overgangen til 3. CTI-fase er der foretaget justeringer i borgerens CTI-plan, hvis afprøvningen af aktiviteterne og indsatsen i praksis har givet anledning til det. Ansvar overdrages i løbet af fasen helt til borgeren og dennes netværk, herunder de tilbud og støttepersoner som den videre indsats forankres hos.

Også i skiftet mellem 2. fase og 3. fase er det vigtigt, at borgeren bliver gjort opmærksom på det skifte, der sker i CTI-medarbejderens opgaver, og dermed den støtte, som borgeren får fra CTI-medarbejderen.



4.4.5. Tjekliste

Nedenfor fremgår de forhold, der skal være opfyldt ved overgangen til 3. CTI-fase (se også bilag 2).

- der er foretaget en evaluering af CTI-planen og indsatsen sammen med borgeren
- der er foretaget eventuelle tilretninger af CTI-planen sammen med borgeren
- der er foretaget eventuelle tilpasninger af indsatsen sammen med borgeren

4.5. 3. CTI-FASE

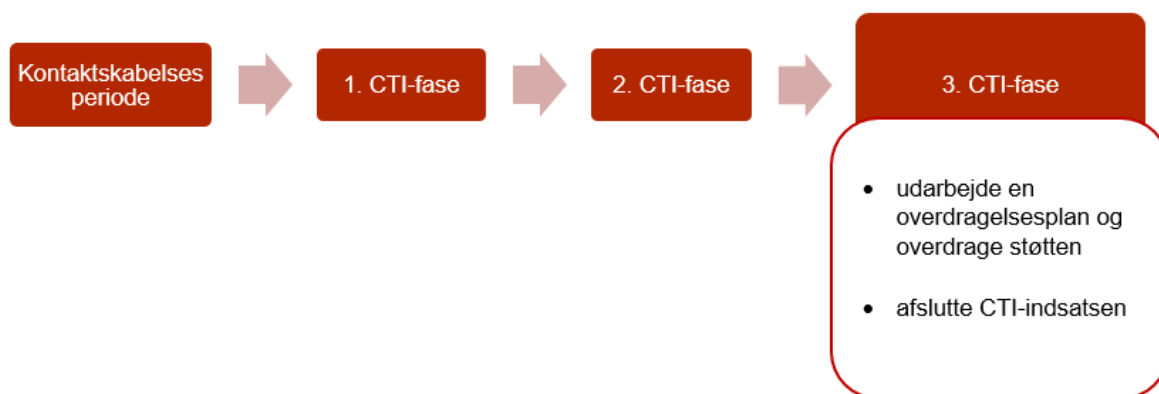
3. fase løber fra begyndelsen af syvende måned til udgangen af niende måned, hvorefter CTI-indsatsen afsluttes. Centralt i 3. fase er, at borgeren fortsat understøttes i at kunne fastholde egen bolig og derved minimerer risiko for ny hjemløshed. Derfor skal der være et vedvarende fokus på, at borgeren får skabt et hjem og oplever at føle sig hjemme. I 3. fase sker den endelige overdragelse af ansvaret for borgerens fremtidige støtte til borgeren selv og til det støttenetværk, der er blevet etableret undervejs i CTI-indsatsen. Der udarbejdes en overdragelsesplan for borgerens langsigtede drømme og personlige mål og for den eventuelle videre indsats efter CTI-indsatsen. Hvis det vurderes, at borgeren fortsat har behov for social støtte, eller andre former for sociale tilbud, ved afslutningen af CTI-indsatsen, så skal disse behov imødekommes.

Nogle borgere kan blive usikre på, om der fortsat vil være støttetilbud efter CTI-tilbuddet. Det er derfor vigtigt at sikre, at borgeren får lagt en plan og bliver tryk ved de eventuelle fremtidige indsatser. Derudover kan det også være aktuelt at engagere og involvere borgerens private netværk.

Efter 3. fase afsluttes CTI-indsatsen således med en forankring af borgerens nye livssituation.

I 3. fase kan der opstå et ønske fra borgeren, pårørende eller i nogle tilfælde medarbejdere om at fortsætte CTI-indsatsen. I denne situation er det vigtigt at holde fast i, at indsatsen afsluttes efter ni måneder, og at borgeren selv og det etablerede netværk har den 3. fase til at arbejde med at overtage støtten. 3. fase i CTI-indsatsen har to opmærksomhedspunkter, som vist i figur 5.

Figur 5. 3. CTI-fase



De to opmærksomhedspunkter danner baggrund for CTI-medarbejderens arbejdsopgaver i CTI-indsatsens 3. fase. I de følgende afsnit beskrives opgaver mm. under de to opmærksomhedspunkter særskilt.

Der er udarbejdet en samlet tjekliste til de elementer, som CTI-medarbejderen bør inddrage i 3. fase i samarbejdet med borgeren. Tjeklisten er desuden et redskab til at sikre, at kerneelementerne i CTI-metoden overholdes og at CTI-medarbejderen derfor udfører indsatsen med en høj grad af metodefidelitet (se bilag 3).

Se også faseplanen (bilag 5) og kriterier for metodefidelitet (bilag 4).

4.5.1. Udarbejde overdragelsesplan og overdrage støtten

Eftersom CTI-indsatsen afsluttes i denne fase, er det afgørende, at borgeren får sit støttenetværk endeligt på plads. CTI-medarbejderens primære opgave i 3. fase er at støtte borgeren i at sikre, at netværket har den nødvendige stabilitet til at hjælpe borgeren fremadrettet, at borgeren føler sig i stand til at kunne fastholde egen bolig, samt at borgeren er tryk ved, at forløbet afsluttes.



Nedenfor fremgår en række hjælpe- og støttepunkter, som CTI-medarbejderen skal være opmærksom på i denne fase.

- at borgeren får den nødvendige hjælp til at klare hverdagen
- at borgeren støttes i at kunne opretholde sin livsforandring
- at borgeren føler sig tryk i sin bolig og i lokalområdet

Borgeren og CTI-medarbejderen afholder et eller flere møder med de vigtigste personer i borgerens støttenetværk. Formålet med møderne er, at borgeren, CTI-medarbejderen og borgerens støttenetværk sammen udarbejder en overdragelsesplan med den nødvendige støtte, der gør det muligt for borgeren at leve et selvstændigt liv i egen bolig samt at have et aktivt socialt liv, fritidsliv og/eller arbejdsliv. Møderne skal gerne finde sted senest en måned før forløbets afslutning, da det kan være nødvendigt at foretage mindre ændringer i de aktuelle indsatser.

Overdragelsesplanen skal indeholde borgerens langsigtede mål og støttebehov, fx i forbindelse med fastholdelse af egen bolig, arbejdsmarkedstilknytning eller genforening med familie, og en plan for, hvordan en eventuelt fortsat støtte skal varetages. Overdragelsesplanen udarbejdes i et samarbejde mellem borgeren og CTI-medarbejderen og tager udgangspunkt i borgerens drømme og personlige mål for den nærmeste fremtid.

Ansvar for en fortsat støtte overgår ved afslutningen af CTI-indsatsen til borgeren selv og evt. til støttenetværket, afhængigt af borgerens behov. Det bør afklares, om borgeren har brug for en fortsat individuel social og praktisk støtte, efter at CTI-indsatsen er slut. Indsatserne bør igangsættes, inden CTI-indsatsen slutter, for at sikre kontinuitet i støtten. Hvis borgeren har fået bevilliget bostøtte efter servicelovens § 85 skal denne igangsættes med det samme.

Borgerens drømme og personlige mål og borgerens egne ønsker til støtte og hjælp afgør, hvilke tilbud borgeren bliver tilknyttet i løbet af og efter CTI-indsatsen. Det betyder, at tilbuddene kan ligge inden for kommunalt regi, hvor borgeren visiteres til øvrige indsatser eller deltager i indsatser uden visitation. Det kan også være indsatser og tilbud i NGO'er og private tilbud.



CTI-medarbejderen skal varetage følgende primære opgaver ved overdragelse af støtte:

- **fortsat støtte.** Afklare med borgeren, om der fortsat er behov for individuel eller gruppebaseret støtte efter CTI-indsatsens afslutning. Fx støtte efter servicelovens § 85, dvs. bostøtte
- **igangsætte støtten.** Koordinere i samarbejde med borgeren, at en sådan indsats igangsættes og forankres inden forløbets afslutning
- **symbolisere overdragelsen af støtten.** Sammen med borgeren mødes med støttenetværket for at symbolisere overdragelsen af støtten
- **tydeliggøre støttepersonernes rolle.** Sikre at støttepersonernes rolle er tydelig, herunder at ansvaret for den langsigtede støtte forankres hos borgeren eller én aktør i støttenetværket, fx en kommunal sagsbehandler
- **sikre at støttenetværket er på plads.** Understøtte at støttenetværket er på plads og er klar til at varetage støtten til borgeren

- **udvikle overdragelsesplan.** Sammen med borgeren at udvikle en overdragelsesplan, der indeholder borgerens langsigtede mål og støttebehov, fx i forbindelse med fastholdelse af egen bolig, arbejdsmarkedstilknytning eller genforening med familie, og en plan for, hvordan en eventuelt fortsat støtte skal varetages

4.5.2. Afslutte CTI-indsatsen

Efter ni måneder afsluttes CTI-indsatsen. Ved afslutningen af CTI-indsatsen er det vigtigt, at borgeren og CTI-medarbejderen sammen ser tilbage på forløbet og taler om borgerens fortsatte drømme og personlige mål. Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen signalerer over for borgeren, at han eller hun har tillid til, at borgeren med støtte fra det etablerede støttenetværk kan fastholde egen bolig og de forbedringer, som borgeren har opnået i sit liv.

Tidligere erfaringer med CTI-metoden viser, at det kan være en god idé, at afslutningen af forløbet markeres, fx med kaffe og kage på en café, for at fejre de fremskridt, som borgeren har opnået i løbet af de ni måneder, og for at markere, at CTI-medarbejderen ikke længere er en del af borgerens liv.



4.5.3. Dokumentation ved forløbets afslutning

For at understøtte at kerneelementerne i CTI-metoden overholdes, er det relevant at gennemføre dokumentationsaktiviteter ved faseskift. Det anbefales at dokumentere, om faseskiftet sker rettidigt, samt om indholdet i CTI-metodens 3. fase er gennemført planmæssigt. Det anbefales, at der tages udgangspunkt i tjeklisten i bilaget (bilag 3), der indeholder de elementer der skal overvejes i CTI-indsatsens 3. fase.

Derudover kan det være relevant at dokumentere, hvornår der gennemføres opfølgning på borgerens CTI-plan, samt hvilke ændringer og justeringer der udføres i planen. Det er også relevant at dokumentere, hvis det vurderes, at borgeren fortsat har behov for støtte ved afslutningen af CTI-indsatsen, samt hvilke aktiviteter der derfor igangsættes.



4.5.4. Tjekliste

Nedenfor fremgår en tjekliste for de forhold, der skal være opfyldt ved afslutningen af CTI-indsatsen (se også bilag 3).

- der er etableret et støttenetværk omkring borgeren
- CTI-medarbejderen har gradvist nedtrappet CTI-støttens omfang
- der er afholdt overdragelsessamtaler med alle relevante aktører
- ansvaret for den langsigtede støtte efter CTI forløbets ophør er placeret
- der er udarbejdet en overdragelsesplan i samarbejde med borgeren og med deltagelse af den person, der overtager ansvaret for støtten efter CTI-indsatsens 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
- CTI-medarbejderen og borgeren har fejret at forløbet er gennemført

5. Dimensioner i borgerens liv

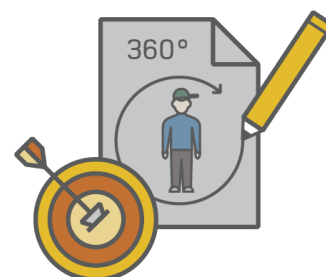
Kapitel fem beskriver otte dimensioner i borgerens liv, der er væsentlige for resultaterne af borgerens CTI-indsats. Derudover er det beskrevet, hvorfor hver enkelt dimension er væsentlig for resultatet af borgerens CTI-indsats, samt hvilke primære opgaver der knytter sig til dimensionerne. Der gives også eksempler på forhold, det kan være relevant at arbejde med i hver enkelt dimension.

5.1. De otte dimensioner

Borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden, danner rammen for den støtte som CTI-medarbejderen skal samarbejde med borgeren om, for at styrke borgerens livssituation og for at minimere risiko for ny hjemløshed. Som CTI-medarbejder og borgerens sparringspartner er det vigtigt at være opmærksom på, at undersøgelser og erfaring viser, at der er otte dimensioner, som er væsentlige for resultatet af borgerens CTI-indsats, og som dermed er medvirkende til at minimere risikofaktorer for ny hjemløshed. Derfor er det relevant for CTI-medarbejderen at sikre, at dimensionerne berøres i udarbejdelsen og opfølgningen af CTI-planen.

De otte dimensioner er:

- 1) Bolig
- 2) Psykisk helbred
- 3) Fysisk helbred
- 4) Økonomi
- 5) Daglige aktiviteter
- 6) Netværk og sociale relationer
- 7) Misbrug
- 8) Uddannelse og beskæftigelse



5.2. Bolig

Mange borgere i hjemløshed eller risiko for hjemløshed, som visiteres til en indsats, vil have behov for praktisk hjælp, når de flytter ind eller skal til at etablere sig i egen bolig. Mange vil have behov for hjælp til at oparbejde eller genskabe helt basale sociale og praktiske kompetencer, så de kan leve op til de forpligtelser, der er forbundet med at bo i egen bolig og indgå i den sociale sammenhæng. Det kan fx handle om, at borgeren skal lære at være nabo og dermed tage hensyn til andre mennesker. Borgeren skal lære almindelige spilleregler, fx ikke at larme, holde orden i og omkring sin bolig og at kunne sætte grænser over for sine gæster. Derudover skal CTI-medarbejderen hjælpe borgeren med at anskaffe inventar til boligen, hjælpe med flytning og indretning af bolig og give praktisk støtte til borgeren, når CTI-medarbejderen observerer, at borgeren har udfordringer med at håndtere hverdagslivet i egen bolig. Det kan fx handle om praktisk støtte til at gennemføre indkøb, vask, madlavning, rengøring mv.

Nogle borgere kan ikke fastholde boligen på trods af intensiv støtte, og der kan være tilfælde, hvor en borger må tilbydes en bolig flere gange, før det lykkes at fastholde boligen. Det er

vigtigt, at borgeren ikke udelukkes fra fx kommunal boliganvisning efter et fejlslagent forsøg på at flytte i egen bolig. Borgere, som har vanskeligt ved at fastholde deres bolig, kan i nogle tilfælde fungere bedre med en anden form for specialiseret støtte, som fx ICM eller ACT.



Hjælpe- og støttepunkter til samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger om borgerens bolig.

Afhængig af borgerens personlige mål, kan CTI-medarbejderen:

- bistå med praktisk hjælp i forbindelse med indflytning og etablering i egen bolig, fx hjælp til at flytte, anskaffe møbler og inventar, hænge gardiner op mv.
- understøtte, at borgeren lærer eller får hjælp til, hvordan man køber ind, gør rent, vasker tøj, laver mad, holder orden mv
- støtte borgeren i at finde frem til, hvor man køber billigst ind, hvad man køber ind, og hvordan man agerer som kunde i en butik
- støtte borgeren i at finde frem til, hvem og hvordan der skabes kontakt til boligsociale medarbejdere i boligorganisationerne
- sikre at borgeren tilbydes ny passende bolig, hvis han eller hun ikke har kunnet fastholde sin bolig, herunder at borgeren får hjælp til indskudslån

5.3. Psykisk helbred

Mange borgere i hjemløshed lider af psykisk sygdom. Det kan være en eller flere lidelser, som fx skizofreni, bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelse eller depression. Ligeledes kan der være borgere med post-traumatisk stress syndrom (PTSD) eller kognitive forstyrrelser som ADHD. En del borgere vil have haft langvarige forløb i det psykiatriske behandlingssystem.

Det er ikke sikkert, at borgeren har fået stillet en diagnose, og der kan være behov for en psykiatrisk udredning. Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen er opmærksom på, at det for nogle borgere kan tage lang tid, før de er klar til at gå i dialog om deres psykiske helbred. I mellemtiden er det vigtigt, at CTI-medarbejderen har fokus på at understøtte, hvordan borgeren ikke bare kan forebygge og afhjælpe, men også lære at leve med sine symptomer. CTI-medarbejderen skal også understøtte borgeren i at fokusere på egne ressourcer og på det, der lykkes for borgeren i hverdagen.

Når man som CTI-medarbejder arbejder med borgerens 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 behandlingsforløbet i det psykiatriske behandlingssystem, dvs. hospitalspsykiatrien og/eller lokalpsykiatrien. For nogle borgere kan psykologsamtaler eller individuelle terapiforløb være en hjælp, mens gruppeterapi og netværksgrupper kan være relevante for andre.



Hjælpe- og støttepunkter til samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger, om borgerens psykiske helbred.

Afhængig af borgerens personlige mål, kan CTI-medarbejderen:

- støtte borgeren i at få henvisning til en psykiatrisk udredning
- I brobygningen til andre tilbud skal CTI-medarbejderen sikre, at overleveringen bliver god, og at den bliver understøttet af en recovery-orienteret plan for det fremadrettede arbejde.
- støtte borgeren i at overholde aftaler, undersøgelser, behandlinger mv.
- støtte borgeren i at følge evt. medicinsk psykiatrisk behandling
- understøtte behandlingsforløb i det psykiatriske behandlingssystem, dvs. hospitalspsykiatrien og/eller lokalpsykiatrien

5.4. Fysisk helbred

Mange borgere i hjemløshed har alvorlige fysiske helbredsproblemer som følge af et opslidende liv med gadehjemløshed, misbrug mv. Et dårligt fysisk helbred kan bestå i en generel helbredsmæssig svækkelse, men kan også omfatte mere specifikke sygdomstilstande som infektionssygdomme, lungesygdomme, hjerteproblemer, skader i bevægeapparatet mv. Der kan også være sundhedsmæssige problematikker relateret til fx usund kost, mangel på motion og ophold under uhygiejniske eller vejrmæssigt barske forhold.

Borgere i hjemløshed kan opleve betydelige barrierer forbundet med at opsøge og følge behandling hos almen læge og i hospitalssystemet. CTI-medarbejderen har her en væsentlig opgave med at understøtte borgerens kontakt med og brug af sundhedssystemet for at sikre, at borgeren får den fornødne behandling for sygdomme. Der kan være behov for, at CTI-medarbejderen støtter borgeren i at bestille tid hos lægen og tager med til lægen.

Hvis en borger får en henvisning til en speciallæge eller til hospitalet, kan der også være et behov for, at CTI-medarbejderen følger borgeren til de aftalte undersøgelser, behandling mv. Det gælder ikke mindst ved længerevarende ambulante forløb, der kræver regelmæssigt fremmøde til behandling. Der kan også være behov for øvrige tilbud i kommunalt regi, som fx et genoptræningsforløb.



Hjælpe- og støttepunkter til samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger, om borgerens fysiske helbred.

Afhængig af borgerens personlige mål, kan CTI-medarbejderen:

- støtte borgeren i at bestille tid hos lægen eller til andre undersøgelser og behandlinger
- følge med borgeren til undersøgelser, behandlinger eller til lægen og støtte borgeren i at overholde aftaler fremadrettet, fx ved længerevarende ambulante forløb
- undersøge, hvem der kan vurdere, om der er behov for tilbud i kommunalt regi som fx et genoptræningsforløb
- i samarbejde med borgeren afdække ønsker om evt. at deltage i idrætsaktiviteter (foreninger, fitness mv.)

5.5. Økonomi

Økonomi spiller i mange tilfælde en afgørende rolle for, om borgeren kan flytte i eller tilbage i egen bolig og blive i den. Derfor er økonomi og kontakt til sociale myndigheder en vigtig dimension. Størstedelen af borgere i hjemløshed er kontanthjælpsmodtagere, men den næststørste gruppe udgøres af borgere på førtidspension. For mange kan økonomien være presset, fx på grund af udgifter til et misbrug, gæld til offentlige myndigheder, banker eller private aktører.

Det er vigtigt, at CTI-medarbejderen sammen med borgeren skaber et overblik over borgerens økonomi, så borgeren forstår og bliver i stand til at agere inden for sit økonomiske råderum.

Arbejdet med borgerens økonomi er individuelt og kan variere fra at søge ydelser hos kommunen sammen med borgeren til at gå til møder med skattemyndigheder og bank, fx med henblik på at lave aftaler om afvikling af gæld. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt, hvis kommunen efter aftale med borgeren administrerer borgerens økonomi for at sikre, at faste udgifter som husleje betales, før borgeren får udbetalt resten af sin ydelse.

Der kan være behov for, at CTI-medarbejderen retter en særlig opmærksomhed på kontinuiteten i borgerens økonomiske ydelser. Opmærksomheden kan eksempelvis være med til at forebygge sanktioner mod borgeren. Sanktioner kan medføre, at borgeren ikke får udbetalt kontanthjælp og derved ikke kan betale husleje, hvilket i sidste ende kan betyde udsættelse fra boligen. For at undgå sanktioner overfor borgeren kan CTI-medarbejderen støtte borgeren i at overholde aftaler med jobcentret og ydelseskantoret. Desuden kan CTI-medarbejderen understøtte en kontakt med de relevante myndighedsenheder i de tilfælde, hvor borgeren ikke er i stand til at overholde en aftale.



Hjælpe- og støttepunkter til samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger om borgerens økonomi.

Afhængig af borgerens personlige mål kan CTI-medarbejderen:

- støtte borgeren i at bruge netbank, e-boks og nemID
- understøtte at der skabes et overblik over borgerens økonomi, så borgeren forstår og bliver i stand til at agere inden for sit økonomiske råderum
- støtte borgeren i at få åbnet rudekuperter
- understøtte at borgeren får betalt sine regninger, herunder at borgeren får foretaget tilmelding til betalingservice
- støtte borgeren i at få udarbejdet et budgetskema
- støtte borgeren i at gå til møder med skattemyndigheder og bank, fx med henblik på at lave aftaler om afvikling af gæld
- støtte borgeren i at opsøge gældsrådgivning i kommunen eller i NGO-regi

- støtte borgeren i at søge om indskudslån/depositum, etableringsydelse, boligsikring og/eller særlig støtte i forbindelse med boligudgifter efter aktivlovens § 34
- undersøge, om det er hensigtsmæssigt, at kommunen efter aftale med borgeren administrerer borgerens økonomi, så udgifter til husleje og andre faste udgifter betales, før borgeren får udbetalt resten af sin ydelse
- støtte borgeren i at overholde aftaler med jobcenter og ydelseskontor
- støtte borgeren i, at der tages kontakt til de relevante myndighedsenheder i tilfælde af, at borgeren ikke er i stand til at overholde en aftale, så borgeren ikke udsættes for økonomisk sanktion

5.6. Daglige aktiviteter

For de fleste borgere er det relevant at finde aktiviteter, som kan give indhold og mening i deres liv, og som hverdagen kan fyldes ud med, når de kommer ud af hjemløshed eller ud af den ustabile boligsituation. Det kan være aktivitets- og samværstilbud som væresteder, fysiske aktiviteter eller andre aktiviteter, som tilgodeser borgerens interesser. Det kan også være beskæftigelsesrettede aktiviteter eller at afsøge uddannelsesmuligheder.

Nogle borgere kan ønske at deltage i sociale aktiviteter, fx i en forening eller i kommunale aktivitetstilbud. For andre borgere kan det være en mulighed at lave frivilligt arbejde, hvor de oplever at kunne gøre en forskel for andre.

En vigtig del af arbejdet for en CTI-medarbejder består i at skabe kontakt til allerede eksisterende tilbud i lokalmiljøet, både målrettet målgruppen og andre tilbud, afhængigt af borgerens interesser og behov. Borgeren kan fx introduceres til lokale væresteder for at få etableret en relation til medarbejdere på stedet. Det kan også være en god idé at etablere kontakt til en jobkonsulent, som kan hjælpe borgeren med at se muligheder for aktiviteter, uddannelse eller beskæftigelse, som matcher borgerens drømme og personlige mål.

Det er vigtigt at tage hensyn til, at borgerne kan have meget forskellige udgangspunkter for at deltage i sociale aktiviteter. Nogle borgere er så fysisk eller psykisk dårlige, at de ikke føler, at de er i stand til at deltage i tilbuddene. Andre giver udtryk for et behov, men er måske usikre på, hvad de kan magte.



Hjælpe- og støttepunkter til samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger, om borgerens daglige aktiviteter.

Afhængig af borgerens personlige mål, kan CTI-medarbejderen:

- støtte borgeren i at få afdækket, hvilke aktiviteter der imødekommer borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden
- støtte borgeren i at afdække, hvilke aktiviteter der findes i lokalområdet
- støtte borgeren i, at der bliver igangsat aktiviteter

- støtte borgeren i at deltage i aktiviteterne
- støtte borgeren ved at minde borgeren om, hvornår aktiviteten foregår
- støtte borgeren i at transportere sig til stedet, hvor aktiviteten afholdes

5.7. Netværk og sociale relationer

Mange borgere i hjemløshed har et svagt socialt netværk, og mange har begrænset eller helt fraværende kontakt til familien. Borgerens eksisterende netværk kan i høj grad bestå af kontakter i boforms- og misbrugsmiljøer. Samtidig kan det være vanskeligt at opbygge og fastholde nye sociale relationer, mens man befinder sig i en hjemløshedssituation eller i en ustabil boligsituation.

Når borgeren flytter i egen bolig, kan der let opstå følelser af utryghed og ensomhed. Der kan rejse sig spørgsmål om, hvilke relationer vedkommende ønsker at bevare kontakten til, og hvilke relationer borgeren evt. ønsker at afbryde kontakten til. Borgeren kan have relationer fra tidligere i livet, som er trådt i baggrunden eller er blevet misligholdt, men som kan genetableres eller styrkes. For de relationer, der skal styrkes, kan det hjælpe, at borgeren flytter i egen bolig, da det giver nye muligheder og nye rammer for at få besøg af fx familie, børn og andre relationer. I arbejdet med borgerens relation anbefales det at benytte redskaberne netværkshort og netværksoverblik, som findes i bilag 7 og 8.



Hjælpe- og støttepunkter til samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger, om borgerens netværk og sociale relationer.

Afhængig af borgerens personlige mål, kan CTI-medarbejderen:

- i samarbejde med borgeren afdække borgerens sociale netværk, fx ved hjælp af netværkshort
- indgå i dialog med borgeren om, hvilke ønsker borgeren har om at genetablere relationer til fx familie og eventuelle børn
- indgå i dialog med borgeren om, hvordan borgeren kan genetablere og styrke relationer
- bistå med råd og vejledning, hvis der opstår konflikter undervejs
- understøtte borgeren i muligheden for at danne nye relationer og netværk, fx gennem deltagelse i foreningsaktiviteter, sociale aktivitets- og samværstilbud eller gennem beskæftigelses- eller uddannelsesrettede aktiviteter

5.8. Misbrug

Alkohol- og/eller stofmisbrug kan være et problem, som er relevant at arbejde med for mange borgere i hjemløshed. Misbruget kan i nogle tilfælde være en væsentlig årsag til, at borgeren blev sat ud af egen bolig, og derfor medvirkende til, at borgeren oplever hjemløshed. Misbrug kan også være relateret til psykisk sygdom og blive brugt som et middel til at dulme et hårdt liv, der er forværret af en hjemløshedssituation.

Nogle borgere er tilknyttet misbrugsbehandling, mens andre er ophørt i et forløb i misbrugsbehandlingssystemet, fx fordi de havde vanskeligt ved at følge en regelmæssig misbrugsbehandling, mens de befandt sig i en hjemløshedssituation. En del borgere i hjemløshed vil være i substitutionsbehandling for opiatmisbrug.

Det er langt fra alle borgere, der er motiverede for eller i stand til at stoppe et misbrug. Et væsentligt kerneprincip i Housing First-tilgangen er, at der ikke stilles krav om ophør eller reduktion af misbrug som betingelse for at få anvist en bolig. Det skyldes, at en ustabil boligsituation i sig selv kan vanskeliggøre, at borgeren kan følge misbrugsbehandling og få udbytte af behandlingen. En stabilisering af boligsituationen er således en forudsætning for at kunne arbejde med at styrke borgerens livssituation, herunder fx senere at forholde sig til et misbrug.

Med en Housing First-tilgang stilles der ikke krav om, at borgeren skal arbejde med ophør/reduktion af misbrug efter anvisning til en bolig. CTI-medarbejderen indgår i en dialog med borgeren om vedkommendes ønsker til sit liv, herunder hvad borgeren ønsker at arbejde med i forbindelse med et misbrug. Dette sker ud fra et princip om skadesreduktion.

Afhængigt af borgerens ønsker og behov kan borgeren tilknyttes et behandlingsforløb på et misbrugscenter. CTI-medarbejderen spiller en vigtig rolle, når det gælder om at hjælpe borgeren med at få sat et behandlingsforløb i gang, finde et tilbud til borgeren og understøtte borgeren i at følge et behandlingsforløb.

En del borgere oplever en intensivering af misbruget i perioden efter, at de er flyttet i egen bolig. Stigningen 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 stabilisering af boligsituationen begynder at efterspørge støtte til at mindske misbruget. En del borgere fortsætter med et misbrug, og nogle borgere giver udtryk for, at de ønsker at fortsætte med fx deres brug af alkohol.



Hjælpe- og støttepunkter til samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger om borgerens misbrug.

Afhængig af borgerens personlige mål, kan CTI-medarbejderen:

- indgå i en dialog med borgeren om vedkommendes ønsker til sit liv, herunder hvad borgeren ønsker at arbejde med i forhold til sit misbrug
- støtte borgeren i at få afklaret, om borgeren ønsker og har behov for at blive tilknyttet et behandlingsforløb på et misbrugscenter
- understøtte borgeren i at følge et behandlingsforløb

5.9. Uddannelse og beskæftigelse

En indsats på det sociale område skal understøtte den enkeltes mulighed for at leve et liv på egne præmisser og i overensstemmelse med egne valg. Indsatsen på det sociale område har til formål at støtte den enkeltes mulighed for at blive inkluderet i samfundet, herunder at bidrage på arbejdsmarkedet og deltage i fællesskabet på en arbejdsplads.

Et arbejde vil ofte være en forudsætning for, at man kan forsørge sig selv og sin familie, og for at man kan leve et selvstændigt liv i egen bolig med frihed til at realisere drømme, ønsker og håb for fremtiden. Nogle borgere i hjemløshed kan måske arbejde nogle få timer om ugen, og for dem kan "småjob" være vejen til at indgå i et meningsfuldt fælleskab i hverdagen.

De gældende regler på beskæftigelsesområdet indebærer, at man bliver mødt med forventninger og krav fra jobcenteret, hvis man modtager en midlertidig forsørgelsesydelse som fx kontanthjælp, som mange borgere i hjemløshed gør.

CTI-medarbejderen kan være med til at understøtte en arbejdsmarkeds- og uddannelsesrettet indsats i jobcenteret, så borgeren kan bevare eller udvikle et perspektiv om job eller uddannelse også i vanskelige perioder. Det er vigtigt, at forventninger og krav til borgeren stemmer overens med, hvad borgeren kan leve op til med den rigtige hjælp og støtte. Hvis borgeren ikke er parat til at varetage et job på ordinære vilkår, vil han eller hun typisk få tilknyttet en koordinerende sagsbehandler i jobcenteret, som skal sikre, at indsatsen er tværfaglig og koordineret på tværs af de kommunale forvaltninger og andre myndigheder. Den koordinerende sagsbehandler er en vigtig samarbejdspart for CTI-medarbejderen. Det er vigtigt at huske, at mens CTI-medarbejderen er en midlertidig støtte, så forbliver andre myndighedsområder ofte en del af borgerens liv efter CTI-indsatsens ophør.

Alle har ret til støtte fra jobcenteret, hvis de ønsker at få tilknytning til arbejdsmarkedet. Det betyder, at også borgere på førtidspension kan få støtte, hvis de ønsker det.



Hjælpe- og støttepunkter til samarbejdet mellem CTI-medarbejder og borger om borgerens uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer.

Afhængig af borgerens personlige mål kan CTI-medarbejderen:

- støtte borgeren i at få undersøgt, om borgeren modtager offentlig forsørgelse, og hvem der er borgerens sagsbehandler. Evt. støtte borgeren i at få arrangeret et møde, hvor CTI-medarbejderen deltager sammen med borger og sagsbehandler
- støtte borgeren i at få undersøgt (evt. i samarbejde med jobcenter), om borgeren er berettiget til en mentor fra jobcenteret, som kan hjælpe med at genetablere og understøtte et normalt hverdagsliv med bolig, familie, økonomi, netværk og arbejde
- tale med borgeren om ønsker og drømme i forhold til at få et arbejde eller starte på en uddannelse. Herunder understøtte at borgeren får en god dialog med sagsbehandleren i jobcenteret med henblik på at lave en plan for uddannelse eller beskæftigelse, som matcher borgerens mål og drømme
- sikre, at borgeren forstår, at der er forpligtigelser og rettigheder forbundet med at modtage en offentlig forsørgelsesydelse. Jobcenteret har flere muligheder for at hjælpe med at finde et job, en relevant uddannelse eller en praktikplads på en almindelig arbejdsplads, hvor det er muligt at tage særlige hensyn og/eller tilknytte en mentor.

Bilag 1: Tjekliste til 1. fase i CTI-indsatsen

Dette er en tjekliste til de elementer, som CTI-medarbejderen bør inddrage i 1. fase af CTI-indsatsen i samarbejdet med borgeren. Tjeklisten er desuden et redskab til at sikre, at de centrale elementer i CTI-metoden følges, og at CTI-medarbejderen derfor udfører indsatsen med en høj grad af metodefidelitet.

Tabel 2. Tjekliste til 1.fase

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 CTI-plan 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			

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
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, som 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			

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
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.			

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
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 2. fase			
Borgeren er flyttet i egen bolig			
Borgerens støttebehov er afklaret			
Der er udarbejdet en prioriteret CTI-plan			
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			

Bilag 2: Tjekliste til 2. fase i CTI-indsatsen

Dette er en tjekliste til de elementer, som CTI-medarbejderen bør inddrage i 2. fase af CTI-indsatsen i samarbejdet med borgeren. Tjeklisten er desuden et redskab til at sikre, at de centrale elementer i CTI-metoden følges, og at CTI-medarbejderen derfor udfører indsatsen med en høj grad af metodefidelitet.

Tabel 3. Tjekliste 2. fase

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
Sammenhæng i indsatsen			
Der er etableret 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 fokus på at afprøve og tilpasse borgerens CTI-plan 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-bøstøtte efter CTI-indsatsen 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 i hverdagen			

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
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 og 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, som borgeren deltager i			

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
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.			

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
Borgeren støttes i at følge eventuelle uddannelsesforløb, kurser, aktiveringsforløb o.l.			
Ved overgang til 3. fase			
Der er foretaget en evaluering af CTI-planen og indsatsen sammen med borgeren			
Der er foretaget eventuelle tilretninger af CTI-planen sammen med borgeren			
Der er foretaget eventuelle tilpasninger af indsatsen sammen med borgeren			

Bilag 3: Tjekliste til 3. fase i CTI-indsatsen

Dette er en tjekliste til de elementer, som CTI-medarbejderen bør inddrage i 3. fase af CTI-indsatsen i samarbejdet med borgeren. Tjeklisten er desuden et redskab til at sikre, at de centrale elementer i CTI-metoden følges, og at CTI-medarbejderen derfor udfører indsatsen med en høj grad af metodefidelitet.

Tabel 4. Tjekliste fase 3

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
Sammenhæng i indsatsen			
Borgeren har en §141-handleplan			
Der er fokus på at de sidste tilpasninger i CTI-planen og indsatsen			
Der er fokus på overdragelse af ansvaret for støtten efter CTI-indsatsen til fx den kommunale sagsbehandler eller en aktør i støttenetværket			
Der er en fortsat kontakt med de tilbud og indsatser, som borgeren er tilknyttet			
Det er afklaret, om borgeren har behov for fortsat §85-bostøtte efter CTI-indsatsen. Der foretages en visitation, og § 85-støtten igangsættes inden CTI-indsatsen 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 i hverdagen			
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			

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
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-indsatsen			
Aktiviteter i hverdagen			
Der er fokus på forankringen af eventuelle aktiviteter, som borgeren deltager i, og fortsættelsen efter CTI-indsatsen afsluttes			
Fysisk helbred			
Borgerens fysiske helbred og et eventuelt fortsat behov for behandling tages i betragtning ved udarbejdelsen af overdragelsesplanen for støtten efter CTI-indsatsens afslutning			
Ved overdragelsen af ansvaret for støtten efter CTI-indsatsen 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 overdragelsesplanen for støtten efter CTI-indsatsens afslutning			
Ved overdragelsen af ansvaret for støtten efter CTI-indsatsens 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 overdragelsesplanen for støtten efter CTI-indsatsens afslutning			
Ved overdragelsen af ansvaret for støtten efter CTI-indsatsens afslutning beskrives og placeres et ansvar for eventuel fortsat støtte i forbindelse med misbrugsproblemer			

Dimension/aspekt	Ja	Nej	Irrelevant
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-indsats			
Der er etableret et støttenetværk omkring borgeren			
CTI-medarbejderen har gradvist trappet ned på støtten i CTI-indsatsen			
Der er afholdt overdragelsessamtaler med alle relevante aktører			
Ansvar for den langsigtede støtte efter CTI-indsatsens ophør er placeret			
Der er udarbejdet en overdragelsesplan i samarbejde med borgeren og med deltagelse af den person, der overtager ansvaret for støtten efter CTI-indsatsens 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			
CTI-medarbejderen og borgeren har fejret at CTI-indsatsen er gennemført ved fx et cafebesøg.			

Bilag 4: Tjekliste til vurdering af CTI-indsatsens metodefidelitet

Dette er en tjekliste til vurdering af indsatsens metodefidelitet. Redskabet anvendes oftest af tovholder/projektleder af indsatsen i kommunen.

For at en indsats er i overensstemmelse med CTI-metoden, skal den indeholde en række kerneelementer. Der er evidens for, at metoden virker, hvis kerneelementerne følges. Det kaldes metodefidelitet, når en indsats er i overensstemmelse med kerneelementerne. For at understøtte arbejdet med kerneelementer og for at sikre, at metodefideliteten overholdes, er der udarbejdet denne tjekliste til CTI-metoden.

Table 5. Tjekliste til vurdering af CTI-indsatsens metodefidelitet

Aktivitet	Ja	Nej	Ved ikke
Der etableres en permanent boligløsning for borgeren tidligt i CTI-indsatsen			
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 støtteindsats gives uafhængigt af borgerens boligsituation			
Der er maksimalt 10 borgere tilknyttet én CTI-medarbejder			
CTI-medarbejderen varetager koordination til myndighedssagsbehandler og jobcenter			

Aktivitet	Ja	Nej	Ved ikke
CTI-indsatsen følger de tre faser			
Borgerens behov for støtte og sociale indsatser udredes			
Der foretages en visitation til CTI-indsatsen			
Borgeren er tilbudt en § 141-handleplan			
Der er udarbejdet en § 141-handleplan, hvis borgeren ønsker det			
Der udarbejdes en CTI-plan 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			
CTI-planen og de igangsatte aktiviteter afprøves og evalueres i praksis			
Borgeren tilbydes praktisk støtte ved indflytningen			
Borgeren tilbydes støtte 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 overdragelsesplan for en eventuel videre indsats for borgeren			

Aktivitet	Ja	Nej	Ved ikke
Der afholdes et afsluttende møde mellem borgeren, CTI-medarbejderen og støttenetværket, hvor ansvaret for en eventuel videre indsats videregives			
CTI-medarbejderen modtager regelmæssig supervision			

Bilag 5: Faseplan

Faseplanen danner overblik over antallet af CTI-indsatser, og hvornår der skal foretages faseskift i hver indsats.

Det anbefales, at tovholder/projektleder opdaterer faseplanen hver uge og runddele til CTI-medarbejderne. Derved kan faseplanen bruges som redskab til at planlægge og styre caseload, samt sikre at faseskift sker rettidigt.

Faseplanen er et redskab til CTI-medarbejderen, til at sikre et overblik over antallet af forløb og hvilken fase hver borger befinder sig i. Det er også et redskab til at sikre et fokus på, at de aktiviteter, der samarbejdes med borgeren om, er i overensstemmelse med den fase, som CTI-indsatsen befinder sig i.

Faseplanen er desuden et redskab til metodesupervision, hvor det kan drøftes, om de aktiviteter der samarbejdes med borgeren om, er i overensstemmelse med den fase, som CTI-indsatsen befinder sig i.

Liste over borgere i CTI-indsats

Navn			
Borger:		CTI:	
Datoer			
Start kontaktskabelsesperiode:			
Planlagt	Realiseret	Årsag til afsluttet CTI-indsats*	
1. fase			
2. fase			
3. fase			

*afsluttet som planlagt efter 9 måneder, eller afsluttet før tid, fx ved død, flyttet til anden kommune, forsvundet, nægter at deltage, fængslet, indlagt, mv.

Bilag 6: CTI-plan

CTI-planen er et redskab til at arbejde med mål og aktiviteter i CTI-indsatsen.

CTI-planen skal indeholde ca. tre fokusområder med mål og aktiviteter, som borgeren i samarbejde med CTI-medarbejderen opstiller og prioriterer for CTI-indsatsen. CTI-planen skal indeholde konkrete oplysninger om, hvilke aktiviteter der skal gennemføres, samt hvilke kontakter der skal inddrages. Planen skal også indeholde delmål til, hvordan borgeren når de opstillede mål, så CTI-planen bliver et redskab i dialogen med borgeren. Delmål kan også bidrage til at synliggøre borgerens små succeser undervejs i forløbet. CTI-planen må ikke forveksles med § 141-handleplanen.

Det er vigtigt, at der arbejdes med få udvalgte fokusområder, for at sikre fokus og for at kunne opstille realistiske mål. CTI-planen er et dynamisk styringsværktøj, hvor de opstillede mål og delmål er styrende for samarbejdet mellem borgeren og CTI-medarbejderen.

CTI-planen skal indgå som et delement i borgerens § 141-handleplan.

CTI-plan

Dato for udarbejdelse:	CTI-medarbejder:	Borger:
Udarbejdet for: <input type="checkbox"/> Kontaktskabelsesperiode <input type="checkbox"/> 1. fase <input type="checkbox"/> 2. fase <input type="checkbox"/> 3. fase	Dato for fasens start: Dato for fasens afslutning:	Dimensioner der arbejdes med i fasen: <input type="checkbox"/> Bolig <input type="checkbox"/> Psykisk helbred <input type="checkbox"/> Fysisk helbred <input type="checkbox"/> Økonomi <input type="checkbox"/> Daglige aktiviteter <input type="checkbox"/> Netværk og sociale relationer <input type="checkbox"/> Misbrug <input type="checkbox"/> Uddannelse og beskæftigelse
Årsag til at arbejde med denne dimension:		
Mål for arbejdet:		
Delmål på vejen:		
Ansvar:		

Bilag 7: Netværksoverblik

Netværksoverblikket skal medvirke til at give et overblik over netværket og dets funktion og roller i forhold til borgeren. Netværksoverblikket giver både borgere og CTI-medarbejderen et hurtigt overblik over, hvem borgeren er i kontakt med, og hvem der kan støtte borgeren fra det private netværk og/eller det professionelle netværk.

Det er CTI-medarbejderen, som har ansvaret for at udfylde og opdatere netværksoverblikket.

Tabel 6. Netværksoverblik

Netværksoverblik	Sæt kryds, hvis personen allerede er en aktiv del af borgerens netværk	Kontaktoplysninger: Navn, direkte nummer, hovednummer, mail, postadresse, indsæt gerne et billede	Støttmuligheder. Hvad kan personen evt. hjælpe med?
Familie/pårørende			
Familie/pårørende			
Familie/pårørende			
Sagsbehandler (børne- og ungeområdet)			
Sagsbehandler (voksenområdet)			
Økonomisk sagsbehandler (ydelse)			
UU-vejleder			
Jobcenterkonsulent			
Støtte- og kontaktperson			
Behandlingspsykiatri (sengeafsnit)			
Distriktpsychiatrien/ lokalpsychiatrien			
Misbrugskonsulent			
PPR-medarbejder			

Netværksoverblik	Sæt kryds , hvis personen allerede er en aktiv del af borgerens netværk	Kontaktoplysninger: <i>Navn, direkte nummer, hovednummer, mail, postadresse, indsæt gerne et billede</i>	Støttemuligheder. <i>Hvad kan personen evt. hjælpe med?</i>
SSP-medarbejder			
Familieplejekonsulent			
Familiebehandler			
Anbringelsessted			
Kriminalforsorgen			
Egen læge			
Skolerepræsentant			
Uddannelsesinstitution			
Repræsentant for virksomhed			
Repræsentant for praktiksted			
Andre			

Bilag 8: Netværkskort

Netværkskortet er et redskab, som borgeren sammen med CTI-medarbejderen kan bruge til at udpege de personer fra det private og professionelle netværk, som kan være relevante i arbejdet med at etablere nye netværk og understøtte borgerens proces i forhold til at bo i egen bolig. Der identificeres personer, som vil være relevante at involvere i det fremtidige arbejde.

Netværkskortet udfyldes af borgeren sammen med CTI-medarbejderen. Alle aktører, der arbejder sammen med borgeren, vil have glæde af at se kortet for at få overblik over de aktører, som er en del af borgerens netværk. Borgeren skal dog samtykke til, at andre får adgang til netværkskortet.

Ud fra netværkskortet afdækkes, hvem der er en del af borgerens netværk. I den forbindelse kan følgende spørgsmål være gode at stille borgeren:

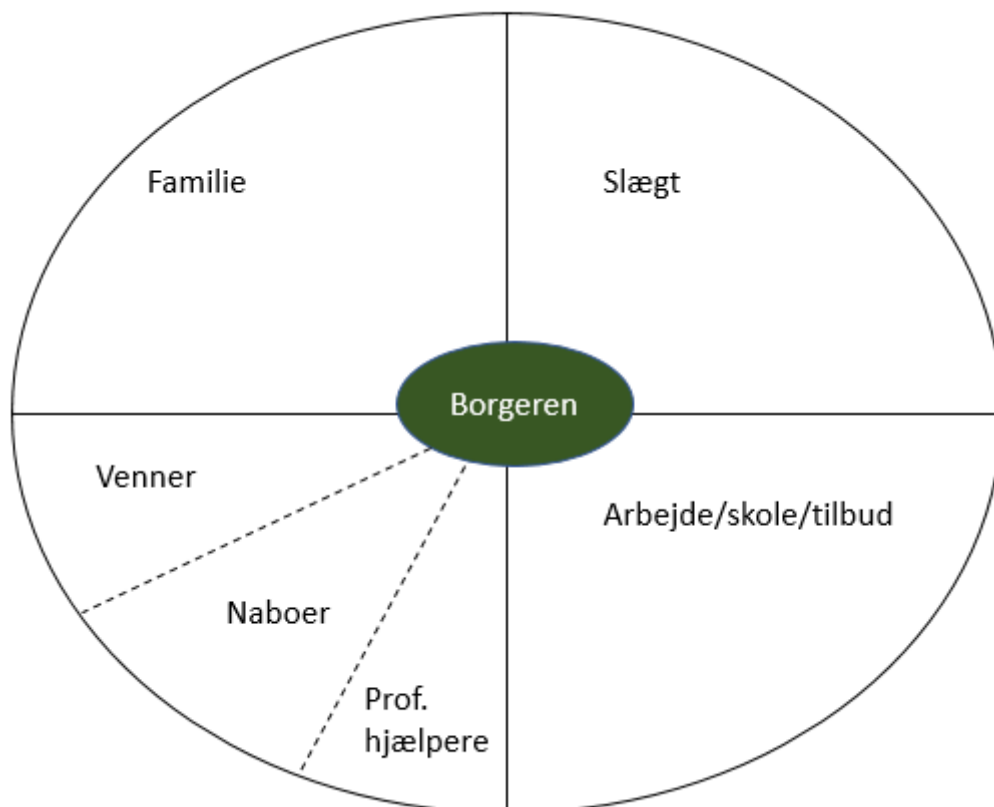
- hvilke personer findes i dit liv?
- hvem er en del af dit liv lige nu?
- hvem kender til, hvordan du har det i dag?
- hvem ved noget om dit liv?
- hvem kan du tale med?

Ud fra netværkskortet udpeges følgende konkrete personer:

- personer fra borgerens private netværk, herunder familie, slægt, venner og andre (naboer, arbejdskolleger, skolekammerater og evt. andre)
- personer fra borgerens professionelle netværk, herunder mennesker, hvis job gør dem til en del af borgerens netværk (fx socialrådgiver, sagsbehandler fra jobcenter, psykolog, lærer og evt. andre)

Fremgangsmåde:

- 1) Borgeren udarbejder en liste over de personer, som han eller hun har en relation til. Brug evt. netværksoverblikket fra bilag 7.
- 2) I netværkskortet (figur 6) placeres personerne i de relevante felter og i den afstand fra borgeren, som føles rigtig for borgeren. Personerne kan inddeles i følgende grupper:
 - a. **familie**. De personer, som borgeren bor hos eller har en tæt relation til, hvor der er kontakt til personerne dagligt eller ofte
 - b. **slægt**. De personer, som borgeren ikke bor hos eller har en mere fjern relation til, og hvor der dermed er sjældnere kontakt
 - c. **andre**. De personer, som borgeren møder i fritiden, dvs. naboer, venner, fodboldtræner osv
 - d. **arbejde/skole/tilbud**. Fx leder/chef på arbejdspladsen, kolleger og lærere. Der er evt. daglig kontakt.
 - e. **professionelle**. De personer, som evt. kan indgå i netværksteamet eller deltage i netværksmøder, herunder diverse myndighedspersoner/sagsbehandlere, tovholder og andre professionelle, fx psykolog, læge osv.
- 3) I netværkskortet tegner borgeren en streg mellem de personer, der har noget med hinanden at gøre.

Figur 6. Netværkskort.

CTI-medarbejderen finder sammen med borgeren ud af, hvordan kortet visuelt skal tegnes. Det kan være en god idé at tegne på et stort stykke papir, fx A3, og derefter scanne papiret ind, så det ligger elektronisk og er let at dele med andre.

Litteraturliste

- Andersen, ML. *et al.* (2000). *Empowerment på dansk*. Frederikshavn: Dafolo forlag
- Benjaminsen, L. (2014). *Housing First*. En permanent bolig o gen helhedsorienteret social indsats.
- Benjaminsen, L. m.fl. (2017). *Housing First i Danmark. Evaluering af implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- Benjaminsen, L. m.fl. (2020). *Udbredelsen af Housing First. Muligheder og barrierer i implementeringen af Housing First på hjemløhedsområdet i Danmark*. København: Vive og Rambøll
- Eplov *et al.* (2013). *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*. København: Nota.
- Guldager, J. (2011): *Helhedssyn – teori og modeller på børnefamilieområdet*. I: Asta-Bo, K., Guldager, J. og Zeeberg, B. (2011): *Udsatte børn – et helhedsperspektiv*. 2. udgave. Akademisk Forlag
- Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet.
Rehabiliteringsforum Danmark. Århus: MarselisborgCentret
- Medin, J. *et al.* (2003). Health promotion: a case study. *Disability and rehabilitation. An international, multidisciplinary Journal*. Vol. 25 (16).
- Pleace, N. (2019): *Housing First-håndbog. Europa*. Socialstyrelsen. Online tilgængelig på: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/housing-first-handbog-europa>
- Rambøll Management Consulting og VIVE (2018): *En helhedsorienteret og tidlig indsats blandt unge og unge i risiko for hjemløshed. Evalueringsrapport*. Socialstyrelsen
- Roberts-Yates, C. (2003). The concerns and issues of injured workers in relation to claims/injury management and rehabilitation: the need for new operational frameworks. *Disability and rehabilitation. An international, multidisciplinary Journal*. Vol. 25 (16).
- Slade, M. (2013). 100 ways to support recovery – a guide for mental health professionals. *Rethink*, vol. 1.
- Begrebsbasen om Rehabilitering.
Socialstyrelsen.
- Starring, B. (2000). *Empowerment och funktionshinder. I: Et liv som andre, livsvilkår för personer med funktionshinder*. P Brusén. & L.C. Hydén (ed). Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Tsemberis, S. (2010): *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Health and Substance Use Disorders*. Minnesota: Hazelden Publishing.
- Vidensportalen om Recovery.
Socialstyrelsen



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk