



# Værdighedsreform: Fra systemer til mennesker

Forslag til en ny og værdig indsats til de mest socialt udsatte

Rådet for Social Udsatte ser meget positivt på udsigten til grundlæggende forandringer i den måde, vi møder vores mest udsatte medmennesker på, så de kan få et bedre, mere værdigt liv og blive en del af fællesskabet.

Det er mennesker, der har så svære problemer, at de ikke kan få den hjælp, de har behov for og ret til. Mennesker, som har brug for, at vi flytter fokus fra systemet til mennesket og reformerer den måde, vi har indrettet hjælpen på.

Vi skal turde at fjerne systembarrierer og nedbryde siloer. Vi skal gøre op med systemer, som ikke tager udgangspunkt i mennesket og ikke taler sammen på tværs, og i stedet give helhedsorienterede indsatser med fokus på, hvad den enkelte har brug for og ønsker for sit eget liv.

Derfor anbefaler Rådet for Socialt Udsatte en reform af indsatsen for de mest udsatte baseret på et nyt menneskesyn, hvor vi opretter specialiserede udsatteenheder, der giver udsatte mennesker én indgang til en samlet hjælp.


I udsatteenhederne samles relevante fagpersoner - sundhedsarbejdere, socialrådgivere, psykiatere, jobkonsulenter etc. – om at give socialt udsatte mennesker integrerede, opsøgende og værdige indsatser. Ved at bruge ACT-metoden kan vi skræddersy hjælpen og undgå de store menneskelige omkostninger, som det alt for ofte har, når socialt udsatte i dag møder systemets mange ukoordinerede krav, aktører og tilbud.

Udsatteenheder baseret på ACT-metoden vil samtidig være en langt klogere brug af de mange midler, som vi i dag bruger på akutte ydelser - ydelser, som kun hjælper her og nu, men ikke løfter mennesker ud af social udsathed. Der er altså både menneskelige og samfundsøkonomiske gevinster at hente, samtidig med at vi giver værdighed og en vej ind i fællesskabet til udsatte mennesker.

Notatet her indeholder rådets anbefalinger til en værdig indsats. Anbefalingerne tager afsæt i national og international forskning, i vores tætte samarbejde og dialog med socialt udsatte mennesker samt i praksiserfaringer fra de mange aktører på socialområdet.

Vi ser frem til reelle forandringer og en ambitiøs reform af indsatsen til de mest udsatte. Vi håber, at du har lyst til at samarbejde med os om dette nødvendige paradigmeskifte i socialpolitikken, hvor vi flytter fokus fra systemer til mennesker og kan skabe varige forandringer for dem, som har allermest brug for det.

På vegne af Rådet for Socialt Udsatte



Kira West  
Formand

# 10 PRINCIPPER FOR EN VÆRDIG INDSATS

- 1 Fra systemer til mennesker**

Menneskers behov og ønsker, drømme og håb skal være grundlag og fokus for indsatsen – ikke systemets kasser, økonomi, sektor-, kommune- og faggrænser og rigide regler og retningslinjer.
- 2 Fra fragmenteret til sammenhængende**

Borgeren skal have en samlet og sammenhængende indsats med social og praktisk støtte, sundhed, psykiatri, rusmiddelbehandling, indtægt, uddannelse/beskæftigelse, bolig mv. med én samlet visitation, uafhængigt af kommunegrænser og så længe, der er behov.
- 3 Fra mange lukkede døre til én åben dør**

Borgeren skal ikke have ansvaret for at navigere i systemet og risikere at møde blindgyder. Borgere med komplekse hjælpebehov skal i stedet have én indgang, og det er systemet, som har ansvaret for at give borgeren en samlet hjælp.
- 4 Fra møde hos kommunen til møde hos borgeren**

Borgeren skal mødes, der hvor hun er og føler sig tryk – i eget hjem, på gaden, på bænken, i parken eller på "sociale hotspots" som herberger, væresteder, varmestuer, caféer og andre fællesskaber - og i samarbejde med mennesker, som borgeren har tillid til.
- 5 Fra krav og sanktioner til ubetinget hjælp**

Borgeren skal ikke sanktioneres eller udskrives ved manglende fremmøde, dokumentation, svar i e-boks osv., men skal beholde sin indsats og indtægt uden modkrav og støttes til at få hjælpen på en måde, der virker og giver mening for den enkelte.
- 6 Fra entydigt fokus på beskæftigelse til fokus på helheden**

Langt de fleste mennesker vil gerne bidrage og være del af et arbejdsfællesskab, men for mennesker med komplekse problemer står sociale, psykiske og sundhedsmæssige problemer i vejen. Derfor skal fokus i indsatsen være at arbejde med det, borgeren ønsker hjælp til, herunder deltagelse i arbejdsfællesskaber, på en måde, der giver mening for den enkelte og er tilpasset den enkeltes situation.
- 7 Fra institution til inklusion**

Udsatte mennesker skal ikke opholde sig permanent eller i længere tid på institutioner og i udsattemiljøer, hvor de risikerer at blive fastholdt i og få forværret deres udsatte og marginaliserede situation. De skal i stedet hjælpes ud af udsathed og ind i gode og trygge fællesskaber, som de ønsker og er klar til at være en del af - det være sig i boligområdet, samværstilbud, musik eller sport, frivilligt eller lønnet arbejde og i de nære relationer.
- 8 Fra akutte indsatser til varig forandring**

Akutte og skadesreducerende indsatser er netop det, akutte. Stofindtagelsesrum, skadestuer, natvarmestuer, sociolancer og herberger er vigtige, ofte livreddende indsatser, som til enhver tid skal være til stede som det nederste sikkerhedsnet for de mest udsatte mennesker - men det skal være for en kort bemærkning, for det hjælper ikke ud af udsathed. Den varige forandring ud af udsathed skabes med tilstrækkelig social støtte og behandling.
- 9 Fra projekter til stabilitet og forankring**

Indsatsen for de mest udsatte er præget af midlertidighed og projekter. En reform skal skabe varige og forankrede forandringer for de mest udsatte ved at være baseret på ny lovgivning og varig finansiering.
- 10 Fra det vi tror virker - til det vi ved virker**

Indsatsen for de mest udsatte er præget af manglende systematik og faglig kvalitet og af for stor tilfældighed og forskellighed. Der er evidens for, at en integreret, helhedsorienteret indsats (ACT) virker; den er detaljeret beskrevet, den kan beregnes, implementeres og skaleres, og den kan sikre den struktur og kvalitet i indsatsen, der er brug for.





# UDSATTEENHEDER

Udsatteenhederne skal anvende ACT-metoden (Assertive Community Treatment), som er en evidensbaseret støtte- og behandlingsindsats, der giver borgere med kompleks udsathed en helhedsorienteret, specialiseret og fremskudt indsats.

Enhederne skal bestå af fagprofessionelle medarbejdere med forskellige ansvarsområder. Sammenhængen i indsatsen på tværs af fagligheder sikres ved, at medarbejderne er ansat i én enhed med fælles leder. Dette er anderledes end i de fleste tværfaglige kommunale indsatser, som typisk koordinerer på tværs af teams, enheder og forvaltninger.

Udsatteenheden er borgerens indgang til den samlede indsats, ligesom vi kender det fra familielægen. I enheden har borgeren én primær kontaktperson, som kan skifte efter ønske og behov. Alle enhedens medarbejdere skal arbejde fremskudt, hvor borgeren ønsker at mødes - i det omfang, der er behov, og så længe, der er behov. Medarbejderne støtter borgeren i kontakten til det øvrige velfærdssystem.

ACT-indsatsen skal ikke være et parallelt støttesystem, men udsatte borgeres indgang til det etablerede velfærdssystem.

## SAMMENSÆTNING AF EN UDSATTEENHED:

**Bostøttemedarbejder:** Giver borgeren social og praktisk støtte i hverdagen med alt fra husholdning, det digitale og bankforretninger til støtte til kontakt til nære relationer og deltagelse i fællesskaber og måske beskæftigelse – det, borgeren ønsker hjælp til, i det omfang, der er brug for.

**Rusmiddelbehandler:** Giver borgeren en fremskudt og fleksibel social rusmiddelbehandling og evt. substitutionsbehandling, hvor der ikke er udfordringer med transport og rigide regler for fremmøde. Kan også hjælpe ind i systemet, hvis der er brug for det.

**Psykiater/psykiatrisk sygeplejerske:** Håndterer og støtter op om borgerens behandling medicinsk/terapeutisk for psykiske lidelser/traumer/udviklings- eller personlighedsforstyrrelser og støtter borgeren i kontakten med det psykiatriske behandlingssystem.

**Sygeplejerske:** Tilser borgerens somatiske helbredsproblematikker og støtter borgeren i kontakt med egen læge og hospitalssystemet.

**Beskæftigelsesmedarbejder:** Støtter borgeren i kontakten med jobcentret og sikrer, at borgeren bliver afklaret til rette ydelse og fastholder sin indtægt. Støtter i samarbejde med bostøtten borgeren i at deltage i meningsfulde aktiviteter, det være sig fællesskabsorienterede eller mere beskæftigelsesrettede.

**Myndighedsrådgiver:** Sikrer en hurtig og smidig visitation til andre ydelser/indsatser, borgeren har behov for, fx boligansøgning, hjemmehjælp mv.

**Øvrige fagpersoner:** Udsatteenheden kan suppleres med øvrige relevante fagpersoner med særlige faglige kompetencer eller personlige relationer til borgeren, eksempelvis fra institutioner eller civilsamfund.







Der er evidens for, at en integreret indsats efter ACT-metoden virker. Metoden er beskrevet i detaljer, og den kan beregnes, implementeres og skaleres efter behov. ACT-metoden sikrer struktur og høj faglig kvalitet, og dermed undgår man, at indsatserne for de mest udsatte borgere bliver for tilfældige, som det ofte ses i dag. Læs mere i VIVE's udgivelse "Integreret indsats til borgere med kompleks udsathed" (2023).

### Fakta om ACT-metoden:

- Lavt antal borgere pr. medarbejder (lav caseload)
- Fælles teamansvar for borgerne (delt caseload for medarbejderne i teamet)
- Udgående støtte i lokalsamfundet (hvor borgeren er – fx i borgerens bolig)
- Direkte støtte fra teamets specialfunktioner (fx udgående misbrugsbehandling)
- Høj tilgængelighed og fleksibilitet
- Borgercentreret tilgang (udgangspunkt i borgerens egne støttebehov og ønsker)
- Støtte borgeren i at få det bedre (recoveryorienteret tilgang)
- Tidsubegrænset støtte (så længe borgeren har behov)





# VISITATION OG ORGANISERING

## Visitation

Borgeren visiteres til indsatsen på baggrund af en grundig, faglig vurdering af borgerens samlede situation, hvor der arbejdes fremskudt og fleksibelt i udredningsprocessen, og hvor der samarbejdes med borgeren og eventuelle tillidspersoner i borgerens netværk - fx pårørende, medarbejdere fra sociale tilbud osv.

Der skal kunne henvises til visitation fra alle relevante sektorer/forvaltninger, offentlige og private sociale tilbud, fængsler, psykiatri mv.

Visitationen er tidsubegrænset, og borgeren skal have indsatsen så længe, der er behov. Visitationen er uafhængig af kommunegrænser. Hvis borgeren flytter kommune, flytter visitation til indsatsen med, og udsatteenheden i den tidligere kommune skal overlevere grundigt til udsatteenheden i den nye kommune.

Borgeren kan udskrives fra indsatsen, hvis det i samarbejde med og med samtykke fra borgeren vurderes, at hjælpebehovet er blevet mindre/et andet.

## Organisering

Da hovedparten af funktionerne i udsatteenheden er kommunale, vil det være naturligt med en kommunal forankring. Indsatserne er fremskudte og skal derfor ske i tæt og organiseret samarbejde med aktører i både civilsamfund og i det offentlige - det gælder blandt andet "sociale hotspots" som væresteder og herberger, men også eksempelvis fængsler og psykiatrien.

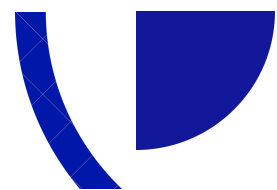
Det vil kræve lovgivningsmæssige, økonomiske og administrative løsninger at skabe rammer for at integrere de forskellige funktioner i en samlet enhed. I den forbindelse er det vigtigt at pointere, at ACT er én ud af tre indsatser under den nye §85 i Serviceloven (hjemløseindsatsen), hvorfor der allerede (fra 1/10 2023) er lovhjemmel til ACT-metoden, som en del af målgruppen for værdighedsreformen vil være omfattet af.

Det anbefales, at indsatsen gennemføres med 100 % statsrefusion finansieret af kommuner, regioner og stat baseret på fordeling af estimerede omkostninger og gevinster for indsatsen, jf. besparelser i sundhedsvæsen, psykiatri, kriminalforsorg og retssystem. Det vil betyde, at kommunerne ikke undlader at visitere af økonomiske årsager, og det vil mindske økonomisk tovtækkeri mellem bopæls- og opholdskommuner.

Det er oplagt at sammentænke værdighedsreformen med reformen af beskæftigelsesindsatsen og 10-årsplanen for psykiatrien, når det gælder lovgivning, organisering og finansiering.

Ift. reform af beskæftigelsesindsatsen er det oplagt, at alle aktivitetsparate i beskæftigelsessystemet afklares mhp. at finde de mest udsatte, som er i målgruppen for en ACT-indsats i udsatteenhederne, og de udsatte, som skal have mindre intensive indsatser (ICM, CTI, IPS) med et beskæftigelsesfokus, der passer til den enkeltes situation.

Ift. 10-årsplanen for psykiatrien er det oplagt, at ACT-metoden og udsatteenhederne bliver en del af løsningen for de mest udsatte - herunder de mange med dobbeltdiagnose og udiagnosticerede psykiske lidelser, som ikke kan gennemføre udredning og behandling i psykiatrien.





# EVIDENS OG ØKONOMI

## Evidens

ACT-metoden har i forskellige udformninger opnået gode resultater i USA, Holland og Norge. De menneskelige og samfundsøkonomiske gevinster har – uanset om det gælder den amerikanske hjemløseindsats "Housing First" eller de europæiske erfaringer med sammenhængende behandlingsforløb i psykiatrien og misbrugsbehandlingen – været evidente.

I Danmark er ACT-indsatsen kun i meget begrænset omfang blevet benyttet på udsatteområdet. I Københavns Kommune er der etableret ACT-lignende teams, men de er ikke integrerede, idet medarbejderne fortsat er ansat i forskellige sektorer/forvaltninger. Det vil sige, at der bruges mange ressourcer på koordinering, og at indsatsen fortsat ikke er tilstrækkeligt sammenhængende.

I et forsøgsprojekt fra 2013 med integrerede ACT-indsatser i Københavns Kommune og Skanderborg Kommune for borgere med psykiatriske diagnoser og misbrugsproblemer oplevede 59 % af de deltagende borgere en forbedret psykisk trivsel, 63 % oplevede en lavere belastningsgrad i deres alkoholmisbrug, og 51 % oplevede en lavere belastningsgrad i deres stofmisbrug.

Effekten af ACT-metoden er afhængig af, at den gennemføres i fuldt omfang med integrerede enheder og ikke blot som en koordineret indsats.

ACT-metoden er grundigt beskrevet i Social- og Boligstyrelsens "ACT-metodemanual til hjemløshedsområdet" (2022), som er udviklet i forbindelse med hjemløserenformen. Metoden er også beskrevet i VIVE's udgivelse "Integreret indsats til borgere med kompleks udsathed" (2023), der er finansieret af Rådet for Socialt Udsatte.

Rådet anbefaler, at indsatsen evalueres løbende, og at der etableres følgeforskning.

## Økonomi

ACT-indsatsen koster ca. 120.000-140.000 kroner pr. borger om året afhængigt af enhedens konkrete udformning og sammensætning. Ifølge VIVE lå udgifterne til målgruppen i 2014 på 200-250.000 kroner pr. borger om året, eksklusiv overførselsindkomster. En betydelig del af disse udgifter vedrører akutte indsatser som ophold på herberger, indlæggelser mv., hvoraf en del vil reduceres med en ACT-indsats. Udenlandske studier viser, at omkostninger og gevinster ved brug af ACT udligner hinanden.

Hver udsatteenhed kan varetage 80-100 borgere, og kommuner med et lavt antal borgere i målgruppen kan samarbejde med andre kommuner.



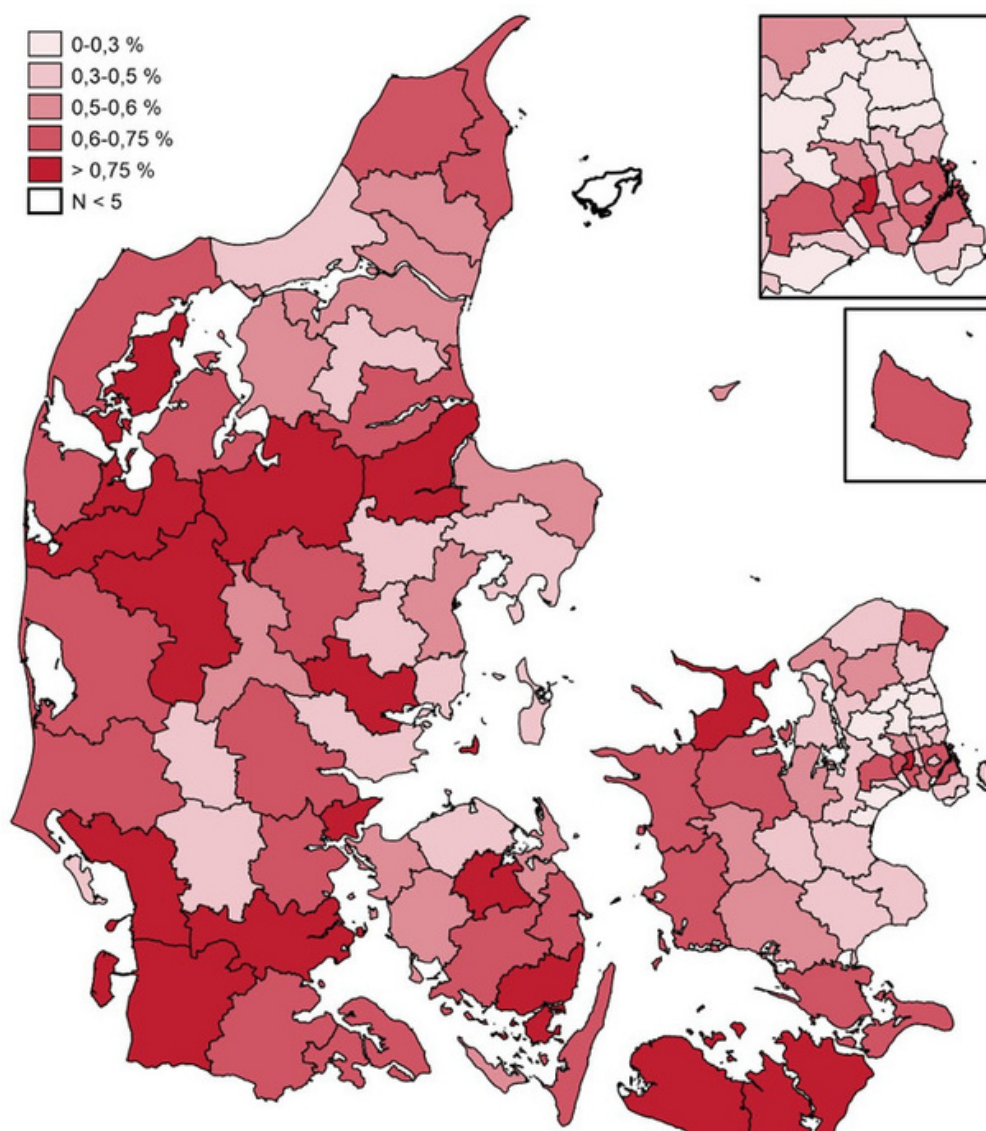


# DATA OM MÅLGRUPPEN

VIVE's danmarkskort viser, hvor stor en andel af borgerne i hver kommune, der tilhører gruppe 7 og 8 og dermed falder i kategorien "borgere med kompleks udsathed"\*. Det er i begge disse grupper, at vi finder de borgere, som er i målgruppen for en ACT-indsats. I disse grupper vil der også være borgere, som har behov for en mindre intensiv indsats som eksempelvis ICM eller CTI.

Der er ca. 9.000 borgere i aldersgruppen 18-59 år i hver gruppe, men det skal bemærkes, at opgørelsen trækker på folkeregisterdata, og at der kan være forskel på bopælskommune og opholdskommune for en del socialt udsatte. Det antages derfor, at der vil være flere socialt udsatte i de større byer, end data viser. Alligevel er det værd at bemærke, at mange kommuner med store landområder har en overrepræsentation af meget socialt udsatte borgere. Da gennemsnitslevealderen for gruppe 7 og 8 er meget lav, medtages gruppen af 60+ ikke i opgørelsen.

## Andel af udsatte borgere pr. 18-59-årige i kommunerne, gruppe 7 og 8



\***Gruppe 8** defineres som borgere med både en psykisk lidelse (moderat eller svær) og misbrugsproblemer og samtidig forekomst af andre tegn på høj kompleksitet i form af enten hjemløshed, fængselsophold og/eller alvorlige misbrugsrelaterede fysiske helbredsproblemer.

**Gruppe 7** defineres som borgere, der ikke er diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse, men i øvrigt har samme karakteristika som gruppe 8.

VIVE's tal baserer sig på data fra 2010-2014.





# DATA OM MÅLGRUPPEN

## Aldersfordelingen på socialt udsatte borgere i gruppe 7 og 8

Ifølge VIVE's undersøgelse udgør det samlede antal socialt udsatte borgere i gruppe 7 og 8 20.000 personer. Som det ses af nedenstående diagram, er mere end en tredjedel af denne gruppe under 40 år. Her er det vigtigt at bemærke, at hjælpebehovene er mindst lige så store blandt unge som blandt ældre borgere i udsathed, og at der er betydelige menneskelige og økonomiske gevinster i at give en intensiv, helhedsorienteret indsats til udsatte unge.

### Aldersfordeling, udsatte i gruppe 7 og 8

