

# Integreret indsats til borgere med kompleks udsathed

Notat om perspektiver ved anvendelse af ACT-metoden



*Integreret indsats til borgere med kompleks udsathed  
– Notat om perspektiver ved anvendelse af ACT-metoden*

© VIVE og forfatteren, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-235-5

Forsidefoto: VIVE

Projekt: 302739

Finansiering: Rådet for Socialt Udsatte

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



## Forord

I dette notat gennemgås perspektiver ved brug af en integreret, tværfaglig indsats ud fra metoden Assertive Community Treatment (ACT) til gruppen af borgere med kompleks udsathed.

Notatet tager udgangspunkt i tidligere forskning, der viser, at borgere med kompleks udsathed har vanskeligt ved at få en sammenhængende og helhedsorienteret støtte i det eksisterende velfærdssystem. Notatet gennemgår indholdet og grundprincipperne i ACT-metoden, der er baseret på et integreret tværfagligt team, som kombinerer en social støtteindsats med sundhedsfaglige behandlingskompetencer, og som yder en udgående og direkte støtte i borgerens hverdag. På baggrund af viden og erfaringer om ACT-metoden diskuteres perspektiverne ved anvendelse af ACT til målgruppen af borgere med kompleks udsathed i Danmark.

Notatet er udarbejdet af seniorforsker Lars Benjaminsen, VIVE. Notatet er blevet gennemlæst og kommenteret af en intern reviewer på VIVE.

Notatet er bestilt og finansieret af Rådet for Socialt Udsatte.

*Kræn Blume Jensen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Social



# Indholdsfortegnelse

---

1	Indledning	5
1.1	Formål og indhold	5
1.2	Læsevejledning	6
<hr/>		
2	Målgruppen	7
2.1	Målgruppens karakteristika	7
2.2	Omfanget af målgruppen	8
2.3	Støttebehov og udfordringer ved brug af eksisterende indsatser	10
<hr/>		
3	ACT-indsatsen	12
3.1	ACT-metodens indhold og udformning	12
3.2	Erfaringer med ACT-indsatsen fra ind- og udland	15
<hr/>		
4	Perspektiver ved anvendelse af ACT-metoden	18
4.1	Sammenhæng og helhed i indsatsen ved brug af ACT-metoden	18
4.2	Økonomiske aspekter ved ACT-indsatsen	20
<hr/>		
	Litteratur	21
<hr/>		
	Bilag 1 Borgere med kompleks udsathed fordelt på kommuner	23

# 1 Indledning

Dette notat belyser perspektiverne ved brug af en integreret, tværfaglig indsats ud fra metoden Assertive Community Treatment (ACT) til målgruppen af borgere med kompleks udsathed. Det er borgere med omfattende sociale og helbredsmæssige problematikker, fx på grund af en kombination af psykiske lidelser, misbrugsproblemer og fysiske helbredsproblemer. Disse borgere har typisk vanskeligt ved at få den støtte og hjælp, de har behov for, fra det eksisterende velfærdssystem, hvor en række støtte- og behandlingsfunktioner er placeret i forskellige sektorer (region og kommune) og forskellige kommunale afdelinger.

Assertive Community Treatment (ACT) er en indsatsmetode, der er baseret på et integreret, tværfagligt team med både sociale og behandlingsmæssige kompetencer. Et ACT-team er sammensat af sociale bostøttemedarbejdere, sygeplejerske, misbrugsbehandler, psykiater, jobcentermedarbejder og myndighedsrådgiver. Ud fra den tværfaglige sammensætning af medarbejdere i et integreret team er ACT-indsatsen udformet til at kunne give mennesker med komplekse støttebehov en sammenhængende indsats, der støtter dem i hverdagen.

## 1.1 Formål og indhold

Notatet er udarbejdet for Rådet for Socialt Udsatte, som har bedt VIVE om at afdække, hvordan ACT-metoden kan anvendes til at give de mest udsatte borgere en værdig og sammenhængende indsats, der forbedrer deres livssituation og hjælper dem til at blive en del af fællesskabet.

Notatets formål er at beskrive perspektiverne ved brugen af ACT til de mest udsatte borgere i samfundet med henblik på at give borgere med kompleks udsathed en helhedsorienteret og sammenhængende støtte, der kan imødekomme kompleksiteten i deres støttebehov.

Notatet tager udgangspunkt i eksisterende viden om målgruppen, herunder karakteren af de sociale og helbredsmæssige problematikker, der kendetegner borgere med kompleks udsathed. I den sammenhæng inddrages bl.a. viden fra en tidligere VIVE-undersøgelse om socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet, der dels afdækker omfanget af målgruppen og dels ser på gruppens brug af eksisterende indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer. Endvidere beskrives de udfordringer, som målgruppen typisk har ved at få sammenhængende hjælp og støtte i det eksisterende velfærdssystem.

Herudover beskriver notatet tidligere erfaringer med brug af ACT-metoden fra ind- og udland. Ud fra eksisterende viden om og erfaringer med ACT diskuteres perspektiverne ved brug af ACT-metoden til gruppen af borgere med kompleks udsathed, herunder muligheder og udfordringer ved at etablere de tværfaglige, integrerede indsatssteam med funktioner, der i dag er placeret i forskellige sektorer og dele af velfærdssystemet. Der ses også på forhold omkring indsatsens skalérbarhed og de økonomiske aspekter ved indsatsen.

## **1.2 Læsevejledning**

I afsnit 2 gives en karakteristik af de mest udsatte borgere, som er målgruppen for indsatsen, og deres udfordringer med at benytte de eksisterende indsatser.

I afsnit 3 beskrives selve ACT-indsatsens indhold og grundprincipper, herunder hvad der kendetegner det integrerede, tværfaglige indsatssteam samt den støtte, som teamet kan give til borgere med kompleks udsathed. Der ses også på tidligere erfaringer med ACT-indsatsen.

I afsnit 4 diskuteres perspektiverne ved anvendelse af ACT-indsatsen for de mest udsatte borgere i Danmark, herunder de organisatoriske og økonomiske aspekter.

## 2 Målgruppen

I dette afsnit beskrives målgruppen af borgere med kompleks udsathed samt de sociale og helbredsmæssige problematikker, der typisk kendetegner disse borgere. Der inddrages viden fra tidligere undersøgelser om målgruppens omfang, herunder den geografiske fordeling på kommuner. Endelig beskrives målgruppens støttebehov og udfordringerne ved brugen af det eksisterende velfærdssystem.

### 2.1 Målgruppens karakteristika

Målgruppen af borgere i kompleks udsathed er kendetegnet ved omfattende sociale og helbredsmæssige problemer på mange forskellige livsområder. Gruppen er særligt kendetegnet ved at have dobbelt- og tripleproblematikker mellem psykiske lidelser, misbrugsproblemer og fysiske helbredsproblemer. Det kan være en bred vifte af psykiske problematikker, fra svære lidelser i psykosespektret til lidelser som ADHD, personlighedsforstyrrelser mv. I en del tilfælde vil disse problematikker være udiagnosticerede, da kompleksiteten af udsatheden generelt er en barriere for kontakten med det psykiatriske behandlingssystem, hvilket bl.a. kan gøre det vanskeligt at få foretaget en psykiatrisk udredning. Herudover omfatter de helbredsmæssige problematikker ofte et omfattende og kaotisk misbrug, herunder blandingsmisbrug af fx heroin, kokain, amfetamin, medicin, alkohol mv. Misbrugsproblemerne er en medvirkende årsag til, at borgere i kompleks udsathed forholdsvis tidligt i livet udvikler alvorlige fysiske helbredsproblemer, herunder tidlig aldring. Gruppen har desuden en væsentligt højere dødelighed og dermed en lavere levealder end almenbefolkningen (Pedersen m.fl., 2023).

De sociale problematikker omfatter bl.a., at målgruppen har en høj risiko for hjemløshed – eksempelvis udgør gruppen med dobbeltdiagnose mellem psykiske lidelse og misbrugsproblemer ca. 40 % af de borgere i hjemløshed, der er registreret i de nationale kortlægninger af hjemløshed (Benjaminsen, 2022). Borgere med kompleks udsathed vil ofte også have andre væsentlige problematikker som fx følgekriminalitet og periodevise fængselsophold knyttet til misbrugsproblemer.

Endelig har borgere med kompleks udsathed ofte et svagt socialt netværk med brudte og beskadigede relationer til familie og venner. Dette skyldes bl.a., at psykiske lidelser og misbrugsproblemer gør det vanskeligt at fast-

holde og opretholde bærende sociale relationer, ligesom det kan være vanskeligt at indgå i øvrige sociale sammenhænge og aktiviteter, fx i regi af civilsamfundets tilbud.

## 2.2 Omfanget af målgruppen

Det kan være vanskeligt præcist at opgøre omfanget af målgruppen af borgere med kompleks udsathed. I undersøgelsen "Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet" (Benjaminsen m.fl., 2018) benyttede VIVE registeroplysninger om psykiske lidelser, misbrug, hjemløshed, kriminalitet og fysiske helbredsproblemer til at indkredse og afdække målgruppens omfang. VIVE identificerede i undersøgelsen, at målgruppen af voksne mellem 18 og 79 år med kompleks udsathed udgjorde ca. 20.000 borgere baseret på data fra perioden 2010-2014. Denne gruppe var fordelt på to nogenlunde lige store delgrupper, der udgør borgere med den største grad af kompleksitet i udsathed. Den ene gruppe på ca. 10.000 personer (i undersøgelsen betegnet som 'gruppe 8') var 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. Den anden gruppe på ligeledes ca. 10.000 personer (i undersøgelsen betegnet som 'gruppe 7') adskilte sig ved ikke at være diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse, men havde i øvrigt samme karakteristika som den første gruppe. Undersøgelsen viste også, at borgere i social udsathed generelt var fordelt over hele landet, men at der samtidig var tydelige geografiske mønstre i udsathed, der er højere i nogle områder af landet end andre.

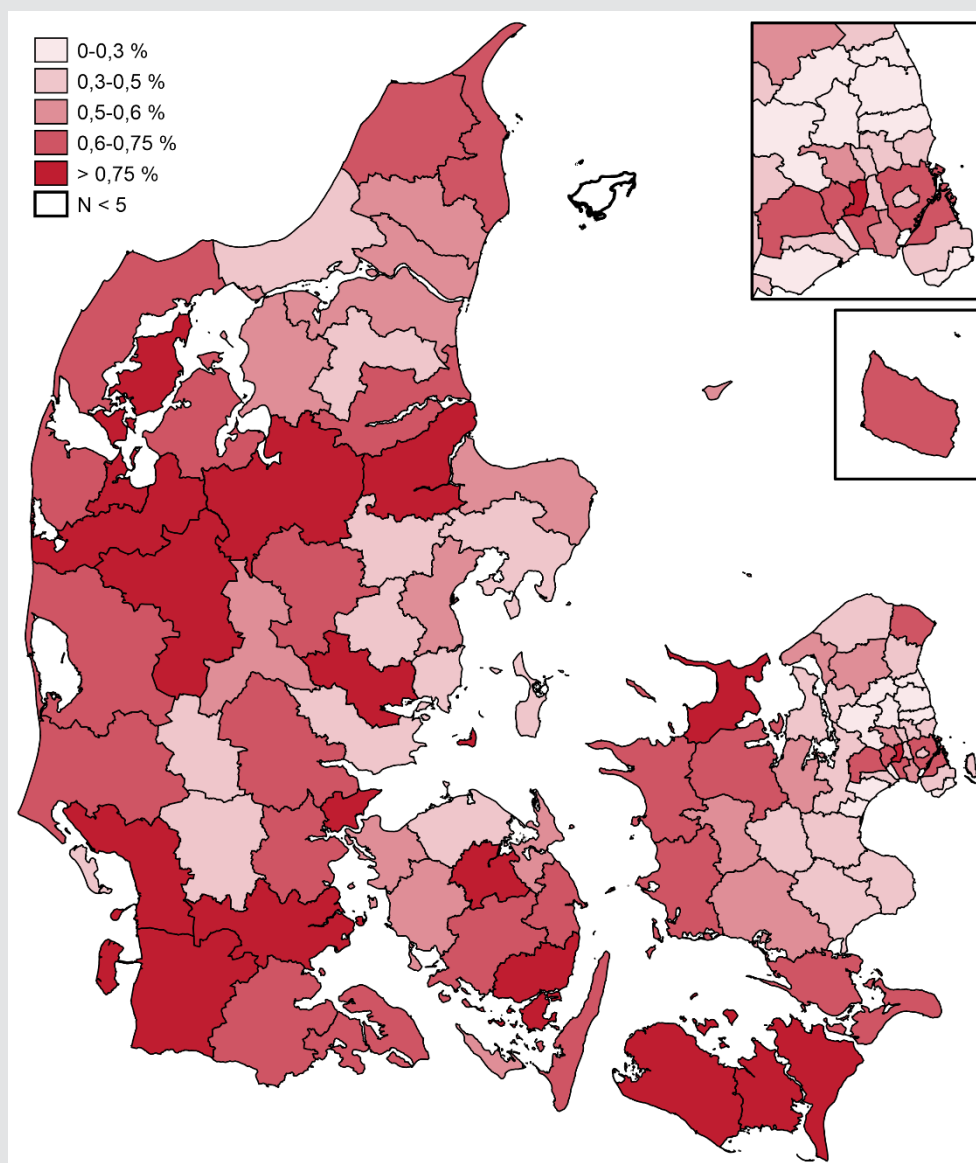
I Figur 2.1 er vist andelen med kompleks udsathed (gruppe 7 og 8) i kommunerne baseret på data fra ovennævnte undersøgelse. Her skal der gøres opmærksom på, at der er tale om data fra 2014, og at udsathed er målt over en 5-årsperiode fra 2010 til 2014. Andelen er beregnet inden for aldersgruppen mellem 18 og 59 år, da den lavere levealder blandt borgere i udsathed betyder, at andelen i udsathed undervurderes, hvis de ældre aldersgrupper i almenbefolkningen indregnes. Blandt de 18-59-årige udgør grupperne med kompleks udsathed ca. 18.000 personer, svarende til 0,6 % af befolkningen i denne aldersgruppe. De højeste andele finder vi i områder som Lolland-Falster, det vestlige Sjælland, Sydfyn, Syd- og Sønderjylland samt områder i Midt- og Vestjylland. Det er overvejende økonomisk ressourcetsvage kommuner, der ofte betegnes som 'udkantsområder'. De laveste andele finder vi derimod i ressourcestærke kommuner omkring de større byer – fx en række kommuner i Nordsjælland og omkring Aarhus. I hovedstadsområdet er der en betydelig differentiering – de højeste andele med kompleks udsathed findes i centralkommunerne og vestegnskommunerne, mens de laveste andele findes i



de nordlige dele af Storkøbenhavn. En opgørelse over antallet af borgere med kompleks udsathed i hver enkelt kommune findes i notatets Bilagstabel 1.1.

**Figur 2.1 Andel med kompleks udsathed i kommunerne, procent af befolkningen mellem 18 og 59 år**

I figuren er vist procentandelen af befolkningen mellem 18 og 59 år i hver kommune, som er registreret med kompleks udsathed (gruppe 7 og 8) ud fra definitionen i VIVEs undersøgelse af Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet.



Anm.: Opgørelserne er baseret på data fra perioden 2010-2014 fra undersøgelsen Socialt udsatte borgeres brug af Velfærdssystemet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

## 2.3 Støttebehov og udfordringer ved brug af eksisterende indsatser

Kompleksiteten af de sociale og helbredsmæssige problematikker betyder, at borgerne i målgruppen har brug for både social støtte og forskellige former for behandlingsmæssige indsatser. Desuden har borgerne brug for hjælp til administrative forhold, som fx kontakt med jobcenter og ydelsescenter. Det er indsatser, der tilvejebringes i forskellige sektorer i velfærdssystemet (regioner og forskellige kommunale afdelinger/forvaltninger). På grund af kompleksiteten af udsathed og opdelingen i velfærdssystemet har borgere med kompleks udsathed som oftest meget vanskeligt ved at overskue og benytte det eksisterende velfærdssystemets indsatser.

VIVEs undersøgelse af socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet viste, at borgere med kompleks udsathed generelt har et stort forbrug af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer, men at der i høj grad er tale om 'akutydelser', som fx herbergsophold, døgnindlæggelser i psykiatrien, fængselsophold og lignende. Det er udtryk for, at borgeren befinder sig i en vanskelig og ofte kaotisk livssituation, hvor der opstår akutte kriser, fx i forbindelse med hjemløshed, psykotiske episoder mv. Endvidere viste undersøgelsen, at målgruppen allerede fra en tidlig alder har et langt større forbrug af indlæggelser i det somatiske sundhedssystem end almenbefolkningen. Derimod var der for de individuelle sociale støtteindsatser ikke så stor en andel, der modtog disse ydelser, som det umiddelbart kunne forventes. Således var det under en femtedel i gruppen med den mest komplekse udsathed, der modtog individuel social støtte efter serviceloven (SEL § 85). Den omfattende brug af akutte ydelser og den forholdsvis lave andel med individuel social støtte kan tyde på, at den individuelle støtte, der er tilgængelig i det sociale system, generelt ikke er i stand til at favne kompleksiteten af målgruppens støttebehov, herunder særligt kombinationen af omfattende sociale og helbredsmæssige problematikker.

Udfordringerne med at få den nødvendige hjælp og støtte fra det eksisterende velfærdssystem viser sig på forskellige områder. Borgere med kompleks udsathed har vanskeligt ved at benytte psykiatriske behandlingstilbud, hvor kombinationen med misbrugsproblemer generelt er en barriere i forhold til forløb i psykiatrien og psykiatrisk udredning. Det er ligeledes vanskeligt at følge behandling i det somatiske sundhedsvæsen, hvor kontakten typisk sker ved indlæggelse gennem skadestuen ved akut sygdom. Det er også vanskeligt at følge regelmæssig misbrugsbehandling, ligesom misbrugsbehandlingssystemet generelt ikke er rettet mod at håndtere de psykiatriske behandlingsbehov og omfattende sociale støttebehov i målgruppen. Når det kommer til støtte i hverdagen, så er den almindelige kommunale bostøtteindsats typisk hverken

intensiv eller fleksibel nok til at håndtere målgruppens støttebehov. Eksempelvis vil en manglende respons ved planlagte kontakter ofte føre til afslutning af borgernes bostøtteforløb. Udfordringerne ved at få en sammenhængende hjælp og støtte på tværs af de sociale og helbredsmæssige problematikker kan betyde, at borgeren helt mister grebet om tilværelsen, bliver sat ud af sin bolig og ender i en hjemløshedssituation. I den situation vil borgeren typisk være henvist til brug af midlertidige indsatser som herberger, natvarmestuer og væresteder. Det er tilbud, der ofte ikke er bemandet til at håndtere den høje kompleksitet i borgerens støttebehov, som fx det støtte- og behandlingsbehov, der er ved en samtidig psykisk lidelse og et misbrugsproblem. Der er således et behov for støtte- og behandlingsindsatser, der er i stand til at imødekomme den høje kompleksitet i borgernes støttebehov. Støtten skal således både rumme hjælp til praktiske gøremål og samtidig kunne favne kompleksiteten i borgerens tværgående sociale, psykiske og somatiske problemstillinger.

## 3 ACT-indsatsen

I dette afsnit beskrives ACT-indsatsens indhold og grundprincipper. Afsnittet gennemgår de grundlæggende principper, som ACT-metoden bygger på, ligesom det beskrives, hvad der kendetegner ACT-teamets indhold og udformning i praksis. Sidst i afsnittet beskrives erfaringer med brug af ACT-indsatsen fra ind- og udland.

### 3.1 ACT-metodens indhold og udformning

ACT er en kombineret støtte- og behandlingsindsats, der har til formål at kunne give borgere med kompleks udsathed en helhedsorienteret og specialiseret social og behandlingsfaglig støtte i hverdagen. ACT-indsatsen er baseret på et integreret, tværfagligt team bestående af medarbejdere med både social- og sundhedsfaglig baggrund. Indsatsteamet består af sociale støtte- og sundhedsfaglige medarbejdere (bostøtte), sygeplejersker (psykiatrisk og/eller somatisk), misbrugsbehandler, psykiater, beskæftigelseskonsulent og en myndighedsrådgiver. Teamet er ansat i samme afdeling og har en fælles leder i form af en teamkoordinator, der sikrer sammenhængen i indsatsen på tværs af teamet i det daglige.

Et ACT-team består typisk af 4-6 bostøttemedarbejdere og 1-2 sygeplejersker, mens der er en medarbejder fra hver af de øvrige nævnte medarbejdergrupper. Der kan efter behov også indgå andre typer af støttemedarbejdere i teamet, herunder 'peer-støtter', som er borgere, der selv har udsathedserfaring, eller medarbejdere fra civilsamfundsorganisationer. Samlet set består et ACT-team således af ca. 10-12 medarbejdere, der kan yde støtte på en borgergruppe på ca. 80-90 borgere. Afhængigt af støttebehovene i borgergruppen kan der dog indgå flere medarbejdere i de enkelte kategorier, som fx flere bostøttemedarbejdere.

Medarbejderne er som udgangspunkt ansat på fuld tid i teamet, således at der opnås en teamstruktur, der i hverdagen fleksibelt kan tilrettelægge støtten ud fra de enkelte borgeres støttebehov. Der er dog erfaringer med, at visse af medarbejderfunktionerne kan indgå på 'deltid' – fx en misbrugsbehandler, en psykiater eller en myndighedsrådgiver, der kan være tilknyttet fx 2-3 dage om ugen. ACT-teamet er således ikke et 'ad hoc-team' af medarbejdere sammensat omkring den enkelte borger, men et samlet integreret støtteam, der servicerer en gruppe af borgere i indsatsen. Den integrerede teamstruktur af medarbejdere med forskellige specialkompetencer giver mulighed for at give

den enkelte borger en individuel og håndholdt støtte, der er tilpasset den enkelte borgers støttebehov.

### **Boks 3.1 Grundprincipper i ACT-indsatsen**

ACT-indsatsen er baseret på en række grundprincipper, der kan sammenfattes som følgende (se fx SMI Adviser, 2019):

- 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 (recovery-orienteret tilgang)
- Tidsubegrænset støtte (så længe borgeren har behov).

Antallet af borgere pr. medarbejdere (caseloaden) er forholdsvis lavt (maksimalt otte borgere pr. medarbejder) for at sikre mulighed for en intensiv og fleksibel støtte, der hurtigt kan tilpasses den enkelte borgers støttebehov. Der er tale om en delt caseload i teamet, det vil sige, at teamet er fælles om at give den samlede støtte, borgeren har behov for. Der holdes et fælles møde blandt medarbejderne mindst en gang ugentligt. På mødet gennemgås aktuelle forhold om borgernes støttebehov, og der koordineres på tværs af teamets medarbejdere.

Støtten gives som udgående støtte. Det vil sige, at medarbejderne kommer ud til borgerne, der hvor borgeren er, herunder i borgerens eget hjem, i lokalområdet eller hvor borgeren ellers ønsker at modtage støtten. Det betyder eksempelvis, at teamets misbrugsbehandler kan komme ud til borgeren og fx understøtte borgeren i forhold til social misbrugsbehandling, substitutionsbehandling og lignende, såfremt borgeren ønsker dette, frem for at borgeren skal møde op til faste aftaler på misbrugscentret. Det samme gælder teamets øvrige funktioner.

Psykiateren og/eller den psykiatriske sygeplejerske kan håndtere og støtte op om borgerens brug af psykofarmaka, ligesom de psykiatriske medarbejdere også kan støtte borgeren i kontakten med det psykiatriske behandlingssystem, når det er nødvendigt. Den somatiske sygeplejerske kan tilse borgerens somatiske helbredsproblematikker og være behjælpelig i forhold til kontakten med egen læge og med det almene hospitalssystem.

De socialpædagogiske støtte medarbejdere i teamet giver borgeren en bostøtteindsats, der tilrettelægges fleksibelt og kan være intensiv i perioder, hvor borgeren har behov for dette. Den sociale støtte tager udgangspunkt i borgerens aktuelle støttebehov, og der kan hurtigt skrues op og ned for indsatsen efter behov. Dermed adskiller denne form for støtte sig fra den måde, den almindelige bostøtte gives i de fleste kommuner, hvor borgeren typisk er visiteret til et bestemt antal timer, og hvor det samtidig er fastlagt ved visitationen, hvad borgeren kan få hjælp til.

Myndighedsrådgiveren i teamet sikrer, at myndighed er en integreret del af indsatsen, og at der kan ske en hurtig og smidig visitation til andre kommunale indsatser, som borgeren måtte have behov for, fx hjemmepleje.

Selvom borgerne har kompleks udsathed vil størstedelen af dem formentlig være på kontanthjælp. Beskæftigelseskonsulenten i teamet skal sikre, at kontakten med jobcentreret er smidig og tager højde for kompleksiteten i udsathed. Ligesom ved de andre støttefunktioner er beskæftigelseskonsulentens arbejde ligeledes udgående, og samtaler med borgeren kan således afholdes ved, at beskæftigelseskonsulenten tager ud til borgeren. Borgerne vil dog generelt være langt fra arbejdsmarkedet. I den sammenhæng kan beskæftigelsesmedarbejderen sammen med bostøttemedarbejderne understøtte borgerens deltagelse i forskellige former for meningsfulde aktiviteter i hverdagen, både i forhold til at skabe kontakt til relevante aktiviteter og at understøtte borgerens forløb med disse.

Mens de forskellige behandlings- og støttefunktioner er tilgængelige i teamet, er det ikke et krav, at borgeren skal gøre brug af alle de enkelte funktioner, hvis borgeren ikke ønsker det. Eksempelvis kan borgeren vælge at modtage støtte fra de sociale støtte medarbejdere og sygeplejersken, mens borgeren

ikke ønsker behandling i forhold til et misbrug. De forskellige funktioner er tilgængelige i teamet, i det omfang borgeren har behov for disse indsatser og ønsker at benytte dem. Den forholdsvis lave caseload giver mulighed for, at støtten kan være intensiv, når borgeren har behov for det, og at støtten fleksibelt kan tilpasses borgerens aktuelle støttebehov. ACT-støtten tager således udgangspunkt i borgerens oplevelse af behov og ønsker for støtte. Dermed er ACT-indsatsen grundlæggende borgercentreret og recovery-orienteret.

En specialiseret social støtte, der kan imødekomme kompleksiteten af borgerens støttebehov, vil også være en forudsætning for, at der kan arbejdes med netværksopbygning – fx i forhold til brudte og beskadigede relationer til familie og venner, samt i forhold til at borgerne kan benytte sociale aktivitetstilbud i civilsamfundet. Den specialiserede støtte vil således typisk også være en forudsætning for, at borgerne kan indgå i forskellige former for fællesskabsrettede aktiviteter.

På trods af at de forskellige specialfunktioner fra forskellige dele af velfærdssystemet er integreret i teamet, skal ACT-indsatsen ikke ses som et parallelt støttesystem til det eksisterende velfærdssystem. Borgere med kompleks ud-sathed har generelt meget vanskeligt ved at få den hjælp og støtte, de har behov for fra det eksisterende velfærdssystem. Støtten fra ACT-teamet vil i den sammenhæng bidrage til at opnå større stabilitet i livet og hverdagen samt forbedre muligheden for at kunne anvende indsatser i det eksisterende behandlings- og støttesystem, når det er nødvendigt, fx i forhold til kontakt med psykiatrien, det somatiske sundhedssystem osv.

Den håndholdte, individuelle støtte fra ACT-teamet vil også kunne bidrage til, at borgeren bedre kan benytte andre tilbud i lokalsamfundet, som fx NGO-sektorens aktivitets- og støttetilbud. På den måde bidrager ACT-indsatsen til, at borgeren får bedre mulighed for at få den støtte og behandling, de har behov for. Det sker både gennem selve ACT-indsatsen og ved at understøtte eventuel kontakt til velfærdssystemets og de frivillige organisationers øvrige støtte- og behandlingstilbud.

## **3.2 Erfaringer med ACT-indsatsen fra ind- og udland**

I dette afsnit ses der på erfaringerne med anvendelsen af ACT-metoden i Danmark og i andre lande. I den sammenhæng skal der gøres opmærksom på, at ACT-metoden generelt er anvendt til forskellige målgrupper, herunder bor-

gere med svære psykiske lidelser, borgere i hjemløshed mv. Der vil i den forbindelse i betydelig grad være et overlap med gruppen med kompleks udsathed, men der kan også være tale om øvrige målgrupper.

ACT-metoden blev oprindeligt udviklet i USA, hvor indsatsen blev udviklet på psykiatriområdet i forbindelse med af-institutionaliseringen i psykiatrien i 1970'erne. På det psykiatriske område er der generelt omfattende evidens for ACT-metodens effekt, herunder i forhold til at reducere genindlæggelser, øge patienttilfredsheden og at øge livskvaliteten blandt patienter med de mest alvorlige symptomer på psykiske lidelser (se fx Bond m.fl., 2001; Salyers & Bond, 2009).

Senere fandt metoden vej til hjemløshedsområdet, hvor den blev inkorporeret i Housing First-tilgangen som den ene af to indsatsmetoder sammen med ICM-metoden (Intensiv Case Management). I de amerikanske Housing First-indsatser er ACT-indsatsen henvendt til borgere i hjemløshed med de mest komplekse støttebehov, mens ICM-metoden anvendes til borgere, der ikke har lige så omfattende støttebehov (Tsemberis, 2010). Der er generelt en omfattende evidens for ACT-metodens effekt som støttemetode til borgere i hjemløshed (se fx Tsemberis m.fl., 2004; Coldwell & Bender, 2007; Goering m.fl., 2014).

I Europa er ACT-metoden primært benyttet i Holland og Norge. I Holland opererer ACT-teams typisk i de større byer, og indsatsen er typisk forankret i det psykiatriske behandlingssystem. Her skal det tages i betragtning, at psykiatrien og misbrugsbehandlingen udgør et integreret behandlingssystem i Holland, og de integrerede ACT-teams, der både inkorporerer psykiatriske kompetencer og misbrugsbehandling, opererer således ud fra et i forvejen integreret behandlingssystem, hvilket bidrager til at skabe en sammenhængende behandling. I de hollandske teams indgår der typisk ligeledes de støttefunktioner, der i en dansk sammenhæng betegnes som 'social bostøtte' (SEL §85).

I Norge er der gennem de senere år sket en udbygning af ACT-baserede indsatser, bl.a. med inspiration fra Holland. Der er dog primært tale om ACT-teams med psykiatriske/sundhedsfaglige kompetencer i stil med de (F)ACT-teams, der findes i den regionale psykiatri i Danmark (se fx Trane m.fl., 2021).

I en dansk sammenhæng er ACT-indsatsen kun i meget begrænset omfang blevet benyttet på udsatteområdet. Metoden kendes fra hjemløseområdet, hvor den indgår som en af de tre specialiserede støttemetoder i den danske udgave, 'Housing First-indsatsen', sammen med ICM-metoden og CTI-metoden (Critical Time Intervention). I praksis er det dog meget få kommuner, der har arbejdet med ACT-indsatsen på hjemløshedsområdet. I København blev der i regi af hjemløsestrategien (2009-2013) etableret et ACT-team i forbindelse med udviklingen og afprøvningen af Housing First-tilgangen i Danmark. I



regi af det europæiske forskningsprojekt, Housing First Europe, blev der foretaget en caseundersøgelse af den københavnske ACT-indsats på hjemløshedsområdet, der på daværende tidspunkt fungerede som et integreret indsatsteam. Undersøgelsen viste generelt en høj grad af fastholdelse i egen bolig for borgere i ACT-indsatsen. Samtidig konkluderede undersøgelsen, at ACT-indsatsens succes i høj grad skyldtes, at den tidligere hjemløse borger havde adgang til mange forskellige former for støtte fra ACT-teamet i form af støtte i forhold til både sociale- og sundhedsmæssige problematikker samt rådgivning og støtte af mere praktisk og administrativ karakter (Benjaminsen, 2013).

I Danmark anvendes ACT-begrebet også i en del tilfælde om indsatsteams i den regionale psykiatri. Her er der typisk tale om psykiatriske behandlingsteams, der inkorporerer forskellige medarbejdergrupper, som fx psykiatere, psykiatriske sygeplejersker mv. Disse teams betegnes typisk som FACT-teams – Flexible ACT-teams. De kommunale funktioner, som fx bostøttemedarbejdere, misbrugsbehandler og myndighedsrådgiver, indgår dog typisk ikke i de regionale teams, hvilket netop afspejler, at der er tale om funktioner, der i det eksisterende velfærdssystem er placeret i forskellige sektorer og på forskellige områder.

Endelig blev ACT-indsatsen afprøvet til borgere med en samtidig psykisk lidelse og misbrugsproblemer i et forsøgsprojekt gennemført af Socialstyrelsen i to kommuner (København og Skanderborg). Evalueringen viste, at hovedparten af borgerne i indsatsen oplevede at profitere af indsatsen. Eksempelvis 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. Evalueringen viste samtidig, at de borgere, som ved opstart på indsatsen havde den største belastningsgrad i forhold til deres psykiske mistrivsel og misbrug, også i højere grad oplevede en positiv udvikling. Der var dog også en gruppe af borgere, der ikke oplevede hverken en positiv eller negativ udvikling, ligesom der var en mindre gruppe af borgere, der oplevede en tilbagegang. I den sammenhæng påpegede nogle af de interviewede medarbejdere, at der var tale om en gruppe af borgere, der havde så mange udfordringer, at det kan være vanskeligt at tale om forandring eller udvikling (Amilon m.fl., 2017, s. 8).

## 4 Perspektiver ved anvendelse af ACT-metoden

I dette afsnit diskuteres perspektiver og potentialer ved anvendelse af ACT-metoden til målgruppen af borgere med kompleks udsathed. Der ses på, hvordan ACT-metoden kan bidrage til bedre helhed og sammenhæng i indsatsen samt på muligheder og udfordringer ved etablering af ACT-teams set i forhold til, at de forskellige funktioner, der indgår i et ACT-team, i dag er placeret i forskellige sektorer. Der ses også på de økonomiske aspekter ved ACT-indsatsen, herunder omkostningerne til indsatsen set i forhold til målgruppens brug af eksisterende indsatser.

### 4.1 Sammenhæng og helhed i indsatsen ved brug af ACT-metoden

Ud fra den eksisterende viden om ACT-metoden vurderer VIVE, at der er et potentiale for en styrkelse af indsatsen på udsatteområdet i Danmark gennem øget anvendelse af ACT-metoden. Borgere med kompleks udsathed har generelt meget vanskeligt ved at få den hjælp, de har behov for, fra eksisterende indsatser, som fx den kommunale bostøtte, misbrugsbehandlingen, psykiatrien mv. Den høje kompleksitet i udsatheden betyder, at der er behov for, at indsatsen hænger sammen 'på forhånd' på tværs af de forskellige indsatser. Da ACT-indsatsen er baseret på en integreret teamstruktur på tværs af både de sociale, sundhedsmæssige og administrative funktioner, tilvejebringer ACT-indsatsen en sådan sammenhængende indsats, der kan give borgeren en helhedsorienteret støtte på trods af den høje kompleksitet i udsatheden, og som samtidig kan understøtte borgerens brug af det eksisterende velfærdssystem, når der er behov for det. En særlig fordel ved ACT-indsatsen er, at støtten 'kommer til borgeren', der hvor borgeren er i sin hverdag, frem for at borgeren skal 'møde op' hos systemet. Dermed giver ACT-indsatsen mulighed for at kunne give borgeren en helhedsorienteret støtte i hverdagen og i lokalsamfundet, der hvor borgeren er.

Som tidligere nævnt skal ACT-indsatsen generelt ikke ses som et 'parallelt' velfærdssystem for de mest udsatte borgere. Der er tale om en fremskudt, udgående indsats, der hjælper de mest udsatte borgere, der hvor de er i deres liv, og giver mulighed for at give dem en sammenhængende og fleksibel indsats på trods af den høje kompleksitet i deres støttebehov. Samtidig giver ACT-indsatsen mulighed for at skabe kontakt og understøtte borgerens brug

af det eksisterende velfærdssystem, når borgeren har behov for behandling og hjælp, fx i psykiatrien, det somatiske hospitalssystem eller fra det kommunale støttesystem.

En fordel ved ACT-metoden er endvidere, at den har en høj skalérbarhed. Èt ACT-team er som tidligere nævnt dimensioneret til at servicere ca. 80-90 borgere. I områder med et forholdsvis stort befolkningsgrundlag (de større byer) vil der således afhængigt af det lokale behov kunne etableres et antal parallelle teams, der tilsammen vil kunne dække støttebehovet med denne type indsats. I en række mellemstore byer vil behovet for denne type af støtte formentlig kunne dækkes af ét team i hver by. Er der en større gruppe af borgere med behov for indsatsen vil der kunne etableres endnu et parallelt team. Disse områder (de større og mellemstore byer) dækker skønsmæssigt langt størstedelen af borgere med kompleks udsathed.

I de mindre byer og kommuner er der dog formentlig ikke et borgergrundlag for et fuldt ACT-team. Her kan der evt. samarbejdes mellem mindre kommuner om et fælles ACT-team. Der kan evt. også anvendes tilpassede indsatser, der inkorporerer nogle af teamets funktioner, fx bostøttemedarbejdere, en sygeplejerske, misbrugsbehandler og myndighedsrådgiver, med henblik på i videst mulig udstrækning at opnå den integrerede tværfaglighed, der er grundelementet i indsatsen.

En væsentlig udfordring ved etablering af ACT-indsatsen er, at de forskellige funktioner, der indgår i teamet i det eksisterende velfærdssystem, er placeret i forskellige sektorer og forskellige afdelinger. Det afspejler sig også i, at eksisterende anvendelser af ACT-metoden typisk har holdt sig inden for de eksisterende sektorgrænser, som fx (F)ACT-teams i den regionale psykiatri. Potentialet i forhold til gruppen af borgere med kompleks udsathed opstår imidlertid særligt, når både de regionale og kommunale funktioner inkorporeres i ét integreret team. I den sammenhæng er det også vigtigt at være opmærksom på, at det integrerede teams virkemåde næppe kan opnås ved, at de forskellige specialfunktioner er tilgængelige i et mere begrænset omfang. Eksempelvis vil det formentlig ikke være tilstrækkeligt, at en misbrugsbehandler eller en regional psykiatrisk sygeplejerske tilknyttes teamet en enkelt dag om ugen, da der derved ikke opnås den fleksibilitet i indsatsen og støtte til borgeren, som er et grundelement i indsatsen. Etableringen af det integrerede, fleksible ACT-team, der inkorporerer både de sociale, sundhedsmæssige og administrative funktioner, vil således kræve, at der 'tænkes ud boksen' i forhold til de gængse sektoropdelinger i velfærdssystemet i dag. Da hovedparten af funktionerne i teamet er kommunale, vil det formentlig være mest hensigtsmæssigt med en kommunal forankring, men det vil kræve både administrative og økonomiske løsninger på tværs af sektorgrænser at integrere de forskellige funktioner i ét samlet team.

## 4.2 Økonomiske aspekter ved ACT-indsatsen

ACT-indsatsen koster skønsmæssigt ca. 120.000-140.000 kr. pr. borger pr. år afhængigt af teamets konkrete udformning og sammensætning. Sammenlignet med fx almindelige kommunale bostøtteforløb er det således en væsentligt dyrere indsats.

Set i et nationalt perspektiv vil udgifterne til anvendelse af ACT-indsatsen til eksempelvis 10.000 borgere med kompleks udsathed således andrage en årlig udgift på ca. 1,2-1,4 mia. kr. Det svarer til hele 'gruppe 8' i VIVEs undersøgelse eller ca. halvdelen af den samlede gruppe 7 og 8. Her skal der gøres opmærksom på, at det formentlig ikke er alle borgere med kompleks udsathed, der vil have behov for en ACT-indsats, da nogle borgere fx kan nøjes med en ICM-indsats eller andre støtteindsatser. I den sammenhæng er skalérbarheden af ACT-metoden en fordel, da en etablering/udrulning af ACT-teams lokalt kan ske løbende, indtil det vurderes, at behovet er dækket.

Udgifterne skal generelt holdes op mod det forholdsvis store ressourcetræk, som borgere med kompleks udsathed allerede har på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer. VIVEs undersøgelse af socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet baseret på tal fra 2014 viste i den sammenhæng, at der for gruppen af de mest udsatte borgere var samlede gennemsnitlige udgifter pr. borger på ca. 350.000-400.000 kr. pr. år (2014-niveau) inklusive udgifter til overførselsindkomst og udgifter på ca. 200-250.000 kr. pr. år, når overførselsindkomst blev regnet fra.

VIVEs undersøgelse viste som tidligere nævnt, at en betydelig del af disse udgifter vedrører akutte indsatser som fx herbergsophold, akutindlæggelser og fængselsophold. En del af udgifterne vil formentlig fortsat bestå på trods af brug af ACT-indsatsen, men det må antages, at nogle udgifter vil reduceres. Da der ikke findes cost-effectiveness-studier af ACT-indsatsen i en dansk sammenhæng, er det dog ikke muligt nærmere at estimere de potentielle omkostninger og gevinster i forbindelse med en bredere implementering af ACT-indsatsen. Der skal dog gøres opmærksom på, at potentielle gevinster vil fordele sig på forskellige sektorer (både stat, regioner og kommuner), idet VIVEs undersøgelse viste, at udgifterne til indsatser til de mest udsatte borgere fordelte sig nogenlunde ligeligt mellem hhv. staten/regionerne og kommunerne.

I en udenlandsk sammenhæng viste et studie fra Canada af omkostninger og gevinster ved brug af ACT-indsatsen for udsatte borgere i hjemløshed, at omkostninger og gevinster ved brugen af ACT-indsatsen udlignede hinanden (Goering m.fl., 2014). Det vil sige, at udgifterne til indsatsen blev modvirket af tilsvarende gevinster i form af mindsket brug af en række øvrige indsatser.

# Litteratur

- Amilon, A., Birkelund, J.F., Bojesen, A.B., Nielsen, I.K. & Møller, M.S. (2017). *Evaluering af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug"*. København: VIVE.
- Benjaminsen, L. (2013). *Rehousing Homeless People with Assertive Community Treatment. Experiences from an ACT-programme in Copenhagen*. Working Paper 07:2013. København: SFI.
- Benjaminsen, L. (2022). *Hjemløshed i Danmark 2022: National kortlægning*. København: VIVE.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J.F., Enemark, M.H. & Andrade, S.B. (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet: Samfundsøkonomiske aspekter*. København: VIVE.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical Ingredients and Impact on Patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141-159.
- Coldwell, C. & Bender, W. (2007). The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393-399.
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., Nelson, G., MacNaughton, E., Streiner, D. & Aubry, T. (2014). *National At Home/Chez Soi Final Report*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.
- Pedersen, P.V., Christoffersen, N.B., Møller, S.R. & Davidsen, M. (2023). *Dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker i Danmark: Registeropfølgning 2007-2021*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Salyers, M.P. & Bond, G.R. (2009). Innovations and Adaptations of Assertive Community Treatment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(3), 185-190.
- SMI Adviser (2019). *What are the key elements of Assertive Community Treatment that our organization should be sure to include when implementing these programs?* [https://smiadviser.org/knowledge\\_post/what-are-the-](https://smiadviser.org/knowledge_post/what-are-the-)

key-elements-of-assertive-community-treatment-that-our-organization-should-be-sure-to-include-when-implementing-these-programs

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A. & Landheim, A. (2021). Flexible Assertive Community Treatment Teams can Change Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Service Providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1-12.

Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Minneapolis, MN: Hazelden Press.

Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004) Housing First, Consumer Choice and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.

# Bilag 1 Borgere med kompleks udsathed fordelt på kommuner

**Bilagstabel 1.1 Antal og procentandel af 18-59-årige med kompleks udsathed særskilt for kommuner**

Kommune	Antal 18-59-årige med kompleks udsathed	Antal 18-59-årige i befolkningen	Procentandel med kompleks udsathed blandt 18-59-årige
Albertslund	99	14.439	0,69 %
Allerød	26	11.747	0,22 %
Assens	113	19.985	0,57 %
Ballerup	130	24.597	0,53 %
Billund	61	12.958	0,47 %
Bornholm	111	18.363	0,60 %
Brøndby	127	18.120	0,70 %
Brønderslev	92	17.470	0,53 %
Dragør	16	6.299	0,25 %
Egedal	43	21.435	0,20 %
Esbjerg	662	60.113	1,10 %
Fanø	5	1.302	0,38 %
Favrskov	72	23.827	0,30 %
Faxe	64	17.568	0,36 %
Fredensborg	84	18.670	0,45 %
Fredericia	217	26.084	0,83 %
Frederiksberg	207	56.912	0,36 %
Frederikshavn	186	29.099	0,64 %
Frederikssund	73	21.742	0,34 %
Furesø	41	18.361	0,22 %
Faaborg-Midtfyn	159	24.477	0,65 %
Gentofte	107	34.931	0,31 %
Gladsaxe	172	34.838	0,49 %
Glostrup	100	11.905	0,84 %
Greve	53	24.194	0,22 %

Kommune	Antal 18-59-årige med kompleks udsathed	Antal 18-59-årige i befolkningen	Procentandel med kompleks udsathed blandt 18-59-årige
Gribskov	79	19.102	0,41 %
Guldborgsund	363	29.330	1,24 %
Haderslev	264	27.795	0,95 %
Halsnæs	85	14.701	0,58 %
Hedensted	85	23.080	0,37 %
Helsingør	181	30.018	0,60 %
Herlev	56	14.384	0,39 %
Herning	404	44.558	0,91 %
Hillerød	136	25.011	0,54 %
Hjørring	196	32.512	0,60 %
Holbæk	216	35.186	0,61 %
Holstebro	249	29.240	0,85 %
Horsens	381	44.633	0,85 %
Hvidovre	149	27.766	0,54 %
Høje-Taastrup	176	25.480	0,69 %
Hørsholm	24	10.575	0,23 %
Ikast-Brande	118	20.329	0,58 %
Ishøj	56	11.537	0,49 %
Jammerbugt	78	18.448	0,42 %
Kalundborg	161	23.843	0,68 %
Kerteminde	58	11.341	0,51 %
Kolding	351	47.051	0,75 %
København	2.216	354.155	0,63 %
Køge	127	30.486	0,42 %
Langeland	39	5.471	0,71 %
Lejre	72	13.083	0,55 %
Lemvig	73	9.824	0,74 %
Lolland	167	19.965	0,84 %
Lyngby-Taarbæk	77	26.498	0,29 %
Læsø		712	
Mariagerfjord	155	21.031	0,74 %



Kommune	Antal 18-59-årige med kompleks udsathed	Antal 18-59-årige i befolkningen	Procentandel med kompleks udsathed blandt 18-59-årige
Middelfart	98	18.374	0,53 %
Morsø	95	9.976	0,95 %
Norrdjurs	102	18.809	0,54 %
Nordfyns	69	14.200	0,49 %
Nyborg	115	15.460	0,74 %
Næstved	222	42.006	0,53 %
Odder	50	10.569	0,47 %
Odense	880	109.729	0,80 %
Odsherred	121	14.770	0,82 %
Randers	400	50.490	0,79 %
Rebild	63	14.393	0,44 %
Ringkøbing-Skjern	179	27.604	0,65 %
Ringsted	60	17.824	0,34 %
Roskilde	201	43.902	0,46 %
Rudersdal	59	24.887	0,24 %
Rødovre	98	19.819	0,49 %
Samsø	5	1.515	0,33 %
Silkeborg	321	45.597	0,70 %
Skanderborg	89	29.509	0,30 %
Skive	156	23.196	0,67 %
Slagelse	261	39.920	0,65 %
Solrød	21	10.724	0,20 %
Sorø	81	14.824	0,55 %
Stevns	40	10.620	0,38 %
Struer	99	10.142	0,98 %
Svendborg	301	28.857	1,04 %
Syddjurs	79	19.591	0,40 %
Sønderborg	232	35.999	0,64 %
Thisted	161	21.580	0,75 %
Tønder	137	18.253	0,75 %
Tårnby	92	21.877	0,42 %

Kommune	Antal 18-59-årige med kompleks udsathed	Antal 18-59-årige i befolkningen	Procentandel med kompleks udsathed blandt 18-59-årige
Vallensbæk	18	7.472	0,24 %
Varde	162	24.567	0,66 %
Vejen	99	20.972	0,47 %
Vejle	359	56.518	0,64 %
Vesthimmerlands	104	18.188	0,57 %
Viborg	379	48.140	0,79 %
Vordingborg	158	21.382	0,74 %
Ærø	15	2.600	0,58 %
Aabenraa	200	28.546	0,70 %
Aalborg	627	115.024	0,55 %
Aarhus	1.008	189.354	0,53 %

Anm.: Gruppen med kompleks udsathed udgøres af analysegruppe 7 og 8 i VIVEs undersøgelse af Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet. Udsatheden er målt over perioden 2010-2014, og befolkningen er opgjort i 2014.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**VIVÉ**