



Socialstyrelsen

Indsatsbeskrivelse

Modificeret ACT-indsats

Januar 2023

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

Indhold udarbejdet af Rambøll Management
Consulting for Socialstyrelsen.

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Digital ISBN: 978-87-94371-55-1

Indhold

1.	Introduktion	2
1.1	Læsevejledning	4
2.	M-ACT-indsatsens indhold og formål	5
2.1	Hvilke resultater forventes M-ACT-indsatsen at skabe?	5
2.2	Hvad er M-ACT-planen?	6
2.3	Hvad er praksismodellen?	7
3.	Organisering af indsatsen og M-ACT-teamet	9
3.1	Tre kernefunktioner	9
3.2	Teamkoordinator	10
3.3	Ledelsesfokus på tværprofessionelt samarbejde og systematik for koordination	11
3.4	M-ACT-teamets viden og kompetencer	11
3.5	M-ACT-teamets størrelse og antal timer allokeret til M-ACT-indsatsen	12
3.6	Et fælles mødested og samlingspunkt for M-ACT-teamet	13
3.7	Fleksibilitet i tilrettelæggelsen af M-ACT-teamets arbejde	13
4.	Målgruppen for M-ACT	14
5.	Indsatsens værdigrundlag	15
5.1	Recovery	15
5.2	Empowerment	16
5.3	Social inklusion	17
6.	Indsatsens kernelementer	18
6.1	Individuelt tilrettelagt	19
6.2	Intensiv	22
6.3	Fleksibel	24
6.4	Udgående	26
6.5	Tidsbestemt og vedholdende	28
6.6	Tværprofessionel	30
6.7	Koordineret	32
7.	Praksismodellens dele	34
7.1	Screening og afklaring af match mellem borger og M-ACT-indsats	37
7.2	Relationsdannelse og dybdegående afdækning	38
7.3	Målrettet arbejde med ønsker, håb og drømme	39
7.4	Brobygning til andre indsatser	40
8.	Kilder: Litteraturliste og oversigt over gennemførte interview	41
8.1	Litteraturliste	41
8.2	Gennemførte interviews	42
	Bilag A: Udvikling af indsatsbeskrivelsen	43
	Bilag B: Hvad er forskellen mellem ACT og M-ACT	44
	Bilag C: Hjælperedskaber	46

1. Introduktion

Assertive Community Treatment (ACT) er en manual- og evidensbaseret indsats udviklet i USA målrettet udsatte borgere med komplekse problemstillinger. Indsatsen ydes direkte til borgeren af et tværfagligt ACT-team og er intensiv, fleksibel og udgående samt tilpasset borgerens individuelle behov.

I Danmark har ACT-indsatsen primært været afprøvet og anvendt på hjemløshedsområdet og i behandlingspsykiatrien. Metoden er imidlertid ikke særlig udbredt. Dette primært fordi indsatsen opleves at være for omfattende og dyr for mindre og mellemstore kommuner at implementere.

På den baggrund igangsatte Socialstyrelsen udviklingen af en **modificeret ACT-indsats** (M-ACT-indsatsen). Formålet med udviklingen af M-ACT-indsatsen har været at skabe en indsats, der bygger på det samme værdigrundlag og flere af kerneelementerne fra den oprindelige ACT-indsats, men som er lettere at implementere i en dansk kommunal kontekst.

Dette dokument indeholder en detaljeret beskrivelse af M-ACT-indsatsen og er udarbejdet som en metode-manual til kommuner, som ønsker at implementere indsatsen.

Indsatsbeskrivelsen bygger på erfaringer fra København, Varde og Fredericia Kommune, som i samarbejde med Socialstyrelsen, Professionshøjskolen Absalon og Rambøll Management Consulting har arbejdet med at videreudvikle og implementere M-ACT-indsatsen i perioden 2019-2022 i udviklingsprojektet "Modning af en modificeret ACT-indsats til borgere med komplekse problemer". Indsatsbeskrivelsen er udformet på baggrund af resultaterne fra projektets slutevaluering samt aktuelt bedste viden fra forskning og praksis i udvalgte kommuner.

Formålet med M-ACT-indsatsen er, at borgere med de mest komplekse problemstillinger modtager en indsats, der bidrager til at forbedre deres livssituation og trivsel. Intentionen er bl.a. at understøtte, at borgerne får foretaget relevante sociale og sundhedsmæssige udredninger, og at borgerne modtager indsatser, der har en varighed, så der skabes bedring og stabilitet i borgernes liv.

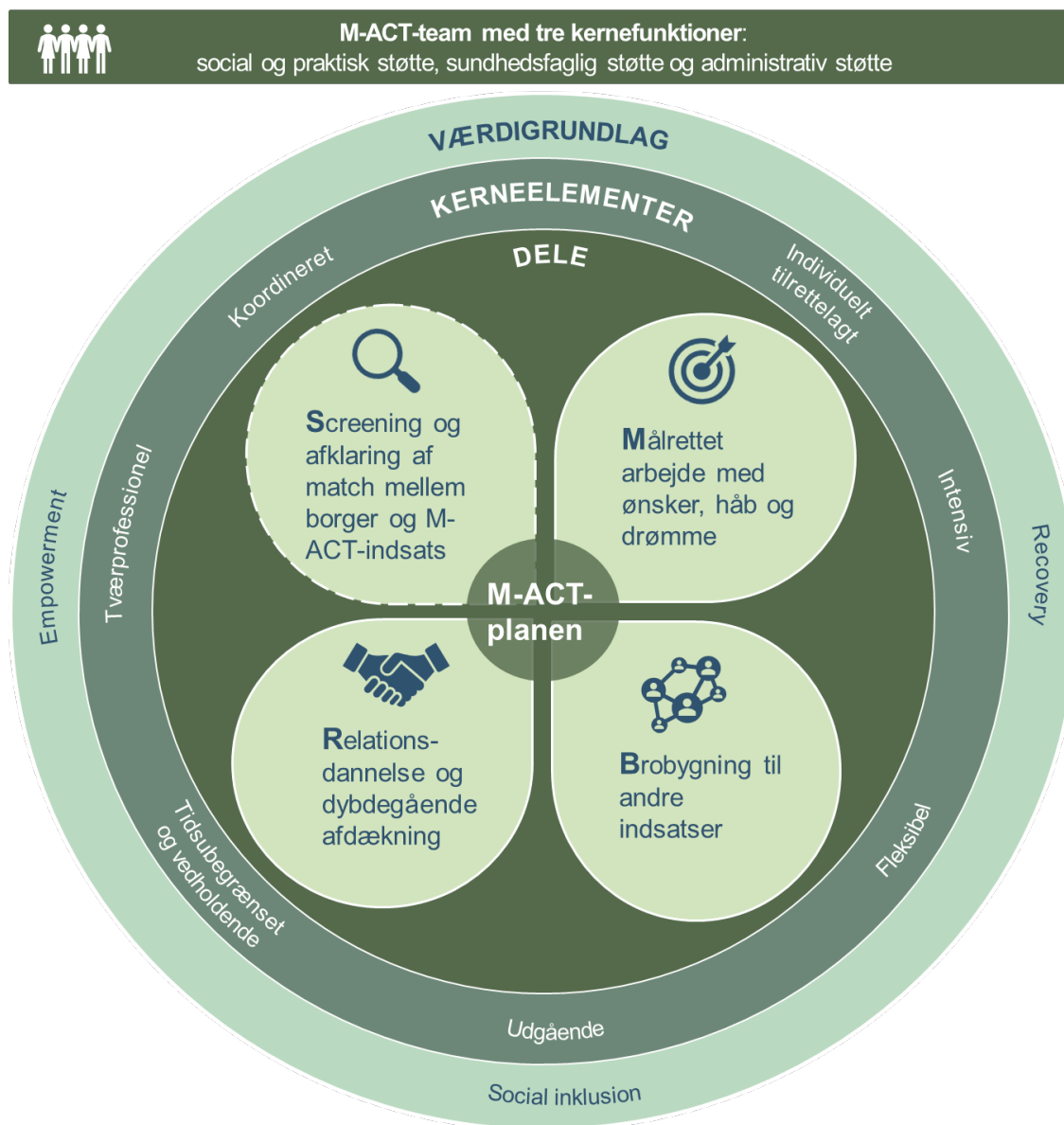
M-ACT-indsatsen udføres af et team med tre kernefunktioner og selve indsatsen består af: (1) et værdigrundlag og syv kerneelementer, (2) en praksismodel og (3) en M-ACT-plan. Værdigrundlaget og kerneelementerne beskriver tilsammen, hvordan og med hvilket mindset M-ACT-indsatsen skal udmøntes i praksis, mens M-ACT-planen og praksismodellen strukturerer indsatsens indhold og faglige retning. Praksismodellen, M-ACT-planen og kerneelementerne supplerer derfor hinanden i implementeringen af indsatsen.

Indsatsens værdigrundlag består af *recovery*, *empowerment* og *social inklusion*, mens de syv kerneelementer i indsatsen indebærer, at praksis i en M-ACT-indsats skal være:

1. Individuelt tilrettelagt
2. Intensiv
3. Flexibel
4. Udgående
5. Tidsbestemt og vedholdende
6. Tværprofessionelt
7. Koordineret.

På næste side præsenteres indledningsvist et visuelt overblik over den samlede praksismodel.

Figur 1: M-ACT-praksismodellen bestående af værdigrundlag, kerneelementer, praksismodellens dele og M-ACT-planen¹



Blomsten i midten af cirklerne udgør praksismodellen. Praksismodellen præciserer, *hvad* indsatsen kan indeholde, alt efter hvor borgeren er i sin recovery-proces, og *hvorfor* dette indhold er relevant. Værdigrundlaget og kerneelementerne beskriver, *hvordan* aktiviteterne i indsatsen kan udmøntes i de enkelte dele af indsatsen, og hvorfor det er vigtigt at udmønte aktiviteterne på disse måder. På den måde supplerer praksismodellen og kerneelementerne hinanden, og indsatsen kan derfor ikke praktiseres ud fra enten indholdet i praksismodellen eller kerneelementerne alene. Alle kerneelementerne skal udmøntes i alle dele af indsatsen i den udstrækning, det er relevant, i samarbejdet med den enkelte borger.

¹ En stiplede linje markerer 'Screening og afklaring af match mellem borger og M-ACT-indsats' for at afspejle, at denne del af indsatsen er af en anden karakter end de andre dele af indsatsen. Dette primært fordi aktiviteterne i denne del af indsatsen kan afholdes af personer uden for M-ACT-teamet.

1.1 Læsevejledning

Indsatsbeskrivelsen er opdelt i syv kapitler samt tre bilag. Denne introduktion udgør indsatsbeskrivelsens første kapitel og indholdet i de resterende seks kapitler præsenteres overordnet herunder.

Kapitel 2 belyser, hvilke resultater M-ACT-indsatsen forventes at skabe for borgerne. Derudover introduceres M-ACT-planen og praksismodellen. M-ACT-planen og praksismodellen beskriver fremgangsmåden i M-ACT-teamets praksis og understøtter strukturen i borgernes indsats. Tilsammen beskriver M-ACT-planen og praksismodellen indholdet i borgernes M-ACT-indsats. Kerneelementerne beskriver, hvordan handlingerne i indsatsen skal udføres.

Kapitel 3 beskriver indsatsens organisering. Indsatsen indeholder tre dimensioner af støtte, der tilsammen udgør M-ACT-indsatsen til borgerne. De tre dimensioner er (1) at give borgeren social og praktisk støtte, (2) at give borgeren en specialiseret helbredsmæssig indsats samt (3) at give borgeren støtte til administrative forhold (fx bolig og økonomi). Derudover består M-ACT-teamet af en teamkoordinator, som er ansvarlig for at understøtte koordination, indsatsens faglige retning samt det tværprofessionelle samarbejde i M-ACT-teamet. Kapitlet angiver, hvordan kernefunktionerne og teamkoordinatoren indgår i indsatsen, og hvilke organisatoriske forudsætninger der er nødvendige for, at kernefunktionerne kan praktisere indsatsen.

Kapitel 4 præciserer målgruppen for M-ACT-indsatsen.

Kapitel 5 beskriver indsatsens værdigrundlag. Værdigrundlaget består af tre grundlæggende værdier: *recovery*, *empowerment* og *social inklusion*. Værdigrundlaget skal være afspejlet i M-ACT-teamets arbejde med kerneelementerne.

Kapitel 6 præsenterer indsatsens syv kerneelementer: (1) individuelt tilrettelagt, (2) intensiv, (3) fleksibel, (4) udgående, (5) tidsubestemt og vedholdende, (6) tværprofessionel og (7) koordineret. Kerneelementerne beskriver tilsammen den praksis, der skal være til stede for at udføre en M-ACT-indsats. Kerneelementerne beskriver dermed, hvordan handlinger i indsatsen skal udføres. Udmøntningen af kerneelementerne udspringer af indsatsens værdigrundlag.

Kapitel 7 udfolder indsatsens praksismodel. Praksismodellen består af i alt fire dele: (1) screening og afklaring, (2) stabilisering og dybdegående afdækning af ønsker, håb og drømme, (3) målrettet arbejde med ønsker, håb og drømme samt (4) brobygning til andre indsatser. Praksismodellen beskriver og strukturerer indholdet i indsatsen, med henblik på at bibeholde fokus på borgerens recovery-proces gennem hele M-ACT-forløbet. Udøvelsen af de enkelte handlinger og aktiviteter i praksismodellen er detaljeret beskrevet i kernelementerne.

Kapitel 8 oplister kilderne til udarbejdelsen af indsatsbeskrivelsen.

Bilag A skitserer, hvordan indsatsbeskrivelsen er blevet udviklet gennem projektperioden.

Bilag B belyser forskellen mellem ACT- og M-ACT-indsatsen.

Bilag C indeholder hjælperedskaber, der kan anvendes i udmøntningen af indsatsens kerneelementer.

2. M-ACT-indsatsens indhold og formål

Dette kapitel udfolder M-ACT-indsatsens formål og indhold. Indledningsvist præsenteres formålet med M-ACT-indsatsen, samt hvordan indsatsens kerneelementer relaterer sig til formålet. Derudover introduceres M-ACT-planen og praksismodellen.

2.1 Hvilke resultater forventes M-ACT-indsatsen at skabe?

Figuren til højre viser sammenhængen mellem indsatsens formål og overordnede indhold. Nedenfor uddybes sammenhængen mellem indholdet i indsatsen og de forventede resultater på borgerniveau.

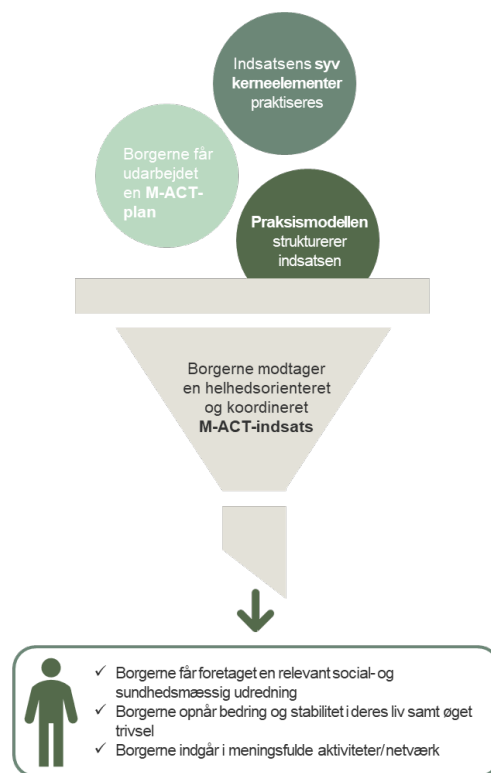
M-ACT-indsatsen består af følgende syv kerneelementer:

1. Individuelt tilrettelagt
2. Intensiv
3. Fleksibel
4. Udgående
5. Tidsbestemt og vedholdende
6. Tværprofessionelt
7. Koordineret.

En **individuelt tilrettelagt (kerneelement 1)** indsats skal medføre, at indsatsen afspejler borgernes ønsker, håb og drømme. En individuelt tilrettelagt indsats skal sikre relevans og meningsfuldhed i borgernes forløb. Tidligere undersøgelser peger på, at en individuelt tilrettelagt indsats kan styrke borgernes handlekraft, mestring og trivsel, da borgerne selv er med til at bestemme indsatsens indhold og format. Kerneelementets forventede virkning forstærkes desuden af M-ACT-planen, der blandt andet har til formål at understøtte borgeren i at definere egne ønsker, håb og drømme og at følge den løbende udvikling i forhold til de individuelt opsatte mål og delmål (læs mere om M-ACT-planen i afsnit 2.3).

M-ACT-indsatsen er desuden kendetegnet ved at være **intensiv og fleksibel (kerneelement 2 og 3)**. Ifølge praksiserfaringer og forskning kan en intensiv og fleksibel indsats medføre, at borgerne oplever en positiv udvikling eller stabilisering på væsentlige livsområder, da indsatsens omfang, indhold og tilrettelæggelse matcher borgernes støttebehov. Ifølge en rapport udarbejdet af VIVE og Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) mindskes risikoen for frafald, hvis medarbejderne kan handle hurtigt på de kompleksiteter, der er i borgerens liv. Det forventes derfor, at en fleksibel og intensiv indsats kan bidrage til, at borgerne modtager en indsats, der modsvarer kompleksiteten i deres problemstillinger.

Målgruppen for M-ACT-indsatsen (jf. kapitel 4) er yderligere karakteriseret ved, at den sjældent formår at møde regelmæssigt op til behandling og støtte i det ordinære behandlingssystem. Målgruppen har derfor behov for en **udgående indsats (kerneelement 4)**, der kan skabe kontakt til og fastholde dem i indsatsen, da støtten og behandlingen gives dér, hvor borgerne ønsker det, og derfor er mere tilgængelig. Når borgerne i højere grad fastholdes i indsatsen, og når M-ACT-teamet samtidigt kan ledsage borgerne til støtte i fx psykiatrien, skaber det samtidigt mulighed for, at borgerne kan udredes. Selvom indsatsen skal tilrettelægges, så borgeren bestemmer, hvor støtten og behandlingen foregår, indebærer kerneelementet også, at borgeren



støttes i at deltage i lokalsamfundet samt indsats, der ligger uden for teamets opgaveportefølje. Kerneelementet forventes derfor også at kunne lede til, at borgeren på sigt indgår og deltager i meningsfulde aktiviteter/netværk, og at borgeren i højere grad kan anvende det etablerede støtte- og behandlingssystem.

En **tidsubestemt og vedholdende (kerneelement 5)** indsats skal derudover medvirke til, at indsatsen ikke ophører, før borgerens behov tilsiger det. Dette skal sikre, at borgerens eventuelt langvarige recovery-proces understøttes bedst muligt. Forskning peger på, at støttens varighed og medarbejdernes vedholdhed er afgørende for, at borgerne oplever forbedringer. Det skyldes, at borgerne ofte har brug for længerevarende støtte og behandling, der ikke stopper, selvom der i perioder ikke udvises parathed og motivation fra borgeren til at modtage støtten. I sådanne perioder tilbydes støtten fortsat, indtil borgeren igen er parat til at tage imod den.

Tværfprofessionelt samarbejde (kerneelement 6) i M-ACT-teamet samt intern og ekstern **koordination (kerneelement 7)** skal tilsammen medføre, at borgerne modtager en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der er rettet mod de udfordringer, borgerne oplever. Forskning peger på, at når der arbejdes tværfprofessionelt med borgernes ønsker, håb og drømme, øges sandsynligheden for, at indsatsen opleves som sammenhængende og overskuelig for borgeren. Det skyldes, at den tværfprofessionelle tilgang medvirker til, at indsatsen modsvarer kompleksiteten i målgruppens støttebehov. Tilsvarende viser forskning og praksiserfaringer, at god koordination – både internt i M-ACT-teamet og med eksterne partnere – sikrer sammenhæng i borgernes forløb, da der arbejdes efter fælles mål og handlingsplaner. M-ACT-planen forstærker den forventede sammenhæng, idet redskabet har til hensigt at understøtte koordination og samarbejde både internt i teamet, med borgeren og på tværs af øvrige indsats i borgerens forløb (læs mere om M-ACT-planen i afsnit 2.3).

Kerneelementerne udmøntes samlet i indsatsen og skal derfor samlet – og i kombination med værdigrundlaget, M-ACT-planen og praksismodellen - understøtte indsatsens formål. Det vil sige, at:

1. Borgerne oplever en bedring i den samlede livssituation.
2. Borgerne modtager indsats, der har en varighed, så der skabes bedring og stabilitet i borgernes liv.
3. Borgerne får foretaget relevant social- og sundmæssig udredning.
4. Borgerne modtager en helhedsorienteret og koordineret indsats fra M-ACT-teamet.

2.2 Hvad er M-ACT-planen?

I projektet "Modning af en modificeret ACT-indsats til borgere med komplekse problemer" er der arbejdet med *Én Plan*, som et fast redskab i en fast IT-plattform. Erfaringer fra projektet har bl.a. vist, at disse faste rammer har udgjort barrierer for implementering af *Én Plan*². Derfor indeholder M-ACT-indsatsen i stedet en *M-ACT-plan*. Den bygger på de samme principper som *Én Plan*, men der er større frihed i forhold til, hvordan planen udformes og understøttes. Herunder beskrives M-ACT-planen nærmere.

M-ACT-planen sætter den overordnede retning for M-ACT-forløbet og bidrager til at understøtte, at indsatsen adresserer alle borgerens behov, og at borgerens ønsker er udgangspunktet for indsatsen. Af planen fremgår derfor de mål, som borgeren har defineret for indsatsen, og derudover skitseres ansvarsfordelingen i forhold til de opgaver, som fremgår af planen. M-ACT-teamet har ansvaret for at udarbejde planen og følge op på målene i samarbejde med borgeren. M-ACT-planen har dermed en koordinerende funktion internt i teamet og benyttes til at skabe overblik i dialogen med borgeren. Gennem arbejdet med M-ACT-planen understøtter M-ACT-teamet borgeren i at definere egne ønsker, håb og drømme og at følge den løbende udvikling i forhold til de individuelt opsatte mål og delmål.

Endelig understøtter M-ACT-planen sammenhæng og videndeling til relevante eksterne samarbejdspartnere i borgernes forløb (fx rådgivere fra jobcentret eller behandlere fra misbrugscentret).

² Se evalueringen af M-ACT-indsatsen på socialstyrelsens hjemmeside: www.socialstyrelsen.dk

Tekstboks 1: Hvad indeholder M-ACT-planen?

M-ACT-plan indeholder overordnet en beskrivelse af borgerens:

- Ønsker, håb og drømme
- Indsatsmål
- Delmål, som indsatsmålene er brudt ned i
- Aktiviteter i arbejdet med delmålene.

M-ACT-planen skitserer således fokusområder med indsatsmål og aktiviteter, som borgeren i samarbejde med M-ACT-teamet har opstillet og prioriteret for indsatsen. Planen indeholder desuden delmål for, hvordan borgeren kan nå de opstillede mål. Delmålene anvendes også til at synliggøre borgerens små succeser og udvikling i forløbet. Derudover beskriver planen, hvilke specifikke indsatser borgeren har behov for, hvem fra teamet borgeren er i kontakt med, samt hvilke øvrige indsatser og aktiviteter borgeren tilknyttes.

M-ACT-planen bidrager til at sikre sammenhæng og fokus i borgerens forløb og udgør omdrejningspunktet for den samlede indsats, da den understøtter, at de opstillede mål og delmål er styrerende for samarbejdet mellem borgeren og medarbejderne i M-ACT-teamet. Den skaber samtidighed, koordination og helhed i borgernes indsats samt udtrykker og formidler borgernes ønsker, håb og drømme. Planen skal benyttes for, at kerneelementerne individuelt tilrettelagt (kerneelement 1), tværprofessionelt samarbejde (kerneelement 6) og koordination (kerneelement 7) bliver bragt i spil i indsatsen.

Tekstboks 2: Hvad er historikken bag udviklingen af M-ACT-planen?

Brugen af M-ACT-planen udspringer af frikommuneforsøget 'Én Plan', hvor en række kommuner blev givet ekstraordinær lovhjemmel til at udarbejde én samlet handlingsplan, som rummer alle mål og indsatser, der opstilles for borgeren på hvert sektorområde. Formålet med forsøget har været at samarbejde tværgående og koordinerende på nye måder, således at Én Plan leder til en sammenhængende indsats for borgeren.

2.3 Hvad er praksismodellen?

Formålet med praksismodellen er at understøtte M-ACT-teamet i at have et løbende fokus på borgerens progression i indsatsen samt at beskrive og strukturere indholdet i indsatsen. Dette understøtter modellen ved at kategorisere og beskrive, hvilke aktiviteter M-ACT-indsatsen indeholder, afhængigt af hvor borgerne er i sin recovery-proces.

I kapitel 7 præsenteres og uddybes praksismodellen. Praksismodellen består overordnet af fire dele:

- Screening og afklaring
- Stabilisering og dybdegående afdækning af ønsker, håb og drømme
- Målrettet arbejde med ønske, håb og drømme
- Brobygning til andre indsatser.

Indledningsvist er det væsentligt at fremhæve, at praksismodellen adskiller sig fra fasestrukturen i fx CTI, idet delene i M-ACT-indsatsen er tidsbestemte. Delene i praksismodellen i M-ACT tager i stedet udgangspunkt i borgerens recovery-proces. Samtidigt udtrykker modellen ikke en forventning om et lineært forløb, men er en dynamisk model, hvor indsatsen kan gå fra at vedrøre "Brobygning til andre indsatser" på ét tidspunkt for derefter igen at vedrøre "Stabilisering og afdækning af ønsker, håb og drømme" i en periode.

Praksismodellen beskriver de aktiviteter, som M-ACT-indsatsen *skal* indeholde. Herudover kan der være en lang række andre aktiviteter, som er relevante og nødvendige at udføre sammen med borgeren eller i M-

ACT-teamet, som kan afhænge af indsatsens målgruppe og/eller den kommunale organisering. Dermed er det nødvendigt at udmønte praksismodellen på en måde, hvor der tages højde for den lokale kontekst og den enkelte borgers behov, ønsker, håb og drømme.

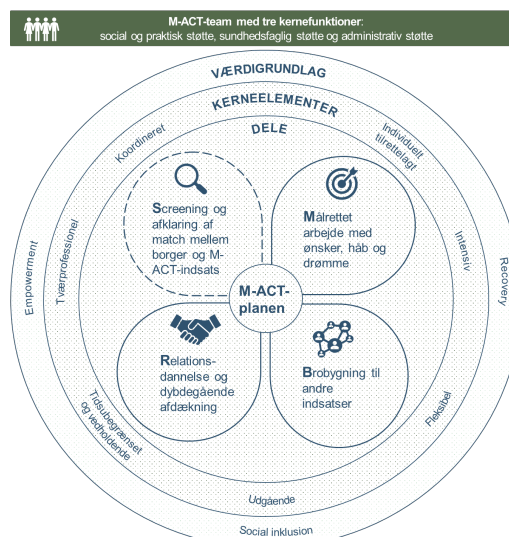
Sammen med værdigrundlaget og kerneelementerne beskriver praksismodellen således indholdet i M-ACT-indsatsen. Hvor den oprindelige ACT-indsats er baseret på en manual, beror M-ACT-indsatsen således på en række værdier, kerneelementer og en praksismodel, som er retningsgivende og handlingsanvisende, men som kan udmøntes på forskellige måder i den konkrete lokale kontekst.

Praksismodellen præciserer, *hvad* indsatsen som minimum skal indeholde (relevante aktiviteter), alt efter hvor borgeren er i sin recovery-proces (indikatorer til vurdering af, i hvilken del af praksismodellen borgeren befinder sig), og *hvorfor* denne type af aktiviteter er relevante (formålet med delene i indsatsen). Værdigrundlaget og kerneelementerne beskriver, *hvordan* aktiviteterne i indsatsen skal udmøntes i de enkelte dele af indsatsen, og hvorfor det er vigtigt at udmønte aktiviteterne på disse måder. På den måde supplerer praksismodellen og kerneelementerne hinanden, og indsatsen kan derfor ikke praktiseres ud fra enten indholdet i praksismodellen eller kerneelementerne alene. Alle kerneelementerne skal udmøntes i alle dele af indsatsen og i den udstrækning, det er relevant, i samarbejde med den enkelte borger.

3. Organisering af indsatsen og M-ACT-teamet

En M-ACT-indsats kan organiseres på forskellige måder afhængigt af kommunens organisering og den valgte målgruppe for indsatsen. Der er dog en række forudsætninger, der skal være på plads, inden en M-ACT-indsats kan implementeres. Disse forudsætninger beskrives nedenfor:

- Tre kernefunktioner
- Teamkoordinator
- Ledelsesfokus på tværprofessionelt samarbejde og systematik for koordination
- M-ACT-teamets viden og kompetencer
- Teamets størrelse og antal timer allokeret til M-ACT-indsatsen
- Et fælles mødested og samlingspunkt for M-ACT-teamet
- Flexibilitet i tilrettelæggelsen af teamets arbejde.



Overordnet set er det ledelsens ansvar at skabe de rette rammer for M-ACT-teamets daglige arbejde. Det betyder konkret, at ledelsen skal sammensætte M-ACT-teamet ud fra disse forudsætninger. Derudover skal ledelsen være tydelige på, hvad formålet og det overordnede fælles mål med M-ACT-indsatsen er. Det skal også kommunikeres til eksterne samarbejdspartnere med det formål at skabe en fælles ramme for M-ACT-indsatsen.

3.1 Tre kernefunktioner

M-ACT-teamet skal sammensættes, så det som minimum består af de tre kernefunktioner:

- **En social og praktisk støtte:** Den sociale og praktiske støtte skal støtte borgeren i at få tilrettelagt sit liv og hverdag på en måde, der gør borgeren i stand til at udvikle kompetencer til at varetage dagligdagsfunktioner. Dette kan eksempelvis være ved at hjælpe borgeren med at skabe mere struktur i dagligdagen, støtte borgerens udvikling i at varetage opgaver i hjemmet eller støtte borgeren i at indgå i sociale relationer. Funktionen varetages ofte af socialfaglige fagprofessionelle, fx pædagoger, social- og sundhedsassistenter eller ergoterapeuter.
- **En specialiseret helbredsindsats:** En specialiseret helbredsindsats skal sikre, at der ydes behandling direkte til borgeren, og at borgeren støttes i at modtage behandling i det eksisterende behandlingssystem ved at brobygge til øvrige sundhedsfaglige indsatser og behandling, som bliver varetaget uden for teamet. Funktionen varetages af en sundhedsfaglig medarbejder, fx en sygeplejerske eller misbrugsbehandler.
- **En administrativ støtte:** Den administrative støtte skal sikre håndtering af administrative problematikker samt understøtte, at de krav, der stilles til borgeren, hænger sammen med det, borgeren kan indfri. Funktionen varetages ofte af en sagsbehandler med myndighedskompetence fra social- eller jobcentret.

Alle tre kernefunktioner skal kunne levere direkte støtte og behandling til borgeren, der hvor borgeren opholder sig. De fagprofessionelle, der udpeges til at varetage teamets kernefunktioner, defineres af den konkrete målgruppe for indsatsen i kommunen.

For at M-ACT-teamet kan arbejde med de tre dimensioner af støtte, er det vigtigt at involvere medarbejdere med forskellige fagprofessionelle baggrunde. Teamets forskellige fagligheder betyder også, at der må indgå en teamkoordinator i M-ACT-teamet, som kan understøtte det tværprofessionelle samarbejde og indsatsens faglige retning i praksis (se uddybning i afsnit 3.3.).

Tekstboks 3: Hvorfor er kernefunktionerne vigtige for borgernes indsats?

Social og praktisk støtte

Fælles for M-ACT-målgruppen er, at de ofte har behov for omfattende og langvarig social og praktisk støtte i hverdagen, så de kan opnå bedre kontrol over eget liv, så de ikke passiveres (yderligere) og gøres afhængig af M-ACT-teamet. Det er derfor vigtigt, at der indgår en fagfunktion i indsatsen, som kan støtte borgernes recovery-proces samt guide, motivere og samarbejde med borgerne om deres ønsker, drømme og håb.

Specialiseret helbredsindsats

Borgere i målgruppen har ofte svære misbrugsrelaterede og/eller psykiske udfordringer. Samtidigt har målgruppen vanskeligt ved at benytte de eksisterende behandlingssystemer, både misbrugsbehandlingssystemet og psykiatrien, ligesom de kan have svært ved at følge behandlingsforløb i det somatiske sundhedsvæsen. Det er derfor et vigtigt element i M-ACT-indsatsen, at der indgår en fagfunktion i teamet, som både kan yde behandling direkte til borgerne og/eller støtte op om behandling i det eksisterende behandlingssystem.

Administrativ støtte

Sluttelig kræver borgernes komplekse problemstillinger en bredspektret indsats fra både teamets medarbejdere og eksterne aktører. En myndighedssagsbehandler fra social- eller jobcenter, der integreres direkte i M-ACT-teamet, understøtter den gode varetagelse af støtten til administrative forhold for borgeren. Samarbejdet om den administrative støtte er vigtig, da det kan styrke den fælles forståelse for borgerens udfordringer og ressourcer, hvilket medfører, at de krav, der stilles til borgeren, hænger sammen med det, borgeren kan indfri. Fagfunktionen kan dermed oversætte og agere i henhold til afgørelser og beslutninger samt bidrage til at samle oplysninger, som ligger til grund for en socialfaglig vurdering af borgernes støttebehov.

Afhængigt af målgruppens behov kan det desuden give mening at have yderligere fagfunktioner i teamet. Det kan fx være en misbrugskonsulent, hvis hovedparten af borgerne i målgruppen oplever udfordringer relateret til forbrug af rusmidler. Fagpersoner, der rækker udover indsatsens kernefunktioner, kan evt. tilknyttes teamet med et mindre timeantal eller på ad hoc-basis.

3.2 Teamkoordinator

Som tidligere nævnt skal M-ACT-teamet indeholde en teamkoordinatorfunktion. Teamkoordinatoren er ansvarlig for at **sætte retning og understøtte det tværprofessionelle samarbejde** i teamet. Teamkoordinatoren skal fx sikre, at medarbejderne ikke arbejder monofagligt uden et fælles indsatsmål for borgerne. I praksis kalder dette på, at teamkoordinatoren både leder og understøtter det tværprofessionelle samarbejde (fx ved at sætte faglig retning for teamets arbejde samt sikre, at alle fagligheder bringes i spil), men også skaber strukturer og rammer for sparring og videndeling samt sikrer, at videndeling bliver prioriteret i en travl hverdag.

Hvis teamkoordinatoren ikke er synlig, samt tager del i teamets arbejde, kan det have den konsekvens, at hver enkelt faggruppe i M-ACT-teamet kommer til at danne deres egen silo og således ikke formår at yde en

helhedsorienteret og tværprofessionel indsats til borgerne i målgruppen. Det er derfor vigtigt, at teamkoordinatoren har blik for og understøtter, at alle fagligheder i teamet sættes relevant i spil i forhold til den enkelte borgers forløb, og herunder formår at skabe et fælles lærings- og udviklingsmiljø, hvor M-ACT-teamet i fællesskab finder frem mod fælles ny viden og nye tilgange til arbejdet med borgerens mål og delmål.

Teamkoordinatoren spiller desuden en væsentlig rolle i forhold til at sikre, at medarbejderne i M-ACT-teamet **arbejder metodelojalt med indsatsen**. Det vil sige, at medarbejderne reelt praktiserer indsatsens kernelementer og værdigrundlag i samarbejdet med borgerne. Derudover må teamkoordinatoren sikre arbejds-gange, der understøtter, at indsatsens delelementer (fx praksismodellen og M-ACT-planen) anvendes i overensstemmelse med metoden. Ovennævnte kræver, at teamkoordinatoren dels har indgående viden om M-ACT-metoden, dels er tilstrækkeligt tæt på teamet til at kunne give faglig sparring og metodesparring.

Det er forskelligt, hvordan en teamkoordinator kan indgå i M-ACT-teamet. I nogle kommuner varetager teamkoordinatoren kun den faglige ledelse af teamet, og i andre kommuner har teamkoordinatoren også en udførende rolle i M-ACT-teamet. Der kan være forskellige fordele og ulemper ved teamkoordinatorens organisering i M-ACT-teamet. Når teamkoordinatoren er udførende i indsatsen, har teamkoordinatoren ofte et godt og praksisnært kendskab til metoden. Omvendt kan det også være vanskeligt at indtræde i en ledelsesmæssig position, hvis teamkoordinatoren også er udøvende i praksis. Uanset, hvordan teamkoordinatoren indgår i M-ACT-teamet, er det imidlertid vigtigt, at der er afsat tilstrækkelig tid til, at teamkoordinatoren kan varetage ovennævnte opgaver.

3.3 Ledelsesfokus på tværprofessionelt samarbejde og systematik for koordination

Ledelsen skal sikre de **strukturelle rammer** for det tværprofessionelle samarbejde ved at indgå samarbejdsaftaler med relevante parter uden for M-ACT-teamet og i øvrigt sikre indgange til øvrige afdelinger og fagområder i kommunen. I den forbindelse kan det være en fordel at udpege kontaktpersoner i de afdelinger, der skal samarbejdes med, så M-ACT-teamet let kan få fat i relevante personer. Ledelsen skal desuden fokusere på strategisk formidling af indsatsens rammer og målgruppe, samt af hvordan de respektive samarbejdspartnere kan arbejde sammen om at skabe et sammenhængende forløb for de borgere, som har brug for anden hjælp end den, M-ACT-teamet kan give.

Teamkoordinatoren er bindeleddet mellem ledelsesniveauet og M-ACT-teamet. Teamkoordinatoren skal derfor have fokus på at fremme det tværprofessionelle samarbejde i teamet samt understøtte M-ACT-teamet som lærende praksisfællesskab. Teamkoordinatoren er yderligere ansvarlig for, at M-ACT-planen og praksismodellen benyttes systematisk, samt at M-ACT-teamet arbejder metodelojalt med kerneelementerne og indsatsens værdigrundlag.

3.4 M-ACT-teamets viden og kompetencer

Implementeringen af indsatsen fordrer, at medarbejderne i M-ACT-teamet modtager kompetenceudvikling i M-ACT-indsatsen, således at de kan omsætte indsatsen metodelojalt og med høj kvalitet. Medarbejderne må i praksis udvise et recovery-orienteret mindset og herunder anse borgerens recovery – eller det at hjælpe borgeren til at komme sig – som helt centralt. Tilsvarende må medarbejderne have fokus på at styrke borgerens råderum og kontrol over eget liv gennem en empowerment-orienteret tilgang.

Medarbejderne i M-ACT-teamet må desuden have viden om og kunne håndtere og støtte borgere i udsatte positioner. Det fordrer, at M-ACT-teamet dels har indsigt i forskellige former for udsathed (fx misbrug, psykiske vanskeligheder og manglende netværk), dels kan understøtte borgerne i realiseringen af deres individuelle ønsker, håb og drømme

Medarbejderne i M-ACT-teamet skal være indstillet på at arbejde fleksibelt med egen faglighed og kunne indgå i et tværprofessionelt samarbejde. Det vil sige, at medarbejderne har en stærk monofaglighed, men også kan varetage opgaver, der normalt ligger uden for eget opgavefelt, hvis borgerens behov kræver det. Medarbejderne i M-ACT-teamet må derfor være nysgerrige på andre professioners viden og kompetencer samt have lyst til og være indstillet på at arbejde frem mod en fælles tilgang til opgaveløsningen.

Medarbejderne i M-ACT-teamet skal opnå enighed om M-ACT-teamets fælles mål, både overordnet og i relation til samarbejdet med den enkelte borger. Målene fastlægges i samarbejdet med borgeren og understøtter borgerens drømme, ønsker og håb for fremtiden. Derudover skal målene være med til at sikre struktur i indsatsen og hjælpe teamet og borgeren med sammen at vurdere, hvilke mål der skal prioriteres at arbejde med. Medarbejderne skal dermed være i stand til at arbejde struktureret med mål, M-ACT-plan og dokumentation af indsatsen.

Det er afgørende, at alle fagligheder i M-ACT-teamet anerkender og tager ejerskab for de mål, der er aftalt med borgeren om indsatsen. Hver fagekspert samarbejder med borgeren om mål, der skal understøtte borgerens langsigtede mål. Målene mellem hver faglighed kan variere, men de vil alle understøtte de fælles mål, der arbejdes med på teamniveau. På den måde sikres det, at borgeren modtager en **sammenhængende indsats**, uanset hvilken fagekspert der samarbejdes med. Dette kalder på, at medarbejdere i M-ACT-teamet formår at udøve relationel koordinering og koble sig på hinanden i indsatsen. Det forudsætter, at medarbejderne skal trives med i perioder selv at træde lidt til side, mens der gives plads til andre i teamet, alt efter hvilke faglighed borgerens behov kalder på.

Endelig fordrer indsatsen, at medarbejderne i M-ACT-teamet kan samarbejde tværprofessionelt med et større netværk af eksterne fagpersoner, som kan indgå i den samlede indsats. Det kræver, at M-ACT-teamet besidder koblingskompetencer og kompetencer til at indgå i relationel koordinering - både internt og eksternt. I forlængelse heraf skal medarbejdere i M-ACT-teamet have erfaring med koordination og tovholderrollen samt viden om kommunens eksisterende tilbudsvifte og øvrige relevante tilbud (fx indsats i frivilligt regi).

Det er væsentligt, at de tre kernefunktioner i M-ACT-teamet besidder alle de ovennævnte kompetencer. Det vil sige, at det ikke er tilstrækkeligt, hvis én medarbejder blot har en stor viden om og kendskab til målgruppen. Implementeringen af en vellykket M-ACT-indsats forudsætter, at samtlige medarbejdere i M-ACT-teamet besidder de ovenfor skitserede kompetencer og viden.

3.5 M-ACT-teamets størrelse og antal timer allokeret til M-ACT-indsatsen

Indsatsen kræver, at M-ACT-teamet sammensættes, så det bedst muligt er i stand til at understøtte borgernes ønsker, håb og drømme. For at M-ACT-teamet kan arbejde med de tre dimensioner af støtte, er det vigtigt at involvere medarbejdere med forskellige fagprofessionelle baggrunde (fx sygeplejersker, socialpædagoger og socialrådgivere). Medarbejderne behøver dog ikke at være tilknyttet M-ACT-teamet på fuld tid. Medarbejdernes timeantal i indsatsen skal i stedet afgøres på baggrund af den konkrete målgruppe for indsatsen, dennes karakteristika og målgruppens størrelse. I den forbindelse er det vigtigt at huske, at en stor del af teamets arbejde omfatter koordinering med og uden om borgeren, tid til fælles læring i teamet, transport med og uden

borger og derfor ikke kun ATA-tid med borgeren. Det er vigtigt, at den tid, der allokeres til teamets indsats, afspejler dette.

Det er vigtigt, at teamet ikke bliver for stort, da det dels kan besværliggøre tæt koordination i det daglige blandt teamets medarbejdere, dels kan hæmme det nære kendskab til hinanden som medarbejdere. Omvendt er det også centralt, at teamet ikke bliver for småt, da medarbejderne skal have mulighed for at kunne dække ind for hinanden ved fx sygdom eller ferie.

3.6 Et fælles mødested og samlingspunkt for M-ACT-teamet

Det er en fordel, hvis M-ACT-teamet har et fælles mødested dedikeret til arbejdet med M-ACT-indsatsen. Erfaringer viser, at et fælles mødested understøtter uformel sparring og videndeling i det daglige, ligesom det bidrager til at skabe en samhørighedsfølelse blandt teammedarbejderne. Yderligere afføder et fælles samlingspunkt mere effektive arbejdsgange, da teamet i mindre grad skal benytte formelle sparringsrum (fx teammøder) til at sikre, at alle er bekendte med borgernes situation. Når teamet har et fælles mødested, kan teammøderne derfor bruges mere målrettet til fx at planlægge og tilrettelægge borgernes videre indsats.

3.7 Fleksibilitet i tilrettelæggelsen af M-ACT-teamets arbejde

Organiseringen af teamet og planlægningen af medarbejdernes tid skal understøtte, at teamet kan intensivere indsatsen, når borgerne har behov for det. Derfor er der behov for en vis rummelighed i de enkelte medarbejders tid, så støtten kan intensiveres med kort varsel. Tilsvarende er det væsentligt, at medarbejderne i teamet kan flytte rundt på timerne allokeret til indsatsen alt efter borgernes situation og behov. Denne frihed i arbejdstilrettelæggelsen er særlig vigtig, hvis medarbejderne i M-ACT-teamet har øvrige arbejdsopgaver uden for M-ACT-indsatsen, da de fortsat skal kunne levere en fleksibel, intensiv og udgående indsats, selvom de ikke arbejder fuld tid med M-ACT-indsatsen.

4. Målgruppen for M-ACT

Som præciseret ovenfor er formålet med projektet at tilbyde borgere med *de mest komplekse problemstillinger* en indsats, der bidrager til at styrke borgernes livssituation.

Målgruppen for M-ACT-indsatsen er borgere over 18 år, som opfylder nedenstående kriterier:

- Komplekse sociale problemstillinger, fx misbrugsproblemer og/eller psykiske vanskeligheder, manglende tilknytning til beskæftigelses- og uddannelsessystemet mv.
- Problemer med at etablere og fastholde kontakt til hjælpesystemer og behandlingssteder og dermed svært ved at profitere af ordinære indsatser og behandlingstilbud.
- Vanskeligt ved at indgå i samfundet som helhed og i sociale relationer med andre mennesker.
- Behov for vedvarende støtte og behandling, som leveres direkte til borgeren dér, hvor borgeren opholder sig.
- Behov for indsatser og behandling fra flere systemer.
- Behov for en tværfaglig og helhedsorienteret indsats.

Nedenfor præsenteres to illustrative eksempler på, hvordan borgernes liv ser ud, når de rekrutteres til en M-ACT-indsats. Eksemplerne udgør et sammendrag af flere interviews for at sikre borgernes anonymitet. Borgernes alder og navne er desuden fiktive.

BORGER 1: Susanne, 42 år

Mit liv er meget rodet og kaotisk. Jeg ryger rigtig meget hash og drikker også lidt for meget alkohol. Jeg har prøvet at få hjælp mange gange, men det virker ikke. Jeg har været indlagt på psykiatrisk afdeling rigtige mange gange. Jeg har faktisk ikke tal på det mere efterhånden. Lægerne er meget uenige om, hvordan de skal hjælpe mig, og det gør, at jeg ikke får den rigtige medicin. Det er så frustrerende, at jeg ikke kan få den rigtige hjælp. Men det er efterhånden noget, jeg er vant til. Det hele er bare så håbløst. Lige for tiden har jeg rigtig meget angst, som gør, at jeg har svært ved at sove om natten. Så det meste af dagen bruger jeg faktisk bare på at se fjernsyn. Jeg har to børn, men dem ser jeg ikke. Jeg ser faktisk ikke særlig mange.

BORGER 2: Martin, 29 år

Jeg har haft vildt svært ved at finde fodfæste igen, efter jeg er kommet ud af fængsel. Det hele skrider ligesom bare for mig. Jeg kan slet ikke passe mit hjem – det hele sejler. Jeg kan ikke finde ud af at gøre rent eller at rydde op. Sådan er det vel, når man har været hjemløs meget af sit liv. For at være helt ærlig sidder jeg bare for nedrullede gardiner og drikker vodka. Jeg tager også nervemedicin i perioder. Jeg har det psykisk vildt dårligt. Jeg lider af skizofreni, og så har jeg meget angst. Jeg kommer slet ikke ud af min lejlighed. Jeg isolerer mig meget. Mange har forsøgt at hjælpe mig gennem tiden. Eller hjælpe og hjælpe – jeg har ligesom ikke passet ind i deres kasser. Jeg er nok bare et håbløst tilfælde.

5. Indsatsens værdigrundlag

Indsatsen er baseret på et værdigrundlag bestående af tre grundlæggende værdier: *recovery*, *empowerment* og *social inklusion*.

De tre værdier er forbundne og udgør tilsammen det centrale mindset i udmøntningen af M-ACT-indsatsen. Det vil sige, at værdierne skal informere udmøntningen af kernelementerne og anvendelse af praksismodellen. Værdierne er gensidigt afhængige i den forstand, at indsatsen ikke kan udmøntes tilfredsstillende, hvis den alene tager afsæt i eller er i overensstemmelse med én eller to af værdierne i værdigrundlaget. Et fokus på social inklusion må fx ikke hæves på bekostning af en recovery- og empowerment-orienteret tilgang.

I det følgende afsnit uddybes værdierne i indsatsens værdigrundlag.

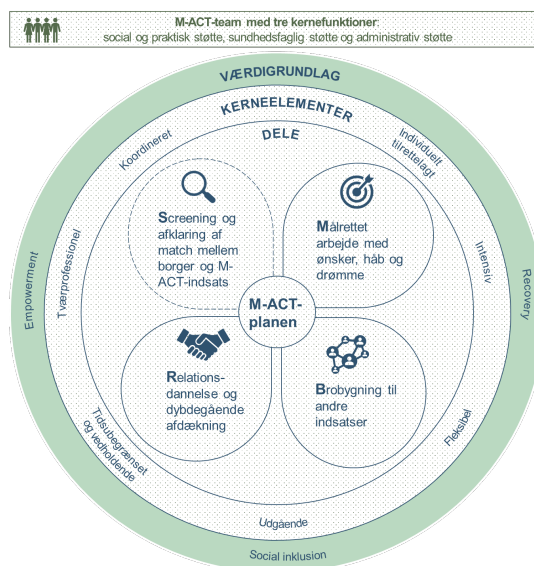
5.1 Recovery

Recovery kan anskues ud fra to forskellige perspektiver: Et indefra- og et udefra-perspektiv. I et indefra-perspektiv er der tale om borgerens personlige recovery. Personlig recovery dækker over borgerens egen oplevelse af trivsel i tilværelsen. Recovery ses her som en personlig proces, hvor borgeren bliver i stand til at leve et liv, som han eller hun selv oplever som meningsfuldt og tilfredsstillende. Der kan godt være tale om personlig recovery, selvom borgeren fortsat har symptomer.

I et udefra-perspektiv vurderer den fagprofessionelle borgerens recovery i forhold til, om borgeren er kommet sig helt eller delvist. At komme sig helt kaldes klinisk recovery. Ved den kliniske recovery er der fokus på symptomer og symptomfrihed. At komme sig delvist kaldes social recovery. Her er der fokus på funktionsevniveau, fx borgerens evne til at indgå i almene fællesskaber i civilsamfundet – på trods af symptomer.

Forskningen i recovery har identificeret fem faktorer, der har vist sig at være betydningsfulde og fremmende for personlig recovery. De fem faktorer er *Connection*, *Hope*, *Identity*, *Meaning* og *Empowerment*, og de har derfor fået betegnelsen *CHIME*:

- **Forbundethed** handler om at indgå i sociale relationer og fællesskaber samt om at få social støtte af ligesindede, professionelle og netværk.
- **Håb** handler om positiv tænkning med fokus på egne ønsker, håb og drømme, om motivation for forandring og om at værdsætte succesoplevelser og være i relationer, som giver håb.
- **Identitet** handler om muligheden for at opbygge en positiv identitet og overvinde stigmatisering.
- **Mening** handler om at (gen)finde meningen med livet, oplevelse af livskvalitet og sociale roller og mål mv.
- **Empowerment** handler om at genvinde magten og kontrollen over eget liv med afsæt i egne ressourcer og med støtte fra ligesindede.



Det kan være meget individuelt, hvilke af de fem CHIME-faktorer den enkelte borger oplever som særligt vigtige for deres personlige recovery-proces. CHIME-faktorerne kan anvendes som en fælles forståelsesramme for borger og fagprofessionelle, som kan guide de overordnede samtaleemner.

Sammenfattende beror recovery-værdien på et menneskesyn, hvor den enkelte borger anerkendes som et menneske, der selv skaber mening i sin tilværelse. Dermed er det afgørende, at borgeren og fagpersonen indgår i et ligeværdigt samarbejde i indsatsen.

Værdierne i recovery afspejler sig i M-ACT-indsatsen ved, at indsatsen tager udgangspunkt i borgerens individuelle ønsker, håb og drømme og baseres på en tæt dialog mellem borger og M-ACT-team. Borgerens vanskeligheder betragtes ikke som kroniske, men som en tilstand, som borgeren kan komme sig fra helt eller delvist. Derudover betragtes borgeren med udgangspunkt i indefra-perspektivet som erfaringseksperter. Det vil sige, at borgeren betragtes som havende vigtig viden om egne personlige ønsker, håb og drømme, ligesom borgeren antages at have indsigten i og retten til selv at definere, hvad et godt liv er. Borgeren er dermed en ligeværdig part i samarbejdet med M-ACT-teamet.

5.2 Empowerment

Empowerment knytter sig til et menneskesyn, hvor alle mennesker opfattes som havende ressourcer, styrker og kompetencer, på trods af at disse måske er trådt i baggrunden, fx fordi borgeren ikke har anvendt dem i en periode, eller fordi borgeren har mistet tiltroen til egne evner.

Empowerment handler om at styrke den enkeltes tro på sig selv og egen handlekraft. Den sociale støtte og behandling skal dermed bidrage til at styrke borgerens livssituation på en række dimensioner, som antages at gøre borgeren bedre i stand til at klare sig selv i hverdagen. Det væsentlige er her, at borgerens livssituation styrkes på en sådan måde, at borgeren oplever at være i stand til at mestre hverdagen på en måde, som giver mening for borgeren. Netop meningsfuldhed og kontrol er således kernen i empowerment.

I praksis frigøres empowerment gennem aktørbevidsthed. Når borgeren støttes i at formulere personlige ønsker, håb og drømme, bliver borgeren i stand til at se, hvordan han eller hun kan tage mere en aktiv kontrol over sit liv. Borgeren bliver således i stand til og får mulighed for at modvirke manglende kontrol over egne livsbetingelser og herunder udvikle kapacitet til at varetage egne rettigheder. Med andre ord skal borgeren udvikle egen magt, mens den fagprofessionelle skal indtage en mere faciliterende rolle i samarbejdet med borgeren.

Med en empowerment-orienteret tilgang samarbejder M-ACT-teamet med borgeren om at forbedre borgerens livssituation på en række dimensioner, som antages at gøre borgeren bedre i stand til at opsøge og modtage hjælp og til at klare sig i hverdagen på en for borgeren meningsfuld måde. I M-ACT-indsatsen samarbejder teamet dermed med borgeren om at (gen)etablere magten og handlekraften hos borgeren. Dette gøres ved, at teamet faciliterer og støtter borgeren i at opøve handleevne til at opnå egne mål. Samtidig støtter M-ACT-teamet borgeren i at opnå en bevidsthed om egne muligheder.

For målgruppen for M-ACT-indsatsen kan dette være en langvarig og svær proces³. Med andre ord kan det for borgerne i målgruppen for indsatsen tage lang tid at nå til et sted, hvor de oplever at have mulighed for og ønske om at tage selvstændige beslutninger og ændre på egen livssituation i tråd med det menneskesyn bag empowerment, som beskrives ovenfor.

³ Dette er i tråd med erfaringer fra andre indsats målrettet borgere i målgruppen for M-ACT-indsatsen. Se eksempelvis Bjerre, Bagga (2007). "Empowerment – lettere sagt end gjort". STOF, vol. 9: 37-42.

Derfor bygger indsatsen også på, at M-ACT-teamet skal være den aktive part, som udøver behandling eller støtte direkte til borgeren. M-ACT-teamet skal derudover være tålmodige og vedholdende i forhold til at op-søge borgerne. Det betyder også, at det i nogle tilfælde vil være de meget små skridt, der er fokus på.

5.3 Social inklusion

Størrelsen og kvaliteten af menneskers netværk har ifølge en række studier betydning for, hvorvidt mennesker kommer sig. Deltagelse i bl.a. frivilligt arbejde og lokalsamfundslivet kan i den forbindelse bidrage til at understøtte recovery, når borgeren selv oplever det som meningsfuldt, overkommeligt og selvvalgt.

Et fokus på social inklusion indebærer, at borgeren støttes i at blive en del af det omgivende samfund og herunder bryde med isolation. Det omgivende samfund skal i denne henseende både forstås som foreninger og frivillige tilbud, men også borgerens familie og venner, betydningsfulde personer i borgerens hverdag og andre centrale aktører. Det er borgerens egen oplevelse af inklusion, der er det centrale. Derfor er det også borgerens ønsker og interesser, der danner afsættet for, hvilket netværk eller fællesskab der opsøges.

Arbejdet med at styrke borgerens livssituation i forskellige dimensioner af borgerens liv inkluderer, at M-ACT-teamet bistår eller faciliterer, at borgeren deltager i andre aktiviteter i hverdagen med henblik på at støtte borgeren i at fungere i lokalsamfundet og/eller andre positive netværk, som borgeren finder interessant. Fx kan M-ACT-teamet støtte borgeren i at kortlægge, hvilket netværk eller fællesskab borgeren ønsker at indgå i, ligesom teamet kan undersøge og opsøge potentielle netværk, der har borgerens interesse.

Tilsvarende kan M-ACT-teamet understøtte social inklusion ved at tilbyde borgerne følgeskab. Praksiserfaringer viser konkret, at det understøtter borgernes mod på og lyst til at deltage i aktiviteter, når medarbejderne støtter borgerne i samværet med andre mennesker. I en kommune har en medarbejder fra M-ACT-teamet fx deltaget i holdtræning sammen med en borger, da borgeren fandt det grænseoverskridende at skulle starte selv. På samme måde er flere borgere blevet fulgt til aktiviteter på varместuer. Her har medarbejderne deltaget i aktiviteterne i det omfang, borgerne fandt det nødvendigt.

I M-ACT-indsatsen kan social inklusion også forstås som inklusion i nærområdet. Såfremt det af borgeren opleves meningsfuldt, kan M-ACT-indsatsen have fokus på at styrke borgerens kompetencer til at være en god nabo, til at handle ind på egen hånd og til at benytte offentlig transport. Samtidig kan der i M-ACT-indsatsen også være fokus på at styrke borgerens sociale kompetencer og netværk, så borgeren oplever at være inkluderet i samfundet og i nære fællesskaber såsom borgerens familie, hvis borgeren ønsker dette.

Yderligere kan et fokus på social inklusion i M-ACT-indsatsen også vedrøre samarbejdet med borgeren om overgangen til andre indsatser, efter at M-ACT-indsatsen er afsluttet eller sat i bero. Som præciseret i praksismodellen (se kapitel 6) vedrører den sidste del af M-ACT-indsatsen brobygning til andre indsatser, og her er det centralt, at borgeren oplever at være klar til at modtage en anden indsats. Processen, hvorved borgeren oplever at blive klar til at modtage en anden indsats og til at modtage støtte fra andre end M-ACT-teamet, kan således også betragtes som en proces, hvor M-ACT-teamet samarbejder med borgeren om at øge borgerens sociale inklusion i samfundet.

6. Indsatsens kerneelementer

I det foregående kapitel er værdigrundlaget for M-ACT-indsatsen præsenteret. I dette kapitel udfoldes M-ACT-indsatsens syv kerneelementer. Kerneelementerne beskriver tilsammen den praksis, der skal være til stede for at udføre M-ACT-indsatsen.

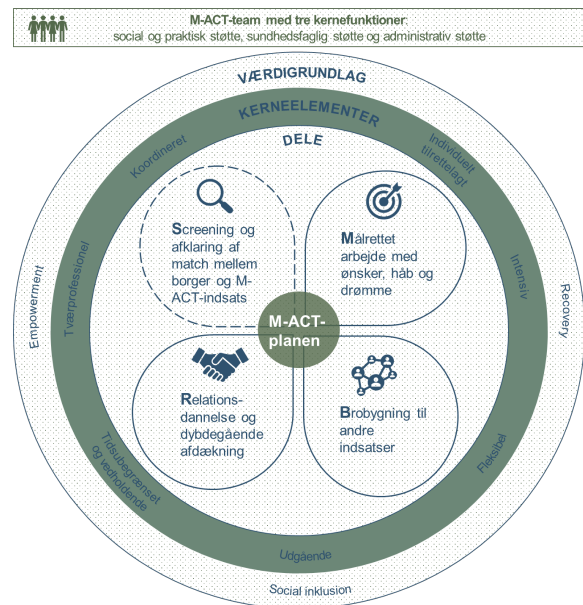
De følgende afsnit indeholder beskrivelser af kerneelementerne på flere niveauer. Hvert kerneelement består af et princip, der beskriver, *hvad* kerneelementet består af samt en faglig begrundelse, der beskriver, *hvorfor* kerneelementet er vigtigt for indsatsen. Derudover består kerneelementet af henholdsvis praksisbeskrivelser og hjælperedskaber, der beskriver, *hvordan* kerneelementet kan udføres i praksis.

For at arbejde med M-ACT-indsatsen kræver det, at man arbejder med alle syv kerneelementer. Kerneelementernes principper er retningsgivende, men efterlader plads til lokale faglige overvejelser i forhold til den konkrete omsætning af kerneelementet til praksis. Der er med andre ord flere måder at udmønte kerneelementerne på. Praksisbeskrivelserne herunder er derfor som udgangspunkt beskrevet som konkrete måder, kerneelementet **kan** udmøntes på. Praksisbeskrivelserne indeholder dog også i nogle tilfælde faste regler for udmøntningen af kerneelementet. Her er der beskrevet en praksis, som **skal** udføres for at arbejde korrekt med kerneelementet.

Beskrivelsen af kerneelementerne indeholder konkrete redskaber, som understøtter den praksis, der omsætter kerneelementet. De syv kerneelementer for M-ACT-indsatsen fremgår herunder. De udfoldes yderligere i de følgende afsnit.

Tekstboks 5: Kerneelementer og principper i M-ACT-indsatsen

1. **Individuelt tilrettelagt:** M-ACT-teamet tilrettelægger indsatsen ud fra borgerens ønsker, håb og drømme.
2. **Intensiv:** M-ACT-teamet tilbyder støtte og behandling inden for de områder og i det omfang, borgeren har behov for det.
3. **Fleksibel:** M-ACT-teamet tilbyder støtte og behandling på det rigtige tidspunkt, når borgeren har behov for det.
4. **Udgående:** Borgeren bestemmer, hvor støtten og behandlingen skal foregå.
5. **Tidsbestemt og vedholdende:** M-ACT-teamet tilbyder borgeren støtte og behandling, så længe borgeren har behov for det.
6. **Tværfagligt:** M-ACT-teamet arbejder tværfagligt med borgerens ønsker, håb og drømme.
7. **Koordineret:** M-ACT-teamet skaber en helhedsorienteret og sammenhængende indsats for borgeren i samarbejde med eksterne partnere.



Tekstboks 4: Strukturen for beskrivelsen af kerneelementerne

Hvad	Kerneelement <i>Kerneelementets princip</i>
Hvorfor	Faglig begrundelse <i>Vidensgrundlag, forventede virkninger og resultater</i>
Hvordan	Praksisbeskrivelse <i>Konkretiseret beskrivelse af den faglige praksis hvori kerneelementet omsættes og efterleves</i>
	Hjælperedskaber <i>Redskaber til efterlevelse af den beskrevne praksis</i>

6.1 Individuelt tilrettelagt: M-ACT-teamet tilrettelægger indsatsen ud fra borgerens ønsker, håb og drømme

Faglig begrundelse

Kerneelementet er tæt koblet til særligt recovery-dimensionen i indsatsens værdigrundlag, idet det indebærer, at indsatsen tilrettelægges ud fra borgerens ønsker, håb og drømme og dermed afspejler borgerens personligt definerede recovery.

Forskningsviden om recovery-processer har vist, at der er fem elementer (CHIME), som har særlig betydning for, at borgeren kommer sig. Studierne viser, at det er afgørende, at recovery-orienterede indsatser tager udgangspunkt i borgerens egne ønsker, håb og drømme, samt at indsatsen tilrettelægges i en reel samarbejdsrelation mellem borgeren og de fagprofessionelle.

Praksiserfaringer fra afprøvningen af ACT-metoden i to danske kommuner peger bl.a. også på, at borgernes motivation for at indgå i indsatsen øges, når de bliver inddraget og selv er med til at bestemme, hvad de skal arbejde med i indsatsen.

Derfor bør M-ACT-indsatsen være rettet mod:

- At støtte borgerens personligt definerede recovery
- At tilrettelægge og løbende justere et ligeværdigt samarbejde med borgeren om den personlige recovery-proces
- At støtte borgerens mulighed for at blive en del af de ønskede fællesskaber.

Indsatsen skal tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker, håb og drømme og støtte borgeren i herudfra at formulere personlige mål. I den proces bør M-ACT-teamet bibringe borgeren nye indsigter om sammenhænge og problematikker ud fra en empatisk forståelse af, hvor borgeren er i sit liv og støtte borgeren i at fokusere på sine styrker og muligheder. Det er vigtigt, at M-ACT-teamet viser tiltro til, at borgeren selv er ekspert i sit eget liv, samt at teamet støtter med fokus på optimisme og håb på borgerens vegne.

Opbygningen af et tillidsfuldt samarbejde mellem M-ACT-team og borger er en forudsætning for, at borgeren bliver i stand til at formulere sine ønsker, håb og drømme. Nogle borgere vil indledningsvis have en mistillid til kommunen, som kan afføde svar fra borgeren, der i højere grad afspejler det, borgeren tror, kommunen vil høre, eller at borgeren prøver M-ACT-teamet af, frem for at afspejle borgerens egentlige drømme for fremtiden. Derfor kræver det tålmodighed og investering af tid fra teamet at finde frem til de egentlige forandringsudsagn hos borgeren, som samtidig er borgerens motivation for det videre samarbejde og den indsats, borgeren yder under forløbet.

Eksempler fra praksis

M-ACT-teamet skal fra start arbejde med at opbygge en tillidsfuld relation til borgeren. Dette kan foregå ved, at M-ACT-teamet bruger tid på at støtte borgeren i at håndtere de konkrete problemer, der fylder for dem (brandslukning). Det fremhæves, at borgerne på den måde får en oplevelse af, at M-ACT-teamet "er på deres side". Samtidig kan det indledende arbejde med borgernes konkrete problemstillinger give teamet en forståelse af problemstillingernes karakter og omfang, ligesom det kan understøtte udredningsarbejdet. Relationsopbygning kan også ske på mange måder, fx gennem fælles fysiske aktiviteter, opgaver mv., som borgerne

Tekstboks 6: Individuelt tilrettelagt

Når M-ACT-teamet tilrettelægger indsatsen ud fra borgerens ønsker, håb og drømme, øges sandsynligheden for, at borgerens recovery-proces fremmes. Det skyldes, at den individuelle tilrettelæggelse bidrager til, at borgerne i højere grad engagerer sig i egen udvikling, fordi de mødes af en undersøgende og anerkendende tilgang, hvor deres ønsker til indsatsen tages alvorligt. Hvis borgeren på denne måde oplever ligeværd i samarbejdet med de fagprofessionelle, kan det føre til et større ejerskab over egen recovery-proces hos borgeren.

finder meningsfulde. Praksiserfaringer peger desuden på, at processen, hvorved M-ACT-teamet løbende forholder sig til borgernes ønsker, håb og drømme sammen med borgerne, i sig selv har en tillidsopbyggende funktion. Endelig viser praksiserfaringer, at man som M-ACT-team også kan arbejde med opbygning af tillid ved at tilbyde følgeskab. Det kan fx være til tandlægen, lægen, på jobcentret mv. Fællesnævneren er, at det bidrager til at skabe tillid, når borgeren oplever, at teamet investerer i relationsarbejdet og bruger tid sammen med borgeren i borgerens ærinde.

M-ACT-teamet understøtter borgeren i at formulere borgerens ønsker, håb og drømme, som sammen med borgerens situation danner udgangspunkt for et overordnet formål med indsatsen. Dernæst skal M-ACT-medarbejderen sammen med borgeren finde frem til realistiske delmål, som borgeren finder overskuelige og har lyst til at arbejde med. Her er det helt centralt, at M-ACT-medarbejderen har fokus på at være aktivt lyttende og kan stille 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 teamet udviser forståelse og tillægger borgerens ønsker gyldighed. M-ACT-teamet skal i den proces lade borgeren drømme stort uden forbehold, Det er afgørende, at M-ACT-teamet accepterer og tror på borgerens drøm og dertil arbejder med indsatsmål og delmål, der både har personlig gyldighed og faglig begrundelse. I arbejdet med de små trin på vejen mod drømmen, opnår borgeren over tid større selvindsigt, som vil bidrage til, at borgeren selv kan realitetskorrigere drømmen, hvis der viser sig at være behov for det. Praksiserfaringer peger på, at de fleste borgers drømme er meget basale og knytter sig til fx genetablering af kontakt med familie, tryghed, indhold og struktur i hverdagen mv.

Tekstboks 7: Drømme og konkrete delmål

Når man arbejder recovery-orienteret, er det helt centralt, at ønsker, håb og drømme er borgerens egne, og som fagperson skal man ikke forsøge at gøre disse realistiske. I den fælles udarbejdelse af konkrete delmål, der udgør de små trin på vejen mod drømmen, skal man som fagperson til gengæld have et fokus på, at de bliver konkrete og opnåelige.

M-ACT-teamet afgør i samarbejde med borgeren, hvilken støtte der er nødvendig for at opnå borgernes ønsker, håb og drømme⁴. Praksiserfaringer viser, at en fælles tilrettelæggelse af indsatsens indhold understøtter den gode samarbejdsrelation mellem borgeren og M-ACT-teamet, da borgerens ønsker, drømme og håb reflekterer indsatsens fokus, samtidig med at aktiviteterne opleves som meningsfulde og overskuelige. For at sikre, at M-ACT-medarbejderne og borgeren er afstemte omkring målene for indsatsen, kan M-ACT-medarbejderne med fordel stille validerende spørgsmål, når målene defineres (fx: "Kan du genkende dig selv i målene?" eller "Er det rigtig forstået, når jeg skriver, at det her er dit mål?"). Erfaringer viser, at det i samarbejdet med nogle borgere kan være hensigtsmæssigt at holde fokus på ét delmål og én primær opgave ad gangen for at gøre det mere overskueligt for borgeren. For nogle borgere kan det være svært at forholde sig til begrebet "mål". Her viser praksiserfaringer, at det for nogle borgere kan være meningsgivende, at M-ACT-teamet i stedet spørger ind til, hvad der fungerer i borgerens liv, hvad der bekymrer og hvad der skal ske, og at det er med afsæt i de spørgsmål og svar, aftalerne i M-ACT-planen indgås. Spørgsmålene er inspireret af redskabet "Signs of Safety".

Der kan være tilfælde, hvor M-ACT-teamet vurderer, at borgeren har et støttebehov, som borgeren ikke selv ser eller ønsker at arbejde med. Her er det vigtigt, at M-ACT-teamet husker sin rolle som sparringspartner og ikke pålægger borgeren særlige tilbud eller indsatser. Medarbejderne fra M-ACT-teamet kan i stedet stille spørgsmål, være undersøgende og rådgive borgerne i processen med at prioritere sine behov og fastsætte sine mål.

M-ACT-planen skal anvendes til løbende opfølgning på borgerens udvikling på de opsatte delmål. Ved hjælp af M-ACT-planen foretager M-ACT-teamet i samarbejde med borgeren en vedvarende justering af og opfølgning på den individuelt tilrettelagte indsats. Praksiserfaringer viser, at nogle borgere foretrækker en visuel

⁴ Myndighed indgår som en del af M-ACT-teamet.

illustration, eller mundtlig opfølgning af egen udvikling, på de opsatte delmål fremfor en skriftlig opfølgning, fx en borger med ordblindhed, hvor M-ACT-teamet i stedet kan bruge visuelle redskaber (fx piktogrammer, udviklingslinjer m.m.) eller lydbeskeder indtalt på mobil som supplement til M-ACT-planen.

Borgerens feedback ift. indsatsen og medarbejdernes praksis er helt central, så M-ACT-teamet kan foretage tilpasninger og justeringer på den baggrund. Ud over justering af M-ACT-planen kan justering af praksis også handle om, hvorvidt borgeren oplever, at den indsats, teamet leverer, er recovery-orienteret. Praksiserfaringer viser, at redskabet Brief INSPIRE kan bruges til at indhente borgernes feedback på indsatsen. Gennem redskabet vurderer borgeren, i hvilken grad han eller hun føler sig støttet af M-ACT-teamet på de fem CHIME-faktorer og dermed i sin recovery-proces. Andre redskaber som FIT vil også kunne anvendes som redskab til at indhente borgerens oplevelse af mødet med teamet.

Skemalagte opfølgingsmøder i teamet medvirker til en systematisk opfølgning på sagsniveau. På møderne drøfter teamet, hvilke problemstillinger der arbejdes med, hvad der virker og ikke virker, hvilke fagligheder der skal inddrages samt ressourceforbrug/behov. Det er vigtigt, at M-ACT-teamet i samarbejde med borgeren løbende vurderer, hvem i teamet der har den gode kontakt med borgeren, og hvilke udfordringer der fylder mest hos borgeren på det givne tidspunkt. Med andre ord skal det hele tiden vurderes, hvilke fagligheder der skal sættes i spil.

Forudsigelighed og rammesætning i samarbejdet mellem borger og M-ACT-teamet udgør et nøgleord ift. at etablere en tillidsfuld og tryk samarbejdsrelation mellem borger og M-ACT-team. Fx peger praksiserfaringer på, at det er vigtigt, at teamet og borgeren får aftalt, hvordan de kan komme i kontakt med hinanden, samt hvornår og hvordan kontakten skal foregå. Det er også vigtigt at være tydelige på, hvad M-ACT-indsatsen er for en indsats, og hvad M-ACT-teamet kan tilbyde i relation til det, borgeren ønsker sig af forløbet.

Hjælperedskaber:

- M-ACT-planen skal anvendes som redskab til at skabe overblik over, samle og følge op på borgerens indsats og delmål samt plan for støtte og behandling (se eksempel i bilag C). M-ACT-planen kan også udgøres af En Plan, en §141-handleplan eller andre lignende helhedsorienterede og koordinerede planer, som kommunen i forvejen arbejder med, så længe redskabet opfylder intentionerne med M-ACT-planen.
- Forskellige modeller for, hvordan M-ACT-planen kan formidles til borgeren og anvendes i den løbende dialog med borgeren om indsatsen, fx piktogrammer, illustrationer, lydbeskeder mv. eller fx redskabet "Signs of Safety", som egentlig er udviklet til at vurdere tegn på fare og sikkerhed for børn i børnesager.
- CHIME kan anvendes som fælles forståelsesramme til dialogen med borgeren. CHIME kan dermed understøtte, at fagperson og borger kommer omkring de faktorer, man ved, har betydning for personlig recovery, og dermed tættere på, hvad der betyder noget for den enkelte borger, og som kan være mål for indsatsen.
- Brief INSPIRE kan anvendes til at indhente borgernes feedback på indsatsen. Gennem redskabet vurderer borgeren, i hvilken grad han eller hun føler sig støttet af M-ACT-teamet på de fem CHIME-faktorer og dermed i sin recovery-proces (se eksempel i bilag C).
- Motivational Interviewing (MI) kan benyttes som samtaleteknik til at tale borgerens ønske om forandring frem med henblik på at finde det forandringsudsagn, som skal være en driver for borgeren selv i den videre indsats.

6.2 Intensiv: M-ACT-teamet tilbyder støtte og behandling inden for de områder og i det omfang, borgeren har behov for det

Faglig begrundelse

Hensigten med kerneelementet er at medvirke til, at indsatsens intensitet modsvarer borgerens behov.

Borgeren oplever i højere grad en positiv udvikling eller stabilisering på væsentlige livsområder, når borgeren modtager støtte og behandling inden for de områder, i det omfang og i den rækkefølge, borgeren har behov for.

Kerneelementet indebærer, at M-ACT-teamet enten selv eller i samarbejde med eksterne partnere kan levere den nødvendige støtte og behandling til, at borgeren oplever at kunne indfri sine mål med indsatsen. Kerneelementet fordrer, at flere fagligheder med mulighed for løbende at justere indsatsens intensitet er repræsenteret i M-ACT-teamet. Intensiv støtte kan dog også betyde, at én i M-ACT-teamet i perioder leverer intensiv behandling eller støtte inden for eget fagområde, eller at M-ACT-teamet ikke leverer hele indsatsen selv. Det betyder, at M-ACT-teamet også har ansvar for at koordinere den intensive støtte med fagpersoner uden for M-ACT-teamet. Kerneelementet kræver således, at der er tilstrækkelige ressourcer til, at teamet kan levere en intensiv støtte til den enkelte borger; enten ved at levere støtten selv eller koordinere med fagpersoner uden for teamet.

Eksempler fra praksis

For at kunne tilbyde en intensiv indsats, der modsvarer det behov for støtte, som den enkelte borger oplever, kræver det, at M-ACT-teamet har en passende størrelse i forhold til antallet af borgere, der tilknyttes teamet. Det caseload, teamet kan håndtere, kan bl.a. afhænge af støttebehovet hos den specifikke målgruppe af borgere, som visiteres til indsatsen i den enkelte kommune samt teamets størrelse og timetal i indsatsen⁵. Erfaringer fra praksis viser fx, at medarbejdere med få timer i indsatsen enten kan have svært ved reelt at blive en del af det tværprofessionelle samarbejde i teamet og få deres faglighed i spil, eller have svært ved at arbejde intensivt med borgeren, fordi tiden går til interne sparringsmøder og koordinering uden om borgeren.

Intensitet kan også have betydning for, hvem i teamet der arbejder med borgeren i en periode. Fx kan borgerens behov kalde på særlige fagspecifikke kompetencer i en periode, mens borgerens behov i andre perioder kan betyde, at hele M-ACT-teamet arbejder med borgeren. Det understøtter teamets mulighed for at arbejde intensivt, at alle i teamet kan træde ind for hinanden og ud over det fagområde, de normalt arbejder med uden for M-ACT-indsatsen, når situationen kræver det. Det er i den forbindelse vigtigt, at borgeren præsenteres for og kender det samlede M-ACT-team, for at borgeren kan rumme det. Samtidig er det hensigtsmæssigt, at borgeren også får mulighed for selv at vælge sin primære kontaktperson, som kan skifte hen over forløbet. Det er vigtigt, at der er plads til den form for tilpasninger i indsatsen, så indsatsen på bedste vis understøtter den enkelte borgers ønsker og behov. Det er også vigtigt at have en opmærksomhed på, hvor mange forskellige mennesker den enkelte borger kan rumme.

Praksiserfaringer peger på, at det er hensigtsmæssigt at afholde jævnlige netværksmøder med relevante eksterne partnere. På disse netværksmøder er det muligt at planlægge og justere den støtte, eksterne partnere står for, så denne også modsvarer borgerens aktuelle behov. Praksiserfaringer viser, at kommuner, der kender metoden Åben Dialog, finder elementer fra metoden anvendelige i arbejdet med eksterne partnere, særligt netværksmødet. Praksiserfaringer viser, at M-ACT-teamet samtidig har behov for jævnligt at afvikle teammøder, hvor den aktuelle status for hver borger gennemgås. Møderne afvikles typisk som tavlemøder med en mødeleder (teamkoordinatoren) samt en fast dagsorden og struktur for mødet. Teamet behøver ikke at drøfte status for alle borgere i indsatsen med samme kadence. Fx kan borgere, hvis støttebehov kalder på

⁵ I den oprindelige ACT-indsats arbejdes der fx med et caseload på otte borgere pr. fuldtidsmedarbejder i teamet.

en højintensiv støtte og behandling, drøftes oftere, sammenlignet med borgere, som kun har brug for en lavintensiv støtte.

Der kan være forskellige greb til at vurdere, hvorvidt indsatsens omfang skal op- eller nedjusteres. Mens nogle borgere selv italesætter deres kontakt- og støttebehov, har andre borgere sværere ved at sætte ord på, hvorvidt de har brug for, at indsatsens intensitet justeres. Praksiserfaringer viser, at ændringer i borgeren liv, fx flytning eller opstart i behandling, ofte betyder, at indsatsen skal skrues op, da sådanne perioder kan opleves overvældende og utrygge for borgeren.

Kerneelementet intensiv indebærer også, at intensiteten i perioder skrues ned. Praksiserfaringer viser, at der kan være behov for at lade borgerne "trække sig" lidt i perioder. Erfaringen er, at det er vigtigt, at M-ACT-teamet fortsat sørger for at holde kontakt og give borgerne input. Det kan gøres ved at stille spørgsmål som fx: *"Har du overvejet det her?"* Samtidig peger erfaringerne på, at det er godt allerede fra starten af M-ACT-forløbet at aftale med borgeren, hvordan borgeren ønsker at have kontakt med M-ACT-teamet, i perioder hvor det kan være svært at åbne døren for teamet og indgå i indsatsen. Fx kan en sms være godt for nogle borgere, mens andre har brug for mere, fx at team og borger tager en samtale gennem brevsprækken, eller at medarbejderen indtaler en lydbesked på mobilen. På den måde tilpasser teamet intensiteten efter borgernes behov, samtidig med, at de viser borgeren, at de fortsat er tilgængelige. Der er også gode erfaringer med at bruge samarbejdspartneres input som pejlemærke for, hvordan borgeren har det i perioder, hvor M-ACT-teamet har mindre kontakt med borgeren. Det kan fx være, at borgeren i en periode er tilknyttet en anden indsats, som tager så meget energi, at der ikke også er overskud til at forholde sig til M-ACT-teamet. Eller at der er gadeplansmedarbejdere i kommunen, der har blik for borgeren i perioder, hvor M-ACT-teamet har sværere ved at holde hyppig kontakt.

Der kan være uoverensstemmelse mellem M-ACT-teamets vurdering af, hvor intensiv en støtte den enkelte borger har behov for og borgerens eget oplevede støttebehov. For at sikre, at borgerne modtager en indsats, der er afstemt deres støttebehov, er det vigtigt, at teamet er opmærksomme på, hvad borgernes kontaktbehov reflekterer. Hvis det fx handler om, at borgerne savner fællesskaber og netværk, kan medarbejderne bistå eller facilitere, at borgerne deltager i meningsfulde og trivselsfremmende aktiviteter i hverdagen. Hvis det modsat handler om, at borgerne har svært ved at bede om hjælp, kan teamet være proaktive ved fx at opsøge borgerne (enten fysisk eller pr. telefon) og derigennem afdække borgernes situation. Praksiserfaringer viser yderligere, at det kan være en fordel, hvis M-ACT-medarbejderne har en konkret og direkte kommunikation, da det kan bidrage til at forventningsafstemme borgerens behov for kontakt og omfanget af kontakten. Fx kan teamet sige: *"Jeg kommer igen på tirsdag for at følge op med dig. Hvad tid passer dig?"*, fremfor: *"Hvornår skal jeg komme igen?"*.

Hjælperedskaber:

- Praksismodellen bidrager til at strukturere indsatsen. Derudover kan den understøtte M-ACT-teamets vurdering af, hvornår borgeren er klar til at modtage en gradvist mindre intensiv indsats, som har en mere brobyggende karakter, eller hvornår borgeren er klar til helt at afslutte indsatsen.
- Fast systematik og dagsorden for teammøder, fx afholdt som tavlemøder, hvor borgernes status gennemgås. Her kan en fast kadence og dagsorden for teammøderne yderligere understøtte, at teammøderne bidrager til at sikre den intensive indsats.
- Fast struktur for netværksmøder med eksterne partnere med udgangspunkt i borgerens aktuelle behov for støtte.

6.3 Fleksibel: M-ACT-teamet tilbyder støtte og behandling på det rigtige tidspunkt, når borgeren har behov for det

Faglig begrundelse

Hensigten med kerneelementet er, at indsatsen gives på de rigtige tidspunkter, når borgerens behov ændrer sig, fx ved akut opståede kriser eller når motivationen opstår til fx at komme i misbrugsbehandling.

Det er derfor centralt, at M-ACT-indsatsen er fleksibel. Det betyder, at indsatsen skal kunne gives på de rigtige tidspunkter for den enkelte borger. Flexibiliteten giver kontinuitet i støtten og reducerer risikoen for, at borgeren ikke møder op til aftaler, ikke lukker døren op og/eller at borgeren får tilbagefald, når han eller hun befinder sig i en akut krise (fx tilbagefald til stofmisbrug ved akut psykisk krise). Muligheden for at understøtte borgeren på sådanne kritiske tidspunkter bidrager til at fastholde borgerens vej mod recovery.

Kerneelementet indebærer, at teamet kan justere indsatsen og handle hurtigt, hvis borgeren oplever ændrede behov. Afhængigt af karakteren af det akutte behov kan det også betyde, at M-ACT-teamets medlemmer i nogle situationer skal kunne træde ud over egen faglighed, hvis borgerens akutte behov kræver det, eller at M-ACT-teamet skal arbejde hurtigt med at sikre tilgængeligheden til indsatser uden for M-ACT-teamet, som måske ikke har samme fleksibilitet, og hvor M-ACT-teamet dermed må forsøge at kompensere for den mangel.

Eksempler fra praksis

M-ACT-teamet skal have et caseload, der muliggør en fleksibilitet til selv at kunne tilrettelægge deres tid og arbejdsopgaver. Det er essentielt for, at støtten kan leveres fleksibelt og med kort varsel. Konkret skal medarbejderne i teamet have mulighed for at flytte rundt på deres arbejdsopgaver, hvis en borgers situation kræver det. Derudover skal medarbejderne eller borgeren kunne trække på en anden i teamet, hvis de selv er optaget eller utilgængelige på et givent tidspunkt. Eksempler fra praksis viser, at det understøtter teamets fleksibilitet ift. at kunne reagere hurtigt på borgerens behov, når borgeren kender alle eller flere af medarbejderne i M-ACT-teamet, fordi flere vil kunne træde til. Det understøtter samtidig, at alle i M-ACT-teamet er lige ansvarlige for alle borgere. Består teamet fx af to eller flere medarbejdere, der leverer social og praktisk støtte til borgerne, har disse medarbejdere ikke hver deres borgere i indsatsen, mens fx myndighed og misbrugs-konsulent har alle borgere. I M-ACT-indsatsen er alle lige ansvarlige for alle borgere, og den forståelse er vigtig for at understøtte teamets fleksibilitet.

I M-ACT-indsatsen er teamets medlemmer ikke nødvendigvis ansat på fuld tid. I praksis vil M-ACT-teamets medarbejdere måske have faste dage, hvor de arbejder med M-ACT-indsatsen. Her viser erfaringerne, at det er vigtigt, at medarbejderne har mulighed for at være tilgængelige for borgerne på andre tidspunkter end i løbet af de faste dage, hvis der opstår akutte behov for borgerne. Det kan derfor være hensigtsmæssigt, at der er indgået aftaler om fleksibilitet for de M-ACT-medarbejdere, der også har tilknytning andre steder i organisationen. Der kan være behov for ledelsesmæssig opbakning og sparring ift. prioritering, eftersom M-ACT-medarbejderen kan opleve svære valg forbundet med prioritering mellem borgere hhv. i og uden for M-ACT-indsatsen.

Yderligere er det vigtigt, at M-ACT-teamet løbende afstemmer teamets ressourcer med hinanden. Dette gøres via jævnlige teammøder, hvor borgernes behov og situation drøftes i sammenhæng med de ressourcer, hver enkelt medarbejder har til rådighed i den pågældende uge. Det giver mulighed for at afklare, hvem der kan træde til ved akut opståede situationer, samt om der er behov for at flytte rundt på timer og dage for den enkelte medarbejder.

Ud over fleksibilitet i den indsats M-ACT-teamet tilbyder, kan borgeren have behov for fleksibilitet i indsatser uden for teamet, fx hvis borgeren pludselig er motiveret for at indgå i misbrugsbehandling eller modtage

psykiatrisk behandling. Her kræver det noget særligt af teamet at kompensere for den evt. manglende fleksibilitet hos relevante samarbejdspartnere, fx ved at de ledsager borgeren til de pågældende tilbud eller faciliterer kontakten og indgår konkrete aftaler.

Hjælperedskaber:

- Fast struktur for ugentlige møder i M-ACT-teamet
- Oplysningsmateriale
- Samarbejdsaftaler med eksterne samarbejdspartnere.

6.4 Udgående: Borgeren bestemmer, hvor støtten og behandlingen skal foregå

Faglig begrundelse

Indsatsens målgruppe forventes ikke regelmæssigt at kunne møde op til behandling og støtte. Derfor er hensigten med kerneelementet at understøtte, at borgeren bliver i stand til at modtage støtte og behandling.

Litteraturen fremhæver, at det særligt i opstarten af indsatsen er væsentligt, at støtte og behandling er udgående. Borgeren kan her befinde sig i en sårbar position, ligesom borgeren kan mangle tillid til det kommunale system. Praksiserfaringer viser imidlertid, at indsatsen ikke altid behøver at være udgående gennem hele indsatsforløbet.

Kerneelementet indebærer, at hele M-ACT-teamet skal kunne levere en udgående indsats, således at støtten og behandlingen fra de forskellige M-ACT-medarbejdere skal gives dér, hvor borgeren ønsker det. Det kan fx være i borgerens hjem, på et værested eller på en bænk i parken.

Denne tilgang understøtter M-ACT-teamets forudsætninger for at arbejde med relationsopbygning til de enkelte borgere. Hertil bidrager det til at udrede borgerens situation og funktionsniveau, når M-ACT-teamet møder borgeren i sit naturlige miljø, om det er i boligen, på væresteder eller i omgangen med andre.

Selvom indsatsen skal tilrettelægges, så borgeren bestemmer, hvor støtte og behandling foregår, skal M-ACT-teamet samtidig understøtte, at borgeren kan møde op til behandling og indsats på andre steder i systemet, hvor indsatsen ikke er udgående, fx i jobcentret eller på sygehuset. M-ACT-teamet skal også arbejde med at understøtte, at borgeren gradvist bliver bedre i stand til at være mobil. Det kan fx være at bruge offentlig transport og bevæge sig rundt i lokalområdet. Formålet er at lette borgerens adgang til sociale fællesskaber og at understøtte borgerens empowerment og sociale inklusion.

Eksempler fra praksis

Praksiserfaringerne viser, at når medarbejderne i M-ACT-teamet møder borgeren i borgerens hjem eller på en af borgeren udvalgt lokation, da bidrager det til at skabe en mere ligeværdig og tillidsfuld relation. Når borgeren oplever at være på "hjemmebane", i trygge omgivelser, og rammesætningen samtidig er uformel, da oplever M-ACT-teamet, at borgeren sænker paraderne, og at en tillidsfuld relation er lettere at opbygge. Dette er væsentligt, fordi M-ACT-teamet på den måde kan få mere viden om borgeren og dermed har lettere ved at støtte borgeren i sin recovery-proces. M-ACT-teamet kan arbejde med at understøtte relationsdannelsen ved at tilbyde borgeren at mødes om en aktivitet i naturen, fx en fisketur eller en walk-and-talk, baseret på, hvad borgeren har fortalt M-ACT-medarbejderen om egne nuværende eller tidligere interesser. Her er det blot væsentligt at overveje, hvor fortrolige samtaler afholdes, så de fx ikke finder sted i en befærde park.

En del af den indsats, borgeren har behov for, leveres typisk af parter uden for M-ACT-teamet, fx jobcenter, rusmiddelcenter, praktiserende læge mv. M-ACT-teamet har derfor til opgave at undersøge om disse parter kan arbejde udgående og fremskudt med deres indsats. Her kan teamet gå i dialog med de eksterne partnere og opfordre fx sagsbehandleren fra jobcentret til også at mødes med borgeren, hvor borgeren ønsker det. Når det ikke kan lade sig gøre, må M-ACT-teamet forsøge at kompensere for eksterne samarbejdspartneres manglende mulighed for at arbejde udgående. M-ACT-teamet kan fx tilbyde borgeren ledsagelse til de indsats, der forgår uden for M-ACT-teamet, fx på jobcentret, i retten eller til tandlægen. Dette vil afhænge af borgerens ønsker og behov. Erfaringer fra praksis viser samtidig, at borgeren ikke altid hører beskeder eller er mentalt til stede, når de deltager i møder, hvilket betyder, at M-ACT-teamet må kontakte og møde op hos borgeren flere gange for at afstemme og/eller sikre, at borgeren har forstået beskederne. M-ACT-teamets ledsagelse kan dermed understøtte, at borgeren forstår og fastholdes i øvrige indsats.

Teamet kan undervejs i samråd med borgeren afgøre, om behandling og støtte med fordel kan tilgås på fx rusmiddel- eller jobcentret med henblik på at understøtte en udvikling i borgerens netværksdannelse, hvis borgeren føler sig tryk ved det og oplever det meningsfuldt. Støtten kan derfor undervejs i forløbet få en mere brobyggende karakter (udover til behandlingssteder også til netværk og civilsamfund), hvor den udgående funktion kan støtte borgeren i at opnå en højere grad af social inklusion i samfundet, fx ved at M-ACT-teamet hjælper borgeren til at lære at anvende offentlige transportmidler, sender påmindelser til borgeren på sms forud for møder mv. med henblik på at understøtte, at borgeren kan overholde sine aftaler. Der kan dermed arbejdes med varierende grader af en udgående indsats alt efter borgerens situation og ønsker.

Hjælperedskaber:

- En klar forventningsafstemning med eksterne partnere uden for M-ACT-teamet, fx specificeret i samarbejdsaftaler, kan bruges til at tydeliggøre, at den støtte og behandling, borgeren modtager i andet regi, med fordel kan finde sted dér, hvor borgeren ønsker det.
- Praksismodellen er bl.a. et hjælperedskab til vurdering af, hvor langt borgeren er i sin recovery-proces, og hvorvidt den udgående støtte kan få en mere brobyggende karakter, såfremt borgeren ønsker dette.

6.5 Tidsubestemt og vedholdende: M-ACT-teamet tilbyder borgeren støtte og behandling, så længe borgeren har behov for det

Faglig begrundelse

Det er centralt, at M-ACT-indsatsen tilbydes, så længe borgeren har behov for det. Derudover er det vigtigt, at indsatsen er vedholdende. Det centrale er, at M-ACT-teamet har ansvaret for at tage initiativet og holder aktivt fast i kontakten med borgerne, også i perioder, hvor borgerne trækker sig. Borgernes oplevelse af, at medarbejderne aldrig giver op, er sammen med medarbejdernes tilgængelighed over lang tid afgørende for, at borgerne oplever forbedringer.

M-ACT-indsatsen bør tilrettelægges således, at det er borgerens udvikling og opnåelse af egne mål, der definerer afslutningen af M-ACT-indsatsen og overgangen til en anden indsats, jf. praksismodellen. Dette adskiller sig fra andre indsats, hvor tidspunktet for afslutningen af indsatsen er givet på forhånd.

Derudover skal M-ACT-medarbejderne levere en vedholdende indsats, hvor de påtager sig at være den aktive part, som tager initiativ til og ansvar for at opsøge og bevare kontakten med borgerne. I den sammenhæng er det centralt, at M-ACT-medarbejderne gennem hele indsatsen arbejder på hhv. at skabe og at bevare en god samarbejdsrelation med borgeren.

Det er dog væsentligt, at M-ACT-teamet også er opmærksomme på den grundlæggende værdi om empowerment. Det betyder i denne sammenhæng, at M-ACT-teamet også skal have fokus på at understøtte borgerens eget ansvar og initiativ, selvom M-ACT-medarbejderne har ansvar for at være vedholdende og tage initiativ til løbende kontakt.

Eksempler fra praksis

Når M-ACT-teamet arbejder vedholdende, indebærer det, at **teamet skal påtage sig initiativ** til at skabe kontakt til den enkelte borger. Det betyder, at teamet skal finde måder at komme i kontakt med den enkelte borger på, også i perioder hvor han eller hun måske "trækker sig" fra kontakt. Her er det vigtigt at forventningsafstemme. Fx kan borgeren have givet udtryk for, at han eller hun ikke ønsker at se nogen i den næste uge. Her kan teamet aftale med borgeren, at de alligevel kommer forbi og banker på døren, for at vise, at de er til rådighed, men at det er ok, hvis borgeren ikke åbner. M-ACT-teamet skal tydeliggøre for borgeren, at det er ok at trække sig i en periode, men at borgeren altid kan kontakte teamet.

Praksiserfaringerne viser, at det er en fordel, hvis forskellige fagpersoner fra teamet tager kontakt til borgeren i de perioder, hvor borgeren trækker sig fra indsatsen, fordi borgerens tilbagetrækning kan være et udtryk for nye behov.

Erfaringerne viser desuden, at der kan være behov for, at medarbejderne hjælper hinanden med at opretholde tålmodigheden i at fortsætte den vedholdende kontakt. Dette kan fx gøres under teammøder. Samtidig er der typisk en del arbejde uden om borgerne, som gør, at teamet kan løse andre opgaver, når borgeren ikke er der eller ikke møder op. Endelig viser erfaringerne, at der for de forskellige monofagligheder kan være forskel på, hvordan man ellers arbejder. Fx er hjemmeplejen vant til, at borgerne åbner døren, hvor §85-støtten måske er vant til at finde borgerne på gaden. Det kan have betydning for, hvor vedholdende man er vant til at arbejde.

Det **vedholdende** aspekt kan fx også udmøntes gennem en tidlig forventningsafstemning med borgeren, hvor det drøftes, hvordan teamet skal forholde sig, afhængigt af borgerens situation og forskellige reaktionsmønstre (se 'Trafiklyset' under hjælperedskaber). Det kan fx helt konkret være en aftale om, at M-ACT-teamet må tjekke, om der er lys i vinduet i borgerens bolig, hvis borgeren ikke svarer på telefonen eller åbner døren i en periode. Under en indledende forventningsafstemning kan M-ACT-teamet også give udtryk for, hvilke

forventninger teamet har til samarbejdet med den enkelte borger. Det kan fx være, at borgeren skal give livstegn over sms, hvis borgeren gennemgår en svær periode.

Det er teamets og borgerens vurdering, der afgør, hvornår indsatsen bevæger sig over i **brobygningsdelen**. Erfaringer fra praksis viser, at det kan være hensigtsmæssigt at bibeholde borgeren i indsatsen i en periode, selvom borgeren er stabil og måske er nået til et sted i sin recovery-proces, hvor målene for indsatsen er opnået, og hvor der ikke længere er behov for teamets tværprofessionelle og koordinerede indsats. I den periode kan indsatsen skrues helt ned, så den udelukkende varetages monofagligt. Fordelen er, at M-ACT-indsatsen lynhurtigt kan genaktiveres, hvis borgeren får behov for det, og uden at der skal revisiteres til indsatsen. Ulempen er, at selv om borgeren kører på en lavintensiv indsats, så skal der være plads i teamets samlede caseload til at kunne genaktivere M-ACT-indsatsen ved behov. Det er derfor en afvejning fra borger til borger, hvad der giver mening.

Praksiserfaringer viser, at det **tidsubestemte** har en værdi for borgerne, fordi det giver dem en tryghed at vide, at der er tid til at tilrettelægge indsatsen efter det tempo, der lige netop passer dem. Tidsubestemt betyder dog ikke for evigt. Praksismodellens dele strukturerer M-ACT-indsatsen. Når indsatsen nærmer sig sin afslutning, og borgeren befinder sig i brobygningsdelen af praksismodellen, er der gode erfaringer med at arbejde med en "blid" overgang til andre indsatser, hvor en eller flere af M-ACT-teamets medarbejdere fortsat er tilknyttet borgeren i en såkaldt overgangsperiode. På den måde kan borgeren bibeholde tilliden og relationen, indtil relationsdannelsen med de nye samarbejdspartnere i den nye indsats er etableret og stabil. Erfaringerne viser også, at det er vigtigt, at borgeren er inddraget i alle beslutninger vedrørende den nye indsats, og at der er skabt gennemsigtighed om dem. Det bidrager til at skabe tryghed om afslutning og overgang til ny indsats for borgeren. Det kan også understøtte borgerens tryghed at italesætte og synliggøre hans eller hendes progression og målopnåelse via grafer eller andre illustrationer. Det giver borgeren et billede af, hvor langt borgeren er nået i sin recovery-proces under M-ACT-forløbet.

Afslutning af indsatsen kan også ske på baggrund af borgerens aktive fravalg. Hvis borgeren er tydelig og sikker i sit fravalg, og trækker sit samtykke til, at der kan ydes en tværprofessionel indsats, skal teamet respektere det. Afslutning af forløb kan også forekomme, hvis borgeren fraflytter kommunen, og indsatsen ikke har mulighed for at følge med borgeren.

Der kan opstå perioder i en M-ACT-indsats, hvor borgeren er forhindret i at mødes med M-ACT-teamet (fx pga. fængsling eller indlæggelse). I disse tilfælde kan M-ACT-teamet i samarbejde med borgeren vurdere, om indsatsen kan fortsætte under borgerens indlæggelse eller indsættelse. Fx kan M-ACT-teamet betale borgerens regninger eller bibeholde relationen til borgerne ved at ringe til borgeren, besøge borgeren eller foretage videoopkald. Ved en længere afbrydelse af indsatsen (fx et længere fængselsophold) vil det dog ofte være nødvendigt at sætte indsatsen "på pause" eller afslutte indsatsen.

Hjælperedskaber:

- Praksismodellen understøtter, at M-ACT-indsatsen tilbydes, så længe borgeren har behov for det. Modellen beskriver, hvor borgeren skal være i sin recovery-proces, før indsatsen kan afsluttes eller sættes i bero.
- Progressionsmåleredskaber kan anvendes til at synliggøre borgerens progression og målopnåelse i M-ACT-indsatsen. Fx kan Brief INSPIRE-O, der måler recovery, eller General Self Efficacy Scale, der måler mestringsevne, anvendes. Progressionsmålinger bør altid kvalificeres i dialog med borgeren, så de afspejler borgerens oplevelse af fremskridt.
- Trafiklyset kan bidrage til, at M-ACT-teamet kan være vedholdende i deres dialog og kontakt med borgeren. Gennem en tidlig forventningsafstemning afklares det med borgeren, hvad borgeren har behov for fra teamet i forskellige situationer/tilstande (som fx når borgeren er psykisk dårlig og oplever kaos), og hvordan de forskellige tilstande kommer til udtryk hos borgeren (se eksempel i bilag C).

6.6 Tværprofessionel: M-ACT-teamet arbejder tværprofessionelt med borgerens ønsker, håb og drømme

Faglig begrundelse

Kerneelementet skal understøtte, at borgeren tilbydes en helhedsorienteret og sammenhængende støtte, der er rettet mod de udfordringer, den enkelte borger har. Derudover skal kerneelementet bidrage til, at M-ACT-teamet så vidt muligt kan yde en direkte indsats over for borgeren, så borgeren har færrest mulige kontakter på tværs af fagområder og sektorer.

Teamet skal kunne levere tre kernefunktioner direkte: social og praktisk støtte, sundhedsfaglig støtte og administrativ støtte. Derudover er det centralt at bruge teamets forskellige fagligheder på en reflekteret måde, så de understøtter et helhedsorienteret og sammenhængende perspektiv på M-ACT-teamets arbejde med borgerens forskellige problematikker. Begge dele skaber en tværprofessionel støtte, der opleves som sammenhængende, og som modsvarer målgruppens støttebehov.

Tekstboks 8: Tværprofessionel

Når M-ACT-teamet arbejder tværprofessionelt med borgerens ønsker, håb og drømme, så øges sandsynligheden for, at indsatsen opleves som sammenhængende og overskuelig for borgeren. Det skyldes, at den tværprofessionelle tilgang i M-ACT-teamet medvirker til, at indsatsen modsvarer kompleksiteten i målgruppens støttebehov.

M-ACT-teamet skal således sørge for, at der ydes en fælles tværprofessionel indsats, hvor medarbejderne byder ind med egne monofaglige kompetencer, men ikke udelukkende støtter borgeren i hver deres forskellige aspekter og alene koordinerer og udveksler information, men faktisk i fællesskab udvikler, og arbejder ud fra, en fælles målsætning sammen med borgeren. Det er centralt, at M-ACT-teamet arbejder ud fra og understøtter de(t) samme indsatsmål for borgerens forløb. Dette medvirker til at skabe en sammenhæng mellem de monofaglige ydelser i indsatsen og en tværprofessionel snarere end blot en flerfaglig indsats. Denne type af tværprofessionelt samarbejde kræver en respekt og forståelse af de forskellige fagligheder og professioner i teamet, så fagligheden ikke udvandes.

Eksempler fra praksis

I M-ACT-indsatsen skal det tværprofessionelle samarbejde medvirke til, at M-ACT-teamet kan træde ind i et decideret teamsamarbejde. Det betyder, at teamet udfører en fælles tværprofessionel indsats, hvor medarbejderne kan træde til for hinanden og arbejde fleksibelt med egen faglighed. Medarbejderne i teamet må derfor udvide deres forståelse af både egne og de andre professioners viden og kompetencer og arbejde frem mod fælles ny viden og nye tilgange til arbejdet med borgerens mål og delmål.

Det tværprofessionelle samarbejde kan bl.a. være en hjælp til at lokalisere borgeren. Der er gode erfaringer med at lave aftaler med fx misbrugscentret om, at de skal ringe, hvis borgeren kommer hos dem. Så kan M-ACT-teamet tage til misbrugscentret og komme i kontakt med borgeren der. Erfaringer viser, at samarbejdet kræver, at M-ACT-teamet er proaktive i forhold til at skabe relationer til medarbejdere på misbrugscentret og andre relevante eksterne samarbejdspartnere.

Medarbejderne i M-ACT-teamet arbejder ud fra egen faglighed og kan være udvalgt som kontaktperson for borgeren i en given periode, fordi deres faglighed matcher borgerens behov netop på det tidspunkt. Men medarbejderne trækker samtidig på de resterende kompetencer i teamet både forud for og under dialogen med borgeren. Der er gode praksiserfaringer med, at M-ACT-teamet tager ud til borgerne to og to. Fx beskriver en §85 bostøtte-medarbejder fra M-ACT-teamet, hvor værdifuldt det er at have hjemmeplejen med, når de er hos borgeren. Hjemmeplejeren er hurtigere til at klare praktiske ting, fx oprydning, opvask, tøjvask mv. Det har ofte stor betydning i forhold til at skabe ro/stabilitet i borgerens liv. Dermed kan borgeren bedre fokusere på breve, e-Boks og lignende, som borgeren skal forholde sig til. Normalt vil de prioritere at vente med de praktiske ting, for at spare tid og for at få borgeren til selv at tage ansvar. Men når de er to ude ved borgeren, kan de sammen skabe udvikling/forandring hurtigere. På samme måde kan teamet i fællesskab

håndtere sygeplejefaglige, sociale og praktiske udfordringer mere synkront. Det giver en tidsbesparelse, ligesom det bidrager til en bedre indsats for borgeren.

Det tværprofessionelle kerneelement kan i tråd med ovenstående understøttes ved, at medarbejderne i M-ACT-teamet bærer ens tøj for at signalere over for borgeren, at de netop er et team. På denne måde skal borgeren ikke forholde sig til, hvilken type af information borgeren kan spørge de enkelte medarbejdere om, eller hvilke informationer det er relevant at dele med de enkelte medarbejdere. Dette sørger medarbejderne i M-ACT-teamet for at koordinere internt, så de relevante medarbejdere er informerede og klædt på til at samarbejde med borgeren om dét, som borgeren har behov for. Teamidentitet frem for monofaglighed kan også anvendes, når nogle borgere kan være forbeholdne overfor fx at skulle møde en misbrugsbehandler. Hvis misbrugsbehandleren i stedet præsenteres som en M-ACT-medarbejder, kan der skabes en kontakt på trods af, at borgeren for nuværende ikke har et ønske om eller er motiveret for at indgå i rusmiddelbehandling.

Erfaringerne peger også på, at det at arbejde tværprofessionelt giver ro til den enkelte medarbejder, fordi man i højere grad oplever et fællesskab omkring samme borger og ikke står alene med svære beslutninger eller voldsomme hændelser i borgerens liv.

I udmøntningen af det tværprofessionelle kerneelement er det væsentligt med tæt ledelsesopbakning til teamet samt et fokus på etableringen af et stærkt teamsamarbejde, hvor M-ACT-medarbejderne kender hinanden både fagligt og personligt. Her kan udarbejdelsen af persona, dvs. beskrivelser af, hvordan de enkelte medarbejdere er som personer (herunder fx typiske reaktionsmønstre) bidrage til, at medarbejderne i M-ACT-teamet lærer hinanden at kende. Samtidig kan funktionsbeskrivelser, der uddyber, hvilke faglige kompetencer og funktioner de enkelte medarbejdere i M-ACT-teamet hhv. besidder og skal varetage, bidrage til en klar rollefordeling, som kan styrke det tværprofessionelle samarbejde. Yderligere kan det tværprofessionelle samarbejde styrkes ved, at M-ACT-teamets medarbejdere er placeret på samme lokation eller lokale alle eller nogle dage om ugen. En fælles lokation betyder, at M-ACT-teamet har en fast base, hvor de ses oftere og nemmere kan dele viden. Det bidrager desuden til at holde fokus på indsatsen, at M-ACT-teamet har ét sted, hvor de kan synliggøre indsatsen ved at hænge oversigter over borgerforløb og andre arbejdsdokumenter.

Hjælperedskaber:

- M-ACT-plan skal anvendes til at understøtte det tværprofessionelle arbejde i teamet, så alle medarbejdere i teamet har en fælles forståelse af borgerens mål og behov (se eksempel i bilag C).
- En fælles lokalitet.
- Arbejdsgang for præsentation af M-ACT-teamet for borgere.
- Synlige fælles kendetegn ved M-ACT-teamet såsom ens trøjer med M-ACT-logo.
- Skabelon til funktionsbeskrivelser for medarbejdere i M-ACT-teamet.
- Skabelon til persona, dvs. beskrivelser af de enkelte medlemmer i M-ACT-teamet.
- Mødeguide til møder i M-ACT-teamet og evt. med eksterne partnere.
- Funktionsbeskrivelse for M-ACT-teamet kan bidrage til at tydeliggøre teamets nye fælles opgave og succeskriterier.

6.7 Koordineret: M-ACT-teamet skaber en helhedsorienteret og sammenhængende indsats for borgeren i samarbejde med eksterne partnere

Faglig begrundelse

Borgere i målgruppen har behov for støtte og behandling i forhold til forskellige udfordringer. Dele af støtten varetages af M-ACT-teamet, men der kan også være behov for bidrag fra aktører uden for M-ACT-teamet. Kerneelementet indebærer, at M-ACT-teamet tilrettelægger indsatsen i samarbejde med partnere uden for M-ACT-teamet, så den samlede støtte til borgerens recovery-proces er sammenhængende og helhedsorienteret.

En god koordination både internt i M-ACT-teamet og med eksterne partnere er vigtig for at træffe de rigtige beslutninger sammen med borgeren om støtte og behandling til understøttelse af recovery-processen. Studier viser desuden, at det er afgørende for borgernes oplevelse af en meningsfuld indsats, at støtten fra de forskellige partnere (også dem uden for M-ACT-teamet) er koordineret, så der arbejdes efter de samme mål.

M-ACT-teamet har ansvaret for, at den samlede understøttelse af borgerens recovery-proces er koordineret. Det betyder, at M-ACT-teamet skal afklare, om der er behov for at inddrage partnere uden for M-ACT-teamet i hvert enkelt borgerforløb, eller om borgeren i forvejen modtager støtte eller behandling fra andre parter. Hvis det er tilfældet, skal M-ACT-teamet sørge for, at der er dialog med de eksterne partnere om, hvilket indsatsmål og konkrete delmål der skal arbejdes med i det enkelte borgerforløb. Dialogen med eksterne partnere kan også være med til at kvalificere de mål, der opstilles sammen med borgeren.

For at understøtte koordinering med eksterne partnere skal M-ACT-planen anvendes som et understøttende hjælperedskab til at udarbejde en helhedsorienteret plan for borgere på tværs af alle aktører, som samarbejder med den enkelte borger. Det gælder både internt i M-ACT-teamet og i samarbejdet med partnere uden for M-ACT-teamet. Når alle partnere, som samarbejder med borgeren, anvender M-ACT-planen, medvirker det til, at alle tilrettelægger sin del af indsatsen med henblik på, at borgeren kommer tættere på opfyldelse af det samme mål. Når alle partnere noterer deres konkrete aktiviteter for den enkelte borger i M-ACT-planen, bliver det muligt at få et samlet overblik for borgeren. M-ACT-teamet har ansvaret for, at aktiviteterne for alle aktører, som samarbejder med borgeren, noteres i M-ACT-planen

Eksempler fra praksis

Praksiserfaringer viser, at det allerede i forbindelse med borgerens visitation til indsatsen er relevant at være opmærksom på, hvordan det koordinerende kerneelement udmøntes. Her er det centralt, at M-ACT-teamet får den nødvendige og relevante viden om borgeren og om hvilke eksterne partnere, der er relevante i den givne borgers sag. Denne viden kan fx indhentes gennem et ansøgnings- eller screeningskema til indsatsen. Her kan det præciseres, (1) hvad borgerens problemstillinger er, (2) hvilke tidligere indsatser der har været afprøvet, og hvilken virkning de har haft/ikke har haft, samt (3) hvilke partnere der er relevante i borgerens sag, herunder eventuelt hvilke andre indsatser, såsom behandling på misbrugscentret, borgeren deltager i. Skemaet kan samtidig understøtte, at øvrige samarbejdspartnere uden for kerneteamet får et større kendskab til indsatsen og målgruppen for indsatsen, idet de kan indstille borgere til indsatsen.

At indsatsen er koordineret, betyder også, at M-ACT-teamet systematisk skal gennemgå det samlede forløb for den enkelte borger, herunder både de aktiviteter, der ligger i selve M-ACT-teamet, og de behandlinger og forpligtelser, som borgeren indgår i på andre områder. Teamet skal undersøge, om der er overlap eller tiltag, som modarbejder hinanden, og håndtere det, hvis de identificerer sådanne uhensigtsmæssigheder. Teamet skal undersøge, om der er behov for yderligere tiltag, der kan understøtte borgerens recovery-proces. M-ACT-teamet skal i den forbindelse afholde koordinerende møder med eksterne partnere i tilstrækkeligt omfang til at skabe denne koordinering. Praksiserfaringer viser, at det er hensigtsmæssigt at have en fast praksis for netværksmøder med borger og på tværs af aktører. Det kan fx være tavlemøder eller netværksmøder

som i Åben Dialog, hvor der deles viden og arbejdes koordineret. Oplevelsen er, at det er vigtigt, at samarbejdet bærer præg af at fordele ejerskabet, så kerneopgaven kan løses.

Den systematiske koordination med eksterne partnere kan også styrkes og effektiviseres gennem formaliserede samarbejdsaftaler med relevante eksterne partnere såsom jobcentret eller misbrugscentret. Dette kan gøre det lettere for M-ACT-teamet at komme i kontakt med de relevante eksterne partnere og er samtidig med til at skabe en forståelse af et fælles ansvar om samarbejdet med borgeren. Når M-ACT-teamet har et godt kendskab til den eksterne partner, kan det yderligere styrke gennemsigtigheden i samarbejdet over for borgeren.

Erfaringer fra praksis viser, at det opleves som en fordel, hvis tingene/afdelinger/forvaltninger/tilbud er samlet fysisk på ét sted i kommunen, så man kan gå rundt fra sted til sted, og de professionelle kender hinanden på tværs af organisation(er). Dette giver en samhørighed, som understøtter **koordinering** og det **tværprofessionelle arbejde**.

I praksis vil der ud over netværksmøder på tværs af alle samarbejdspartnere også være behov for koordination på daglig basis, hvor M-ACT-teamet enten tager telefonisk eller fysisk kontakt til eksterne partnere. Denne form for direkte kontakt foretrækkes og prioriteres ofte frem for mailkorrespondancer. Det fremhæves, at det er hensigtsmæssigt at investere tid til at drikke en kop kaffe med samarbejdspartnere en gang imellem for at danne relationer til dem. I forlængelse heraf har der været gode erfaringer med at udpege ressourcepersoner blandt de samarbejdspartnere, der oftest inddrages, så M-ACT-teamet har den samme indgang hver gang.

Erfaringer viser, at samarbejdet mellem M-ACT-team og eksterne samarbejdspartnere ofte bidrager til en gensidig afklaring, hvor beskrivelser og erfaringer deles, men at det typisk kræver, at M-ACT-teamet taler borgerens sag og tager initiativet til samarbejdet. Dette gør sig også gældende i den prioritering af indsatser og mål, som skal skrives ind i M-ACT-planen og accepteres af øvrige samarbejdspartnere.

Hjælperedskaber:

- M-ACT-planen skal anvendes i koordinationen med eksterne partnere uden for M-ACT-teamet for at bidrage til at skabe en helhedsorienteret og sammenhængende hjælp og støtte til borgeren (se eksempel i bilag C).
- Elementer fra Åben Dialog. Åben Dialog er en netværksorienteret, helhedsorienteret tilgang, der inddrager relevante fagprofessionelle og private netværk i forhold til borgerens situation. Tilgangen er baseret på syv principper for hurtig og samtidig indsats i forhold til borgeren og dennes netværk. Inddragelse af netværkene sker på baggrund af borgerens ønske. Som noget af det grundlæggende i Åben Dialog, vægter alle udsagn lige, og den professionelle rolle er ikke at søge løsninger, men at give et fagligt perspektiv, som kan supplere borgerens eget og resten af netværkets perspektiver.
- Fast struktur for møder med eksterne partnere.
- Ansøgnings-/ screeningsskema til eksterne partnere i visitationen (se eksempel i bilag C).
- Skabelon til funktionsbeskrivelser af nære partnere.
- Formelle samarbejdsaftaler med centrale eksterne partnere.
- Oplysningsmateriale.
- Udpege ressourcepersoner hos de mest centrale samarbejdspartnere.

7. Praksismodel- lens dele

I dette kapitel præsenteres praksismodellen i M-ACT-indsatsen. Formålet med modellen er at understøtte et systematisk fokus på borgerens recovery-proces hos M-ACT-teamet samt at beskrive og strukturere indholdet i indsatsen. Hensigten med modellen er dermed at bidrage til, at teamet konkret og løbende (uanset kompleksiteten i borgerens problemstillinger) forholder sig til borgerens konkrete funktionsevne og relaterer denne til de definerede indikatorer for vurdering af indhold i indsatsen.

På den baggrund skal praksismodellen fungere som et internt arbejdsredskab for M-ACT-teamet og eventuelt relevante partnere. Praksismodellen er dermed ikke en borgerrettet beskrivelse af indsatsen til brug i samarbejdet med borgeren, men et arbejdsdokument for teamet.

Tekstboks 9: Praksismodellens fire dele

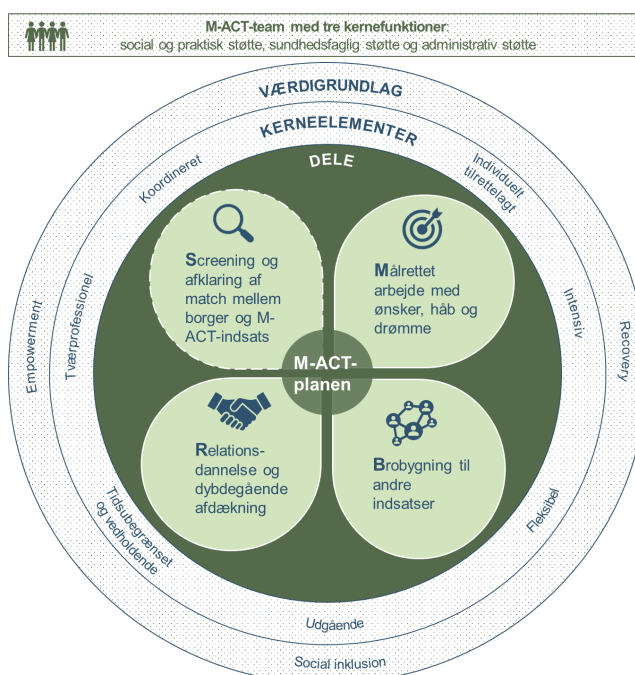
Modellen består af de fire dele:

1. Screening og afklaring af match mellem borger og M-ACT-indsats
2. Relationsdannelse og dybdegående afdækning
3. Måltrettet arbejde med ønsker, håb og drømme
4. Brobygning til andre indsatser.

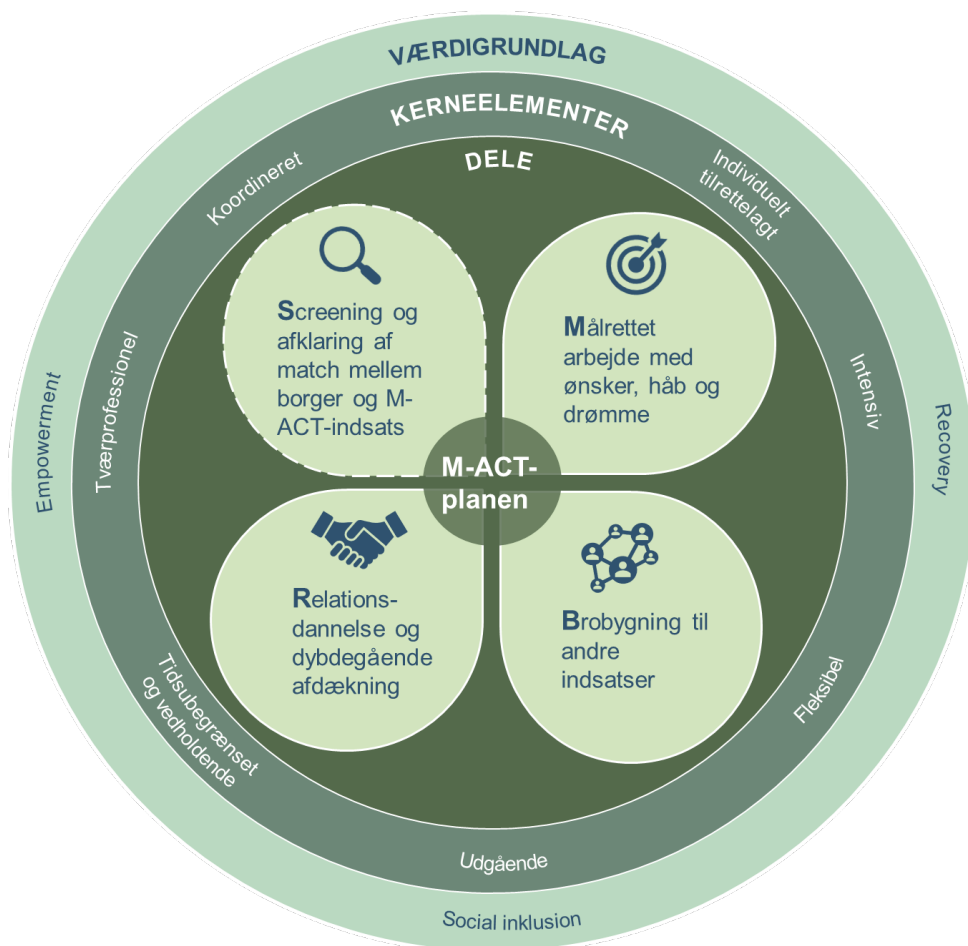
Praksismodellen i M-ACT-indsatsen adskiller sig fra fasestrukturen i fx Critical Time Intervention (CTI) ved at være tidsubestemt. De enkelte dele i praksismodellen i M-ACT-indsatsen er med andre ord ikke kendetegnet ved et givent tidsinterval, men tager i stedet udgangspunkt i borgerens recovery-proces. Det er således borgerens behov og funktionsevne, der definerer, hvilken del af modellen den konkrete borgerindsats på et givent tidspunkt befinder sig i.

Selvom praksismodellen skal bidrage til at strukturere M-ACT-indsatsen, er det vigtigt at bemærke, at strukturen er dynamisk. Da borgerens recovery-proces er det centrale i M-ACT-indsatsen og ikke kan forventes at være lineær, er det således heller ikke forventningen, at M-ACT-indsatsen udgøres af et lineært forløb. Det er således ikke forventningen, at de aktiviteter, borgerne indgår i, altid vil gå fra fx relationsdannelse til måltrettet arbejde med ønsker, håb og drømme til brobygning. Snarere er forventningen, at indsatsen, efter at have vedrørt måltrettet arbejde med ønsker, håb og drømme, kan blive nødt til igen at handle om afklaring eller afdækning af borgerens recovery-proces for dernæst igen at vedrøre fx måltrettet arbejde med ønsker, håb og drømme. På den måde kan borgerens og M-ACT-teamets samarbejde i indsatsen således veksle fleksibelt mellem de enkelte dele, afhængigt af borgerens aktuelle behov og situation.

Figuren på den følgende side illustrerer praksismodellen med de fire dele. Efter figuren følger en beskrivelse af de enkelte dele i praksismodellen.



Figur 1: M-ACT-indsatsen bestående af værdigrundlag, kerneelementer og dele i praksismodellen⁶



Praksismodellen beskriver, *hvad* indsatsen indeholder (aktiviteter), alt efter hvor borgeren er i sin recovery-proces (indikatorer til vurdering af, i hvilken del af indsatsen borgeren befinder sig), og *hvorfor* aktiviteterne er relevante (formålet med de enkelte dele i praksismodellen).

Praksismodellen indeholder derimod ikke en beskrivelse af, *hvordan* aktiviteterne i indsatsen skal udmøntes i de enkelte dele. Dette *hvordan* belyses af værdigrundlaget og særligt af kerneelementerne. Her udgør de underliggende praksisimplikationer og hjælperedskaber en inspiration til, hvordan aktiviteterne præsenteret i praksismodellen kan udmøntes.

På den måde supplerer praksismodellen og kerneelementerne hinanden, og indsatsen kan derfor *ikke* praktiseres ud fra *enten* indholdet i praksismodellen *eller* kerneelementerne alene.

Alle kerneelementerne skal udmøntes i alle dele af indsatsen i den udstrækning, det er relevant, i samarbejdet med den enkelte borger. Eksempelvis skal M-ACT-indsatsen udmøntes på en måde, så M-ACT-teamet er udgående i den indledende afklarende del af indsatsen, såfremt der her afholdes et møde med borgeren,

⁶ En stiplede linje markerer Screening og afklaring af match mellem borger og M-ACT-indsats for at afspejle, at denne del af indsatsen er af en anden karakter end de andre dele af indsatsen. Primært fordi aktiviteterne i denne del af indsatsen kan afholdes af personer uden for M-ACT-teamet.

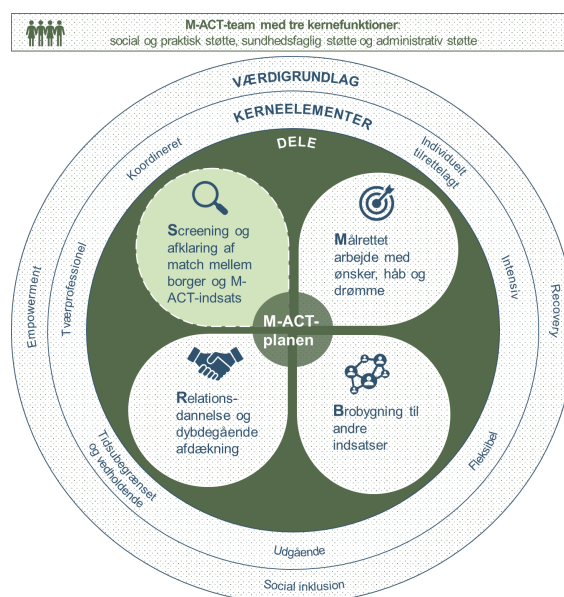
ligesom M-ACT-teamet også skal være udgående i den brobyggende del af indsatsen, bl.a. i mødet mellem borgeren og repræsentanter for den eller de andre indsats, som borgeren i stedet skal indgå i.

Det er dog ikke givet, at kerneelementerne skal udmøntes på samme måde i alle dele af indsatsen. Eksempelvis kan det udgående kerneelement i både den afklarende og den relationsdannende del af indsatsen udmøntes ved, at M-ACT-teamet møder borgeren i borgerens eget hjem, mens kerneelementet i den brobyggende del af indsatsen i stedet udmøntes ved, at M-ACT-teamet møder borgeren på en offentlig eller kommunal lokation, som giver mening i forhold til den enkelte borgers videre forløb, fx på jobcentret.

Ligesom kerneelementerne kan udmøntes på forskellig vis i praksis, kan også delene i praksismodellen udmøntes på forskellig vis. Der kan fx være forskel på, hvem der udfører de enkelte aktiviteter. Der kan være forskel på, hvordan M-ACT-teamet vurderer, hvor langt borgerne er i deres recovery-proces sammenholdt med indikatorerne for vurdering af indhold i indsatsen, og hvordan teamet bruger praksismodellen som internt arbejdsredskab.

7.1 Screening og afklaring af match mellem borger og M-ACT-indsats

Formålet med denne del af praksismodellen er at identificere borgere, som er i målgruppen for indsatsen, samt at afklare, om M-ACT-indsatsen er den rette for den enkelte borger. Afklaringen består bl.a. i en undersøgelse af, om borgeren ønsker at sige ja til en indsats, hvor vedkommende skal samarbejde forandringskabende om egen situation, således at borgeren ud fra et recovery-perspektiv kommer til at opleve udvikling og forandring i en positiv og opbyggende retning og selv er ansvarlig og afgørende for egen udvikling, som værdien *empowerment* indikerer. Yderligere afklares, om borgeren er interesseret i at indgå i en indsats, hvor borgeren støttes i at fungere i samfundet og i de positive netværk, som borgeren finder interessante (i tråd med værdien *social inklusion*).



I figur 2 (se forrige side) er denne del vedrørende screening og afklaring omkranset af en stiplede linje for at markere, at den har en særlig karakter i praksismodellen. Det har den bl.a., fordi aktiviteterne heri kan udføres af andre uden for M-ACT-teamet. Derfor er det ikke beskrevet, hvem der udfører aktiviteterne. Det er således ikke afgørende, om det er medarbejdere i M-ACT-teamet eller en ekstern partner, der fx indstiller borgere til indsatsen. I denne del af praksismodellen kan der drages paralleller til det, der i et CTI-forløb kaldes kontaktskabelses- eller kontakttableringsperioden, som går forud for selve forløbet.

Denne del af praksismodellen kan være langvarig, da der kan gå lang tid, fra borgeren spottes første gang og til en egentlig visitation. Det skyldes, at borgerne i målgruppen er i blandt de mest udsatte, som kan have negative erfaringer, der giver mistillid til kommunen. Det eneste krav til borgeren for at indgå i indsatsen er, at borgeren giver samtykke til, at teamet kan dele informationer om ham eller hende internt i teamet og med relevante eksterne samarbejdspartnere.

Aktiviteter, som teamet som minimum udfører:

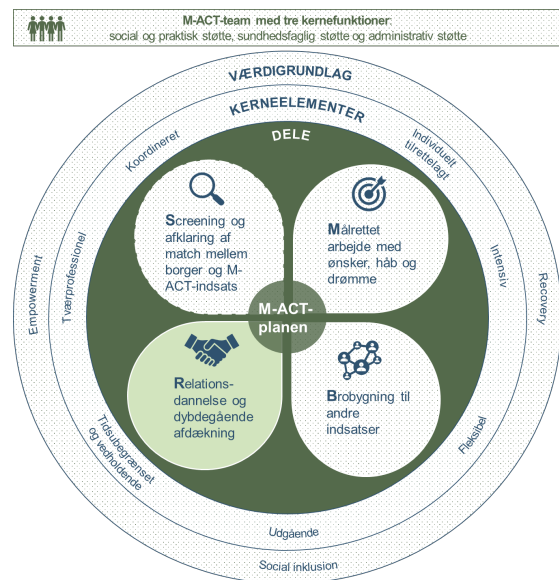
- En borger, som potentielt kan have gavn af M-ACT-indsatsen identificeres.
- Der etableres kontakt til borgeren.
- Information om borgeren indsamles og analyseres foreløbigt (bl.a. social- og sundhedsfaglige oplysninger samt risikovurderinger). Indhentning af viden om borgeren kan også foregå gennem et afklarende møde med borgeren, hvor borgeren fortæller om sig selv.
- Der træffes beslutning om, hvorvidt der er et match mellem borgeren og M-ACT-indsatsen, eller om borgeren kan profitere af en mindre indgribende indsats.
- Samtykke til deltagelse i M-ACT-indsatsen indhentes.

Indikatorer til at vurdere, om borgeren er klar til at overgå til en anden del af modellen:

- Borgeren er indstillet på at indgå i indsatsen.
- Borgeren er i målgruppen for indsatsen.
- Borgeren visiteres til indsatsen.

7.2 Relationsdannelse og dybdegående afdækning

Formålet med denne del af praksismodellen er at etablere en relation til borgeren og en tillid mellem M-ACT-teamet og borgeren, som kan være bærende for det videre arbejde med at identificere borgerens ønsker, håb og drømme og for sammen med borgeren at planlægge indsatsen ud fra en *recovery-orienteret* tilgang. Samtidig skal relationsdannelsen bidrage til, at M-ACT-teamet får mulighed for at støtte borgeren i at opnå en større tro på sig selv og egen handlekraft (*empowerment*) samt at deltage i de aktiviteter og sociale fællesskaber, som borgeren ønsker og finder meningsfulde (*social inklusion*).



Aktiviteter, som teamet som minimum udfører:

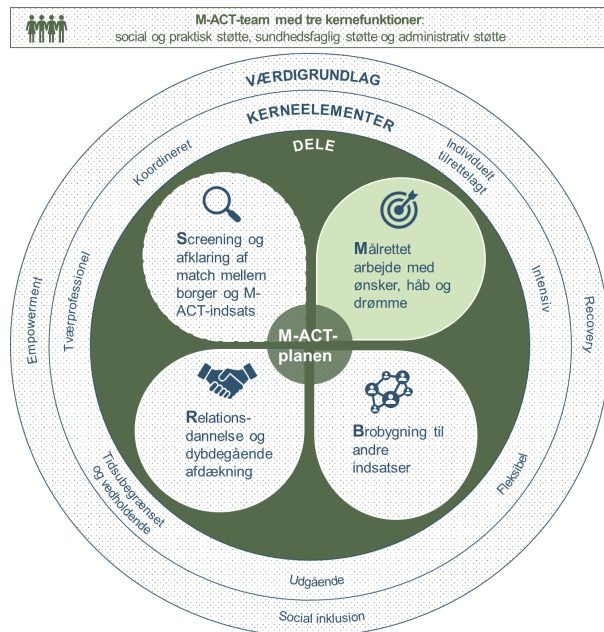
- M-ACT-teamet og borgeren samarbejder intensivt om håndtering af borgerens umiddelbare behov og akutte problemstillinger.
- M-ACT-teamet understøtter borgeren i at formulere ønsker, håb og drømme.
- M-ACT-teamet undersøger, hvilke social- og sundhedsfaglige udredninger der er behov for i den enkelte borgers tilfælde.
- M-ACT-teamet koordinerer indsatsen og skaber et overblik over indsatsen for borgeren ("samler trådene" for borgeren).
- M-ACT-teamet støtter borgeren i at omsætte borgerens ønsker, håb og drømme til mål (jf. M-ACT-planen).
- Borgerens netværk og relevante eksterne partnere i borgerens sag kortlægges og involveres i relevant omfang.
- M-ACT-teamet opretter M-ACT-planen for borgeren og benytter den i dialogen med identificerede eksterne partnere.

Indikatorer til at vurdere, om borgeren er klar til at overgå til en anden del af modellen:

- Borgeren har formuleret ønsker, håb og drømme.
- M-ACT-teamet har vurderet, hvilke social- og sundhedsfaglige udredninger der er behov for.
- M-ACT-teamet har sammen med borgeren udarbejdet en M-ACT-plan på baggrund af borgerens ønsker, håb og drømme.

7.3 Målrettet arbejde med ønsker, håb og drømme

Formålet med denne del af praksismodellen er at støtte op om borgerens personlige *recovery-proces*, *empowerment* og *sociale inklusion* ved at samarbejde med borgeren om at igangsætte de nødvendige indsats og handlinger, som skal medvirke til at realisere de mål, ønsker, håb og drømme, som borgeren har arbejdet med at afklare under de tidligere dele af indsatsen. Med andre ord er formålet med denne del af indsatsen, at M-ACT-teamet samarbejder med borgeren om at skabe en positiv udvikling i relation til de ønsker, håb og drømme, som borgeren har defineret.



Aktiviteter, som teamet som minimum udfører:

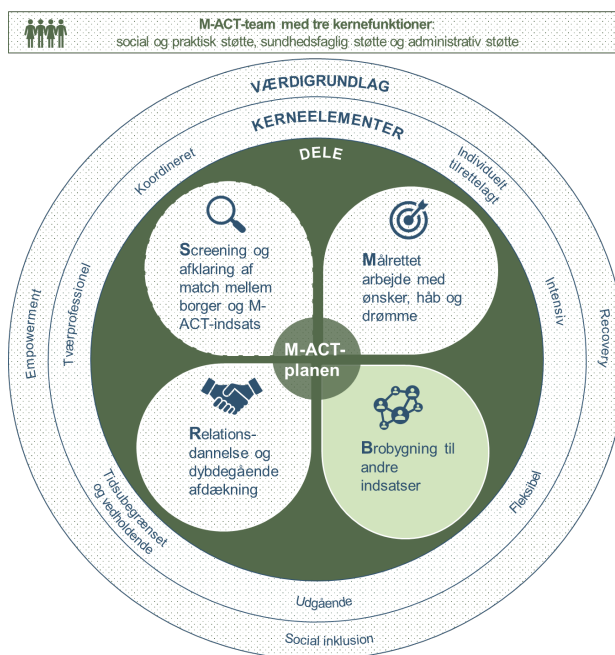
- M-ACT-teamet understøtter borgerens handlekompetence og støtter borgeren i at tage ejerskab over og sætte retning for indsatsen.
- M-ACT-teamet samarbejder med borgeren i arbejdet med delmålene og tydeliggør løbende fremgangen for borgeren, ved at vise borgeren, hvilke delmål der er opnået, og hvor godt borgeren er på vej i sin recovery-proces.
- M-ACT-teamet følger løbende op på delmålene og samarbejder med borgeren om justering af målene eller udarbejdelse af nye mål ved behov.
- M-ACT-teamet samarbejder med borgeren om at fastholde et niveau af stabilitet i tilværelsen, som muliggør arbejdet med delmålene.
- M-ACT-teamet fortsætter relevant udredning (socialt og sundhedsfagligt).
- M-ACT-teamet samarbejder med borgeren om at deltage i sociale aktiviteter med henblik på at øge borgerens inklusion i civilsamfundet.
- M-ACT-planen bruges i koordineringen internt i M-ACT-teamet og med eksterne partnere. I dialogen med borgeren anvendes en mere enkel version af M-ACT-planen, som M-ACT-teamet udfylder i forberedelsen af dialogen med borgeren.

Indikatorer til at vurdere, om borgeren er klar til at overgå til en anden del af modellen:

- Borgeren har gennem en periode oplevet en stabil og positiv udvikling i forhold til sine opsatte delmål.
- Borgeren har gennem en periode oplevet en stabil og positiv udvikling i forhold til trivsel og mestringsevne.
- M-ACT-teamet har foretaget de relevante social- og sundhedsfaglige udredninger.
- Borgerens tilværelse er stabiliseret i en sådan grad, at borgeren ikke længere er i målgruppen for en M-ACT-indsats og kan overgå til en anden indsats, som i højere grad matcher borgerens nuværende funktionsniveau, ønsker, håb og drømme.

7.4 Brobygning til andre indsats

Formålet med denne del af praksismodellen er at afslutte M-ACT-indsatsen (eller at sætte borgeren i bero) og brobygge til den rette indsats, når dette matcher borgerens (nye) behov, ønsker, håb og drømme efter en recovery-orienteret tilgang. Samtidig er formålet, at borgeren ved overgangen til en anden indsats støttes i at fastholde de i M-ACT-indsatsen opnåede fremskridt i egen recovery-proces, samt at borgeren støttes i at fastholde troen på sig selv, egen handlekraft og oplevelsen af at mestre hverdagen på meningsfuld vis i en empowerment-orienteret optik. Det kan være forskelligt fra borger til borger, hvornår i forløbet man arbejder med brobygning. Hvornår borgeren vurderes at være klar til brobygning afhænger af, hvilket formål man har defineret for M-ACT-indsatsen i det enkelte forløb.



Aktiviteter, som teamet som minimum udfører:

- M-ACT-teamet og borgeren drøfter og forbereder borgerens afslutning af forløbet.
- M-ACT-teamet beskriver i samarbejde med borgeren borgerens oplevede behov for støtte og hjælp ved overgangen til anden støtte.
- M-ACT-teamet, borgeren og repræsentanter for den nye indsats udarbejder i samarbejde en M-ACT-plan for at understøtte en god overgang.
- M-ACT-teamet samarbejder med borgeren om at fastholde resultaterne af arbejdet med delmålene ved overgangen til anden indsats.
- M-ACT-teamet støtter borgeren i at fastholde et niveau af stabilitet i tilværelsen, som muliggør fortsat arbejde med ønsker, håb og drømme.

Indikatorer til at vurdere, om borgeren er klar til at overgå til en anden del af modellen:

- Borgeren er klar til at modtage en anden indsats end M-ACT-indsatsen og er tryk ved at skifte indsats.

8. Kilder: Litteraturliste og oversigt over gennemførte interviews

Indsatsbeskrivelsen er som beskrevet indledningsvist udviklet med udgangspunkt i aktuelt bedste viden fra forskning og praksis i udvalgte kommuner, som er fremsøgt og analyseret af Rambøll i foråret 2020.

Konkret har Rambøll gennemført en litteraturkortlægning og en interviewrunde til at identificere forskellige måder at praktisere ACT på. I alt blev 31 studier inkluderet i kortlægningen, mens Rambøll gennemførte tre interviews med kommunale praktikere samt to interviews med eksperter.

Udover studierne inkluderet i litteraturkortlægningen er der i forbindelse med udviklingen af indsatsbeskrivelsen indhentet yderligere viden til uddybning af de faglige begrundelser for kerneelementerne samt værdigrundlaget for M-ACT-indsatsen. Kilderne til denne viden fremgår af nedenstående litteraturliste.

8.1 Litteraturliste

Andersen, M. L., P. N. Brok et al. (2000). *Empowerment – teori og praksis – Empowerment på dansk*. Forlaget Dafolo. Frederikshavn.

Benjaminsen, L. (2013). *Rehousing Homeless citizens with assertive community treatment. Experiences from an ACT-programme in Copenhagen*. Working Paper, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.

Chinman et al. 1999 i Sommer, M. (2010) *Virksomme faktorer ved Assertive Community Treatment – slik brukerne erfarer det*. Høgskolen i Buskerud, afdeling for helsefag.

Bjerre, Bagga (2007). "Empowerment" – lettere sagt end gjort. STOF, Vol. 9: 37-42.

Leamy, Mary et al. (2011). *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. British Journal of Psychiatry, Vol. 199(6): 445-452.

Le Boutillier, Clair et al. (2011). *What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance*. Psychiatric Services, Vol. 62(12): 1470-1476.

Sommer, M. (2010) *Virksomme faktorer ved Assertive Community Treatment – slik brukerne erfarer det*. Høgskolen i Buskerud, afdeling for helsefag.

Slade, Mike & Longden, Eleanor (2015). *The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps?* BMC Psychiatry, Vol. 15: 285.

SFI (2012), *Integrerede indsats for mennesker med psykiske lidelser: En forskningsoversigt*. 13:15. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.

Socialstyrelsen (2013). *Inklusion, deltagelse og bedring, Unge med psykosociale vanskeligheder i lokalsamfundet*.

Socialstyrelsen (2019). *Funktionsbeskrivelser i ACT-teamet*. Oplægsmateriale.

Van Veldhuizen, J.R. & M. Bähler (2013). Manual - Flexible Assertive Community Treatment: Vision, model practice and organization, Groningen, The Netherlands.

VIVE og Rambøll (2017). *Assertive Community Treatment (ACT) – metodebeskrivelse: For borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.*

VIVE (2019). *Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren: Midtvejsevaluering af et frikommuneforsøg (2016-2020).* VIVE – Viden til Velfærd, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

VIVE (2021). *Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren – Slutevaluering af et frikommuneforsøg (2016-2020).* VIVE – Viden til Velfærd, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

8.2 Gennemførte interviews

Interviews med kommunale medarbejdere og ledere med særlig viden om ACT-indsatsen:

- Gine Nørager, afdelingsleder i Center for Særlig Social Indsats, Randers Kommune
- Louise Hunderup, projektleder for ACT i Frederiksberg Kommune
- Nanna Hvass Andreasen, pædagog med ACT-erfaring, Københavns Kommune

Interviews med andre eksperter på området:

- Inge Storgaard Bonflis, docent, Københavns Professionshøjskole
- Torben Østergaard Christensen, ledende psykolog og F-ACT-funktionsansvarlig, Region Nordjylland

Bilag A: Udvikling af indsatsbeskrivelsen

I projektet "Modning af en modificeret ACT-indsats (M-ACT-indsats) til borgere med komplekse problemer" har indsatsbeskrivelsen dannet udgangspunkt for de involverede kommuners implementering og videreudvikling af M-ACT-indsatsen. Indsatsbeskrivelsen er samtidig løbende blevet opdateret i takt med, at indsatsen er videreudviklet og pilottestet i praksis i kommunerne.

Projektets indledende indsatsbeskrivelse blev udviklet i august 2020. Indsatsbeskrivelsen blev udviklet med udgangspunkt i aktuelt bedste viden fra forskning og praksis i udvalgte kommuner. Konkret har Rambøll gennemført en litteraturkortlægning og en interviewrunde for at identificere forskellige måder at praktisere ACT. I alt blev 31 studier inkluderet i kortlægningen, mens Rambøll gennemførte tre interviews med kommunale praktikere samt to interviews med eksperter (se kapitel 8 vedr. kilder).

Den anden version af indsatsbeskrivelsen blev udarbejdet ved afslutningen af projektets udviklingsfase. Indsatsbeskrivelsen blev her særligt udfoldet med en praksismodel for indsatsen samt en beskrivelse af arbejdet med M-ACT-planen.

Tredje og sidste version af indsatsbeskrivelsen er udarbejdet i forlængelse af slutevalueringen i projektet og bygger, udover slutevalueringen, på information fra supervisionsforløb i kommunerne samt kvartalsvise interviews med projektledere. Denne version af indsatsbeskrivelsen er særligt blevet udfoldet med yderligere praksisbeskrivelser af kommunernes udmøntning af principperne.

Bilag B: Hvad er forskellen mellem ACT og M-ACT

Assertive Community Treatment (ACT) er en integreret indsats, der ydes som en helhedsorienteret, fleksibel, udgående, tidsubegrænset og direkte støtte og behandling til borgeren (VIVE og Rambøll, 2017). Indsatsen er recovery-fokuseret og tilrettelægges ud fra borgerens ønsker og behov.

Indsatsen adskiller sig fra case-management-baserede metoder, hvor støtte medarbejdere henviser til andre behandlings- og støttetilbud, idet ACT-teamet selv yder den direkte støtte og behandling til borgerne (VIVE og Rambøll, 2017). For således at kunne yde denne direkte støtte ydes indsatsen af et tværfagligt team bestående af flere specialfunktioner, herunder fx en socialpædagog, sygeplejerske, misbrugskonsulent, psykoterapeut og en beskæftigelseskonsulent.

ACT-indsatsen har i flere randomiserede, kontrollerede forsøg vist lovende resultater og benyttes bl.a. i Danmark i den regionale behandlingspsykiatri og i forbindelse med Hjemløshedstrategien (Coldwell & Bender, 2007; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004 samt Aagård & Müller-Nielsen, 2011; Benjaminsen m.fl., 2017; Hastrup & Aagaard, 2015; Tsemberis, 2010 i VIVE og Rambøll 2017).

M-ACT-indsatsen bygger på det samme værdigrundlag og flere af de samme kerneelementer, som den oprindelige ACT-indsats (for uddybning se afsnit 5.1). Meget af indholdet i den oprindelige ACT-indsats er således videreført i M-ACT-indsatsen. M-ACT-indsatsen er dog samtidig udviklet, så den adskiller sig fra den oprindelige ACT-indsats på en række centrale parametre for bl.a. at understøtte den faglige, organisatoriske og økonomiske bæredygtighed i indsatsen.

M-ACT-indsatsen adskiller sig derfor primært fra ACT-indsatsen på følgende punkter:

- Målgruppen for M-ACT-indsatsen er bredere end målgruppen for ACT-indsatsen og er ikke begrænset til fx borgere i hjemløshed (for uddybning se kapitel 3).
- Sammensætningen af M-ACT-teamet adskiller sig fra sammensætningen af ACT-teamet, idet ACT-teamet rummer flere fagligheder og er større end M-ACT-teamet. Således er det fx ikke et krav, at der indgår en psykiater i et M-ACT-team. Det betyder, at M-ACT-teamet i højere grad skal samarbejde tværprofessionelt med fagpersoner, som er uden for teamet. Der er derfor større behov for at koordinere den tværprofessionelle indsats, fordi det kræver ad hoc-samarbejde med fagpersoner uden for teamet (for uddybning se afsnit 5.1, 5.7 og 5.8).
- Organiseringen af M-ACT-teamet er anderledes end i ACT-indsatsen, eftersom medarbejderne i M-ACT-teamet ikke nødvendigvis arbejder med M-ACT-indsatsen på fuld tid.
- Modificeringen af teamsammensætningen kalder på et hjælperedsskab og værktøj, som kan understøtte, at den individuelt tilrettelagte indsats bliver helhedsorienteret og sammenhængende, som intentionen er i både ACT- og M-ACT-indsatsen. I M-ACT-indsatsen er dette værktøj M-ACT-planen (for uddybning se afsnit 2.3).
- M-ACT-indsatsen beror, modsat ACT-indsatsen, på kerneelementer, principper og anvendelsen af en praksismodel frem for en manualbaseret beskrivelse af indsatsens indhold. Det betyder, at kommunerne selv kan finde løsninger på, hvordan kerneelementer og praksismodel omsættes i praksis inden for egne kommunale rammer.

Baggrunden for M-ACT-indsatsens kerneelementer

De syv kerneelementer i M-ACT-indsatsen bygger i høj grad på de centrale elementer i ACT-indsatsen. Ifølge litteraturen er ACT-indsatsen baseret på i alt seks principper, som er: *intensiv, fleksibel, udgående, direkte, tidsubegrænset og vedholdende* og *individuelt tilrettelagt* (VIVE og Rambøll 2017). Disse elementer indgår også i M-ACT-indsatsen, omend det direkte princip, dvs. det forhold, at behandling og støtte i videst muligt

omfang ydes direkte til borgeren af ACT-teamet, er slået sammen med det udgående princip, dvs. det forhold, at M-ACT-teamet tilbyder borgeren støtte og behandling, hvor borgeren ønsker det. Kerneelementet indebærer således, at M-ACT-teamet yder den direkte støtte og behandling til borgeren dér, hvor borgeren ønsker det.

Fordi disse kerneelementer udspringer af den oprindelige ACT-indsats, skal den faglige begrundelse for valget af kerneelementerne netop findes i litteraturen bag og erfaringerne med anvendelsen af ACT-indsatsen. Hovedparten af de angivne kilder i de følgende beskrivelser af kerneelementernes faglige grundlag består således af viden om den oprindelige ACT-metode, mens erfaringer med de oplevede virkninger af udmøntningen af kerneelementerne i M-ACT-indsatsen er medtaget i det omfang, de er genereret i projektperioden for modningen og pilottesten af M-ACT-indsatsen.

Kerneelementerne i M-ACT-indsatsen adskiller sig dog også fra kerneelementerne i den oprindelige ACT-indsats. M-ACT-indsatsen indeholder et tværprofessionelt kerneelement, dvs. et fokus på, at M-ACT-teamet arbejder tværprofessionelt, og et koordinerende kerneelement, dvs. et fokus på, at M-ACT-teamet i samarbejde med eksterne partnere skal sørge for, at borgeren modtager en helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Eksterne partnere skal som tidligere nævnt forstås som værende personer uden for M-ACT-teamet og ikke nødvendigvis personer uden for kommunen.

De to nævnte kerneelementer indgår ikke i den oprindelige ACT-indsats, men udspringer af de områder, hvorpå M-ACT-indsatsen er modificeret. Som præsenteret i kapitel 2 er målgruppen for M-ACT-indsatsen bredere, ligesom teamsammensætningen adskiller sig ved at være mindre og rumme færre fagligheder. Organiseringen er anderledes, eftersom medarbejderne i teamet ikke nødvendigvis er M-ACT-medarbejdere på fuld tid. Disse ændringer af indsatsen kalder på yderligere fokusområder udover kerneelementerne i ACT-indsatsen i M-ACT-teamets arbejde.

Eftersom teamet er mindre og består af færre fagligheder, er der i M-ACT-indsatsen behov for, at M-ACT-teamet kan agere tværprofessionelt for at imødekomme borgerens behov, ønsker, håb og drømme. Når M-ACT-medarbejderne samtidig kan være ansat i andre stillinger, er det endvidere vigtigt, at der er et særskilt fokus på at etablere et velfungerende teamsamarbejde, bl.a. fordi medarbejderne i M-ACT-teamet ikke nødvendigvis mødes så ofte, som de gør i en ACT-indsats. Fordi teamet er mindre, stiller det, som belyst i kapitel 2 i afsnittet om M-ACT-planen, derudover større krav til koordinering med eksterne partnere. I afsnit 5.7 og 5.8 udfoldes den faglige begrundelse for disse kerneelementer.

Bilag C: Hjælperedskaber

SKABELON M-ACT-PLAN

M-ACT-plan	
Borgerens navn: CPR-nr.:	
Dato for mødets afholdelse:	
Deltagere på mødet med borgeren:	<i>Navn og rolle:</i>
Borgeren har givet samtykke til at overgå til M-ACT:	<i>Ja: Nej: Dato:</i>
Hvem indgår i borgerens M-ACT-team?	
Sagen kommer fra:	

M-ACT-plan Koordinering af borgerens indsatser	
Har borgeren fået foretaget en VUM-udredning eller lignende udredning?	
Har borgeren fået tilbudt og udarbejdet en §141-handleplan og er denne koordineret med øvrige planer for borgeren? Hvis ja, hvilke?	
Har borgeren fået foretaget andre udredninger, fx psykiatrisk, somatisk eller misbrugsrelateret udredning?	
Hvilke aktører udover ACT-teamet indgår i borgerens samlede indsatser? Hvilke indsatser modtager borgeren?	
Er der i regionalt regi udarbejdet en koordinerende indsatsplan?	

Beskrivelse af borgerens situation og støttebehov (se checkliste i ACT-manualen)	
Borgerens boligsituation:	<i>Egen bolig, hjemløs, bor hos venner eller familie osv.</i>
Borgernes forsørgelsesgrundlag:	
Økonomi:	
Fysisk helbred:	
Psykisk helbred:	
Misbrug:	
Socialt netværk:	
Daglige aktiviteter:	
Uddannelses-/arbejdsmarkedskompetencer	

Borgerens ønsker, håb og drømme og ressourcer	
Borgerens ønsker, håb og drømme:	
Borgernes ressourcer:	

Indsatsbeskrivelse (faglig kategorisering)		
Socialt fagligt:	<i>Pædagogisk indsats:</i>	
Myndighed:	<i>Sagsbehandler socialafdeling:</i>	
	<i>Sagsbehandler jobcenter:</i>	
Sundhedsfagligt:	<i>Sygeplejerske:</i>	
	<i>SOSU:</i>	
	<i>Psykiatrisk sygeplejerske:</i>	
	<i>Rusmiddelbehandler:</i>	

<p>Et retningsgivende formål med indsats: (sæt X)</p> <p><i>At borgeren støttes i at genvinde sin funktionsevne i et omfang, så den svarer til borgerens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfuldt liv, herunder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Borgeren får foretaget relevant social og sundhedsmæssig udredning - Borgeren opnår bedring og stabilitet i sit liv samt øget trivsel - Borgeren kan indgå i meningsfulde aktiviteter og netværk 	
<p>Borgernes ressourcer: (sæt X)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Økonomi 2. Fysisk helbred 3. Psykisk helbred 4. Misbrug 5. Socialt netværk 6. Daglige aktiviteter 7. Uddannelses-/arbejdsmarkedskompetencer

Borgerens formål og mål med indsatsen	
Indsatsformål:	
Indsatsmål: (formuleret som SMART-mål)	Ansvarelige:
Indsatsmål 1:	
Indsatsmål 2:	
Indsatsmål 3:	
Tværfaglig evaluering:	

FUNKTIONSBESKRIVELSE FOR M-ACT-TEAMET

Funktionsbeskrivelse for M-ACT-teamet	
Funktion:	<i>Hvilken funktion gælder denne funktionsbeskrivelse for (M-ACT-teamet)?</i>
Funktionens omfang:	<i>Hvor mange timer er samlet set afsat til M-ACT-teamet pr. uge?</i>
Funktionens art:	<i>Tidsbegrænset (projekt) eller tidsubegrænset funktion?</i>
Organisatorisk placering:	<i>Hvor er funktionen forvaltningsmæssigt forankret? (Fx socialforvaltningen, beskæftigelsesforvaltningen, mv.)</i>
Koordinator:	<i>Hvem leder funktionen?</i>
Øvrige ansvars- og referenceforhold:	<i>Dette vil typisk være ledere for M-ACT-teamets medlemmer og/eller funktionen samlet set.</i>
Overordnet formål med funktionen:	<i>Indeholder en beskrivelse af det overordnede formål med funktionen, herunder hvordan denne funktion supplerer øvrige indsats i tilbudsviften/til målgruppen.</i> <i>Formålet fra jeres indsatsbeskrivelse.</i>
M-ACT teamets kerneopgave:	<i>Indeholder en mere konkret beskrivelse af M-ACT teamets kerneopgave – hvad er det for en opgave teamet i fællesskab skal løse og bliver målt på ift. at vurdere, om indsatsen er en succes?</i>
M-ACT-teamets opgaver	<i>Hvilke opgaver skal M-ACT-teamet varetage ift. at kunne løse kerneopgaven?</i> <i>Fungerer samtidig som en rammesætning og forventningsafstemning ift., hvilke opgaver teamet (funktionen) skal løfte, og hvad der (fortsat) ligger hos samarbejdspartner uden for teamet.</i>
Faglige kvalifikationer:	<i>Indeholder de faglige kvalifikationer, som teamet i fællesskab besidder/skal besidde for at kunne løfte funktionen. Dette vil typisk være uddannelseskvalifikationer, men kan også være andre faglige kvalifikationer, som tidligere erfaringer med borgere fra målgruppen.</i>
Personlige kvalifikationer/profil:	<i>Indeholder de personlige kvalifikationer eller den personlige profil, som udover de faglige kvalifikationer anses som nødvendige for at kunne bestride medarbejderfunktionen.</i> <i>Det kan eksempelvis være:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kan samarbejde både mono- og tværfagligt, herunder til egne sig færdigheder til at arbejde teambaseret - Flexibilitet og evne til at skabe et overblik i komplekse situationer - Ansvarsbevidst og handlekraftig - Positiv indstilling til udvikling og forandring.
Supplerende funktioner/indsatser:	<i>Ligger i forlængelse af M-ACT-teamets opgaver, der er beskrevet ovenfor. Hvad ligger uden for funktionens opgave og skal derfor løses af andre uden for kerneteamet?</i>

Funktionsbeskrivelse for M-ACT-teamet

Afhængigheder: *Hvem er M-ACT-teamets vigtigste samarbejdspartner ift. at lykkes med indsatsen/løfte formålet med funktionen og hvordan inddrages de?*

FUNKTIONSBESKRIVELSE FOR MEDARBEJDER I M-ACT-TEAMET

Forslag til indhold af en funktionsbeskrivelse

Stillingsbetegnelse:	<i>Hvilken funktion gælder denne funktionsbeskrivelse for? (Her kan man med fordel tage udgangspunkt i ACT-manualen)</i>
Beskæftigelsesgrad:	<i>Hvor mange timer ugentligt er funktionen tilknyttet ACT-teamet?</i>
Ansættelsesform:	<i>Tidsbegrænset eller tidsubegrænset stilling?</i>
Organisatorisk placering:	<i>Hvor er medarbejderfunktionen forvaltningsmæssigt forankret? (Fx socialforvaltningen, beskæftigelsesforvaltningen, mv.)</i>
Nærmeste afdelingsleder:	<i>Hvem er medarbejderfunktionens nærmeste afdelingsleder?</i>
Øvrige ansvars- og referenceforhold:	<i>M- ACT teamkoordinator.</i>
Overordnet formål med medarbejderfunktionen:	<i>Indeholder en beskrivelse af det overordnede formål med funktionen, herunder hvordan denne funktion konkret indgår i M-ACT-teamet. Man kan med fordel støtte sig til M-ACT- indsatsbeskrivelsen.</i>
Medarbejderfunktionens opgaver:	<i>Indeholder en mere konkret beskrivelse af de opgaver, som funktionen varetager. Det kan eksempelvis være konkret misbrugsrådgivning (misbrugsrådgiver), udredning af borgerens psykiske situation (psykolog/psykiater) mv.</i>
Faglige kvalifikationer:	<i>Indeholder de faglige kvalifikationer, som medarbejderen skal besidde for at kunne indgå i funktionen. Det vil typisk være uddannelseskvalifikationer, men kan også være andre faglige kvalifikationer, som tidligere erfaringer med borgere fra målgruppen.</i>
Personlige kvalifikationer/profil:	<i>Indeholder de personlige kvalifikationer eller den personlige profil, som udover de faglige kvalifikationer anses som nødvendige for at kunne bestride medarbejderfunktionen. Det kan eksempelvis være:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kan samarbejde både mono- og tværfagligt, herunder tilægge sig færdigheder til at arbejde teambaseret.</i> - <i>Fleksibilitet og evne til at skabe et overblik i komplekse situationer.</i> - <i>Ansvarsbevidst og handlekraftig.</i> - <i>Positiv indstilling til udvikling og forandring.</i>

BRIEF INSPIRE

1. Min behandler hjælper mig til at føle mig støttet af andre mennesker	Slet ikke	Lidt	I nogen grad	En hel del	Rigtig meget
2. Min behandler hjælper mig med at have håb og drømme om fremtiden	Slet ikke	Lidt	I nogen grad	En hel del	Rigtig meget
3. Min behandler hjælper mig med at have det godt med mig selv	Slet ikke	Lidt	I nogen grad	En hel del	Rigtig meget
4. Min behandler hjælper mig med at gøre ting, som betyder noget for mig	Slet ikke	Lidt	I nogen grad	En hel del	Rigtig meget
5. Min behandler hjælper mig med at føle, at jeg har kontrol over mit liv	Slet ikke	Lidt	I nogen grad	En hel del	Rigtig meget

TRAFIKLYSET

- Personbeskrivelse.
- Hvor ofte skal der registreres.
- Registreringstype → Sikkerhed_____ eller Trivsel_____

Grøn:

- Borgerens udtryk, adfærd og handlinger - den habituelle tilstand.
- Personalets handlinger for at vedligeholde borgerens trivsel.

Gul:

- Borgerens udtryk, adfærd og handlinger - afvigelsen fra den habituelle tilstand.
- Personalets handling til at forbedre trivsel hos borgeren.

Rød:

- Borgerens udtryk, adfærd og handling.
- Personalets handling til at støtte borgeren til at komme tilbage til gul/grøn.

ANSØGNINGSSKEMA

Ansøgers navn og ansættelsessted

Borgerens navn og CPR-nr.:

Borgerens ønsker (*drømme og mål*):

Psykiske og fysiske problemstillinger (*hvilke diagnoser, somatiske sygdomme, misbrug, medicin og evt. andre problemstillinger/udfordringer – gerne i tekst og ikke opremsning*):

Nuværende indsatser (*fx bostøtte, botilbud, misbrugsbehandling, aktivitets- og samværstilbud m.m.*):

Tidligere afprøvede indsatser – hvad har virket og på hvilken baggrund? Hvornår/hvorfor fungerede det ikke længere? (*Fx bostøtte, psykolog samtaler, gruppeforløb mv.*)

Boligsituation:

Ydelsesgrundlag:

Beskrivelse af borgerens situation, og hvorfor der tænkes visitering til ACT.
(*Hvad forventes der af ansøger til ACT-teamet*):



Socialstyrelsen

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

www.socialstyrelsen.dk