

2018

Socialpolitisk Redegørelse





Socialpolitisk Redegørelse 2018

I tabeller kan afrunding medføre,
at tallene ikke summer til totalen.

Henvendelse om publikationen kan ske til:
Børne- og Socialministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
T 33 92 93 00

Omslag: Socialpolitisk Redegørelse 2018
Tryk: Princo - Strandbygaard Grafisk A/S
Oplag: 500 eks.
Pris: 100 kr. inkl. moms
ISBN: 978-87-9362-702-4

Elektronisk Publikation:
ISBN: 978-87-9362-701-7

Publikationen kan hentes på
Børne- og Socialministeriets hjemmeside:
www.sm.dk

Forord

Jeg oplever en bred opbakning blandt alle aktører på socialområdet til, at der er behov for mere viden på socialområdet for at sikre, at de mange penge vi årligt bruger på socialområdet, kommer til at gøre en større forskel. Den opbakning er helt afgørende. For alles bidrag er nødvendige for at komme i mål med det lange seje træk, det er at gøre socialpolitikken mere vidensbaseret.

Det gælder fx bidraget fra alle medarbejderne i praksisfeltet, som i deres dagligdag skal indtænke den seneste tilgængelige viden om metoder og redskaber, til en højere kvalitet i indsatsen over for den enkelte borger. Det gælder bidraget med at dokumentere relevante aktiviteter og indsatser ude i kommunerne, så vi kan få gode data at basere vores viden på. Og det gælder bidraget fra folkevalgte og andre beslutningstagere som vedholdende skal insistere på, at diskutere og prioritere de mange afsatte midler på socialområdet ud fra den viden, der bliver tilvejebragt.

Et af mine vigtige bidrag ind i vidensdagsordenen er den årlige Socialpolitiske Redegørelse, som kortlægger og analyserer den socialpolitiske indsats med afsæt i de mange data, som bliver indsamlet ude i kommunerne. Derfor er det meget tilfredsstillende, at dette års redegørelse viser, at mange flere kommuner nu indberetter data, så vi er stand til at levere et langt mere fyldestgørende billede af den socialpolitiske indsats, end vi tidligere har været i stand til.

Redegørelsen indeholder derfor fx for første gang en omfattende analyse om voldsramte kvinder med ophold på landets kvindekrisecentre. Der sættes også for første gang analytisk fokus på mennesker i det danske samfund med psykiske udfordringer og sårbarheder. Og vi bidrager med helt ny viden om anbragte børn og unges skolegang. Alt sammen ny viden, der sammen med redegørelsens øvrige temaer, kan oplyse og nuancere retningen for socialpolitikken.

God læselyst!

A handwritten signature in blue ink, reading 'Mai Mercado'.

Mai Mercado
Børne- og Socialminister

Indhold

1. Sammenfatning.....	11
1.1 Status for de sociale mål.....	14
1.2 Målgrupper og udgifter på socialområdet	20
1.3 Anbragte børn og unges skolegang.....	25
1.4 Psykisk sårbare unge, uddannelse og job	27
1.5 Uddannelse blandt unge med psykiske vanskeligheder eller handicap	29
1.6 Voksne med nedsat psykisk funktionsevne	31
1.7 Kvinder på krisecentre	32
1.8 En mere vidensbaseret socialpolitik.....	34
1.9 Virksomme sociale indsatser	40
2. Status for de sociale mål	45
2.1 Overblik over de 10 mål for social mobilitet.....	47
2.2 Mål 1-5: Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet.....	49
2.3 Mål 6-10: Færre skal være socialt udsatte	64
3. Målgrupper og indsatser på det sociale område	81
3.1 Målgrupper for sociale indsatser.....	83
3.2 Målgrupper og indsatser på børne- og ungeområdet	86
3.3 Underretninger om børn og unge.....	96
3.4 Målgrupper og indsatser på voksenområdet	101
4. Udgifter til sociale indsatser	111
4.1 Samlede offentlige udgifter til sociale indsatser.....	112
4.2 Udgifter til udsatte børn og unge.....	116
4.3 Udgifter til voksenområdet	122
5. Grundlag for udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser	133
5.1 Tilgang til virksomme sociale indsatser	136
5.2 Kommunernes aktuelle udfordringer på voksesocialområdet	137
5.3 Vurdering af behov for nye virksomme sociale indsatser	148
5.4 Eksempler fra pilotanalysen	154
6. Anbragte børn og unges skolegang	163
6.1 Anbragte børn og unge i grundskolen	165
6.2 Anbragte børn og unge med specialundervisning i grundskolen	168
6.3 Diagnoser blandt anbragte børn og unge i grundskolen	171
6.4 Anbragte børn og unges faglige niveau og udvikling.....	177
6.5 Hvordan oplever anbragte børn og unge selv deres skolegang?.....	183
7. Psykisk sårbarhed blandt unge uden uddannelse og job.....	187
7.1 Hvad er psykisk sårbarhed?	189
7.2 Hvor mange unge er psykisk sårbare?	190
7.3 Unge i NEET med indikationer på psykisk sårbarhed	194
7.4 Førtidspension i NEET-gruppen	200
7.5 Påbegyndt ungdomsuddannelse blandt NEET-gruppen og psykisk sårbarhed	201

7.6	Sociale indsatser for unge i NEET-gruppen	202
8.	Uddannelse blandt unge med handicap eller psykiske vanskeligheder	207
8.1	Unge med handicap eller psykiske vanskeligheder	208
8.2	Status på ungdomsuddannelse	213
8.3	Specialundervisning i grundskolen	215
8.4	Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU)	217
8.5	Ordinær ungdomsuddannelse	219
8.6	Fra uddannelse til beskæftigelse	221
9.	Støtte til voksne med nedsat psykisk funktionsevne	227
9.1	Personer med nedsat psykisk funktionsevne	228
9.2	Antal med nedsat psykisk funktionsevne	230
9.3	Diagnosebillede	232
9.4	Sociale indsatser til personer med nedsat psykisk funktionsevne	234
9.5	Kontakt til sygehuspsykiatri	237
9.6	Forsørgelsesgrundlag og beskæftigelse	241
9.7	Kontanthjælp over ét år	247
10.	Kvinder på kvindekrisecentre	251
10.1	Ophold på kvindekrisecentre	252
10.2	Alder og oprindelsesland	257
10.3	Geografisk fordeling	260
10.4	Kontakt til sygehuspsykiatri	268
10.5	Tilknytning til arbejdsmarked	271
10.6	Uddannelse	276
11.	Status på fremdrift for datastrategien på socialområdet	281
11.1	Fremdrift i 2017 og 2018	281
11.2	Hvad skal vi nå i de kommende år?	285
11.3	Status på arbejdet med at løfte datagrundlaget på socialområdet	286
	Bilag 1 Dokumentation af enhedsudgifter	303
	Bilag 2 Udsatte børn og unge	314
	Bilag 3 Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet	317
	Bilag 4 Diagnosegrupper	327
	Bilag 5 Vidensregnskab	330
	Litteraturliste	331

1. Sammenfatning

Rammen for Socialpolitisk Redegørelse er en samlet opfølgning på regeringens 10 mål for social mobilitet, der tager sigte på, at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og færre skal være socialt udsatte. Målene sætter retning for socialpolitikken og skal fremme mere virksomme sociale indsatser.

Mere virksomme indsatser kræver et styrket vidensgrundlag for socialpolitikken. Her bidrager Socialpolitisk Redegørelse 2018 blandt andet med ny viden om anbragte børn og unges skolegang. Eksempelvis er der for første gang foretaget en kortlægning af de skoletilbud, som anbragte børn og unge modtager. Redegørelsen indeholder også en omfattende og dybdegående analyse, der giver ny viden om voldsramte kvinder med ophold på landets kvindekrisecentre. Analysen er baseret på et helt nyt register om kvinder på kvinde-krisecentre, som har gjort det muligt at give et langt mere detaljeret indblik i kvindernes livssituation og udfordringer end tidligere samt i deres behov for hjælp og støtte.

Socialpolitisk Redegørelse 2018 sætter desuden fokus på mennesker i det danske samfund med psykiske udfordringer. Mange mennesker, der modtager sociale indsatser efter serviceloven, er kendetegnede ved forskellige former for psykiske funktionsnedsættelser, der både omfatter kognitive handicap og psykiske vanskeligheder. Samtidig relaterer nogle af de største socialpolitiske udfordringer, som kommunerne aktuelt oplever, sig til borgere med psykiske vanskeligheder. Det falder sammen med, at der i disse år bliver rapporteret om et stigende antal psykisk sårbare unge flere steder fra.

På den baggrund tager dette års redegørelse fat på spørgsmål som:

- Hvad karakteriserer psykisk sårbare unge, og hvor mange unge, som oplever barrierer i forhold til uddannelse og job, har indikationer på psykisk sårbarhed?
- Hvor mange unge med psykiske vanskeligheder og handicap får en ungdomsuddannelse, og hvem falder fra?
- Hvad karakteriserer den store gruppe af voksne med nedsat psykisk funktionsevne? Hvordan er snitfladerne mellem den sociale indsats, sygehuspsykiatrien og jobcentrene for denne gruppe?

Endelig bliver der fulgt op på Socialpolitisk Redegørelse 2017, der tog et første skridt i retning af at kortlægge omfanget af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder samt kommunernes anvendelse af disse metoder i dag. Blandt andet er der gennemført en survey, som for første gang systematisk afdækker kommunernes oplevelser af de aktuelle udfordringer på voksenområdet, samt hvor de i særlig høj grad efterspørger støtte til at levere mere virksomme indsatser.

Hovedkonklusionerne i redegørelsen er:

- Udviklingen ser ud til at gå i den rigtige retning for en række af regeringens 10 mål for social mobilitet. Eksempelvis er kriminaliteten faldet blandt udsatte unge og andelen, der afslutter et forløb for alkoholbehandling med et positivt resultat, er steget. Men der er også mål, hvor udviklingen går i den forkerte retning eller er stagneret. Der kan for eksempel ikke konstateres nogen forbedring i udsatte børn og unges faglige niveau i grundskolen, og andelen af udsatte unge, der har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse, er faldet.
- Sammenlagt modtager ca. 178.400 børn, unge og voksne en social indsats hvert år. Målgrupperne omfatter mennesker med sociale problemer, psykiske vanskeligheder og handicap. Kommunerne står for langt de fleste sociale indsatser, og de samlede offentlige udgifter til indsatserne vurderes at udgøre ca. 46 mia. kr. årligt.
- Anbragte børn og unge klarer sig samlet set markant dårligere i skolen end andre børn og unge. Allerede på de små klassetrin er anbragte børn og unge fagligt bagud. Blandt anbragte børn og unge er det over 20 pct., der har dårlige resultater i dansk i 2. klasse, mens det er under 10 pct. for øvrige elever på samme klassetrin, og de faglige forskelle bliver endnu større på de ældre klassetrin.
- Blandt anbragte børn og unge i grundskolen er det over 40 pct., som går i et specialskoletilbud, en specialklasse eller modtager specialundervisning som støtte i en almindelig klasse. Til sammenligning er det under 5 pct. for øvrige børn og unge. Men selv når der ses bort fra anbragte børn og unge, som modtager specialundervisning, ligger det faglige niveau fortsat markant under gennemsnittet for øvrige børn og unge.
- Kommuner og andre rapporterer i disse år om et stigende antal psykisk sårbare unge. Der findes ikke nogen entydig definition af, hvad psykisk sårbarhed er, og opgørelser over psykisk sårbare unge spænder fra 5-10 pct. til over 20 pct. afhængigt af, hvilke indikatorer og aldersgrupper der ses på. Det er imidlertid veldokumenteret, at forskellige former for psykisk sårbarhed kan udgøre en barriere for uddannelse og job og øge risikoen for at udvikle sociale problemer.
- Når der ses på 25-årige, der hverken har gennemført eller er i gang med en uddannelse eller er i job (den såkaldte NEET-gruppe), er det næsten tre ud af fire, som har indikationer på psykisk sårbarhed. Det kan være i form af kontakt til det psykiatriske system tidligere i barn- og ungdommen eller sociale foranstaltninger i løbet af opvæksten, fx en anbringelse uden for hjemmet.
- Personer i NEET-gruppen med indikationer på psykisk sårbarhed får i langt højere grad end andre unge i gruppen hjælp og støtte efter serviceloven i det tidlige voksenliv. Inden for en periode på to år er det omkring 30-45 pct., der som 25-årige har fået en social indsats afhængigt af indikationerne på psykisk sårbarhed. Blandt øvrige personer i NEET-gruppen er det omkring 10 pct.
- Redegørelsen indeholder også et særskilt kapitel om unge med handicap eller psykiske vanskeligheder som fx angst og skizofreni. Dette kapitel viser blandt andet, at mens hovedparten af unge i Danmark gennemfører en ungdomsuddannelse, gælder det ikke unge med psykiske vanskeligheder eller handicap. Hvor mere end 80 pct. af alle 18-24-årige i befolkningen enten er i gang med eller har gennemført en ordinær uddannelse efter grundskolen, ligger andelen for personer i samme aldersgruppe, der modtager en

indsats efter serviceloven på grund af et handicap eller psykiske vanskeligheder, på omkring 10-20 pct.

- Særligt blandt unge med psykiske vanskeligheder er der et problem med frafald fra uddannelsessystemet. Lidt over 35 pct. af 18-24-årige i gruppen har afbrudt en ordinær uddannelse og er aktuelt ikke i gang med en ny. Dette er væsentligt flere end for personer med handicap og blandt 18-24-årige som helhed.
- Det skønnes, at der på landsplan er ca. 70.000 voksne, som modtager indsatser efter serviceloven på grund af en nedsat psykisk funktionsevne. Gruppen omfatter både voksne med psykiske vanskeligheder og voksne med kognitive handicap som fx Downs syndrom eller udviklingshæmning. Blandt personer i gruppen har omkring 75 pct. haft mindst én kontakt til sygehuspsykiatrien inden for en periode på fem år.
- Der er store forskelle i forsørgelsesgrundlaget for personer med nedsat psykisk funktionsevne. Blandt personer over 40 år modtager i størrelsesordenen 80-90 pct. førtidspension. Blandt yngre personer, og særligt i gruppen med psykiske vanskeligheder, modtager mange midlertidige ydelser som fx kontanthjælp. Omkring 70 pct. af de 18-29-årige med psykiske vanskeligheder har kontanthjælp eller andre midlertidige ydelser som forsørgelsesgrundlag. Mange modtagere af midlertidige ydelser deltager i tilbud i regi af beskæftigelsessystemet, men forholdsvis få overgår efterfølgende til beskæftigelse eller uddannelse.
- Omkring 1.500 kvinder påbegyndte et ophold på et kvindekrisecenter i 2017. Voldsramte kvinder med ophold på landets kvindekrisecentre udgør en meget udsat gruppe i samfundet. Mange har et komplekst støttebehov og er derfor i kontakt med flere forskellige dele af velfærdssystemet. Næsten en tredjedel har været i kontakt med psykiatrien inden for de seneste fem år, og omkring to tredjedele har hverken været i beskæftigelse eller i gang med uddannelse i årene op til deres ophold på krisecenter. Næsten 50 pct. af kvinderne har ikke-vestlig oprindelse.
- Nogle af de aktuelt største socialpolitiske udfordringer, som kommunerne oplever, relaterer sig til målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder. Cirka tre ud af fire kommuner giver udtryk for, at de oplever enten meget store eller ret store udfordringer i arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder. Det er et af de centrale resultater i en helt ny survey, som for første gang systematisk afdækker kommunernes oplevelser af de aktuelle udfordringer på voksenområdet, og hvor kommunerne i særlig høj grad efterspørger ekstern støtte.
- For alle de undersøgte målgrupper på voksenområdet er der en positiv sammenhæng mellem, hvor store udfordringer kommunerne oplever i arbejdet med målgruppen, og det oplevede behov for støtte til at levere en virksom social indsats. Jo større udfordringerne opleves, desto større opleves behovet for støtte også. Det gælder samtidig for alle målgrupperne, at kommunerne særligt oplever udfordringer med koordinering på tværs af sektorer.

1.1 Status for de sociale mål

Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og færre skal være socialt udsatte. Det er de to overordnede sigtelinjer for regeringens 10 mål for social mobilitet. Målene sætter retning for socialpolitikken både nationalt og kommunalt.

En succesfuld social indsats kræver ofte et tæt samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger, myndigheder og sektorer for at sikre en sammenhængende indsats. For eksempel beskæftigelses-, uddannelses- og sundhedsområdet. Derfor er det også kendetegnende for målene, at de går på tværs af mange sektorer.

Målene sætter fokus på sammenhængende og helhedsorienterede indsatser og er med til at understøtte omstillingen af socialpolitikken, så den i højere grad baseres på viden om, hvad der virker. Det handler både om det strategiske arbejde med udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser, understøttelse af den kommunale praksis og en mere data- og analysedrevet prioritering og styring af det sociale område generelt.

Målene skal på den måde være med til at sikre bedre hjælp og støtte til udsatte børn, unge og voksne og til mennesker med handicap, ved at der opnås større effekt og bedre resultater for de ca. 46 mia. kr., der hvert år bruges på sociale indsatser i Danmark.

Status er, at udviklingen for en række af målene ser ud til at gå i den rigtige retning. Men der er også mål, hvor udviklingen går i den forkerte retning eller er stagneret.

Blandt udsatte unge er kriminaliteten faldende. Det tyder på, at den generelle tendens til faldende kriminalitet blandt alle unge også kommer udsatte unge til gavn. Til gengæld er udviklingen gået i den forkerte retning, når der ses på andelen af udsatte unge, som gennemfører en ungdomsuddannelse. Fra 2014 til 2016 er andelen af udsatte 18-21-årige, der har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse, faldet fra 51 pct. til 47 pct. Andelen er også faldet for øvrige unge, men faldet er større blandt udsatte unge.

For udsatte børn og unge ser udviklingen heller ikke ud til at gå i den rigtige retning, når det gælder deres faglige niveau i grundskolen. Her har andelen med mangelfulde læsefærdigheder ligget uændret på 30 pct. fra 2014 til 2016. Andelen er også uændret for øvrige børn og unge.

Når det gælder de voksne målgrupper, er der sket en markant positiv udvikling i effekten af alkoholbehandling. Andelen, der afslutter et forløb for alkoholbehandling med et positivt resultat, er løftet fra 34 pct. til 44 pct. over perioden 2013-2017. Der er også indikationer på, at effekten af stofmisbrugsbehandling er blevet bedre, men fremgangen er mindre og mere usikker, da der kun foreligger tal for 2016 og 2017.

Andelen af voksne med handicap, der er i uddannelse eller beskæftigelse, ligger uændret på 8 pct. i 2016 sammenlignet med 2014. Samme billede tegner sig for voksne med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, hvor andelen ligger på 7 pct.

På hjemløseområdet ser udviklingen fortsat ud til at gå i den forkerte retning. Fra 2015 til den seneste hjemløsetælling i 2017 er antallet af hjemløse steget med omkring 500 personer.

Andelen af personer uden for arbejdsfællesskabet, som er en del af den frivillige indsats, er steget fra 26 pct. i 2012 til 30 pct. i 2017. Dette er bemærkelsesværdigt set i lyset af, at der i resten af befolkningen er sket et fald fra 47 pct. i 2012 til 42 pct. i 2017.

Tabel 1.1 giver et samlet overblik over baseline og status for de 10 mål for social mobilitet.

Tabel 1.1

Baseline og status for de 10 mål for social mobilitet

	Antal personer i målgruppen på statustidspunkt	Baseline	Status 2016/2017	Udvikling siden baseline
Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet				
Udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen skal forbedres	27.000	30 pct.	30 pct.	—
Flere udsatte unge skal gennemføre en ungdomsuddannelse	20.000	51 pct.	47 pct.	+
Flere personer med handicap skal i uddannelse og beskæftigelse	41.000	8 pct.	8 pct.	—
Flere personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer skal i uddannelse og beskæftigelse	32.000	7 pct.	7 pct.	—
Flere personer udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse	-	-	-	-
Færre skal være socialt udsatte				
Færre udsatte unge skal begå kriminalitet	15.000	9 pct.	7 pct.	+
Færre skal være hjemløse	6.635	6.138	6.635	+
Større effekt af stofmisbrugsbehandlingen	19.000	45 pct.	46 pct.	+
Større effekt af alkoholbehandlingen	15.000	34 pct.	44 pct.	+
Flere uden for arbejdsmarkedet skal deltage i den frivillige indsats	404.000	26 pct.	30 pct.	+

Anm.: Baseline genberegnes hvert år på baggrund af de seneste opdaterede data, da flere af de registre, der ligger til grund for målene, løbende opdateres. Baseline kan derfor adskille sig lidt fra tidligere års redegørelser. Baseline for de fleste mål er 2014 bortset fra mål vedr. hjemløse (2015), stofmisbrugsbehandling (2016), alkoholbehandling (2013) og frivillig indsats (2012). Seneste status er for enten 2016 eller 2017. Data for målgruppen for vold i nære relationer er pba. en ny statistik offentliggjort i 2018, hvorefter målet kan opgøres første gang i 2019. Se i øvrigt kapitel 2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata, SFI, 2014; VIVE, 2017a; Rambøll, 2017.

På den ene side viser status for målene, at det kan lade sig gøre at løfte effekten af sociale indsatser og skabe positiv udvikling for målgrupper på det sociale område. På den anden side viser den, at det ikke er en udvikling, der kommer af sig selv, men som vil kræve et vedvarende fokus på mere virksomme indsatser, en mere vidensbaseret socialpolitik og sammenhængende indsatser, hvor den sociale indsats for eksempel er koordineret med beskæftigelsesindsatsen og behandling i sundhedssystemet.

Samtidig viser analyserne i redegørelsen, at kommunerne kan lære af hinanden. Nogle kommuner opnår bedre resultater end andre på flere af målene. Det gælder blandt andet målet for udsatte unge og ungdomsuddannelse. På tværs af kommuner spænder andelen af udsatte unge, som enten har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse, fra under 40 pct. til over 55 pct.

Forskellene vil i nogen grad kunne forklares af forskelle i rammevilkår og tyngden af udfordringer i målgruppen. Men det indikerer ikke desto mindre et potentiale for at opnå bedre resultater ved at omstille de sociale indsatser.

Kapitel 2 ser nærmere på kommunale forskelle i forhold til de sociale mål, og kapitlet indeholder også en oversigt over initiativer med relevans for målene.

De centrale politiske initiativer på socialområdet i 2017/2018 fremgår af boks 1.1.

Boks 1.1**Centrale politiske initiativer på socialområdet i 2017/2018**

Siden juli 2017 er det afsat betydelige midler til initiativer på socialområdet, der er med til at understøtte de sociale mål. Nogle af de centrale initiativer, der relaterer sig til målene, er:

Virksomme indsatser for udsatte børn og unge og deres familier

For at sikre udsatte børn og unge og deres familier den bedst mulige hjælp igangsættes et Udviklings- og Investeringsprogram på børne- og ungeområdet, som skal udvikle og udbrede virksomme indsatser for udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap og deres familier. Der er med satspuljeaftalen på børne- og socialområdet for 2019 afsat i alt 257,8 mio. kr. i perioden 2019-2022 til programmet.

Helhedsorienteret indsats

Regeringen præsenterede i regi af Sammenhængsreformen i oktober 2018 et udspil til et reformspor om en helhedsorienteret indsats. Sammen med satspuljepartierne har regeringen med satspuljeaftalen for 2019 afsat ca. 106 mio. kr., som skal bruges til at implementere reformen 'Sammen med borgeren – en helhedsorienteret indsats' i kommunerne i perioden 2019-2022. Med reformen vil regeringen bl.a. gøre det muligt for kommunerne at tilrettelægge mere sammenhængende hjælp til borgere, som slås med flere problemer på én gang, med det formål at bringe borgeren tættere på at mestre eget liv og blive en del af arbejdsmarkedet.

Ro og stabilitet for udsatte børn og unge

Stabilitet og tryghed er afgørende forudsætninger for at sikre udsatte børn og unge en god opvækst med gode fremtidsudsigter. Med satspuljeaftalen på børne- og socialområdet for 2019 er der afsat midler til en række initiativer, der samlet set skal medvirke til at sikre udsatte børn og unge en mere tryk og stabil opvækst, som kan være med til at forebygge, at problemerne udvikler sig, herunder også at styrke deres skolegang.

Styrkelse af kvaliteten i indsatsen i socialpsykiatrien

Der er med satspuljeaftalen for 2019 afsat 100 mio. kr. til en række tiltag til styrkelse af kvaliteten i indsatsen i socialpsykiatrien. Tiltagene skal bidrage til en strategisk omlægning og udvikling af indsatsen i kommunerne med fokus på recoveryorientering og rehabilitering på politisk, forvaltnings- og tilbuds niveau og understøtte den gode kvalitet på botilbud og i den socialpædagogiske bistand med nationale anbefalinger om aktuelt bedste viden, lovende praksis og virksomme metoder. Dertil igangsættes et vidensløft og en varig kompetenceudviklingsindsats af ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien.

Handlingsplan til bekæmpelse af psykisk og fysisk vold i nære relationer

Der er med satspuljeaftalen på børne- og socialområdet for 2019 afsat 65 mio. kr. til en ny handlingsplan til bekæmpelse af psykisk og fysisk vold i nære relationer. Handlingsplanen styrker bl.a. de ambulante tilbud på voldsområdet, og flere voldsudsatte kvinder, mænd og unge samt voldsudøvere tilbydes rådgivning og behandling.

Socialt frikort

Med satspuljeaftalen på børne- og socialområdet for 2018 er der afsat 45 mio. kr. til et socialt frikort i perioden 2018-2020. Det sociale frikort skal give de mest udsatte borgere i samfundet bedre muligheder for at deltage i samfundets arbejdsfællesskaber, bidrage samt opleve værdi i hverdagen. Frikortet skal bl.a. give udsatte borgere, der er langt fra arbejdsmarkedet, mulighed for at tjene op til 20.000 kr. skattefrit årligt.

Boks 1.1 (fortsat)**Centrale politiske initiativer på socialområdet 2017/2018****Mere kvalitet i plejefamilier – en bedre opvækst for det anbragte barn**

Med initiativet løftes plejefamilieområdet, så plejefamilier og anbragte børn får den hjælp og støtte, de har brug for. Der indføres bl.a. nye plejefamilietyper, som skal medvirke til at sikre, at børnene anbringes i familier, der kan rumme deres behov og skabe positiv udvikling for dem. Der er med satspuljeaftalen på børne- og socialområdet for 2018 afsat i alt 73,7 mio. kr. i perioden 2018-2021 til initiativerne.

Handlingsplan for bekæmpelse af hjemløshed

Med satspuljeaftalen på børne- og socialområdet for 2018 blev der afsat 154 mio. kr. i perioden 2018-2021 til initiativer, der skal styrke indsatsen til bekæmpelse af hjemløshed. Handlingsplanen skal sikre en mere forebyggende og helhedsorienteret indsats på hjemløseområdet. Børne- og Socialministeriet og Socialstyrelsen har opbygget en solid viden om indsatser, der hjælper borgere ud af hjemløshed. Derfor tager handlingsplanen bl.a. sigte på at udbrede disse indsatser til større dele af landet.

Strategi for et stærkere civilsamfund

I satspuljeaftalen på børne- og socialområdet for 2018 er der afsat 96,6 mio. kr. til en strategi for et stærkere civilsamfund. Initiativet skal bl.a. være med til at bekæmpe ensomhed og fremme deltagelse i samfundets fællesskaber, så udsatte børn, voksne og ældre samt mennesker med handicap, som ikke er en del af arbejdsfællesskabet, i højere grad bliver en del af de frivillige fællesskaber som frivillige.

Beskæftigelsesudspil på handicapområdet

Børne- og Socialministeren lancerede i samarbejde med beskæftigelsesministeren i oktober 2018 et beskæftigelsesudspil på handicapområdet, der skal øge beskæftigelsen for personer med handicap. Udspillet understøtter regeringens sociale mål om, at flere personer med et handicap skal i beskæftigelse eller uddannelse. Med satspuljeaftalen for 2019 på beskæftigelsesområdet er satspuljeparterne med afsæt i regeringens udspil enige om at afsætte i alt 128,4 mio. kr. i perioden 2019-2022 til 11 initiativer, der skal medvirke til, at flere mennesker med handicap kommer i beskæftigelse, bl.a. ved fokus på smidigere overgange på hjælpemiddelområdet og forbedret viden om handicap og beskæftigelse samt målrettet udbredelse heraf gennem en permanent vidensplatform.

Reform af det forberedende område

I oktober 2017 indgik regeringen sammen med Dansk Folkeparti, Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti og Radikale Venstre en aftale om en reform af det forberedende område. Aftalen medfører, at der i august 2019 etableres en ny forberedende grunduddannelse (FGU) for unge under 25 år uden en ungdomsuddannelse. Den forberedende grunduddannelse skal bl.a. give de unge kundskaber, færdigheder, afklaring og motivation til at gennemføre en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse.

Centrale initiativer, der relaterer sig til de sociale mål, og som der er afsat midler til før juli 2017, er nærmere beskrevet i Socialpolitisk Redegørelse 2017. Læs mere om ovenstående og øvrige initiativer, der understøtter de sociale mål i kapitel 2.

Det følgende afsnit giver et samlet overblik over målgrupper og udgifter på socialområdet.

1.2 Målgrupper og udgifter på socialområdet

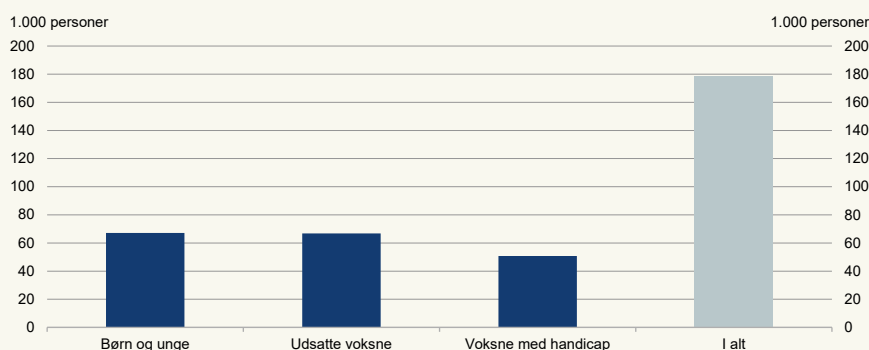
Målgrupperne for sociale indsatser efter serviceloven omfatter børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap. Både staten og regionerne spiller en vigtig rolle i forhold til de sociale indsatser, men det er kommunerne, som har myndigheds- og finansieringsansvaret for langt de fleste af indsatserne. De kommunale indsatser spænder vidt og kan have meget forskellig karakter og omfang alt efter den enkelte borgers behov for hjælp og støtte.

Det er imidlertid fælles for alle tre målgrupper, at der de senere år er kommet et stærkt fokus på omlægning til tidlige og forebyggende indsatser og på re- og rehabilitering, hvor afsættet er borgerens samlede livssituation, ressourcer, netværk og egne ønsker til indsatsen.

Sammenlagt modtog ca. 178.400 personer en indsats i 2016, som er det seneste år, hvor der foreligger data for alle modtagere af sociale indsatser efter serviceloven, jf. figur 1.1.

Figur 1.1

Samlet antal modtagere af sociale indsatser efter serviceloven, 2016



Anm.: Se kapitel 3. Personer kan indgå i flere målgrupper og i alt er derfor ikke summen af de tre målgrupper.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Det er ikke alle modtagere af indsatser efter serviceloven, som er fuldt dækket af registerdata. Gruppen af personer, der modtager sociale indsatser, er derfor undervurderet. For eksempel indgår personer med handicap, der alene modtager støtte i form af hjælpemidler, som hovedregel ikke i opgørelsen. Desuden er den forebyggende indsats ikke fuldt belyst, da dele af indsatsen ikke forudsætter visitation eller registrering, herunder støttekontaktpersonordningen til udsatte voksne.

Personer, der modtager sociale indsatser på et givet tidspunkt, vil kun udgøre en del af den samlede målgruppe på socialområdet. For målgruppen udsatte voksne vil det for eksempel kun være en del af den samlede gruppe af personer med stofmisbrug, som er i behandling på et givet tidspunkt.

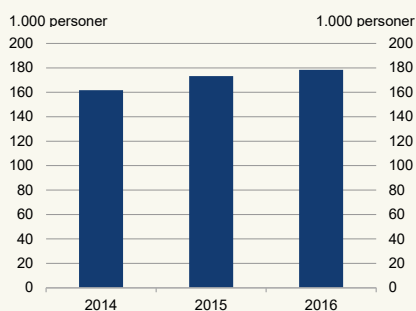
Desuden favner de forskellige velfærdsordninger i det danske samfund en bred vifte af borgere med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger, der på den ene eller anden måde får og kan få hjælp. Det kan være på det almene område, fx i dagtilbud og på skoler, på uddannelsessteder og i sundhedssystemet. Eller på det specialiserede socialområde, som denne redegørelse handler om.

Herudover kommer hele den frivillige sociale indsats, hvoraf en del understøttes økonomisk af det offentlige, både kommunalt og med centralt afsatte midler. Samtidig vil der være personer med særlige sociale problemer eller handicap, som finder hjælp til at løse deres problemer i personlige netværk eller modtager privat hjælp og støtte, som de selv finansierer.

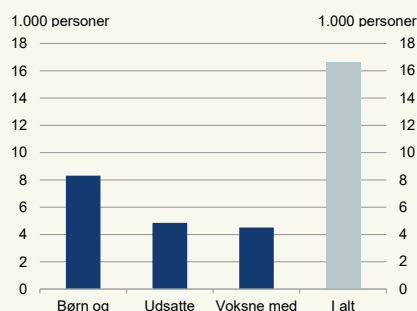
Antallet af personer, der er registreret som modtagere af sociale indsatser, er steget med omkring 16.500 personer i 2016 sammenlignet med 2014, hvor der var registreret ca. 161.500 modtagere, jf. figur 1.2 og 1.3.

Figur 1.2

Udvikling i samlet antal modtagere af sociale indsatser, 2014-2016

**Figur 1.3**

Ændring i antallet af modtagere af sociale indsatser opdelt på målgrupper, 2014-2016



Anm.: Se kapitel 3. Personer kan indgå i flere målgrupper og i alt er derfor ikke summen af de tre målgrupper.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

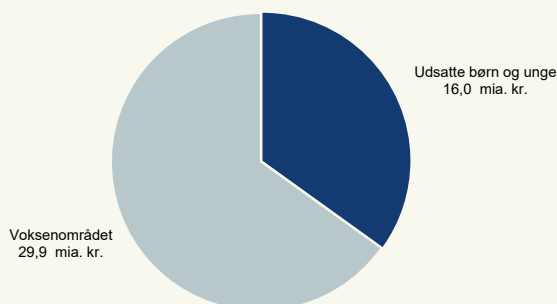
Stigningen er sket på tværs af alle hovedmålgrupperne og særligt børn og unge, hvor antallet er steget med ca. 8.000.

Når flere personer er registreret som modtagere af sociale indsatser, kan det skyldes, at der er kommet flere udsatte og mennesker med handicap. Men det kan også afspejle en styrket indsats fra kommunernes side, herunder en mere opsøgende indsats, samt arbejdet i regi af Børne- og Socialministeriets datastrategi med at forbedre kommunernes registreringspraksis, herunder mere dækkende data for modtagere af sociale indsatser, særligt i forhold til udsatte børn og unge, der modtager familierettede foranstaltninger.

Kapitel 3 ser nærmere på modtagere af sociale indsatser og sætter fokus på udviklingen de senere år.

De samlede offentlige udgifter til sociale indsatser vurderes at udgøre ca. 46 mia. kr. i 2017. Udgifterne til udsatte børn og unge tegner sig for omkring en tredjedel af de samlede udgifter, mens udgifterne til voksenområdet tegner sig for de resterende to tredjedele, jf. figur 1.4.

Figur 1.4
Udgifterne på det sociale område, 2017



Anm.: 2018-pl. Der er ikke korrigeret for meropgaver som følge af DUT, hvor staten og kommuner fx aftaler, at kommunerne skal løse bestemte meropgaver. Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Se i øvrigt kapitel 4.

Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) og egne beregninger.

Når det gælder udgifterne til voksenområdet, er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne i forhold til ældreområdet baseret på en fordelingsnøgle. Det skyldes, at kommunerne i deres kontering af udgifter ikke har adskilt udgifter til ældre og personer med handicap mv. i deres regnskaber frem til 2017. Fra og med regnskabet for 2018 vil en ny kommunal kontoplan gøre det muligt at adskille udgifterne til ældre- og voksenområdet og foretage mere præcise opgørelser. Kommunernes regnskaber baseret på den nye kontoplan forventes offentliggjort medio 2019.

Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Det gælder blandt andet udgifter til særlige dagtilbud og klubber til børn og unge med varige funktionsnedsættelser samt forebyggende foranstaltninger og anbringelser af børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

De samlede udgifter til det sociale område har ligget på et relativt stabilt niveau de seneste år i perioden 2012-2017, jf. tabel 1.2.

Tabel 1.2

Udgifter til sociale indsatser, 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	----- Mia. kr. -----					
Udsatte børn og unge	15,4	15,6	15,6	15,9	15,9	16,0
Udsatte voksne og voksne med handicap	31,8	30,9	30,8	30,5	30,2	29,9
I alt	47,2	46,5	46,3	46,4	46,1	45,9

Anm.: 2018-pl. Der er ikke korrigeret for meropgaver som følge af DUT, hvor staten og kommuner fx aftaler, at kommunerne skal løse bestemte meropgaver. Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Se i øvrigt kapitel 4.

Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) og egne beregninger.

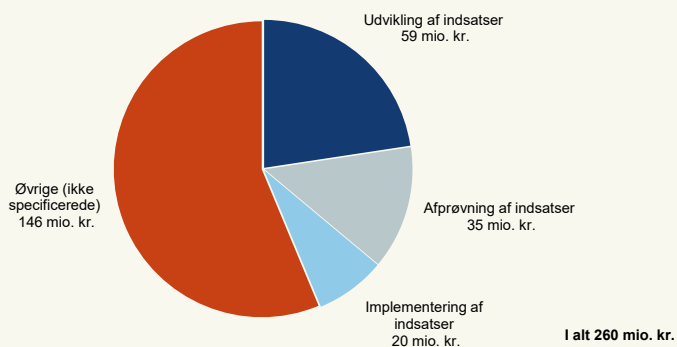
Udviklingen dækker over svagt stigende udgifter til børne- og ungeområdet, mens de skønnede udgifter til voksenområdet har været faldende. Dette skal dog tages med forbehold, da opgørelsen af udgifterne på voksenområdet som nævnt er baseret på en fordelingsnøgle.

Kapitel 4 ser nærmere på udgifterne til sociale indsatser, herunder enhedsudgifterne til forskellige typer af indsatser og det individuelle udgiftstræk, dvs. hvad de sociale indsatser til den enkelte borger koster set over et år.

En række private, almennyttige og erhvervsdrivende fonde støtter gennem egne initiativer, partnerskaber og donationer projekter på børne- og socialområdet. Der er tale om støtte til projekter i både privat og offentligt regi, som har fokus på at samle viden om og styrke forholdene for børns læring og trivsel, udsatte og psykisk sårbare børn, unge og voksne, personer med handicap, brudte familier mv.

Fondene tilfører området betydelige midler i disse år. Fondene arbejder samtidig i stigende grad strategisk med at fremme en bestemt udvikling, fx øget fokus på udsatte børns læring, gennem større projekter eller partnerskaber med centrale civilsamfundsaktører og vidensinstitutioner mv.

Samlet set brugte fonde ca. 1,7 mia. kr. på socialområdet i 2016. Heraf gik 260 mio. kr. til innovation på området, herunder udvikling, afprøvning og implementering af sociale indsatser, jf. figur 1.5.

Figur 1.5**Fordeling af fondsmidler til innovation på socialområdet (udvikling af sociale indsatser mv.)**

Anm.: Socialområdet er i denne sammenhæng af Danmarks Statistik defineret som støtte til socialt udsatte og personer med handicap samt flygtninge og indvandrere. Definitionerne kan derfor afvige i nogen grad fra de betegnelser, der anvendes i Socialpolitisk Redegørelse generelt.

Kilde: Særtræk fra Danmarks Statistiks statistik om fondes aktiviteter.

På den måde udgør fondenes arbejde et vigtig supplement til Børne- og Socialministeriets strategiske arbejde med udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser.

Samlet set har civilsamfundet – fonde, frivillige foreninger og NGO'er – stor betydning for det sociale område. Blandt andet gennem opbygning af sociale netværk og relationer, frivilligt socialt arbejde og inddragelse af udsatte og sårbare mennesker i samfundets fællesskaber.

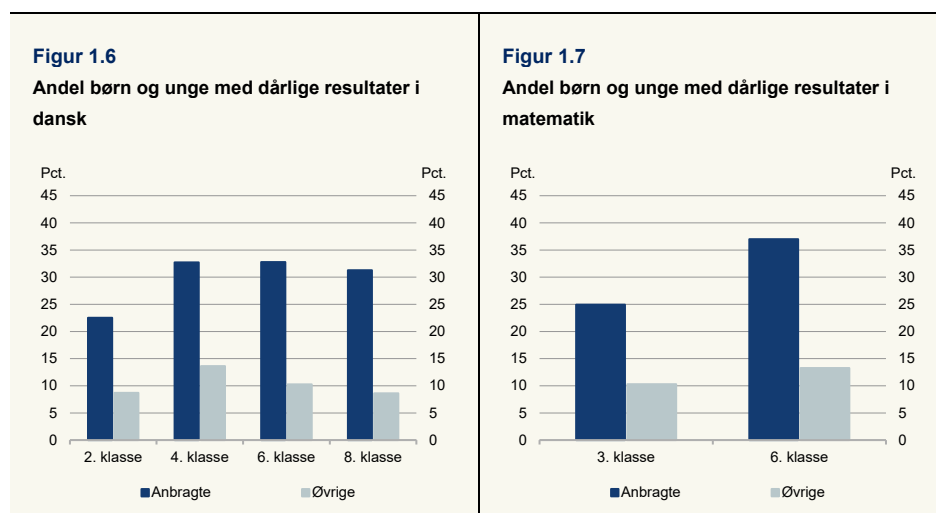
De følgende afsnit sammenfatter hovedkonklusionerne i redegørelsens temakapitler og giver en aktuel status for Børne- og Socialministeriets arbejde med en mere vidensbaseret socialpolitik.

1.3 Anbragte børn og unges skolegang

En god skolegang er det bedste afsæt for en ungdomsuddannelse og et godt voksenliv. Men det er velbelyst, at anbragte børn og unge generelt klarer sig dårligere i grundskolen sammenlignet med deres jævnaldrende.

På den baggrund ser redegørelsens første temakapitel nærmere på anbragte børn og unges skolegang og peger på mulige forklaringer på, at anbragte børn og unge generelt klarer sig dårligere i grundskolen end øvrige børn og unge.

Analyserne i kapitlet viser, at anbragte børn og unge allerede er fagligt bagud på de små klassetrin. Blandt anbragte er det over 20 pct., der har dårlige resultater i dansk i 2. klasse, mens det er under 10 pct. for øvrige elever på samme klassetrin, og de faglige forskelle bliver endnu større på de ældre klassetrin, jf. figur 1.6 og 1.7.

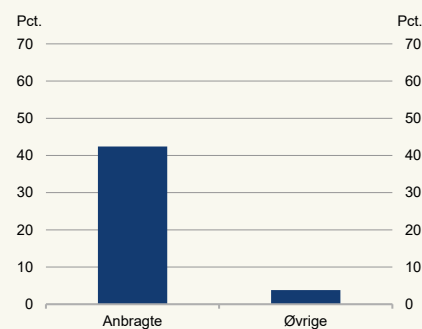
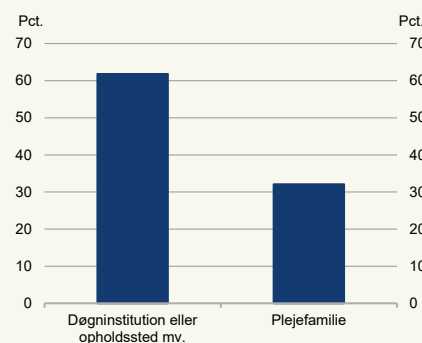


Anm.: Se kapitel 6.

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Danmarks Statistik og Styrelsen for It og Læring.

Når anbragte børn og unge generelt klarer sig dårligere i skolen end øvrige børn og unge, skal det blandt andet ses i lyset af, at de i langt højere grad modtager specialundervisning.

Blandt anbragte børn og unge i grundskolen er det over 40 pct., som går i et specialeskoletilbud, i en specialklasse eller modtager specialundervisning som støtte i en almindelig klasse. Til sammenligning er det under 5 pct. for øvrige børn og unge, jf. figur 1.8.

Figur 1.8**Andel børn og unge med specialundervisning i grundskolen****Figur 1.9****Andel anbragte med specialundervisning i grundskolen efter anbringelsessted**

Anm.: Se kapitel 6.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når mange anbragte børn og unge modtager specialundervisning, indikerer det, at de i gennemsnit i højere grad end øvrige børn og unge har indlæringsmæssige vanskeligheder og særlige støttebehov i undervisningen.

Det er særligt anbragte børn og unge på døgninstitutioner og opholdssteder mv., der modtager specialundervisning. Her er det mere end 60 pct., der går i et specialskoletilbud, i en specialklasse eller modtager specialundervisning som støtte i en almindelig klasse. Mens det er under 30 pct. blandt anbragte børn og unge i plejefamilier, jf. figur 1.9.

Men selv når der ses bort fra anbragte børn og unge, der modtager specialundervisning, og kun ses på anbragte børn og unge, som går i almindelige klasser, ligger det faglige niveau fortsat markant under gennemsnittet for øvrige børn og unge.

Ved afslutningen af grundskolen er det under halvdelen af anbragte børn og unge, som aflægger folkeskolens afgangsprøve i 9. klasse, mens det er omkring 90 pct. blandt øvrige børn og unge. Der er imidlertid stor sammenhæng mellem skoletilbud og andelen, der aflægger afgangsprøve. Blandt anbragte børn og unge, der går i en almindelig klasse, er det op mod 80 pct., som aflægger afgangsprøven.

Resultaterne i analysen er med til at give et mere nuanceret billede af anbragte børn og unges skolegang og faglige niveau, end der tidligere har været. Samtidig understreger de, at det kræver en særlig indsats at løfte anbragte børn og unges faglige niveau, og at det kan være meget forskellige indsatser, der skal til, alt efter den enkeltes behov og udfordringer.

1.4 Psykisk sårbarhed blandt unge uden uddannelse og job

Kommuner og andre rapporterer i disse år om et stigende antal psykisk sårbare unge. Dette temakapitel ser derfor nærmere på psykisk sårbare unge og sammenhænge mellem psykisk sårbarhed og deltagelse i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet.

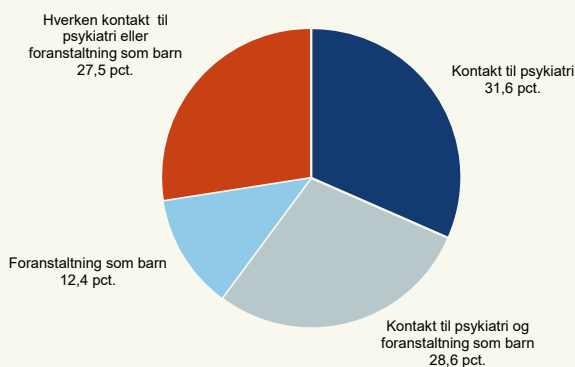
En central pointe i kapitlet er, at der ikke findes nogen entydig definition af, hvad psykisk sårbarhed er, og opgørelser over psykisk sårbare unge spænder fra 5-10 pct. til over 20 pct. afhængigt af, hvilke indikatorer og aldersgrupper der ses på. Det er imidlertid veldokumenteret i forskningen, at forskellige former for psykisk sårbarhed kan udgøre en barriere for uddannelse og job og øge risikoen for at udvikle sociale problemer.

På den baggrund går analyserne i kapitlet i dybden med den såkaldte NEET-gruppe (Not in Employment, Education or Training), der omfatter unge, som hverken har gennemført eller er i gang med en uddannelse eller er i job, og ser på, hvor mange 25-årige i NEET-gruppen, som har indikationer på psykisk sårbarhed. Indikationerne kan være i form af kontakt til det psykiatriske system tidligere i barn- og ungdommen eller sociale foranstaltninger i løbet af opvæksten.

Et centralt resultat i analysen er, at psykisk sårbarhed generelt ikke er en uoverstigelig barriere for et selvstændigt voksenliv med uddannelse og job. Blandt alle 25-årige med de undersøgte indikationer på psykisk sårbarhed befinder de fleste sig uden for NEET-gruppen. Dvs. at langt de fleste børn og unge med de undersøgte indikationer på psykisk sårbarhed ikke får sociale og andre problemer senere i livet.

Dette er i god i tråd med forskning i risikofaktorer, hvor det store billede er, at resiliens (modstandskraft) er reglen og ikke undtagelsen. Dvs. at langt de fleste børn og unge i en risikogruppe ikke får sociale og andre problemer senere i livet.

Ikke desto mindre er det op mod tre ud af fire af de 25-årige i NEET-gruppen, som har de nævnte indikationer på psykisk sårbarhed, jf. figur 1.10.

Figur 1.10**NEET-gruppen opdelt efter indikationer på psykisk sårbarhed, 25-årige**

Anm: Se kapitel 7.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Unge i NEET-gruppen har pr. definition ikke gennemført en ungdomsuddannelse. Men flertallet – over 60 pct. – har forsøgt. Der er imidlertid forskel på, hvor mange der har påbegyndt en ungdomsuddannelse afhængig af, om de har indikationer på psykisk sårbarhed. Billedet er, at unge i NEET-gruppen med indikationer på psykisk sårbarhed både påbegynder en ungdomsuddannelse i mindre grad og i mindre grad går i gang med en ny, efter de har haft et afbrud.

Et lignende billede tegner sig, når man ser på sociale indsatser i det tidlige voksenliv. Blandt alle 25-årige i NEET-gruppen har ca. 30 pct. fået en social indsats efter serviceloven inden for en periode på to år. Men hvor det for de unge, der har modtaget en foranstaltning som barn eller ung og har haft kontakt til psykiatrien, er hele 45 pct., der har fået en social indsats i det tidlige voksenliv, ligger andelen for de unge, der hverken har haft kontakt til psykiatrien eller modtaget en foranstaltning i barn- eller ungdommen, på 10 pct.

Sammenfattende peger resultaterne på, at indikationer på psykisk sårbarhed blandt unge i kombination med et lavt uddannelsesniveau og begrænset deltagelse på arbejdsmarkedet hænger sammen med risikoen for at modtage en social indsats i det tidlige voksenliv.

Sammenhængende og effektive indsatser til psykisk sårbare unge vil samtidig skulle tage højde for, at der er tale om en meget bredt sammensat gruppe, hvor der vil være stor spændvidde i gruppens udfordringer og dermed i behovet for hjælp og støtte. Det viser både de forskellige surveys på området og analysen af NEET-gruppen.

1.5 Uddannelse blandt unge med handicap eller psykiske vanskeligheder

Hovedparten af unge i Danmark gennemfører i dag en ungdomsuddannelse. Men det gælder ikke unge med et handicap eller psykiske vanskeligheder, der modtager indsatser efter serviceloven.

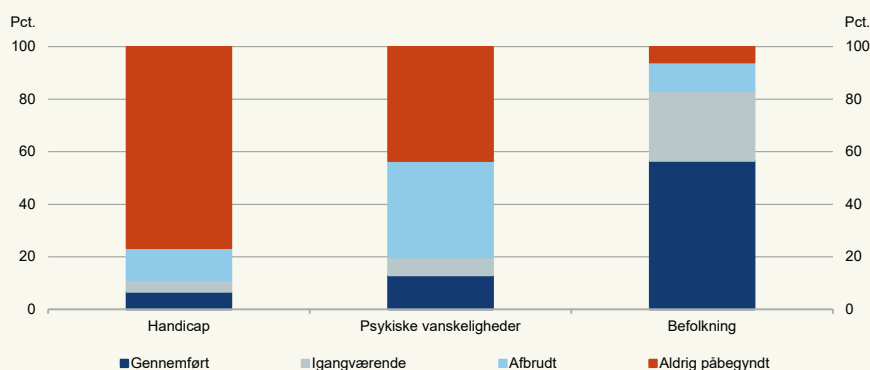
Temakapitlet om uddannelse blandt unge med handicap eller psykiske vanskeligheder ser på 18-24-årige modtagere af sociale indsatser efter serviceloven med handicap eller psykiske vanskeligheder. Der er tale om en meget forskelligartet gruppe, der eksempelvis både omfatter personer med livsvarige handicap og unge med psykiske vanskeligheder, der kun i en periode har brug for hjælp og støtte fra deres kommune.

Analysen viser, at over 80 pct. af modtagerne af sociale indsatser med handicap enten har gået i specialskole, i specialklasse eller modtaget specialundervisning som støtte i en almindelig klasse. Det er en klar indikation på, at en væsentlig del af handicapgruppen allerede fra barn- og ungdommen har haft særlige undervisningsbehov eller indlæringsmæssige vanskeligheder.

Knap 55 pct. af de 18-24-årige modtagere af sociale indsatser med handicap har enten gennemført eller er i gang med en Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU). STU retter sig mod unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov.

Over 80 pct. af alle 18-24-årige i befolkningen generelt er enten i gang med eller har gennemført en ordinær ungdomsuddannelse eller højere uddannelse. Blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap eller psykiske vanskeligheder er de tilsvarende tal omkring 10 pct. og 20 pct.

Analysen peger på, at der særligt blandt de unge med psykiske vanskeligheder er et problem med frafald. Lidt over 35 pct. af modtagerne af sociale indsatser med psykiske vanskeligheder i alderen 18-24 år har afbrudt en ordinær ungdomsuddannelse eller en højere uddannelse og er aktuelt ikke i gang med en. Dette er en væsentligt højere andel end blandt målgruppen af personer med handicap og blandt alle 18-24-årige generelt, jf. figur 1.11.

Figur 1.11**Status på ordinær ungdomsuddannelse efter målgruppe, 18-24-årige, 2016**

Anm.: Se kapitel 8.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt 18-24-årige 2014, der modtager sociale indsatser efter serviceloven som følge af et handicap eller psykiske vanskeligheder, og som gennemfører en ordinær uddannelse i 2014 eller 2015, er den samlede beskæftigelses- og uddannelsesgrad i 2016 og 2017 lidt over 60 pct. Det er dog kun i størrelsesordenen 3 pct. af modtagerne af sociale indsatser i 2014, der gennemfører en ordinær uddannelse, og der er klare indikationer på, at dem, der gennemfører en ordinær uddannelse, er en særlig ressourcestærk del af målgruppen.

Hovedparten, der gennemfører en STU, kommer ikke efterfølgende i beskæftigelse eller videre uddannelse. Blandt modtagerne af sociale indsatser, der gennemfører en STU i 2014 eller 2015, er den gennemsnitlige beskæftigelses- og uddannelsesgrad i 2016 og 2017 knap 10 pct.

1.6 Støtte til voksne med nedsat psykisk funktionsevne

I temakapitlet om støtte til voksne med nedsat psykisk funktionsevne er fokus på en gruppe af mennesker i det danske samfund, der har behov for støtte på grund af kognitive handicap eller psykiske vanskeligheder. Det skønnes, at der på landsplan er ca. 70.000 voksne modtagere af indsatser efter serviceloven med nedsat psykisk funktionsevne.

Blandt personer, der modtager en social indsats på grund af psykiske vanskeligheder i 2016, har ca. 50 pct. kontakt til sygehuspsykiatrien i 2016, og ca. 75 pct. har haft mindst én kontakt til psykiatrien i perioden 2012-2016.

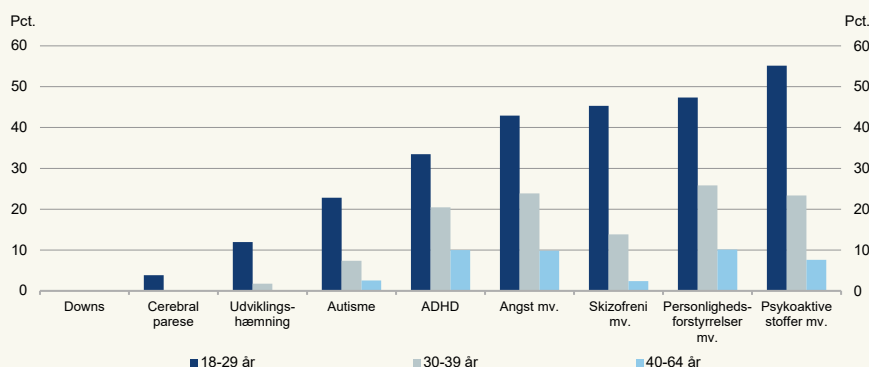
Der er store forskelle i gruppens forsørgelsesgrundlag. Blandt personer over 40 år modtager i størrelsesordenen 80-90 pct. førtidspension. Blandt de yngre og særligt blandt personer med psykiske vanskeligheder modtager mange midlertidige ydelser som fx kontanthjælp. Omkring 70 pct. af de 18-29-årige med psykiske vanskeligheder havde midlertidige ydelser som forsørgelsesgrundlag i 2016.

Mange med midlertidige ydelser deltager i tilbud i regi af beskæftigelsessystemet. Men forholdsvis få overgår efterfølgende til beskæftigelse eller uddannelse. Omkring 5 pct. af modtagerne af sociale indsatser kom i beskæftigelse eller uddannelse frem mod udgangen af 2017 efter at have deltaget i tilbud i regi af beskæftigelsessystemet. For alle øvrige personer, der var i beskæftigelsessystemet på samme tidspunkt, var det ca. 30 pct., som kom i beskæftigelse eller uddannelse. Blandt modtagerne af sociale indsatser, der deltog i tilbud i regi af beskæftigelsessystemet i 2016, er i størrelsesordenen 20-25 pct. i et ressourceforløb ved udgangen af 2017, mens omkring 45 pct. modtager kontanthjælp.

Særligt blandt de unge i gruppen med psykiske vanskeligheder er der mange, som modtager kontanthjælp i lang tid. Omkring 45 pct. af de 18-29-årige med angst, skizofreni eller personlighedsforstyrrelser modtager kontanthjælp i over ét år i løbet af perioden 2016 og 2017, jf. figur 1.12.

Figur 1.12

Andel med kontanthjælp i over ét år i perioden 2016-2017 blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med nedsat psykisk funktionsevne, efter diagnose og alder, 2016



Anm.: Se kapitel 9. Opgørelsen er afgrænset til 19-63-årige ultimo 2016, således at alle er mellem 18 og 64 år i hele perioden 2016-2017.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Omvendt er der ingen eller meget få modtagere af sociale indsatser med Downs syndrom eller udviklingshæmning, der modtager kontanthjælp i mere end ét år, idet disse grupper hovedsageligt er blevet visteret til førtidspension.

Langt hovedparten af gruppen, der får en social indsats på grund af en nedsat psykisk funktionsevne, og som modtager kontanthjælp i over ét år, er hverken job- eller uddannelsesparate. Kun ca. 7 pct. er vurderet som job- eller uddannelsesparate i beskæftigelsessystemet.

Resultaterne understreger, at modtagere af sociale indsatser med nedsat psykisk funktionsevne omfatter personer med betydelige funktionsnedsættelser, og at det kan være vanskeligt at løfte denne gruppe tættere på ordinær beskæftigelse eller uddannelse. Det peger på, at indsatserne for en del af denne målgruppe i høj grad også vil rette sig mod større selvhjulpethed, et stærkere socialt netværk og bedre livskvalitet generelt.

1.7 Kvinder på krisecentre

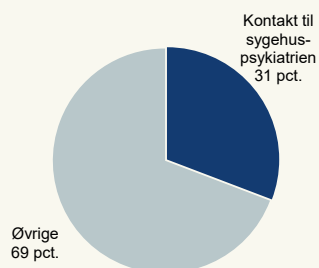
Temakapitlet om kvinder på kvindekrisecentre indeholder en omfattende karakteristik af kvinder på krisecentre baseret på Børne- og Socialministeriets nye kvindekrisecenterstatistik. Den nye statistik har gjort det muligt for første gang at fortage en egentlig kortlægning af området og give en detaljeret karakteristik af kvindernes livssituation, udfordringer og behov.

I 2017 påbegyndte omkring 1.500 kvinder et ophold på et kvindekrisecenter i Danmark. Op mod 50 pct. af kvinderne havde ikke-vestlig oprindelse, mens lige over 45 pct. havde dansk oprindelse og 5 pct. vestlig oprindelse.

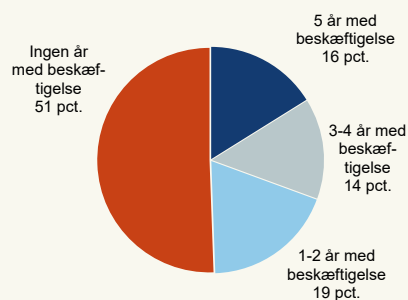
Det samlede billede er, at mange kvinder med ophold på kvindekrisecentrene har kontakt til forskellige dele af velfærdssystemet, blandt andet beskæftigelses- og sundhedsområdet, og generelt har et komplekst støttebehov. Det peger på, kvinder på kvindekrisecentre samlet set er en meget udsat gruppe, hvor de negative konsekvenser af volden afspejler sig på flere områder af kvindernes liv. Eksempelvis har omkring en tredjedel af de kvinder, som påbegyndte et ophold på kvindekrisecenter i 2017, haft kontakt til sygehuspsykiatrien i perioden 2012-2016, jf. figur 1.13.

Figur 1.13

Kontakt til sygehuspsykiatri i perioden 2012-2016 blandt kvinder med ophold på kvindekrisecentre i 2017

**Figur 1.14**

År med beskæftigelse som primært forsørgelsesgrundlag i perioden 2012-2016 blandt kvinder med ophold på krisecentre 2017



Anm.: Se kapitel 10.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ser man på forsørgelsesgrundlaget i perioden 2012-2016 blandt gruppen af kvinder på 25 år eller derover, har omkring halvdelen haft beskæftigelse i mindst ét år i perioden. En del af gruppen har dermed erhvervserfaring og kompetencer fra tidligere beskæftigelse, der med den rette hjælp og støtte vil kunne bringes i spil på arbejdsmarkedet, jf. figur 1.14.

Det indikerer, at der er et potentiale for at få en del af målgruppen tættere på arbejdsmarkedet. Men der er samtidig en væsentlig udfordring med kvinder, der langvarigt har modtaget midlertidige ydelser mv., fx kontanthjælp. Det peger på, at vejen til beskæftigelse for kvinder på kvindekrisecentre kan være meget lang, hvis ikke kvinderne modtager den rigtige hjælp og støtte på det rigtige tidspunkt. Der kan blandt andet være tale om barrierer, der ikke nødvendigvis forsvinder, selvom kvinden opnår et liv uden vold, fx længerevarende fysiske og psykiske mén af volden og manglende selvtillid og netværk på arbejdsmarkedet.

1.8 En mere vidensbaseret socialpolitik

Vidensdagsordenen på socialområdet er ikke ny. Der har i de seneste 10-15 år været fokus på både udvikling og anvendelse af metoder, der virker, på socialområdet. Udviklingen er gået i retning af mere systematik i de sociale indsatser, udvikling af socialfaglige metoder og dokumentation af effekten af indsatserne. Det afspejler, at viden om, hvad der virker, er efterspurgt bredt blandt aktører og interessenter på området, både lokalt i kommunerne og på nationalt niveau.

På den baggrund og med afsæt i de seneste to regeringsgrundlag har Børne- og Socialministeriet (tidligere Social- og Indenrigsministeriet) opprioriteret og systematiseret arbejdet med en mere vidensbaseret socialpolitik de seneste år, både organisatorisk og politisk. Dette arbejde tager udgangspunkt i en række strategier:

- Datastrategi
- Analysestrategi
- Strategi for udvikling af sociale indsatser

Strategierne afspejler, at det er nødvendigt at gå ad flere forskellige veje for at bevæge sig i retning af en mere vidensbaseret og virksom socialpolitik.

Når det gælder Børne- og Socialministeriets datastrategi for børne- og socialområdet, arbejdes der målrettet mod at etablere data for flere modtagere af sociale indsatser. Visionen er, at der for alle væsentlige målgrupper skal indsamles dækkende data om, hvem der modtager hvilke indsatser hvornår og til hvilken pris. Det er samtidig en præmis for hele datastrategien, at kommunerne samlet set ikke skal registrere og indberette mere, end de gør i dag.

Boks 1.2 gør kort rede for status og det videre arbejde med datastrategien.

Boks 1.2**Datastrategi for børne- og socialområdet**

Børne- og Socialministeriet har med datastrategien for 2016-2020 lagt en ambitiøs plan for bedre data på socialområdet. Datagrundlaget på socialområdet er i forlængelse heraf forbedret betydeligt de seneste år, og der er taget flere væsentlige skridt i retning af målsætningen om at sikre dækkende og aktuelle data om de centrale målgrupper på socialområdet.

Gode data giver åbenhed og gennemsigtighed bl.a. for den enkelte borger om, hvad kommunerne leverer på socialområdet, og styrker mulighederne både nationalt og lokalt for at pege på, hvad der virker, og hvor der er behov for en mere effektiv socialpolitisk indsats. Samtidig giver gode data bedre mulighed for erfaringsudveksling på tværs af kommuner.

I efteråret 2017 og 2018 har arbejdet under datastrategien bl.a. haft fokus på at sikre en vellykket implementering af strategiens tidligere igangsatte initiativer, hvor fx udmøntningen af saneringen af statistikkerne på socialområdet har været udfordrende og krævet en stor indsats af både kommuner og Danmarks Statistik. Der er samtidig i det seneste år opnået flere væsentlige resultater i forbindelse med udmøntningen af datastrategien:

- **Nye centrale data på socialområdet.** I foråret 2018 blev en ny registerbaseret statistik på cpr-niveau om kvinder og børn, der tager ophold på et kvindekrisecenter, offentliggjort for første gang. Der blev samtidig i 2018 for første gang indhentet data om tildeling af hjælpemidler fra en lang række kommuner. Data er aktuelt ved at blive valideret. I 2018 blev der endvidere igangsat et nyt projekt, der skal sikre sammenlignelige data på individniveau om udgifter til sociale ydelser for udvalgte kommuner.
- **Ny forbedret tilbudsportal på vej.** Der er igangsat et stort udviklingsarbejde med opbygning af en ny og mere brugervenlig Tilbudsportal. Ændringen af Tilbudsportalen skal sikre, at portalen er anvendelig som et mere aktivt informations- og styringsredskab for kommunerne.
- **Bekendtgørelse om dataindberetninger på socialområdet.** I starten af 2018 trådte bekendtgørelsen om dataindberetninger på socialområdet i kraft. Databekendtgørelsen samler alle regler og informationer om dataindberetningen på det sociale område ét sted, så det er tydeligt, hvad der skal indberettes af hvem og hvornår.

Arbejdet med udmøntningen af datastrategien er langt, men ikke i mål endnu. Der er derfor fortsat behov for at arbejde målrettet med implementering af igangsatte initiativer og iværksætte nye initiativer for at styrke datagrundlaget på socialområdet yderligere. Se kapitel 11 for en nærmere beskrivelse af de konkrete mål for de kommende år.

Arbejdet med datastrategien udgør fundamentet for ministeriets analysestrategi, som sigter på at anvende de indsamlede registerdata til analyser af målgruppernes karakteristika og indsatser i socialpolitikken. Analyserne kan blandt andet pege på, hvor den nuværende indsats ikke lykkes og derfor kan være et behov for andre metoder eller nye måder at organisere eller implementere indsatsen på.

Det er kendetegnende for Børne- og Socialministeriets arbejde med registerbaserede analyser, at de i høj grad fokuserer på sammenspillet mellem kommunale forvaltninger, myndigheder og sektorer. Og de nye registerdata, som er tilvejebragt på socialområdet de seneste år, har været et stort skridt i retning af at kunne understøtte et tværgående samarbejde ved analytisk at koble registerdata på socialområdet med data fra andre velfærdsområder.

Et konkret eksempel kan være en borger med psykiske vanskeligheder, fx angst eller skizofreni, der ikke er i beskæftigelse og har behov for socialpædagogisk støtte til at klare en hverdag i egen bolig. Her vil det sociale system yde bostøtte, mens det er jobcentret, der står for indsatsen i forhold til at bringe borgeren nærmere beskæftigelse. Den lægefaglige, psykiatriske behandling leveres inden for sundhedssystemet.

Et centralt element i arbejdet med en mere virksom socialpolitik er arbejdet med at udvikle og udbrede virksomme indsatser på socialområdet. Børne- og Socialministeriet har derfor lanceret en strategi, som skal sikre et større afkast af de ressourcer, der afsættes til at udvikle og udbrede virksomme sociale indsatser.

Kernen i strategien er en fasemodel, der klart definerer vejen fra, at en problemstilling identificeres, til der findes en idé til en løsning, og hvilke efterfølgende faser som skal gennemføres, indtil idéen er udviklet til en veldokumenteret indsats, som kan udbredes, jf. figur 1.15.

Figur 1.15

Fasemodellen for udvikling og udbredelse af virksomme indsatser på socialområdet



Kilde: Børne- og Socialministeriet.

Strategien har som udgangspunkt, at screening, modning, afprøvning og udbredelse er nødvendige faser i arbejdet med udviklingen af indsatser på socialområdet. Men hvis flere projekter skal blive en succes, er der brug for en bedre kobling til det, der ofte er inspirationskilder til nye metoder og indsatser.

En vigtig inspirationskilde for udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser er lovende praksis. Lovende praksis omfatter sociale indsatser – ofte udviklet lokalt – som ikke er dokumenteret virksomme, men som alligevel har en særlig god sandsynlighed for at skabe udvikling og velfærd for borgerne (se D.C. Jensen et al., 2017).

Det er centralt, at denne form for indsatser, som viser lovende resultater, har mulighed for at føde ind i det nationale arbejde med at udvikle sociale indsatser, hvis socialpolitikken skal

være mere virksom. Det er også baggrund for, at der er udviklet konkrete støtteredskeer – som Socialstyrelsen stiller til rådighed for kommuner mfl. – som blandt andet gør det muligt at identificere lovende praksis i kommunerne, der kan indgå i afprøvning og eventuelt senere udbredelse (se også socialstyrelsen.dk).

Der er med de seneste satspuljeaftaler iværksat en række tiltag med henblik på at udvikle virksomme metoder og indsatser på socialområdet. For eksempel Udviklings- og Investeringsprogrammet, som har til formål at udvikle og udbrede indsatser med dokumenteret effekt for den enkelte borger, jf. boks 1.3.

Boks 1.3

Udviklings- og Investeringsprogrammet

Med satspuljeaftalen for 2017 blev det besluttet at etablere et permanent Udviklings- og Investeringsprogram (UIP) på voksenområdet. Formålet med UIP'en er at understøtte mere vidensbaserede sociale indsatser.

Projekterne i UIP'en skal derfor udvikle virksomme indsatser og modne lovende praksis på voksenområdet. Dette sker gennem UIP'ens tre spor.

- 1) Et udviklingsspor med inddragelse af lovende praksis, metodeudvikling og afprøvning af virksomme og omkostningseffektive indsatser med det formål at sikre, at indsatserne kan implementeres inden for rammerne af det kommunale serviceniveau.
- 2) Et udbredelsesspor med investering i udbredelse og forankring af virksomme og omkostningseffektive indsatser, så indsatser, der virker, også forankres i flere kommuner efter forsøgsperioden.
- 3) Et dataspor med investering i gode data, der understøtter viden om, hvad der virker.

Der blev i alt afsat 249 mio. kr. til UIP'en på voksenområdet over perioden 2017-2020.

Baggrunden for UIP'en har blandt andet været en erkendelse af, at der ikke har været arbejdet tilstrækkeligt systematisk med udvikling, afprøvning og udbredelse af virksomme indsatser, hvorfor der heller ikke er opnået en tilstrækkelig effekt af indsatsen for den enkelte borger såvel som for samfundet som helhed. Desuden har mange tidligere metoder vist sig at være vanskelige at implementere i praksis.

Derfor er der også i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammet nedsat en faglig styregruppe bestående af KL, Danske Regioner og en række kommuner, faglige organisationer og vidensinstitutioner.

Med satspuljeaftalen for 2019 er det besluttet også at etablere et permanent Udviklings- og Investeringsprogram på børne- og ungeområdet. Der er afsat i alt 257,8 mio. kr. til programmet i perioden 2019-2022.

Ministeriets arbejde med virksomme indsatser drejer sig ikke udelukkende om at udvikle vidensbaserede borgerrettede metoder. Det dækker også over udvikling og udbredelse af viden om for eksempel organisationsformer, der understøtter en helhedsorienteret og koordineret indsats i kommunerne, eller effektive måder at indrette den kommunale sagsbehandling på, så den understøtter, at borgerne får den mest effektive indsats.

Samtidig udvikles der med lanceringen og den løbende videreudvikling af Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) og etableringen af Den Sociale Investeringsfond nye redskaber og strukturer på socialområdet. Begge dele er med til at understøtte mere vidensbaserede og omkostningseffektive indsatser.

SØM skal fremme investeringstankegangen på socialområdet, blandt andet ved at synliggøre de økonomiske gevinster og omkostninger, der kan være forbundet med investeringer i forebyggelse og vidensbaserede indsatser. SØM består blandt andet af en vidensdatabase, der samler eksisterende viden om effekter af sociale indsatser mv., som kan hjælpe kommunerne med at foretage systematiske vurderinger af de økonomiske konsekvenser ved sociale indsatser, herunder få en længere tidshorisont på indsatserne (læs mere om SØM i kapitel 5 om virksomme sociale indsatser).

Den Sociale Investeringsfond skal ligeledes fremme brugen af sociale investeringer og skabe innovation på socialområdet. Fonden skal danne ramme for nye offentligt-private samarbejder og skal blandt andet bidrage med ny og ekstern kapital til sociale investeringer. Fonden skal dels investere i udbredelsen af tidlige og helhedsorienterede indsatser, dels udvikle og modne nye former for indsatser, der kan danne grundlag for nye offentlige og private investeringer. Fonden vil blandt andet trække på SØM i arbejdet med at udforme konkrete sociale investeringsprogrammer.

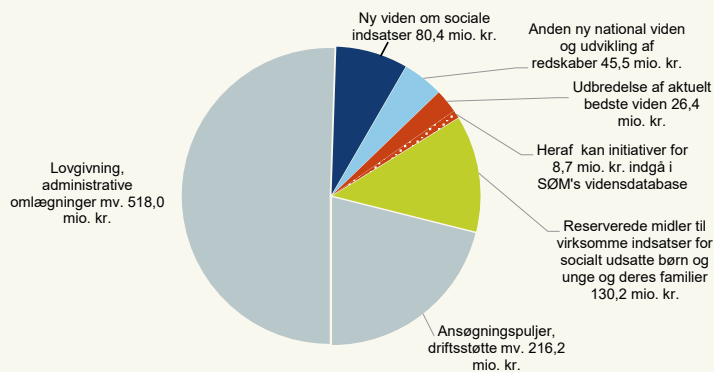
Langt de fleste midler til konkrete projekter, der indgår i ministeriets strategiske arbejde med en mere vidensbaseret socialpolitik, kommer fra satspuljen.

I forbindelse med satspuljeaftalen for 2019 er der udarbejdet et såkaldt vidensregnskab. Vidensregnskabet skal gøre det mere gennemskueligt, hvilken viden med nationale anvendelsesmuligheder mv., der opnås med et konkret satspuljeinitiativ, og skabe et samlet overblik over, hvor mange midler der afsættes til vidensudvikling.

Konkret kategoriserer vidensregnskabet de enkelte delinitiativer i satspuljeaftalen i forhold til hvilken type viden, der forventes at blive opnået eller udbredt med gennemførelsen af initiativerne. Vidensregnskabet viser også, hvilke delinitiativer der forventes at generere viden, som kan indgå direkte i SØM's vidensdatabase, jf. figur 1.16, der viser vidensregnskabet for satspuljeaftalen for 2019.

Figur 1.16

Vidensregnskab for udmøntning af satspuljeaftalen for 2019 på det sociale område



Kilde: Børne- og Socialministeriet.

I satspuljeaftalen for 2019 er det alene viden fra ét udbredelsesinitiativ (Stepping Stones til forældre til et barn med handicap), der direkte forventes at kunne anvendes i SØM's vidensdatabase. Derudover indeholder aftalen en række delinitiativer i modningsfasen, hvor der udvikles sociale indsatser, som på sigt vil kunne bidrage med viden til SØM's vidensdatabase, hvis modningsfasen giver grundlag for at gå videre med initiativet i en afprøvningsfase.

Bilag 5 giver en detaljeret redegørelse for kategoriseringen af satspuljeinitiativer i vidensregnskabet.

Det sidste afsnit gør mere detaljeret rede for Børne- og Socialministeriets tilgang til arbejdet med virksomme sociale indsatser og følger op på sidste års redegørelse, hvor der blev taget et første skridt i retning af at kortlægge omfanget af socialfaglige metoder med dokumenteret effekt samt kommunernes anvendelse af disse metoder i dag.

1.9 Virksomme sociale indsatser

Virksomme sociale indsatser skal skabe positive forandringer for borgerne og samfundet. Børne- og Socialministeriets tilgang til arbejdet med virksomme sociale indsatser omfatter en række centrale elementer, som hver for sig og i kombination kan sikre en virksom indsats til borgeren. Der er overordnet tale om fire forskellige indsatsområder, jf. figur 1.17.

Figur 1.17

Fire indsatsområder i arbejdet med virksomme sociale indsatser til borgere på det sociale område



Kilde: Børne- og Socialministeriet.

Indsatser til borgeren er den centrale komponent, når det drejer sig om at skabe en positiv forandring for borgeren. Her møder borgeren den socialfaglige indsats, fx i form af en misbrugsbehandlingsmetode, og det er derfor afgørende, at indsatsen er af høj kvalitet og baseret på viden om, hvad der virker. Det faglige arbejde kan i nogle tilfælde omsættes til en konkret, velbeskrevet indsats, hvor virkningen kan undersøges systematisk. Derudover handler succesfuldt socialt arbejde også om en stærk faglighed. Sammenhæng i indsatsen er desuden en væsentlig del af at skabe kvalitet for borgerne, fx så der er sammenhæng mellem den sociale indsats og beskæftigelsesindsatsen til den samme borger.

Systematik og kvalitet i myndighedsopgaven er ofte første skridt i borgerens indgang til den sociale indsats. Der er tale om en sagsbehandlingsproces, hvor indsatsen til borgeren vælges på baggrund af en udredning og i samarbejde med borgeren. Sagsbehandlingen skal sikre den rette indsats til rette tid, sammenhæng til eventuelle andre indsatser, borgerne modtager i fx sundheds- eller beskæftigelsessystemet, formulering af og opfølgning på mål samt afslutning af sagen, når borgerens behov er dækket.

Både den borgerrettede indsats og sagsbehandlings- og myndighedsarbejdet er indlejret i en *samlet organisering, ledelse og styring af indsatsen*. Der kan være tale om organisering og ledelse "i det små", som fx kan handle om gode modeller for samarbejde mellem plejefamilier og døgninstitutioner. Og der kan være tale om mere omfattende faglige og organisatoriske omlægninger, fx på området for udsatte børn, hvor en samlet omlægning af organiseringen kan stille krav til både systematikken i sagsbehandlingen på myndighedsniveau, at de rette borgerrettede indsatser er til rådighed, og at der etableres et godt samarbejde med familie og netværk, normalområde og civilsamfund mv. Det ses fx i arbejdet med en tidlig forebyggende indsats til børn og unge, kaldet Herning-modellen, som mange kommuner aktuelt er inspirerede af.

Grundlæggende viden om sociale problemer, målgrupper osv. er desuden en nødvendighed for den samlede opgaveløsning på socialområdet. For eksempel målgruppers særlige karakteristika, størrelse, udvikling over tid, viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer mv. Dette kan bidrage til mange anvendelsesformål både i den nationale politikudvikling og den lokale opgaveløsning.

I Socialpolitisk Redegørelse 2017 blev der taget et første skridt i retning af at kortlægge omfanget af dokumenteret virksomme sociale indsatser på henholdsvis børne- og voksenområdet. Sigtet med kortlægningen var at styrke vidensgrundlaget for nationale, strategiske overvejelser om udvikling og udbredelse af nye virksomme sociale indsatser.

Som det også fremgik af sidste års redegørelse, er det imidlertid ikke tilstrækkeligt alene at se på eksisterende dokumenteret virksomme indsatser, når det skal vurderes nationalt, hvor der er behov for udvikling og udbredelse af nye virksomme indsatser. En sådan vurdering må bero på en række hensyn, der til sammen giver et billede af, hvor udvikling og udbredelse af virksomme indsatser kan få størst virkning i form af positive forandringer for borgerne og samfundet.

Hensynene omfatter centrale aktører og interessenters vurdering af, hvor udfordringer og udviklingsbehov er størst, viden om omfang og karakter af de enkelte sociale problemer, viden om effekten og økonomien forbundet med en given indsats mv.

I Danmark har kommunerne det fulde myndigheds-, finansierings-, og forsyningsansvar på det sociale område, mens Folketinget via serviceloven sætter de overordnede rammer for, hvilke ydelser og tilbud kommunerne er forpligtede til at yde borgerne. Det kommunale perspektiv på socialrådets udfordringer er derfor centralt i vurderingen af, hvor der er behov for udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser.

Som led i udarbejdelsen af Socialpolitisk Redegørelse 2018 har Børne- og Socialministeriet derfor bedt Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, VIVE, om at gennemføre en pilotanalyse, der for første gang skaber et egentligt datagrundlag for kommunernes oplevelse af de aktuelle udfordringer og behov for mere vidensbaseret understøttelse af indsatserne på voksenalområdet.

Pilotanalysen viser, at kommunerne aktuelt oplever de største udfordringer i relation til målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder, herunder særligt borgere med svære psykiske lidelser, der udskrives fra behandlingspsykiatrien, og borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker, det vil sige borgere med flere forskellige problemstillinger, der skal håndteres samtidigt (fx en psykisk lidelse og samtidigt misbrug). Cirka tre ud af fire kommuner giver udtryk for, at de oplever enten meget store eller ret store udfordringer i arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder.

Der er i analysen meget små forskelle i besvarelserne fra store og små kommuner og mellem kommuner under større og mindre udgiftspres. Kommunestørrelse og udgiftspres ser altså ikke ud til at have betydning for, hvor kommunerne oplever de største udfordringer på voksenalområdet.

For alle de undersøgte målgrupper på voksenalområdet er der en positiv sammenhæng mellem, hvor store udfordringer kommunerne oplever i arbejdet med målgruppen, og det oplevede behov for ekstern støtte fra Socialstyrelsen eller andre aktører, som kommunerne oplever i forhold til at levere en virksom social indsats. Jo større udfordringerne opleves, desto større opleves behovet for støtte også.

Det gælder samtidig for alle målgrupperne, at kommunerne særligt oplever udfordringer med koordinering på tværs af sektorer. Det kan fx være at koordinere indsatsen til en borger, der udskrives fra behandlingspsykiatrien og overgår til at få hjælp af kommunen.

De øvrige resultater i pilotanalysen er afrapporteret i kapitel 5.

2. Status for de sociale mål

Regeringen har fastsat 10 mål for social mobilitet, som der årligt gøres status for i Socialpolitisk Redegørelse. Med målene tydeliggør regeringen, at det er vigtigt, at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og at færre skal være socialt udsatte. Målene sætter retning for socialpolitikken både nationalt og kommunalt og opgøres både samlet på nationalt niveau og kommuneopdelt, hvor det er muligt.

Kommunerne har imidlertid forskellige rammevilkår, sammensætning af målgrupper mv., hvilket betyder, at man skal tolke de kommunale forskelle med forsigtighed. De kommunale forskelle kan imidlertid også give en indikation af potentialet for resultater af den sociale indsats, og ikke mindst vise hvilke kommuner, der umiddelbart ser ud til at skabe gode resultater for borgerne. Derfor omfatter dette års status på udviklingen for de sociale mål også kommuneopdelte danmarkskort for at illustrere de kommunale forskelle.

For en række af de sociale mål går udviklingen på nationalt plan i den rigtige retning. Flere afslutter for eksempel stofmisbrugsbehandling eller alkoholbehandling med et positivt resultat og får dermed et bedre udgangspunkt for at leve et sundere og mere selvstændigt liv. Og kriminaliteten blandt udsatte unge falder fortsat, hvilket er godt for den enkelte unge og for samfundet som helhed. Ligeledes er andelen af personer uden for arbejdsfællesskabet, som er en del af den frivillige indsats, steget fra 26 pct. i 2012 til 30 pct. i 2017.

Der er desværre også mål, hvor udviklingen går i den forkerte retning eller er stagneret. Det gælder målet om andelen af udsatte unge, som tager en ungdomsuddannelse, hvor der er sket et fald. Ligeledes er andelen af udsatte børn og unge med dårlige resultater i dansk i 6. klasse uforandret. Hvis de udsatte børn og unge skal have det bedst mulige fundament at bygge voksenlivet på, skal denne udvikling vendes. Regeringen har derfor sammen med satspuljepartierne afsat midler i satspuljen for 2019-2022 til en række initiativer, der skal styrke skolegangen for anbragte børn, så de får det bedst mulige udgangspunkt.

I kapitlet gøres der status for hvert af de 10 mål. Seneste data for målene er fra 2016 og 2017.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- For udsatte børn og unge ses en fremgang ift. målet om, at færre udsatte unge skal begå kriminalitet. Fra 2014 til 2016 er der sket et fald på 2 pct.-point, svarende til at 7 pct. af udsatte unge i alderen 15-17 år i 2016 havde modtaget en fældende strafferetlig afgørelse.

- Der er sket et fald i andelen af udsatte unge, som har gennemført en ungdomsuddannelse. I 2016 var der 47 pct. af de 18-21-årige unge, som havde modtaget en social foranstaltning inden for de seneste fem år, der var i gang med eller havde gennemført en ungdomsuddannelse. I 2014 var det 51 pct. I samme periode er der også sket et fald i andelen af øvrige unge, som er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse, men faldet er større blandt udsatte unge.
- Udsatte børns faglige niveau i folkeskolen er uændret fra 2014 til 2016. Det var således 30 pct. af udsatte børn og unge, som i 2016 havde dårlige resultater i dansk i 6. klasse.
- Andelen af såvel personer med handicap og personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som er i uddannelse eller beskæftigelse, er uændret fra 2014 til 2016.
- I 2017 har flere afsluttet deres stofmisbrugsbehandling som stoffrie eller med et reduceret eller stabiliseret forbrug end i 2016. Stigningen fra 45 til 46 pct. er en forsættelse af tendensen fra tidligere år.
- Langt flere afsluttede et alkoholbehandlingsforløb som alkoholfrie, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning i 2017 end i 2013. I perioden er andelen steget fra 34 pct. til 44 pct.
- Tendensen til, at der for hver hjemløsetælling er flere hjemløse, gør sig også gældende for hjemløsetællingen i 2017. Antallet af hjemløse er således steget fra 6.138 personer i 2015 til 6.635 personer i 2017.
- Andelen af personer uden for arbejdsfællesskabet, som er en del af den frivillige indsats, er steget fra 26 pct. i 2012 til 30 pct. i 2017. Dette er bemærkelsesværdigt set i lyset af, at der i resten af befolkningen er et fald fra 47 pct. i 2012 til 42 pct. i 2017 i andelen, som deltog i den frivillige indsats.

2.1 Overblik over de 10 mål for social mobilitet

Tabel 2.1

Baseline og status for de 10 mål for social mobilitet

	Antal personer i målgruppen på statustidspunkt	Baseline	Status 2016/2017	Udvikling siden baseline
Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet				
Udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen skal forbedres	27.000	30 pct.	30 pct.	—
Flere udsatte unge skal gennemføre en ungdomsuddannelse	20.000	51 pct.	47 pct.	+
Flere personer med handicap skal i uddannelse og beskæftigelse	41.000	8 pct.	8 pct.	—
Flere personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer skal i uddannelse og beskæftigelse	32.000	7 pct.	7 pct.	—
Flere personer udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse	-	-	-	-
Færre skal være socialt udsatte				
Færre udsatte unge skal begå kriminalitet	15.000	9 pct.	7 pct.	+
Færre skal være hjemløse	6.635	6.138	6.635	+
Større effekt af stofmisbrugsbehandlingen	19.000	45 pct.	46 pct.	+
Større effekt af alkoholbehandlingen	15.000	34 pct.	44 pct.	+
Flere uden for arbejdsmarkedet skal deltage i den frivillige indsats	404.000	26 pct.	30 pct.	+

Anm.: Baseline genberegnes hvert år pba. det seneste opdaterede data, da flere af de registre, der ligger til grund for målene, løbende opdateres. Baseline er for 2014 bortset fra mål vedr. hjemløse (2015), stofmisbrugsbehandling (2016), alkoholbehandling (2013), frivillig indsats (2012). Alle statustal er for 2016 bortset fra mål vedr. hjemløse (2017), alkoholbehandling (2017), stofmisbrugsbehandling (2017) og den frivillige indsats (2017). Baseline opgjort her kan derfor adskille sig lidt fra tidligere års Socialpolitisk Redegørelse. Eksempelvis var tallene for mål 3 og 4 i Socialpolitisk Redegørelse 2017 opgjort på baggrund af indberetninger fra 44 kommuner, mens målene i år er baseret på 55 kommuner. Antallet af afsluttede alkoholbehandlinger i 2017 er markant lavere end for de tidligere år, hvilket kan have en betydning for den registrerede udvikling for målet. Data for målgruppen for vold i nære relationer er pba. en ny statistik offentliggjort i 2018, hvorefter målet kan opgøres første gang i 2019.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata; SFI, 2014; VIVE, 2017a; Rambøll, 2017.

Boks 2.1**Opgørelse af udvikling i de 10 mål for social mobilitet**

Målet om, at *udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen skal forbedres*, opgøres som andelen med dårlige resultater i dansk i 6. klasse, og omfatter børn og unge, der på et tidspunkt i livet har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller været anbragt uden for hjemmet. Opgørelsesmetoden er ændret siden Socialpolitisk Redegørelse 2017 efter anbefaling fra STIL (Styrelsen for IT og Læring). Opgørelsen er nu kriteriebaseret i stedet for normbaseret og omfatter alene de udsatte børn og unges læsefærdigheder¹.

Målet om, at *flere udsatte unge skal gennemføre en ungdomsuddannelse*, opgøres som andelen af 18-21 årige, der har modtaget en social foranstaltning inden for de seneste fem år, som er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse.

Målet om, at *flere personer med handicap skal i uddannelse og beskæftigelse*, opgøres som andelen i uddannelse eller beskæftigelse blandt personer, som får en social indsats som følge af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Målet om, at *flere personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer skal i uddannelse og beskæftigelse*, opgøres som andelen i uddannelse eller beskæftigelse blandt personer, som modtager en indsats for sociale problemer eller psykiske vanskeligheder.

Målet om, at *flere personer udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse*, opgøres som andelen, der er i uddannelse eller beskæftigelse året efter, de har afsluttet et ophold på et kvindekrisecenter.

Målet om, at *færre udsatte unge skal begå kriminalitet*, opgøres som andelen af 15-17-årige, der har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i deres liv fra 0-17 år, og som har modtaget en fældende strafferetlig afgørelse.

Målet om, at *færre skal være hjemløse*, opgøres ved antal personer som ikke disponerer over egen (ejet eller lejet) bolig eller værelse, men som er henvist til midlertidige boalternativer, eller som bor midlertidigt og uden kontrakt hos familie, venner eller bekendte.

Målet om *større effekt af stofmisbrugsbehandlingen* opgøres som andelen af personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffrie, med et reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Desuden følges antallet af narkotikarelaterede dødsfald.

Målet om *større effekt af alkoholbehandlingen* opgøres som andelen af personer i offentlig alkoholbehandling, som afslutter et behandlingsforløb som alkoholfri, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning.

Målet om, at *flere uden for arbejdsmarkedet skal deltage i den frivillige indsats*, opgøres som andelen af personer, som modtager kontanthjælp eller førtidspension, der er en del af den frivillige indsats.

¹ Beskrivelse af den kriteriebaserede og normbaserede opgørelsesmetode fremgår her:

<https://uvm.dk/statistik/grundskolen/karakterer-og-test/nationale-test>

2.2 Mål 1-5: Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet

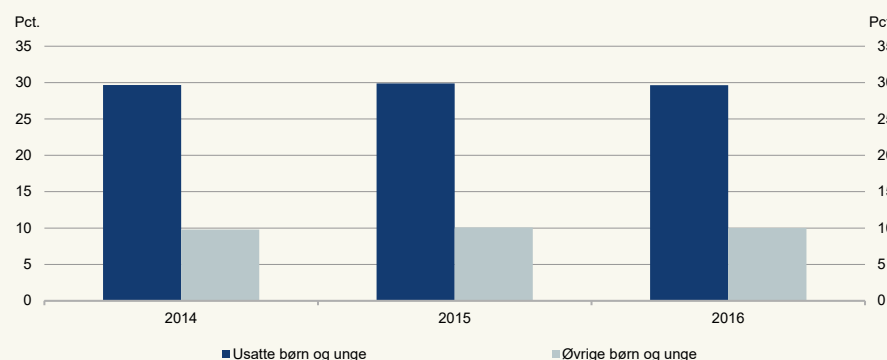
2.2.1 Mål for udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen

Et stærkt fagligt niveau i folkeskolen er med til at hjælpe børn og unge i gang med en uddannelse og ind i beskæftigelse – og er dermed i sidste ende med til at skabe et solidt fundament for et godt voksenliv. Udsatte børn og unge klarer sig overordnet set fagligt dårligere end deres jævnaldrende i folkeskolen. Det er derfor regeringens mål, at *udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen skal forbedres*.

I 2016 havde 30 pct. af de udsatte børn og unge dårlige resultater i dansk i 6. klasse, jf. figur 2.1. Også i 2014 og 2015 lå niveauet på 30 pct. Til sammenligning lå niveauet for øvrige børn og unge på omkring 10 pct. Andelen af udsatte børn og unge med dårlige resultater i dansk er således uforandret i perioden.

Figur 2.1

Andel børn og unge med dårlige resultater i dansk i 6. klasse



Anm.: Andelen blandt udsatte børn og unge med dårlige resultater i dansk i 6. klasse. Baseline er opgjort som andelen af udsatte børn og unge i 2014, der har opnået resultatet "Mangelfuld præstation" eller "Ikke tilstrækkelig præstation" i de nationale tests i dansk i 6. klasse i skoleåret 2014/2015. "Udsatte børn og unge" omfatter børn og unge, der på et tidspunkt i livet har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller været anbragt uden for hjemmet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Inden for gruppen af udsatte børn og unge er der dog stor variation i, hvordan de klarer sig i skolen, og deres forudsætninger for at gennemføre en normal skolegang er i gennemsnit dårligere end for øvrige børn og unge. Fx modtager anbragte børn og unge i langt højere grad støtte i skolen i form af undervisning i et specialskoletilbud, en specialklasse eller specialundervisning som støtte til undervisning i en almindelig klasse sammenlignet med andre børn og unge. De anbragte børn og unges højere grad af støttebehov i skolen kan forklare dele af de faglige forskelle mellem anbragte børn og unge og andre børn og unge.

Men selv når der ses bort fra den gruppe af anbragte børn og unge, der modtager specialundervisning i skolen og kun ses på anbragte børn og unge, der går i en almindelig grundskoleklasse, viser resultaterne, at også denne gruppe halter bagud fagligt i forhold til andre børn og unge. Dette er analyseret nærmere i kapitel 6 i denne redegørelse.

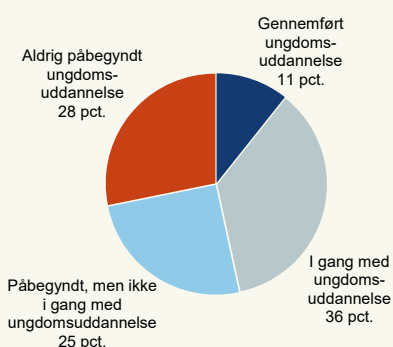
2.2.2 Mål for udsatte unges gennemførelse af en ungdomsuddannelse

En uddannelse er en af de bedste veje ind i beskæftigelse. Uddannelsesinstitutionerne skaber desuden en god ramme for udsatte unge til at opbygge fællesskaber og netværk. Udsatte unge, som har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet, påbegynder dog sjældnere end deres jævnaldrende en ungdomsuddannelse, og de falder fra igen i langt højere grad end øvrige unge. Det er derfor regeringen har et mål om, at *flere udsatte unge skal gennemføre en ungdomsuddannelse*.

28 pct., eller lidt mere end hver fjerde blandt udsatte unge i 18-21-årsalderen, havde ikke påbegyndt en ungdomsuddannelse i 2016. Til sammenligning var det 7 pct. blandt øvrige unge. Samtidig er der en større andel blandt udsatte unge, der falder fra en ungdomsuddannelse. I 2016 var det således kun 11 pct. blandt udsatte unge i alderen 18-21 år, der havde gennemført en ungdomsuddannelse, mod 41 pct. blandt øvrige unge, jf. figur 2.2 og 2.3.

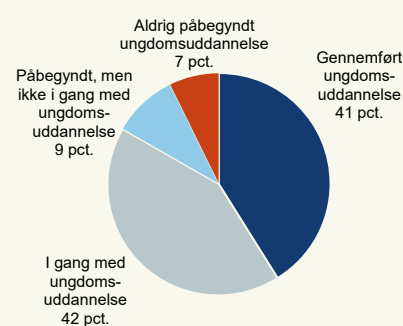
Figur 2.2

18-21-årige i ungdomsuddannelse, udsatte unge, 2016



Figur 2.3

18-21-årige i ungdomsuddannelse, øvrige unge, 2016



Anm.: "Udsatte unge" omfatter unge i alderen 18-21 år, som har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet inden for de seneste fem år. Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU) indgår.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

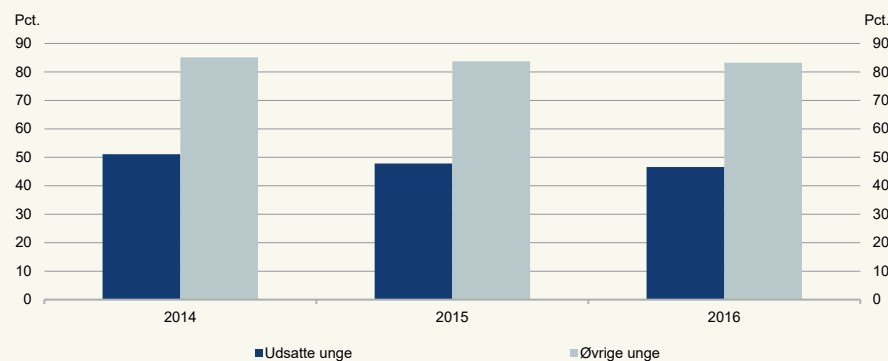
Der kan være flere forskellige årsager til, at børn og unge har behov for særlig støtte og brug for hjælp. Det kan skyldes forhold i familien, fx hvis forældrene har omfattende sociale problemer. Det kan også være forhold, der knytter sig til barnet eller den unge selv, fx adfærdsproblemer, herunder kriminalitet. Børn og unge med et handicap, der modtager en indsats efter serviceloven, vil i en vis udstrækning også indgå i gruppen af udsatte unge, fordi de modtager indsatser efter samme bestemmelser i serviceloven. Udsatte unge kan således have meget forskelligartede problemer, ligesom de kan have meget forskellige forudsætninger for at klare sig godt i uddannelsessystemet.

Når udsatte unge generelt klarer sig dårligere i uddannelsessystemet end øvrige børn og unge, skal det også ses i lyset af, at en større andel har en diagnose, der kan være relateret til en psykisk lidelse eller et fysisk eller psykisk handicap. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at en stor andel blandt anbragte børn og unge har tegn på indlæringsmæssige vanskeligheder og særlige støttebehov ved grundskolens afslutning, som kan gøre det svært for dem at gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse. Dette er analyseret nærmere i kapitel 6 i denne redegørelse.

Regeringens mål går på at skabe fremdrift i udviklingen i de 18-21-åriges optagelse på og gennemførsel af en ungdomsuddannelse. For nogle udsatte unge er det imidlertid ikke realistisk at gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse. Det kan eksempelvis gælde nogle personer med en svær psykisk lidelse eller et invaliderende handicap. Her kan en særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) være en god løsning, hvor der i større grad kan skabes mere fleksible rammer for unge med særlige behov². Eksempelvis kan der sættes mere individuelle læringsmål.

Mens der i 2014 var 51 pct. blandt de udsatte unge, som havde gennemført eller var i gang med en ungdomsuddannelse, faldt andelen til 47 pct. i 2016. For øvrige unge faldt andelen ligeledes en smule fra 85 pct. til 83 pct. Så selvom der er markante niveauforskelle mellem udsatte og øvrige unge, er der tale om et generelt fald blandt hele aldersgruppen i andelen, der har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse. Faldet har dog været større blandt udsatte unge.

² Ungdomsuddannelsen for unge med særlige behov (STU) er en treårig ungdomsuddannelse for unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov, der ikke kan gennemføre en anden ungdomsuddannelse. Uddannelsen er ikke kompetencegivende til videreuddannelse eller erhverv. Uddannelsen udbydes af kommunerne. Formålet er, at de unge i målgruppen opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og eventuelt til videre uddannelse og beskæftigelse. Undervisningsministeriet har i efteråret 2018 igangsat en benchmarkanalyse og best practice katalog over kommunernes praksis vedr. dels udslusning og overgang fra STU til andre aktiviteter og dels begrænsning af negativt frafald fra STU.

Figur 2.4**Udvikling over tid for unge, som har gennemført, eller er i gang med, en ungdomsuddannelse**

Anm.: "Udsatte unge" omfatter unge i alderen 18-21 år, som har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet inden for de seneste fem år. Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU) indgår. 2014 er baseline for de sociale mål.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

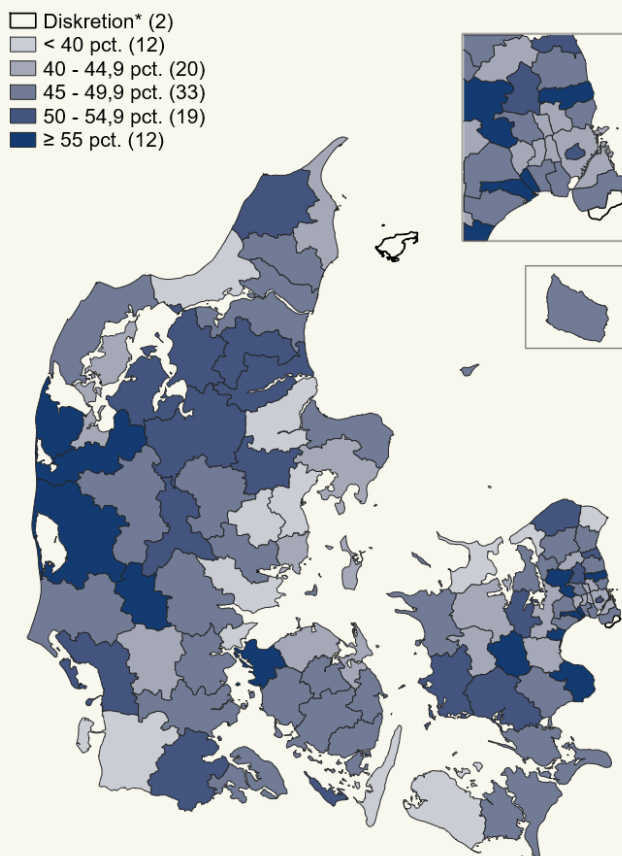
Når der er sket et fald i andelen af udsatte unge, der har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse, så hænger det blandt andet sammen med, at der er færre udsatte unge, som påbegynder en erhvervsfaglig uddannelse. Denne tendens ses også for øvrige unge. En mulig forklaring kan være, at adgangskravene til erhvervsuddannelserne blev ændret i 2015. Det kan også betyde, at en del af de unge, som ikke har påbegyndt en ungdomsuddannelse, i stedet er i gang med en forberedende uddannelse, så de senere kan blive optaget på en erhvervsfaglig uddannelse.

Udviklingen dækker imidlertid også over en vis kommunal variation. På tværs af kommuner spænder andelen af udsatte unge, som enten har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse, således fra under 40 pct. til over 55 pct., jf. figur 2.5.

Forskellene kan skyldes mange forhold, fx at gruppen af udsatte unge i nogle kommuner har flere, tungere eller mere komplekse udfordringer. Forskellene kan også skyldes, at afstanden til ungdomsuddannelser er forskellige kommunerne imellem. Endelig kan der også være forskel på effekten af kommunernes indsats med at støtte udsatte unge i at få en ungdomsuddannelse.

Figur 2.5

Andelen af udsatte unge der har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse, kommune fordelt, 2016



*) Data opgøres ikke for kommuner, hvor antallet af personer i uddannelse er 3 eller derunder.

Anm.: Udsatte 18-21-årige i 2016 der har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse efter bopælskommune pr. 1. januar 2016. "Udsatte" omfatter personer, der har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller været anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i løbet af de seneste 5 år. Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU) indgår. Tal i parentes angiver antal kommuner i intervallet. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

2.2.3 Mål for voksne med handicap

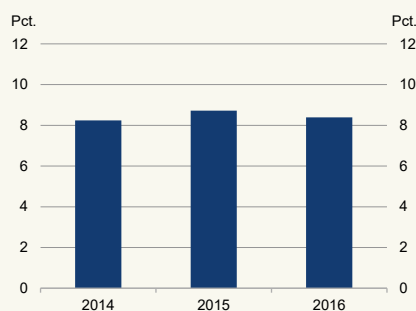
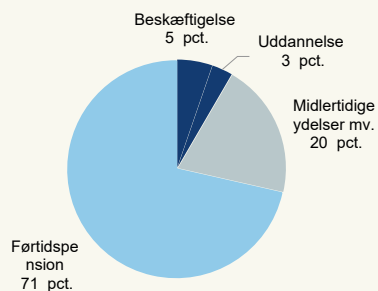
Mennesker med handicap skal have mulighed for at tage en uddannelse eller være en del af arbejdsmarkedet med de muligheder og den livskvalitet, det medfører. Regeringen har derfor som mål, at *flere voksne med handicap skal i uddannelse eller beskæftigelse*.

Målet vedrører personer, der får en indsats efter serviceloven for at tilgodese et behov som følge af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Indsatserne omfatter fx socialpædagogisk støtte, botilbud og beskyttet beskæftigelse. Alle indsatser til voksne efter serviceloven indgår dog ikke. Det drejer sig blandt andet om oplysninger om borgere, der alene modtager hjælpemidler. Disse er indhentet i 2018 som led i Børne- og Socialministeriets pilotprojekt herom, jf. kapitel 11. Data er aktuelt ved at blive valideret.

Voksne med handicap opgøres i regeringens mål som modtagere af indsatser efter serviceloven i alderen 18-59 år. Det skønnes, at der på landsplan i alt var omkring 41.000 modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap i denne aldersgruppe i 2016. Gruppen er væsentligt større, hvis man i stedet tager udgangspunkt i personer, som i spørgeskemaundersøgelser svarer, at de har et større helbredsproblem eller handicap. Dette afspejles i målgruppen for regeringens mål fra oktober 2018 om, at 13.000 flere personer med handicap skal i beskæftigelse frem mod 2025. En stor del af borgerne i denne gruppe af personer med handicap modtager ikke indsatser efter serviceloven og er derfor ikke omfattet af de sociale mål.

Andelen af voksne med handicap i beskæftigelse og uddannelse har fra 2014 til 2016 været nogenlunde stabil på omkring 8 - 9 pct., jf. figur 2.6.

Lidt over 70 pct. af personer med handicap, som modtager en indsats efter serviceloven, har førtidspension som forsørgelsesgrundlag, mens 20 pct. modtager midlertidige ydelser som fx kontanthjælp, jf. figur 2.7. Den store andel af denne målgruppe, som modtager førtidspension, indikerer, at beskæftigelse for mange i gruppen ikke er et realistisk mål.

Figur 2.6**Voksne med handicap i beskæftigelse eller uddannelse, 2014 – 2016****Figur 2.7****Voksne med handicap i beskæftigelse eller uddannelse, 2016**

Anm.: 18-59-årige primo året. Baseret på 55 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i alle årene 2014 til 2016. Baseret på Danmarks Statistiks opgørelse af væsentligste indkomstkilde i året. Midlertidige ydelser mv. omfatter bl.a. kontanthjælp. Se "Afgrænsning af sociale mål - Baggrundsnotat" på sm.dk for yderligere om afgrænsningen af de sociale mål.

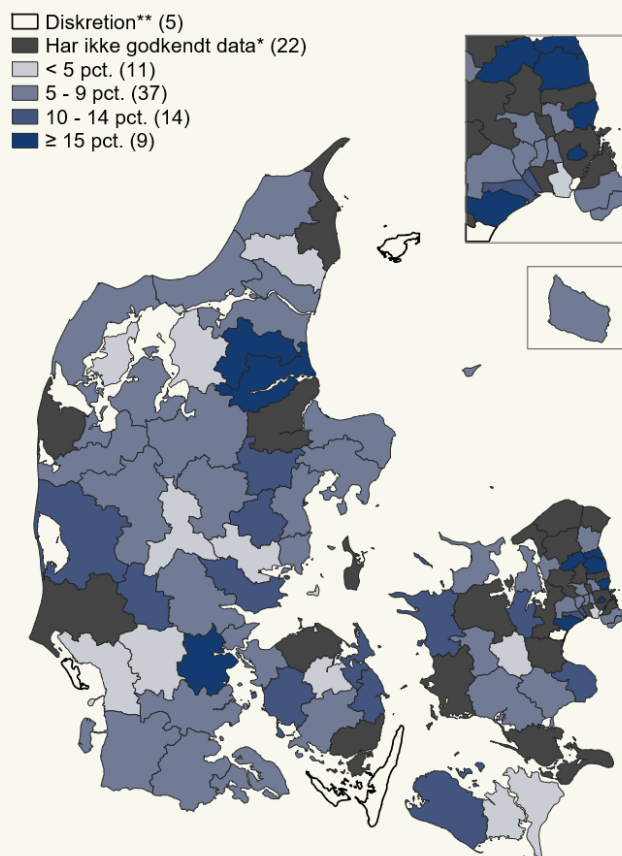
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Analyserne i redegørelsens kapitel 9 om voksne med nedsat psykisk funktionsevne viser imidlertid, at der er store forskelle i forsørgelsesgrundlaget, og at det særligt er de ældste, der modtager førtidspension. Mens 90 pct. med kognitivt handicap over 40 år modtager førtidspension, er det lidt under 50 pct. blandt de 18-29-årige.

Analyserne i kapitel 9 viser også, at der er store forskelle mellem forskellige diagnosegrupper. De fleste modtagere af indsatser efter serviceloven med Downs syndrom, cerebral parese og udviklingshæmning modtager førtidspension, og få har beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag. Blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med fx ADHD er det derimod færre, der modtager førtidspension. I disse diagnosegrupper er det omkring halvdelen, der modtager midlertidige ydelser, herunder særligt kontanthjælp.

Der er også markante forskelle mellem kommunerne med hensyn til, hvor mange voksne med fysisk eller kognitivt handicap, der er i beskæftigelse eller uddannelse. I nogle kommuner er det under 5 pct., mens det i andre kommuner er 15 pct. eller derover, jf. figur 2.8.

Der kan være mange årsager til forskellene mellem kommunerne. Kommunerne kan tilrettelægge indsatsen forskelligt, og der kan være betydelige forskelle i målgruppen mellem kommunerne eksempelvis i relation til sværhedsgraden af handicappet og forskelle i udbud af mulige arbejdspladser på tværs af landet. Men kommuneforskelle indikerer også, at der kan være et potentiale for at styrke indsatsen og lære af de kommuner, der tilsyneladende får flere borgere med handicap i beskæftigelse eller uddannelse.

Figur 2.8**Voksne med handicap i beskæftigelse eller uddannelse, kommunefordelt, 2016**

*) Kommunen har ikke godkendt data indberettet til De Kommunale Serviceindikatorer i 2016. **) Når data for en kommune omfatter 3 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: 18-59-årige primo året. Baseret på indberetninger fra 74 kommuner, der har godkendt data for et eller flere kvartaler i 2016. Tårnby Kommune indberetter data på vegne af Dragør Kommune. Ishøj kommune indberetter data på vegne af Vallensbæk Kommune. Tal i parentes angiver antal kommuner i intervallet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I kapitel 8 om handicap og uddannelse ses der nærmere på skolegang og uddannelse for personer med handicap, herunder hvor mange personer med handicap, der efter grundskolen går videre på en ungdomsuddannelse.

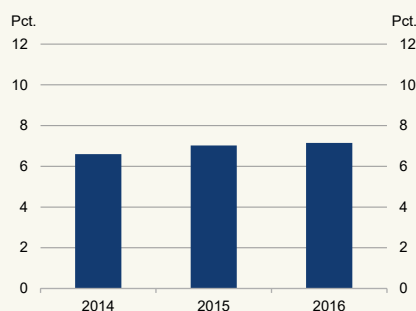
2.2.4 Mål for voksne med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer

Beskæftigelse kan for nogle med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer være et centralt element i at få det bedre. Og for andre kan uddannelse og deltagelse på arbejdsmarkedet være med til at hindre, at livssituationen forværres. Regeringen har derfor som mål, at *flere personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer skal i uddannelse og beskæftigelse.*

Målet omfatter personer i alderen 18-59 år, som modtager en indsats efter serviceloven pga. psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. Det skønnes, at der på landsplan i alt var omkring 32.000 modtagere af indsatser efter serviceloven, som havde psykiske vanskeligheder eller sociale problemer i denne aldersgruppe i 2016. Andelen i uddannelse og beskæftigelse er nogenlunde konstant på omkring 7 pct. i årene 2014 til 2016, jf. figur 2.9.

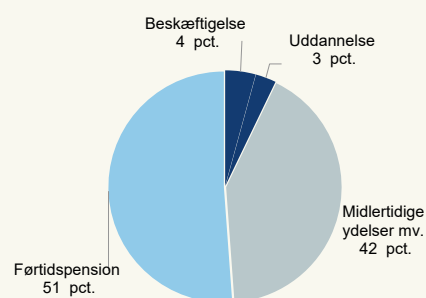
Figur 2.9

Voksne med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer i beskæftigelse eller uddannelse, 2014 og 2016



Figur 2.10

Voksne med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer i beskæftigelse eller uddannelse, 2016



Anm.: 18-59-årige primo året. Baseret på 55 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i alle årene 2014 til 2016. Baseret på Danmarks Statistiks opgørelse af væsentligste indkomstkilde i året. Midlertidige ydelser mv. omfatter bl.a. kontanthjælp. Se "Afgrænsning af sociale mål - Baggrundsnotat" på sm.dk for yderligere om afgrænsningen af de sociale mål.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Halvdelen af målgruppen modtager førtidspension, jf. figur 2.10 ovenfor. Lidt over 42 pct. modtager midlertidige ydelser herunder blandt andet kontanthjælp. Den store andel af modtagere af midlertidige ydelser indikerer et potentiale for at styrke indsatsen og bringe flere i målgruppen tættere på uddannelse og beskæftigelse.

I redegørelsens kapitel 9 om voksne med nedsat psykisk funktionsevne, der blandt andet omfatter personer med psykiske vanskeligheder, tegnes et billede af, at gruppen har komplekse støttebehov. Blandt personer, der modtager en social indsats på grund af psykiske vanskeligheder, har ca. 50 pct. kontakt til sygehuspsykiatrien i 2016, og ca. 75 pct. har haft mindst én kontakt til psykiatrien i perioden 2012 til 2016.

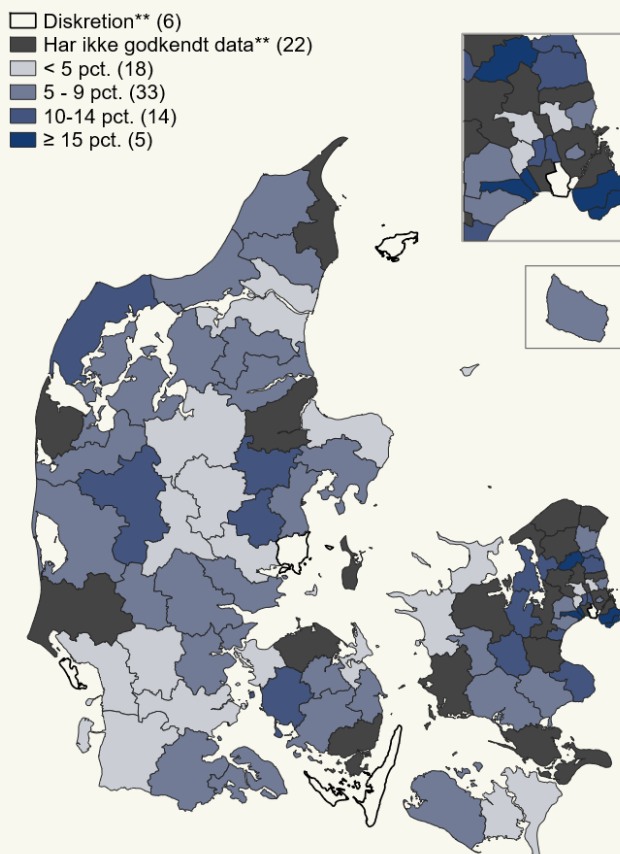
I kapitel 9 ses også nærmere på gruppen, der modtager midlertidige ydelser mv., herunder hvilke beskæftigelsesindsatser gruppen modtager, og om borgerne efterfølgende kommer i beskæftigelse. Analysen peger på, at der særligt blandt de unge med psykiske vanskeligheder er mange, der modtager kontanthjælp i lang tid. Omkring 45 pct. af de 18-29-årige modtagere af sociale indsatser, som har angst, skizofreni eller personlighedsforstyrrelser, modtager kontanthjælp i over et år ud af perioden 2016-2017.

Der er kommunale forskelle i, hvor mange personer i målgruppen, der er i beskæftigelse eller uddannelse. I nogle kommuner er ganske få procent i uddannelse eller beskæftigelse, mens det i andre kommuner er 15 pct. eller derover, jf. figur 2.11.

De kommunale forskelle skal ses på baggrund af, at målgruppens sammensætning og tyngde kan variere betragteligt, eksempelvis i forhold til støttebehov. De kommunale forskelle kan dog også indikere, at man nogle steder er bedre til at hjælpe målgruppen videre mod uddannelse og beskæftigelse. Det skal dog fremhæves, at andelen i uddannelse eller beskæftigelse i de fleste kommuner er relativt lav, og at selvforsørgelse for mange ikke nødvendigvis er et realistisk eller meningsfuldt mål for den sociale indsats.

Figur 2.11

Andelen af voksne med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, der er i uddannelse eller beskæftigelse, kommune fordelt, 2016



*) Kommunen har ikke godkendt data indberettet til De Kommunale Serviceindikatorer i 2016. **) Når data for en kommune omfatter 3 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: 18-59-årige primo året. Baseret på indberetninger fra 74 kommuner, der har godkendt data for et eller flere kvartaler i 2016. Tårnby Kommune indberetter data på vegne af Dragør Kommune. Ishøj kommune indberetter data på vegne af Vallensbæk Kommune. Tal i parentes angiver antal kommuner i intervallet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

2.2.5 Mål for vold i nære relationer

For alle berørte af vold i nære relationer kan konsekvenserne være store på både kort og langt sigt. De sociale indsatser skal derfor både tage hånd om den voldsudsattes behov her og nu, samt bidrage til muligheden for et selvstændigt liv efter voldens ophør.

Selvforsørgelse er et vigtigt led heri, hvilket ligger bag regeringens mål om, at *flere personer udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse*.

Tidligere fandtes der kun få registerdata, som kan bidrage til at belyse omfanget af vold i nære relationer og effekten af indsatserne rettet herimod. For blandt andet at kunne følge op på regeringens sociale mål har Børne- og Socialministeriet per 1. januar 2017 iværksat en ny indsamling af oplysninger om alle kvinder og børn, som bliver indskrevet på et krisecentertilbud i henhold til serviceloven, jf. kapitel 10 og 11.

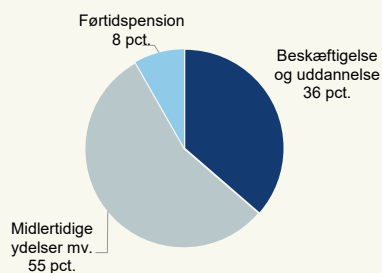
Det er endnu ikke muligt at gøre status for regeringens mål om, at flere skal i uddannelse eller beskæftigelse året efter, de har afsluttet et ophold på et kvindekrisecenter i 2017, da der på nuværende tidspunkt ikke er tilgængelige registerdata om kvindernes tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked for kalenderåret 2018.

I temakapitlet om kvinder på kvindekrisecentre er der i stedet fokus på uddannelse og beskæftigelse i perioden op til, at kvinderne bliver indskrevet på et krisecenter med henblik på at belyse målgruppens beskæftigelsespotentiale, jf. kapitel 10.

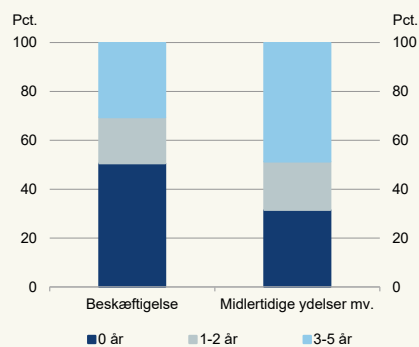
Analyserne viser blandt andet, at omkring 55 pct. af 20-64-årige kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017 havde midlertidige ydelser som deres primære forsørgelsesgrundlag i 2016, mens ca. 36 pct. var i uddannelse eller beskæftigelse, og 8 pct. modtog førtidspension, jf. figur 2.12.

Figur 2.12

År med beskæftigelse som
forsørgelsesgrundlag i perioden 2012-2016
blandt kvinder med ophold på krisecentre 2017

**Figur 2.13**

År med midlertidige ydelser mv. som
forsørgelsesgrundlag i perioden 2012-2016
blandt kvinder med ophold på krisecentre 2017



Anm.: Opgjort på baggrund af antal 25-64-årige kvinder på krisecentre i 2017, der også indgår i befolkningen i 2012, med henblik på at afgrænse opgørelsen til personer, der var over 18 år i hele perioden fra 2012 til 2016. Opgørelsen omfatter ikke kvinder med anonymt ophold. Alder er opgjort ultimo 2017. Forsørgelsesgrundlaget er opgjort på baggrund af det primære forsørgelsesgrundlag (SOCIO13). Midlertidige ydelser mv. omfatter bl.a. kontanthjælp, dagpenge, sygedagpenge, og barsel mv. Der er opgørelsen set bort fra personer, der modtager folkepension.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ser man på forsørgelsesgrundlaget over en 5-årig periode – fra 2012 til 2016 – er det omkring 50 pct. af kvinder på krisecentre i alderen 25 til 64 år, der har haft beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag i mindst ét af årene, jf. figur 2.13. Det indikerer, at der er et potentiale for at få en del af målgruppen tættere på arbejdsmarkedet, hvis erfaring og kompetencer fra tidligere beskæftigelse kan bringes i spil igen med den rette hjælp og støtte på det rigtige tidspunkt.

Men resultaterne viser også, at omkring 50 pct. af kvinder på krisecentre i alderen 25 til 64 år har haft midlertidige ydelser mv. som primært forsørgelsesgrundlag i 3-5 år op til, at de påbegyndte et ophold på et krisecenter, jf. figur 2.13.

Boks 2.2**Initiativer med relevans for at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet**

Regeringen har afsat midler til nedenstående initiativer siden juli 2017. Initiativer, som regeringen har afsat midler til før juli 2017, fremgår af Socialpolitisk Redegørelse 2017.

Virksomme indsatser for udsatte børn og unge og deres familier

For at sikre udsatte børn og unge og deres familier den bedst mulige hjælp igangsættes et Udviklings- og Investeringsprogram på børne- og ungeområdet, som skal udvikle og udbrede virksomme indsatser for udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap og deres familier. Udviklings- og Investeringsprogrammet skal i sidste ende være med til at sikre, at sociale indsatser kommer til at gøre en reel forskel, så udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap får styrkede muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv. Et vigtigt formål med Udviklings- og Investeringsprogrammet er også at bidrage til videreudviklingen af vidensdatabasen i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM). Der er med satspuljeaftalen for 2019 afsat i alt 257,8 mio. kr. i perioden 2019-2022 til programmet.

Helhedsorienteret indsats

Regeringen præsenterede i regi af Sammenhængsreformen i oktober 2018 et udspil til et reformspor om en helhedsorienteret indsats. Sammen med satspuljepartierne har regeringen med satspuljeaftalen for 2019 afsat ca. 106 mio. kr., som skal bruges til at implementere reformen 'Sammen med borgeren – en helhedsorienteret indsats' i kommunerne i perioden 2019-2022. Med reformen vil regeringen bl.a. gøre det muligt for kommunerne at tilrettelægge mere sammenhængende hjælp til borgere, som slås med flere problemer på én gang, med det formål at bringe borgeren tættere på at mestre eget liv og blive en del af arbejdsmarkedet.

Handlingsplan til bekæmpelse af psykisk og fysisk vold i nære relationer 2019-2022

Der er med satspuljeaftalen for 2019 afsat 65 mio. kr. til en ny handlingsplan til bekæmpelse af psykisk og fysisk vold i nære relationer. Handlingsplanen styrker de ambulante tilbud på voldsområdet, så paletten af tilbud udvides, og flere voldsudsatte kvinder, mænd og unge samt voldsudøvere tilbydes rådgivning og behandling. Handlingsplanen skal endvidere bidrage til at forebygge vold gennem oplysning om psykisk og fysisk vold, styrke oplysning og rådgivning om digitale krænkelse samt tilvejebringe ny viden om fysisk og psykisk vold i nære relationer.

Styrkelse af kvaliteten i indsatsen i socialpsykiatrien

Der er med satspuljeaftalen for 2019 afsat 100 mio. kr. til en række tiltag til styrkelse af kvaliteten i indsatsen i socialpsykiatrien. Tiltagene skal bidrage til en strategisk omlægning og udvikling af indsatsen i kommunerne med fokus på recoveryorientering og rehabilitering på politisk, forvaltnings- og tilbuds niveau og understøtte den gode kvalitet på botilbud og i den socialpædagogiske bistand med nationale anbefalinger om aktuelt bedste viden, lovende praksis og virksomme metoder. Dertil igangsættes et vidensløft og en varig kompetenceudviklingsindsats af ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien.

Beskæftigelsesudspil på handicapområdet

Børne- og Socialministeren lancerede i samarbejde med beskæftigelsesministeren i oktober 2018 et beskæftigelsesudspil på handicapområdet, der skal øge beskæftigelsen for personer med handicap. Udspillet understøtter regeringens sociale mål om, at flere personer med et handicap skal i beskæftigelse eller uddannelse. Med "Aftale om udmøntning af satspuljen for 2019 på beskæftigelsesområdet" er satspuljepartierne med afsæt i regeringens udspil enige om at afsætte i alt 128,4 mio. kr. i perioden 2019-2022 til 11 initiativer, der skal medvirke til, at flere mennesker med handicap kommer i beskæftigelse. Heriblandt er der fokus på smidigere overgange på hjælpemiddelområdet og forbedret viden om handicap og beskæftigelse samt målrettet udbredelse heraf gennem en permanent vidensplatform.

Boks 2.2 (fortsat)**Reform af det forberedende område**

I oktober 2017 indgik regeringen sammen med Dansk Folkeparti, Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti og Radikale Venstre en aftale om en reform af det forberedende område. Aftalen medfører, at der i august 2019 etableres en ny forberedende grunduddannelse (FGU) for unge under 25 år uden en ungdomsuddannelse. Den forberedende grunduddannelse skal give de unge kundskaber, færdigheder, afklaring og motivation til at gennemføre en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse. Samtidig får kommunerne det fulde ansvar for at gøre unge under 25 år parate til at gennemføre en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse. Det indebærer, at alle kommuner skal etablere en kommunal ungeindsats, der koordinerer den unges forløb på tværs af uddannelses-, beskæftigelses- og socialindsatsen. Etableringen af FGU'en og den kommunale ungeindsats understøtter regeringens målsætning om, at flere udsatte unge skal gennemføre en ungdomsuddannelse.

Bedre muligheder for personer med handicap på erhvervsuddannelserne

Regeringen har i 2018 gennemført en afdækning af eventuelle barrierer for, at personer med handicap har de samme rammer for at gennemføre en erhvervsuddannelse som personer uden handicap. Afdækningen skal danne grundlag for en drøftelse med Folketingets partier om konkrete tiltag. I forbindelse med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat midler til initiativer, der styrker personer med handicaps muligheder for at gennemføre en erhvervsuddannelse.

Flere ASF-klasser på landsplan

Der er med satspuljeaftalen for 2019 afsat midler til at oprette to nye Autisme Spektrum Forstyrrelser-klasser (ASF-klasser), så antallet af klasser øges fra 11 til 13 på landsplan. ASF-klasser er tilbud om en gymnasial uddannelse til unge med en diagnose inden for de forskellige former for autisme, blandt andet Aspergers Syndrom. Undervisningen foregår i særlige rammer for at tage hensyn til denne særlige gruppe unge. Dermed kan de unge tage en gymnasial uddannelse på linje med andre unge.

Inspirationsmateriale om anbragte børn og unges faglige progression og trivsel i skolen

Med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat midler til at udvikle materiale, som samler viden og lovende praksis om, hvordan anbragte børn og unges trivsel og læring kan styrkes i folkeskolen. Materialet skal understøtte lærerne og pædagogernes håndtering og understøttelse af børn og unge, der anbringes uden for hjemmet. Materialet udbredes og formidles gennem en landsdækkende kampagne. Desuden afholder en læringskonsulent et antal webinarer for alle interesserede kommuner og skoler, hvor viden, metoder og redskaber formidles.

Screening og modning af metoder til unge med autisme og overgangen til et selvstændigt liv

På syv år er andelen af børn og unge, der får en psykiatrisk diagnose som ADHD, autisme eller angst, mere end fordoblet, og stigningen udgør en udfordring for kommunerne. Som en del af Udviklings- og Investeringsprogrammet for 2019 er det derfor besluttet at iværksætte et initiativ, som skal udvikle nye sociale og mestringsrettede indsatser til unge med autisme i overgangen til voksenlivet, inden der opstår et behov for et botilbud.

Ro og stabilitet for udsatte børn og unge

Stabilitet og tryghed er afgørende forudsætninger for at sikre udsatte børn og unge en god opvækst med gode fremtidsudsigter. Med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat midler til en række initiativer, der samlet set skal medvirke til at sikre udsatte børn og unge en mere tryk og stabil opvækst, som kan være med til at forebygge, at problemerne udvikler sig, herunder også at styrke deres skolegang.

Boks 2.2 (fortsat)**Socialt frikort**

Med satspuljeaftalen for 2018 er der afsat 45 mio. kr. til et socialt frikort. Det sociale frikort skal give de mest udsatte borgere i samfundet bedre muligheder for at deltage i samfundets arbejdsfællesskaber, bidrage samt opleve værdi i hverdagen. Frikortet giver udsatte borgere, der er langt fra arbejdsmarkedet, mulighed for at tjene op til 20.000 kr. skattefrit årligt ved at arbejde for virksomheder. Med frikortet kan udsatte borgere arbejde i det lokale erhvervsliv fx i småjobs og på den måde være en del af arbejdsfællesskabet uden at skulle betale skat eller få fradrag i sociale ydelser. Hensigten er desuden, at det sociale frikort skal tilskynde virksomheder til at tage et socialt ansvar ved at engagere udsatte borgere.

Mere kvalitet i plejefamilier – en bedre opvækst for det anbragte barn

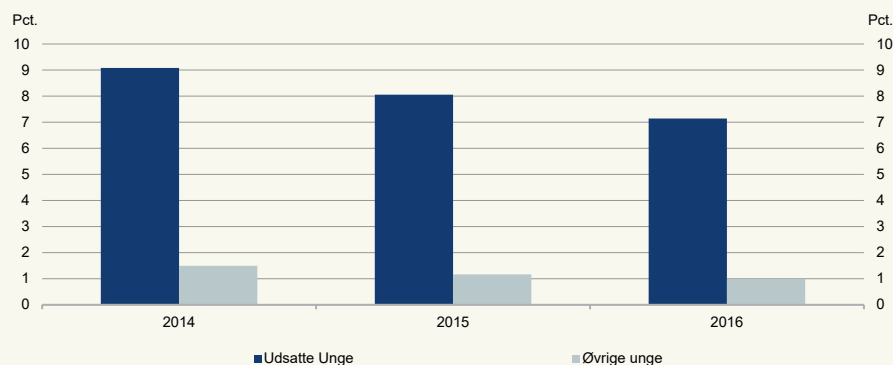
Plejefamilieområdet løftes, så plejefamilier og anbragte børn får den hjælp og støtte, de har brug for. Der indføres nye plejefamilietyper, som skal medvirke til at sikre, at børnene anbringes i familier, der kan rumme deres behov og skabe positiv udvikling for dem. Et nyt koncept for godkendelse af plejefamilier skal sikre en mere ensartet godkendelse af plejefamilier, og som led heri udvikles der også en række nye redskaber til at afdække og vurdere familiernes egnethed som plejefamilier i forbindelse med godkendelsen. Oplysningerne om familiernes egnethed kan også bruges af den anbringende kommune til at matche barn og plejefamilie. Der udvikles desuden et tæt støttet opstartsforløb til plejefamilier i begyndelsen af anbringelsen, så anbringelsen kommer bedst muligt fra start. Ligeledes styrkes støtten og supervisionen til plejefamilier med mere behandlingskrævende børn, så de kan etablere et samarbejde med døgninstitutioner og opholdssteder med faglig viden om børnenes problemstillinger. Derudover afskaffes kommunernes mulighed for selv at godkende en plejefamilie til et konkret barn, så alle professionelle plejefamilier fremadrettet er underlagt de samme krav til kvalitet. Der er med satspuljeaftalen for 2018 afsat i alt 73,7 mio. kr. til initiativerne i perioden 2018-2021.

2.3 Mål 6-10: Færre skal være socialt udsatte

2.3.1 Mål for udsatte unges kriminalitet

Udsatte unge, som har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet, får i langt højere grad end øvrige unge en fældende strafferetlig afgørelse. Det er derfor et af regeringens mål, at *færre udsatte unge skal begå kriminalitet*.

Udviklingen i udsatte unges kriminalitet går den rigtige vej. Andelen af udsatte unge, som fik en fældende strafferetlig afgørelse, er således faldet fra 9 pct. i 2014 til 7 pct. i 2016, jf. figur 2.14. I samme periode faldt andelen af øvrige unge, som fik en fældende strafferetlig afgørelse, fra 1,5 til 1 pct., jf. figur 2.14.

Figur 2.14**Udsatte og øvrige unges kriminalitet 2014 – 2016**

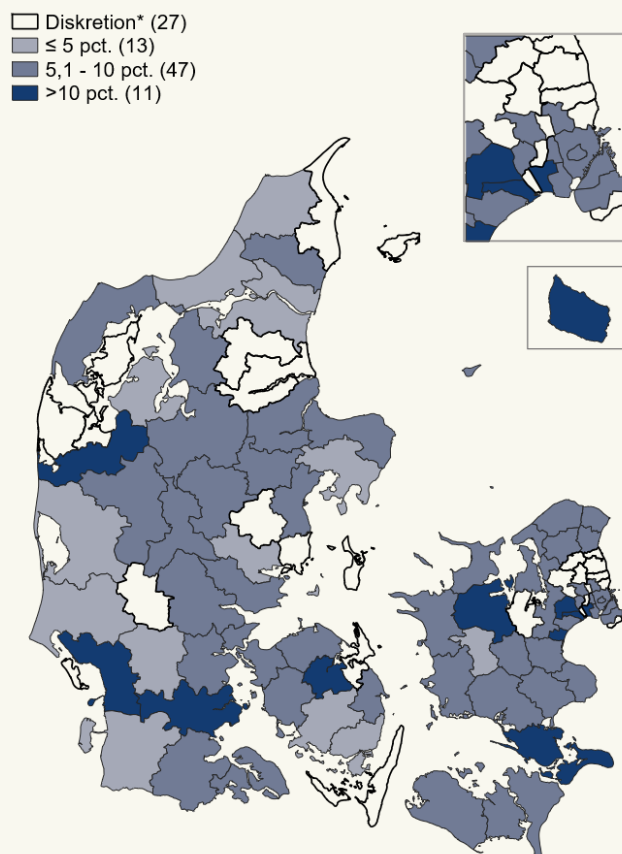
Anm.: "Udsatte unge" omfatter unge i alderen 15-17, som har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i deres liv 0-17 år. "Kriminalitet" omfatter fældende afgørelser efter straffeloven og særlovene.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der er således sket et markant fald på 2 pct.-point på to år i de udsatte unges kriminalitet. Andelen af udsatte unge, som får en fældende strafferetlig afgørelse, er dog stadig væsentligt over andelen af øvrige unge.

Man skal dog holde sig for øje, at nogle unge anbringes uden for hjemmet på grund af kriminalitet, og at unge under 18 år, som er i varetægtssurrogat eller afsoner, således optræder i anbringelsesstatistikken netop på grund af lovovertrædelserne. Udsatte unge omfatter også denne gruppe.

Der er store kommunale forskelle på andelen af udsatte unge, som får en fældende strafferetlig afgørelse, og mens andelen i nogle kommuner lå under 5 pct., var den i andre kommuner over 10 pct., jf. figur 2.15.

Figur 2.15**Andelen af udsatte unge, som modtog en strafferetlig afgørelse, kommunefordelt, 2016**

*) Data opgøres ikke for kommuner, hvor antallet af personer med en strafferetlig afgørelse er 3 eller derunder.
Anm.: "Udsatte unge" omfatter unge i alderen 15-17, som har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i deres liv 0-17 år. "Kriminalitet" omfatter fældende afgørelser efter straffeloven og særlovene. Opgjort efter bopælskommune pr. 1. januar 2016. Tal i parentes angiver antal kommuner i intervallet.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Forskellene kan skyldes forskelle i kommunernes kriminalpræventive arbejde, men kan også skyldes en række andre faktorer. Det gælder fx, at gruppen af udsatte unge i nogle kommuner har flere, tungere eller mere komplekse udfordringer. Derudover spiller det ind, at der er forholdsvis få observationer i mange af kommunerne, hvilket medfører, at blot en enkelt fældende afgørelse kan betyde meget for kommunens samlede andel af udsatte unge med fældende afgørelser.

2.3.2 Mål for hjemløshed

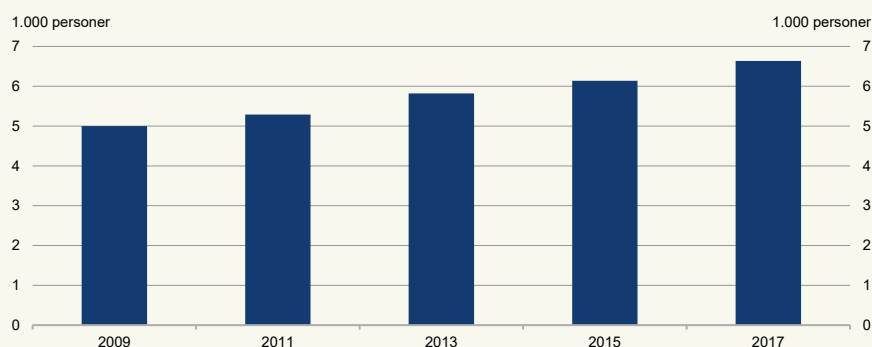
Borgere i hjemløshed er en meget forskelligartet gruppe. Det kommer blandt andet til udtryk ved deres forskellige hjemløsesituationer. Uanset forskelle i problemstillinger og støttebehov blandt hjemløse er en stabil boligsituation ofte udgangspunktet for at have overskud til at håndtere andre problemer. Regeringen har derfor som mål, at *færre skal være hjemløse*.

Antallet af hjemløse i Danmark bliver opgjort hvert andet år og er senest opgjort i 2017. Kortlægningen foretages som en tælling i én uge og giver derfor et øjebliksbillede af omfanget af hjemløshed, og antallet personer berørt af hjemløshed i løbet af året er derfor højere end det registrerede antal i tællingsugen.

Antallet af registrerede hjemløse er steget i alle de år, hvor der er foretaget kortlægninger af antallet af hjemløse. I 2017 var der omkring 6.600 hjemløse. Det er en stigning på omkring 500 hjemløse i forhold til 2015, hvor antallet af registrerede hjemløse var ca. 6.100, jf. figur 2.16.

Figur 2.16

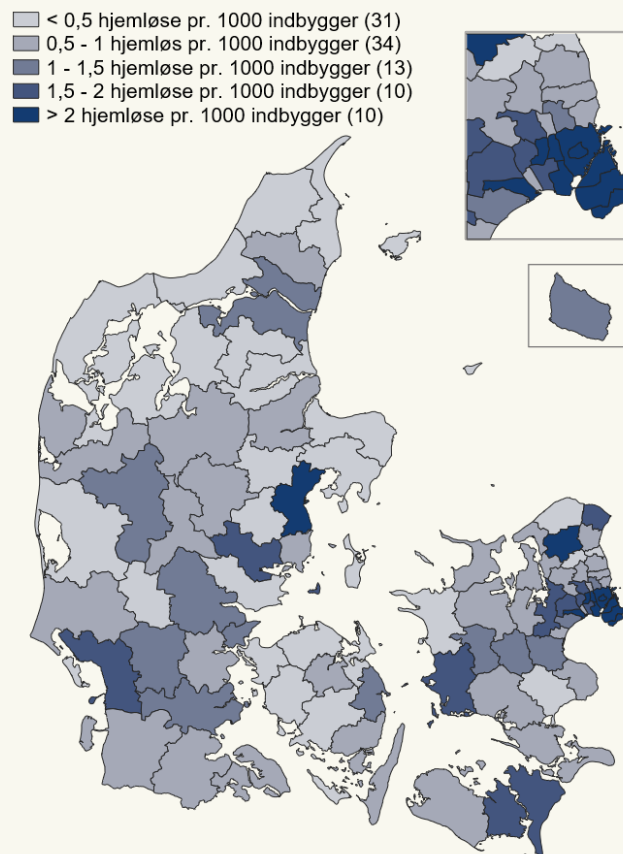
Hjemløse borgere, 2009-2017



Anm.: Optællingen foretages hvert andet år i uge 6. Hjemløse uden fast ophold i Danmark indgår ikke i opgørelsen. Antallet af registrerede hjemløse de enkelte år er i 2009: 4.998, 2011: 5.290, 2013: 5.820, 2015: 6.138 og 2017: 6.635.

Kilde: VIVE, 2017a.

Der er registreret hjemløse i hele landet, men der er flest hjemløse i kommunerne omkring Region Hovedstaden og i Aarhus Kommune. Det gælder også, når man tager højde for det samlede antal borgere i de enkelte kommuner, jf. figur 2.17.

Figur 2.17**Hjemløse pr. 1000 indbyggere i 2017, kommune fordelt**

Anm.: Målgruppen er defineret med udgangspunkt i afgrænsningen i den nationale kortlægning af hjemløshed: "personer, som ikke disponerer over egen (ejet eller lejet) bolig eller værelse, men som er henvist til midlertidige boalternativer, eller som bor midlertidigt og uden kontrakt hos familie, venner eller bekendte". Pr. 1.000 indbyggere er opgjort på baggrund af antallet af personer på 18 år eller derover ultimo 2017. Som hjemløse regnes også personer uden et opholdssted den kommende nat. Tal i parentes angiver antal kommuner i intervallet.

Kilde: VIVE, 2017a, samt egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

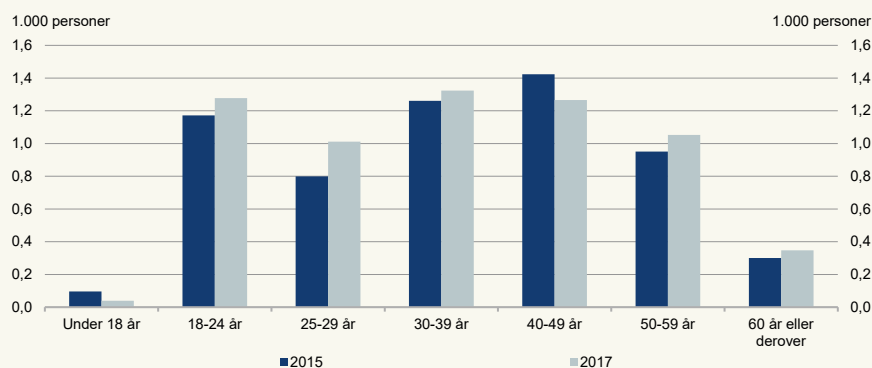
Størstedelen af hjemløse i 2017 findes blandt personer, der overnatter på forsorgshjem og herberger eller bor hos familie og venner.

Der er hjemløse i alle aldersgrupper, og der har været en stigning i antallet af hjemløse fra 2015 til 2017 i næsten alle aldersgrupperne. Stigningen har været størst blandt 25-29-årige, hvor antallet er steget med omkring 215 personer, jf. figur 2.18.

Kun blandt personer under 18 år og blandt 40-49-årige har der været et fald i antallet af hjemløse.

Figur 2.18

Hjemløse opdelt efter alder 2015 og 2017



Anm.: Se anmærkning til figur 2.16.

Kilde: VIVE, 2017a.

2.3.3 Mål for personer i stofmisbrugsbehandling

Et stofmisbrug kan have betydelige sociale og sundhedsmæssige konsekvenser for den enkelte og samfundet generelt. Regeringen har derfor som mål, at der skal være *større effekt af stofmisbrugsbehandlingen*.

I 2017 var omkring 18.600 personer i kontakt med stofmisbrugsbehandling.

Stofmisbrugsbehandlingen baserer sig på frivillighed og den enkeltes motivation for behandling, og det anslås, at det samlede antal personer med et stofmisbrug i Danmark er væsentligt højere end antallet af personer i behandling.

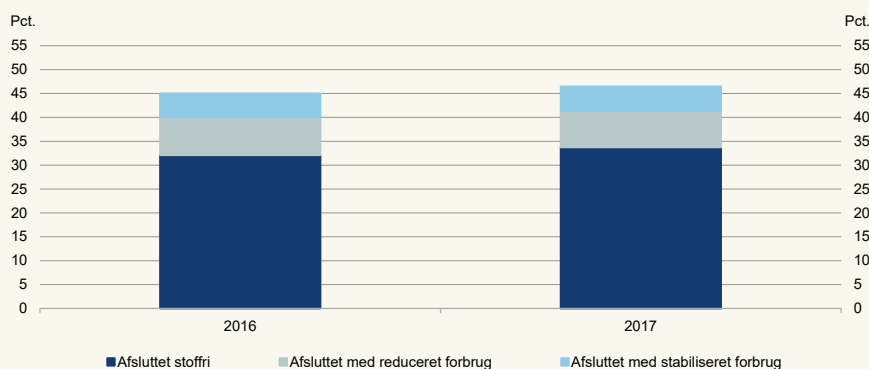
Der er store forskelle i målgruppens udfordringer, ressourcer og behov, og det afspejler sig i formålet og resultaterne af den enkeltes stofmisbrugsbehandling. Som oftest er formålet med behandlingen stoffrihed. I en række tilfælde tager behandlingen dog sigte på at reducere eller stabilisere misbruget. Det kan fx gælde personer med et mangeårigt misbrug bag sig, hvor det ikke er realistisk at opnå stoffrihed.

Som led i Børne- og Socialministeriets datastrategi er indsamlingen af data for stofmisbrugsbehandling efter service- og sundhedsloven overgået til Danmark Statistik, som løbende arbejder med at styrke kvalitetskontrollen af data. Data fra før 2016 har ikke undergået samme detaljerede kvalitetskontrol som data for 2016 og 2017, og Danmarks Statistik anbefaler derfor, at udviklingen fra 2015 til 2016 fortolkes med varsomhed. I forlængelse heraf er det besluttet at fastsætte 2016 som nyt baselineår for også fremadrettet at kunne følge udviklingen i regeringens mål for personer i stofmisbrugsbehandling på det bedste sammenlignelige grundlag.

Der er tegn på, at effekten af stofmisbrugsbehandlingen er blevet bedre. I omkring 46 pct. af de stofmisbrugsbehandlingsforløb, der blev afsluttet i 2017, har personen afsluttet behandlingen som stoffri eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Det er omkring 1 pct.-point flere end i 2016, hvor andelen var ca. 45 pct., jf. figur 2.19.

Figur 2.19

Afsluttede behandlingsforløb for stofmisbrug, som stoffrie, med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug, 2016-2017



Anm.: Omfatter alle med afsluttet kontakt til stofmisbrugsbehandling. Det omfatter også personer, der har anmodet om behandling, men ikke er påbegyndt deres behandling. Opgjort på baggrund af de 72 kommuner, som har godkendt deres indberetninger til Danmarks Statistik i både 2016 og 2017. Opgørelsen omfatter ikke forløb, hvor status ved afsluttet behandling er uoplyst. Hvis en person har afsluttet flere behandlingsforløb i løbet af året, tæller vedkommende flere gange. Personer, som er i substitutionsbehandling bliver ikke altid afsluttet, da det ofte vil være et mål i sig selv at fastholde borgeren i behandling, idet behandlingen begrænser skaderne og forbedrer borgerens sociale og sundhedsmæssige situation. Derfor har substitutionsbehandling ofte karakter af at være et længerevarende eller varigt forløb og ikke et forløb, som nødvendigvis skal afsluttes.

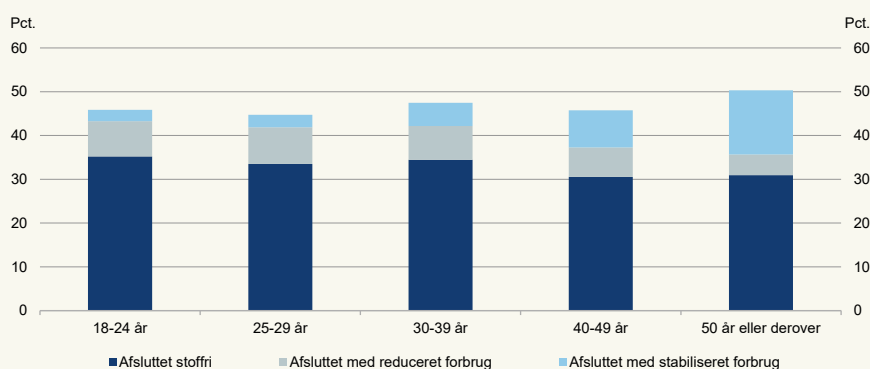
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udviklingen er en fortsættelse af tendenserne for 2013-2015, hvor andelen af personer, der afsluttede et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffrie eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug, også steg fra år til år, jf. Socialpolitisk Redegørelse 2017.

Personer på 50 år eller derover afslutter i højere grad deres behandling som stoffrie eller med et reduceret eller stabiliseret stofmisbrug end de yngre aldersgrupper. I de ældre aldersgrupper er der dog også væsentligt flere, som afslutter deres behandling med et stabiliseret stofmisbrug, hvilket gør sig gældende for ca. 15 pct. af personer over 50 år, jf. figur 3.20.

Figur 2.20

Afsluttede behandlingsforløb for stofmisbrug, som stoffrie, med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug i 2017, opdelt efter alder



Anm.: Alder er opgjort for 2017. Se i øvrigt anmærkning til figur 2.19.

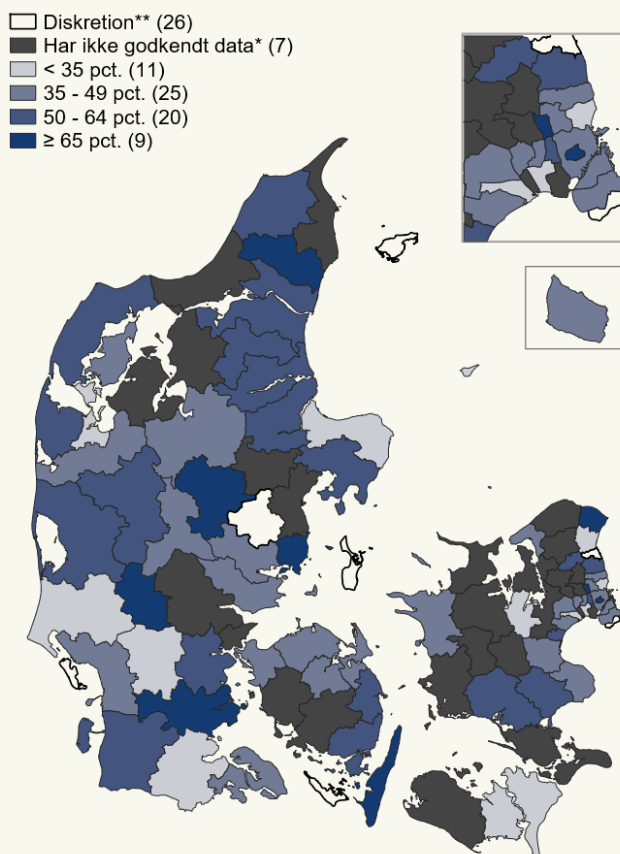
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der er store forskelle på resultaterne af stofmisbrugsbehandlingen på tværs af kommunerne. Nogle kommuner opnår i højere grad end andre positive effekter af stofmisbrugsbehandlingen. Men forskellene kan også skyldes en række forhold, herunder kommunale forskelle i problemtungden hos de personer, der modtager stofmisbrugsbehandling. Samtidig kan der være kommunale forskelle i organiseringen af indsatsen og i registreringspraksis.

I nogle kommuner er andelen af personer, der afslutter deres stofmisbrugsbehandling som stoffrie eller med reduceret eller stabiliseret forbrug af stoffer, under 35 pct., mens den i andre kommuner ligger på 65 pct. eller derover, jf. figur 2.21.

Figur 2.21

Afsluttede behandlingsforløb for stofmisbrug, som stoffrie, med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug, kommunefordelt, 2016-2017



*) Kommunen har ikke godkendt indberettet data. **) Når data for en kommune omfatter 3 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Opgjort på baggrund af opholdskommune (myndighedskommune). Der kan være usikkerheder forbundet med registreringen af myndighedskommunen. I nogle kommuner er der tale om få behandlingsforløb, hvorfor resultaterne skal fortolkes med varsomhed. Tal i parentes angiver antal kommuner i intervallet. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.19.

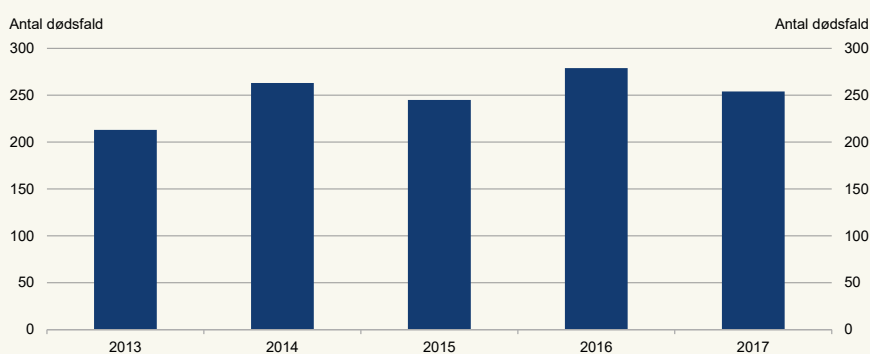
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det sociale mål om stofmisbrug omhandler også, at antallet af narkotikarelaterede dødsfald falder.

I 2017 blev der ifølge Rigspolitiet registreret 254 narkotikarelaterede dødsfald. Dette er en del færre end i 2016, hvor der blev registreret 279 dødsfald, hvilket var det højeste registrerede antal dødsfald de seneste fem år, jf. figur 2.22.

Figur 2.22

Narkotikarelaterede dødsfald



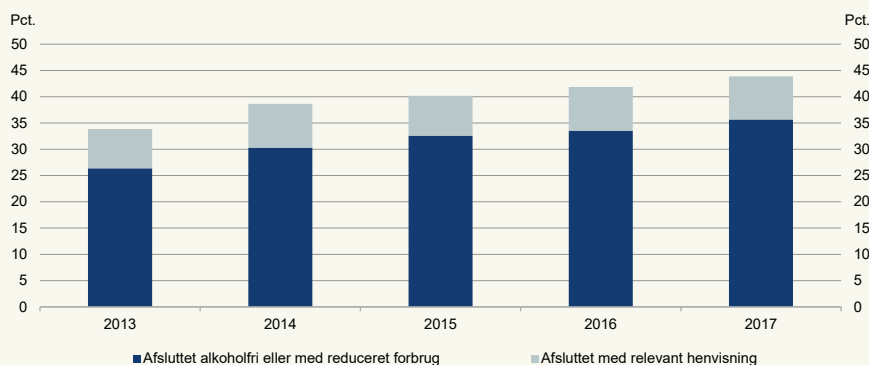
Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2018.

2.3.4 Mål for personer i alkoholbehandling

Alkoholafhængighed kan have store sociale og sundhedsmæssige konsekvenser for både den enkelte og de pårørende. De sociale mål omfatter derfor også et mål om, at der skal være *større effekt af alkoholbehandlingen*. Konkret opgøres det som andelen af personer i offentlig finansieret alkoholbehandling, der afslutter et behandlingsforløb som alkoholfri, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning.

Den registrerede andel af alkoholbehandlingsforløb, der afsluttes som færdigbehandlede (alkoholfri eller med en reduktion i alkoholforbruget) eller med relevant henvisning, er steget jævnt fra år til år.

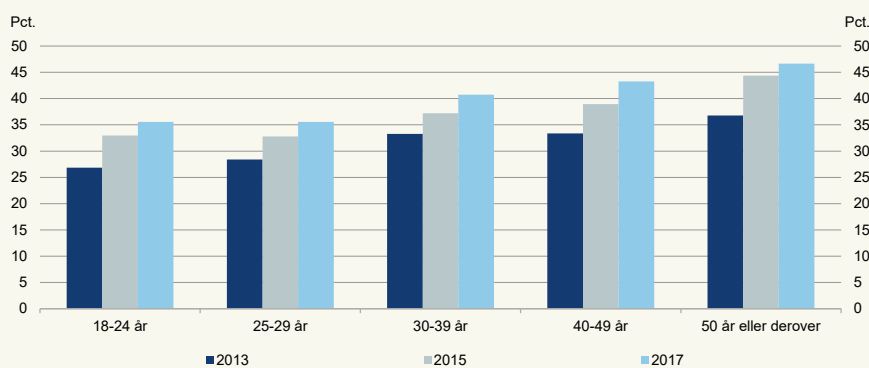
I 2017 afsluttede 44 pct. et behandlingsforløb for alkoholafhængighed med alkoholfrihed, et reduceret forbrug eller med relevant henvisning til yderligere behandling. Det er en stigning på 10 pct.-point i forhold til 2013, hvor 34 pct. afsluttede deres behandlingsforløb med alkoholfrihed, et reduceret forbrug eller med relevant henvisning, jf. figur 2.23.

Figur 2.23**Alkoholbehandlingsforløb, der er afsluttet som færdigbehandlet eller udskrevet til andet tilbud**

Anm.: Omfatter ikke-anonyme, offentligt finansierede alkoholbehandlingsforløb. Afsluttet med relevant henvisning omfatter "Udskrevet til anden institution", "Udskrevet til egen læge" eller "Udskrevet til hospital". Antallet af indberetninger med afslutningsårsager i 2017 er markant lavere end for de tidligere år, hvilket kan have en betydning for resultatet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Stigningen i de positive resultater af alkoholbehandlingen er sket på tværs af alle aldersgrupper, hvor andelen af personer, der har afsluttet deres behandlingsforløb som alkoholfri, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning, er steget med 7-10 pct.-point, jf. figur 2.24.

Figur 2.24**Udvikling i alkoholbehandlingsforløb, der er afsluttet færdigbehandlet eller udskrevet til andet tilbud, opdelt efter år for afsluttet behandling og alder.**

Anm.: Se anmærkningen til figur 2.23.

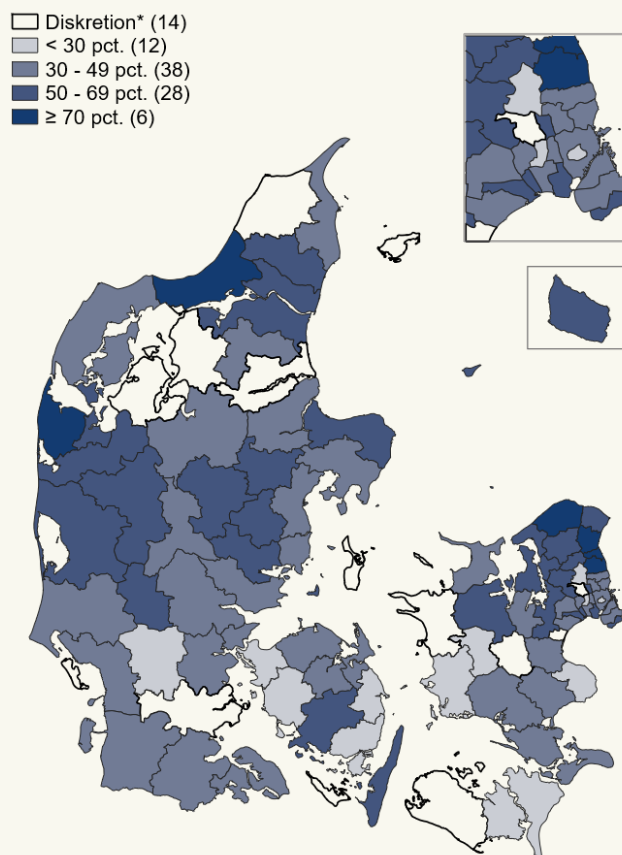
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der er store forskelle på resultaterne af alkoholbehandlingen, når man sammenligner på tværs af kommuner. Der er således nogle kommuner, hvor den positive effekt af alkoholbehandlingen ser ud til at være større end i andre kommuner. Men forskellene kan også skyldes en række andre forhold, som fx forskelle i kommunerne på sammensætningen af borgere i behandling blandt andet i forhold til tyngden af alkoholforbruget, belastningsgrad og netværk samt forskellige måder at organisere indsatsen på og forskelle i registreringspraksis.

Samlet set er den umiddelbare effekt af den offentligt finansierede alkoholbehandling størst i en række kommuner nord for København samt i Vest- og Nordjylland, jf. figur 2.25.

Figur 2.25

Andel personer i offentlig alkoholbehandling, som afslutter et behandlingsforløb som alkoholfri, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning, kommunefordelt, 2017



*) Når data for en kommune omfatter 3 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Opgjort på baggrund af bopælskommune. Der opgøres antal ikke-anonyme offentligt finansieret behandlingsforløb, som er afsluttet i året. Hvis en person har afsluttet flere behandlingsforløb i løbet af året, tæller vedkommende flere gange. Antallet af indberetninger med afslutningsårsager i 2017 er markant lavere end for de tidligere år, hvilke kan have en betydning for resultatet. I nogle kommuner er der tale om få behandlingsforløb, hvorfor resultaterne skal fortolkes med varsomhed. Tal i parentes angiver antal kommuner i intervallet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

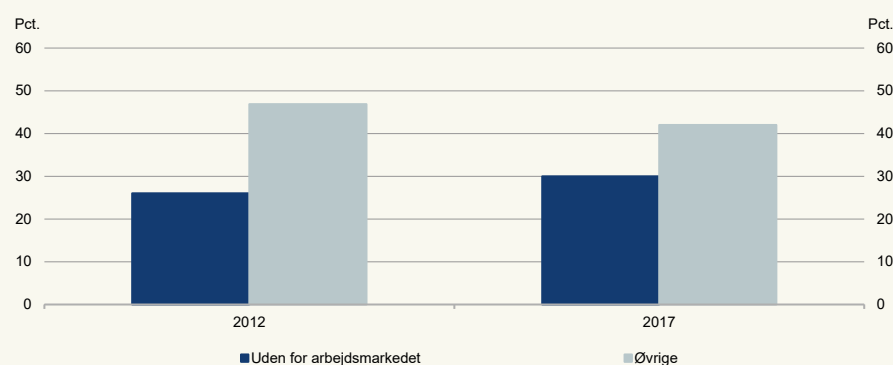
2.3.5 Mål for personer uden for arbejdsmarkedets frivillige indsats

I civilsamfundet og som frivillige er alle medborgere på lige fod, og deltagelse i den frivillige indsats handler i lige så høj grad om at gøre noget sammen med andre – som at gøre noget for andre. Derfor kan deltagelse i den frivillige indsats bidrage til at styrke netværket for personer uden for arbejdsfællesskabet og være en mulighed for at bidrage til fællesskabet. Regeringen har som mål, at *flere uden for arbejdsfællesskabet skal deltage i den frivillige indsats*.

Der følges op på deltagelse i den frivillige indsats for personer, som hverken er i beskæftigelse eller under uddannelse, via frivillighedsundersøgelserne. Der er gennemført frivillighedsundersøgelser i 2012 og 2017. Der foreligger ikke opdateret data siden det, som blev præsenteret i Socialpolitisk Redegørelse 2017.

Figur 2.26

Personer, der er en del af den frivillige indsats, 2012 og 2017



Anm.: 16-85-årige. Frivilligt engagement omfatter ulønnet arbejde, der er frivilligt, udføres i organisatorisk sammenhæng, er til gavn for andre end én selv og den nærmeste familie. Både i 2012 og 2017 spørges der til frivillighed inden for flere områder. I 2017-undersøgelsen bliver der spurgt lidt anderledes til hhv. tidsafgrænset frivillighed samt internetbaseret frivillighed. Det betyder, at forskelle i resultater mellem 2012- og 2017-undersøgelsen skal ses som solide indikationer og eventuelle bevægelser, men ikke som fuldstændige en-til-en bevægelser. Personer uden for arbejdsfællesskabet er afgrænset til personer på førtidspension og kontanthjælp som primær indkomst. Personer med folkepension eller efterløn som primær indkomst indgår hverken i personer uden for arbejdsmarkedet eller i øvrige.

Kilde: SFI, 2014; Rambøll, 2017.

Andelen af personer uden for arbejdsfællesskabet, som er en del af den frivillige indsats, er steget fra 26 pct. i 2012 til 30 pct. i 2017. Dette er bemærkelsesværdigt set i lyset af, at der i resten af befolkningen er et fald fra 47 pct. i 2012 til 42 pct. i 2017. I 2012 i andelen, som deltog i den frivillige indsats, jf. figur 2.26.

Boks 2.3**Initiativer med relevans for at færre skal være socialt udsatte**

Regeringen har afsat midler til nedenstående initiativer siden juli 2017. Initiativer, som regeringen har afsat midler til før juli 2017, fremgår af Socialpolitisk Redegørelse 2017.

Styrket indsats til mænd i krise

Der er med satspuljeaftalen for 2019 afsat 8 mio. kr. til organisationer, som har særskit fokus på mænd i krise. Baggrunden for initiativet er, at mænd, som har været udsat for vold eller på anden måde oplever krise i livet, kan være i risiko for en social deroute og derfor kan have brug for særlig hjælp og støtte til at komme på fode igen.

Støtte til unge hjemløse

Der er med satspuljeaftalen for 2019 afsat 11,5 mio. kr. til en ansøgningspulje, hvor kommuner samt frivillige og private organisationer har mulighed for at søge om støtte til udvikling af midlertidige boliger til unge i hjemløshed eller unge i risiko for at ende i hjemløshed samt skabe grundlag for en mere fremskudt socialindsats. Indsatsen skal understøtte, at flere unge får den rette hjælp og støtte i bevægelsen mod en mere permanent boligsituation og i forebyggelsen af social udsathed.

Styrket indsats til unge med stofmisbrug

I 2019 er der i Udviklings- og Investeringsprogrammet afsat midler til to projekter om behandling af unge stofmisbrugere. Det ene projekt har allerede tidligere været afprøvet og har vist bemærkelsesværdigt gode resultater. I projektet var halvdelen af de unge stoffri 9 måneder efter indsatsen. Det samme var kun tilfældet for omkring en tredjedel i sammenligningsgrupper. Derfor bliver projektet nu udbredt til endnu flere kommuner. Desuden igangsættes et andet lignende projekt, som skal afklare, om indsatsen også kan fungere som gruppetilbud til unge med et stofmisbrug.

Udvikling af metode til kommunal støtte til borgere med komplekse problemstillinger

Kommunale og regionale tilbud oplever at have vanskeligt ved at håndtere nogle af de mest udsatte borgere, som har særligt komplekse problemstillinger. Der er derfor i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammet for 2019 igangsat et projekt, som skal videreudvikle en allerede velkendt metode (ACT-metoden), som kan hjælpe kommunerne med at tilrettelægge en effektiv indsats til målgruppen.

Udbredelse af bostøttemetoder

Bostøtte efter servicelovens § 85 er den mest benyttede ydelse efter serviceloven. En effektiv bostøtteindsats kan være afgørende for, at borgeren får taget hånd om sine sociale problemer, som eksempelvis hjemløshed, psykiske vanskeligheder mv., og der er i kommunerne stor efterspørgsel efter effektive metoder til at tilrettelægge bostøtten. Derfor er der med Udviklings- og Investeringsprogrammet for 2017, 2018 og 2019 afsat midler til at udbrede effektive metoder for kommunernes bostøtteindsatser.

Handlingsplan for bekæmpelse af hjemløshed

Med satspuljeaftalen for 2018 blev der afsat 154 mio. kr. til at styrke indsatsen til bekæmpelse af hjemløshed. Handlingsplanens formål er at sikre en mere forebyggende og helhedsorienteret indsats på hjemløseområdet. Børne- og Socialministeriet og Socialstyrelsen har opbygget en solid viden om indsatser, der hjælper borgere ud af hjemløshed, og med handlingsplanen udbredes indsatserne til større dele af landet. Antallet af unge i hjemløshed er steget markant, og derfor har handlingsplanen også fokus på en styrket forebyggelse af hjemløshed. Handlingsplanen har også fokus på en bedre og mere målrettet indsats for at gøre vejen ud af hjemløshed lettere for gruppen af hjemløse, der har levet i hjemløshed meget længe, og som ofte har komplekse problemer og er uden for fællesskabet. Endeligt støttes brugerorganisationer i deres arbejde med at styrke oplysningen og sikringen af de hjemløses rettigheder.

Boks 2.3 (fortsat)**Strategi for et stærkere civilsamfund**

I satspuljeaftalen på børne- og socialområdet for 2018 er der afsat 96,6 mio. kr. til en strategi for et stærkere civilsamfund. Initiativet skal være med til at bekæmpe ensomhed og fremme deltagelse i samfundets fællesskaber, så udsatte børn, voksne og ældre samt mennesker med handicap, som ikke er en del af arbejdsfællesskabet, i højere grad bliver en del af de frivillige fællesskaber som frivillige. Derudover skal initiativet bidrage til, at frivilligheden understøttes i alle egne af landet, og at flere aktører på tværs af forskellige sektorer samarbejder om at løse samfundets udfordringer med udgangspunkt i blandt andet Frivilligchartret og Task forcens anbefalinger. Endelig har strategien fokus på at understøtte mere viden om frivillige indsatser i form af bl.a. at følge udvikling og tendenser i den frivillige sociale indsats samt en undersøgelse, der skal bidrage til mere viden om inklusion i frivillige foreninger. Desuden foretages en analyse af, hvordan der kan sikres en statslig støttestruktur og puljeadministration på det frivillige sociale område, der understøtter sektoren uden unødigt bureaukrati.

3. Målgrupper og indsatser på det sociale område

Modtagere af sociale indsatser er en bred og meget blandet gruppe. Gruppen kan opdeles i tre overordnede målgrupper, som beskrives nærmere i dette kapitel: Udsatte børn og unge, udsatte voksne, herunder voksne med psykiske vanskeligheder, samt voksne med handicap.

Fælles for målgrupperne er, at de modtager støtte og hjælp efter serviceloven eller sundhedsloven (for så vidt angår alkoholbehandling) på grund af sociale problemer, psykiske vanskeligheder eller et handicap.

Analyserne i dette kapitel ser nærmere på målgrupper og indsatser på det sociale område, hvor store målgrupperne er, og analyserer den seneste udvikling i antallet af modtagere af sociale indsatser. Der ses også nærmere på underretninger om børn og unge.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Modtagere af sociale indsatser på tværs af børn, unge og voksne udgjorde ca. 178.400 personer i 2016, der er det seneste år, hvor der foreligger data om modtagere inden for alle tre hovedmålgrupper. Disse personer modtager en bred vifte af sociale indsatser, der altovervejende er forankret i kommunerne.
- Det er ikke alle modtagere af indsatser efter serviceloven, der er fuldt dækket af registerdata. Gruppens samlede størrelse vil derfor være undervurderet. Blandt andet indgår personer med handicap, der alene modtager støtte til hjælpemidler, som hovedregel ikke i opgørelsen. Desuden er den forebyggende indsats ikke fuldt belyst, da dele af indsatsen ikke forudsætter visitation eller registrering.
- Antallet af registrerede modtagere af sociale indsatser er steget med omkring 16.500 personer fra 2014 til 2016. Når flere personer er registreret som modtagere af sociale indsatser, kan det skyldes, at der er kommet flere udsatte mennesker og mennesker med handicap. Men det kan også afspejle en styrket indsats fra kommunernes side, herunder en mere opsøgende indsats, samt arbejdet i regi af Børne- og Socialministeriets datastrategi med at forbedre kommunernes registreringspraksis.
- Udsatte børn og unge i alderen 0-22 år, der i løbet af 2016 modtog en social foranstaltning i form af forebyggende foranstaltninger eller en anbringelse uden for hjemmet, talte ca. 67.100 personer. Det svarer til ca. 4 pct. af alle børn og unge i Danmark.

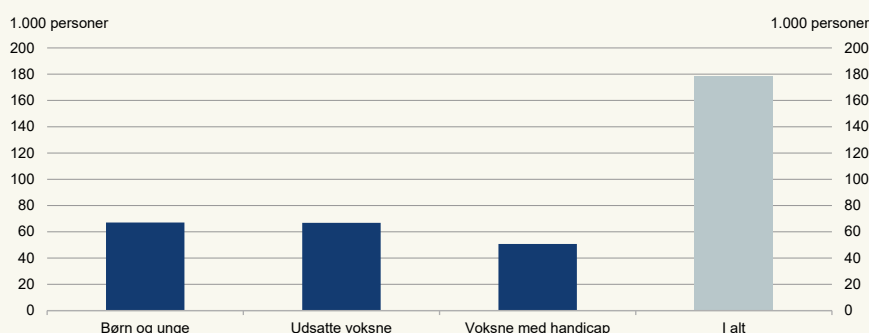
- Mens antallet af 0-18-årige, der modtog personrettede forebyggende foranstaltninger, har ligget stabilt fra 2014 til 2016, har der været en stigning på omkring 7.500 børn og unge, der modtager familierettede forebyggende foranstaltninger, fra ca. 36.000 i 2014 til 43.500 i 2016. Stigningen skal blandt andet ses i lyset af, at kommunerne i 2016 i højere grad indberetter forebyggende indsatser til børn og unge efter § 11, som er frivillig at indberette for kommunerne. Samtidig kan udviklingen også være udtryk for en omlægning i kommunernes indsats.
- Kommunerne iværksætter flest anbringelser af børn og unge på opholdssteder og døgninstitutioner mv. Det skyldes særligt, at der anbringes flest børn og unge på 12 år eller derover, og at denne aldersgruppe typisk anbringes på opholdssteder og døgninstitutioner. Blandt børn i 0-5-årsalderen anbringes flest i plejefamilier.
- Samlet set er andelen af anbragte børn og unge i plejefamilier steget siden 2007. Ved udgangen af 2016 er ca. 64 pct. af alle anbragte børn og unge anbragt i en plejefamilie. Når der er flest børn og unge anbragt i plejefamilier, selvom der iværksættes flest anbringelser på opholdssteder og døgninstitutioner mv., skyldes det, at anbringelserne i plejefamilier i gennemsnit varer længere. Blandt andet fordi børn og unge, der anbringes på opholdssteder og døgninstitutioner mv., typisk er ældre end børn og unge, der anbringes i plejefamilier. Dertil kommer, at opholdssteder og døgninstitutioner mv. oftest anvendes ved udredning af børn og unge, der typisk er af kortere varighed.
- Underretninger udgør et centralt element i kommunernes arbejde med tidlig opsporing af udsatte børn og unge, der har brug for hjælp og støtte. I 2017 blev der underrettet ca. 117.400 gange om børn og unge i 0-18-årsalderen, svarende til ca. 70.000 personer, da der kan modtages flere underretninger om samme barn eller ung. Antallet af underretninger stiger i takt med, at børnene og de unge bliver ældre, og topper blandt børn og unge i 15-årsalderen.
- Der er i 2016 registreret omkring 111.700 voksne modtagere af sociale indsatser efter serviceloven. Knap 51.000 modtog en indsats på grund af et handicap, mens knap 67.000 modtog en indsats på grund af psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer.
- Antallet af voksne modtagere af sociale indsatser er steget med ca. 8.000 siden 2014, hvor der var omkring 103.500 modtagere. Stigningen skyldes særligt, at der er omkring 4.500 flere voksne, som modtager socialpædagogisk støtte. Stigningen i antallet af voksne, der modtager socialpædagogisk støtte, er sket på tværs af alle målgrupper og aldersgrupper.

3.1 Målgrupper for sociale indsatser

Sammenlagt modtog ca. 178.400 personer en social indsats i 2016, som er det seneste år, hvor der foreligger data for alle modtagere i de tre overordnede målgrupper på socialområdet: børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap, jf. figur 3.1.

Figur 3.1

Samlet antal modtagere af sociale indsatser, 2016

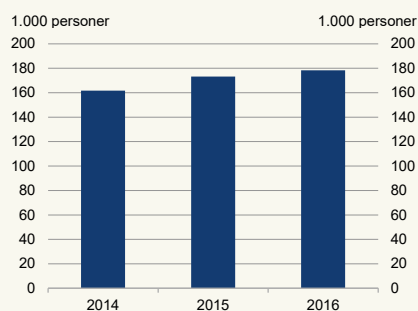
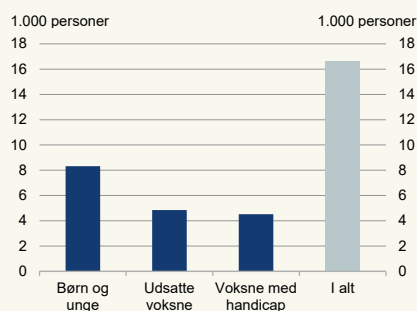


Anm.: Personer kan indgå i flere målgrupper og i alt er derfor ikke summen af de tre målgrupper. Blandt 0-17-årige er antallet opgjort på landsplan. Blandt personer på 18 år eller derover er antallet opgjort på baggrund af de 52 kommuner, der har godkendt deres indberetninger af stofmisbrugsbehandling og til De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan på baggrund af 18-64-årige i disse kommuner. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Det er ikke alle modtagere af indsatser efter serviceloven, der er fuldt dækket af registerdata. Størrelsen af gruppen af personer, der modtager sociale indsatser, vil derfor være undervurderet. Blandt andet indgår personer med handicap, der alene modtager støtte i form af hjælpemidler, som hovedregel ikke i opgørelsen. Desuden er den forebyggende indsats ikke fuldt belyst, da dele af indsatsen ikke forudsætter visitation eller registrering, herunder støtte-kontaktpersonordningen til udsatte voksne.

Det samme gælder kvinder med ophold på kvindekrisecentre, hvor indsamlingen af data til en ny registerbaseret statistik, som led i Børne- og Socialministeriets datastrategi og opfølgningen på regeringens 10 mål for social mobilitet, er påbegyndt pr. 1. januar 2017. Kvinder med ophold på krisecentre er derfor ikke inkluderet i den samlede opgørelse af udsatte voksne, da der kun findes registerdata fra 2017 og frem.

Det registrerede antal modtagere af sociale indsatser er steget med omkring 16.500 personer i 2016 sammenlignet med 2014, hvor der var registreret ca. 161.500 modtagere, jf. figur 3.2 og figur 3.3.

Figur 3.2**Samlet antal modtagere af sociale indsatser, 2014-2016****Figur 3.3****Ændring i antallet af modtagere af sociale indsatser opdelt på målgrupper, 2014-2016**

Anm.: Se anmærkningen til figur 3.1 og bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Stigningen er sket på tværs af alle de overordnede målgrupper og særligt blandt børn og unge, hvor antallet er steget med ca. 8.000 personer, jf. figur 3.3.

Når flere personer er registreret som modtagere af sociale indsatser, kan det skyldes, at der er kommet flere udsatte og mennesker med handicap. Men det kan også afspejle en styrket indsats fra kommunernes side, herunder en mere opsøgende indsats, samt arbejdet i regi af Børne- og Socialministeriets datastrategi med at forbedre kommunernes registreringspraksis, herunder mere dækkende data for modtagere af sociale indsatser, særligt i forhold til udsatte børn og unge, der modtager familierettede foranstaltninger, jf. afsnit 3.2.

Analyserne i denne redegørelse baserer sig på centralt indsamlede registerdata om de tre overordnede målgrupper blandt personer, der modtager sociale indsatser. Personer, der modtager sociale indsatser på et givet tidspunkt, vil imidlertid kun udgøre en del af det samlede antal af personer med sociale eller handicaprelaterede problemer, da ikke alle personer med sociale problemer eller handicap modtager sociale indsatser efter serviceloven.

De forskellige velfærdsordninger i det danske samfund favner en bred vifte af borgere med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger, der på den ene eller anden måde får og kan få hjælp. Det kan være på det almene område, fx i dagtilbud og på skoler, på uddannelsessteder og i sundhedssystemet. Eller på det specialiserede socialområde, som denne redegørelse handler om.

Herudover kommer hele den frivillige sociale indsats, hvoraf en del understøttes økonomisk af det offentlige, både kommunalt og med centralt afsatte midler. Der vil også være personer med særlige sociale problemer eller handicap, som finder hjælp til at løse deres problemer i personlige netværk eller modtager privat hjælp og støtte, som de selv finansierer.

Når der i denne redegørelse er valgt en afgrænsning med udgangspunkt i personer, der modtager indsatser efter serviceloven, skyldes det flere forhold. For det første skal analyserne i redegørelsen understøtte politikudviklingen på det specialiserede socialområde ved at skabe mere viden om den socialpolitiske indsats og resultaterne af de mange ressourcer, som anvendes på området. For det andet findes der ikke nogen entydig definition af, hvad det vil sige at være socialt udsat eller at have et handicap. For det tredje findes der som hovedregel kun registerbaserede oplysninger om udsatte voksne, herunder voksne med psykiske vanskeligheder og voksne med handicap, hvis de modtager en ydelse efter serviceloven eller sundhedsloven.

Selvom der ikke findes præcise opgørelser over personer med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger, er det muligt at foretage skøn for en række målgrupper ud fra forskellige typer af oplysninger, herunder spørgeskemaundersøgelser. Særligt for hjemløse udgør hjemløsetællingerne, der er gennemført hvert andet år siden 2007, et godt grundlag for at skønne over gruppens samlede størrelse.

Når det gælder skøn over forskellige grupper med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger mv. i befolkningen, skal man være opmærksom på, at der kan være store forskelle i data- og metodegrundlaget for opgørelsen af grupperne. Det betyder, at man skal være varsom med at foretage direkte sammenligninger af gruppernes størrelse.

Tabel 3.1 viser eksempler på skøn, der er foretaget over størrelsen på grupper af personer med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger mv.

Tabel 3.1

Eksempler på skøn for grupper med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger mv.

Grupper	Skøn	Skønnet er foretaget i
Hjemløse*	6.600	2017
Personer med selv vurderet større handicap eller længerevarende helbredsproblemer	381.000	2016
Personer, der prostituerer sig**	Mindst 2.900	2013-2014
Personer udsat for fysisk vold fra en partner***	57.000	2017

Noter: *) Kortlægningen foretages som en tælling i én uge og giver derfor et øjebliksbillede af omfanget af hjemløshed, og antallet af personer berørt af hjemløshed i løbet af året er derfor højere end det registrerede antal i tællingsugen. **) Skønnet over antallet af prostituerede er et minimumsskøn. ***) Personer udsat for fysisk vold fra en partner omfatter skøn for både mænd (ca. 19.000 personer) og kvinder (ca. 38.000 personer).

Kilde: VIVE (2017), Socialstyrelsen (2015), Statens Institut for Folkesundhed (2018), og SFI (2017).

De følgende afsnit ser nærmere på antallet af modtagere af sociale indsatser blandt udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap, herunder udviklingen de senere år samt underretninger om børn og unge.

3.2 Målgrupper og indsatser på børne- og ungeområdet

Udsatte børn og unge er i denne redegørelse afgrænset til børn og unge, der modtager en social foranstaltning i 0-22-årsalderen efter servicelovens bestemmelser om særlig støtte til børn og unge.

Hvis et barn eller en ung person under 18 år har brug for særlig støtte, skal kommunen undersøge forholdene og iværksætte en eller flere relevante foranstaltninger. En foranstaltning kan enten være en forebyggende indsats eller en anbringelse uden for hjemmet.

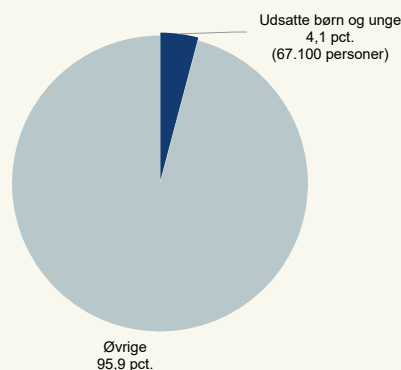
Eksempler på forebyggende indsatser er familiebehandling, aflastningsophold og en fast kontaktperson. Anbringelser uden for hjemmet kan eksempelvis være i en plejefamilie, på en døgninstitution eller på et socialpædagogisk opholdssted. Behovet for støtte kan skyldes forhold i familien, fx at forældrene af forskellige årsager ikke kan varetage omsorgen for barnet, eller forhold der knytter sig til barnet eller den unge selv, fx adfærdsmæssige vanskeligheder eller en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Udsatte unge, der modtager en foranstaltning i 18-22-årsalderen, omfatter personer i såkaldt efterværn. Her handler den sociale indsats primært om at sikre en god overgang til et selvstændigt voksenliv. Den unge kan fx få rådgivning og hjælp fra en fast støtte- eller kontaktperson, eller der kan være tale om en gradvis udslusningsordning fra et tidligere anbringelsessted.

Børn og unge, der i 2016 modtog en social foranstaltning i 0-22-årsalderen, udgjorde 4,1 pct. af alle børn og unge i Danmark, jf. figur 3.4.

Figur 3.4

Udsatte børn og unge i 2016



Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i 0-22-årsalderen var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i løbet af 2016, og som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Alderen er opgjort ultimo året, hvorfor nogle i gruppen er fyldt 23 år på opgørelsestidspunktet. Se i øvrigt bilag 2 for opgørelsen af udsatte børn og unge.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Opgørelserne over udsatte børn og unge omfatter også børn og unge med handicap, der er registreret som modtagere af forebyggende foranstaltninger eller er anbragt uden for hjemmet, fordi de modtager indsatser efter de samme lovbestemmelser. Ud over disse indsatser kan børn og unge med handicap også modtage indsatser, som er specifikt tilrettelagt til denne målgruppe, eksempelvis særlige dagtilbud. Disse indsatser indgår ikke alle i de eksisterende registerdata, ligesom det i dag ikke er muligt på baggrund af registerdata at afgrænse børn og unge med handicap i den samlede gruppe af børn og unge, der modtager forebyggende foranstaltninger eller er anbragte uden for hjemmet.

Børne- og Socialministeriets datastrategi omfatter etableringen af en registerbaseret statistik om børn og unge, som modtager en indsats efter serviceloven på grund af handicap (se kapitel 11 om Børne- og Socialministeriets datastrategi).

I boks 3.1 er der set nærmere på børn og unge, der modtager sociale foranstaltninger, hvor der er indikationer på et handicap.

Boks 3.1**Sociale foranstaltninger til børn og unge med handicap**

Statistikkerne om børn og unge med særlige behov omtales i daglig tale som statistikker om udsatte børn og unge. Men børn og unge med handicap kan modtage hjælp og støtte efter de samme lovbestemmelser i serviceloven som udsatte børn og unge, fx § 52, og børn med handicap indgår derfor i grundlaget for statistikken om foranstaltninger til børn og unge med særlige behov.

Det er på baggrund af statistikkerne ikke muligt at afgrænse børn og unge handicap i den samlede gruppe af børn og unge med særlige behov. Det er derfor heller ikke kortlagt, i hvilket omfang børn og unge med handicap alene modtager støtte som følge af deres handicap eller også har behov for støtte af andre, sociale årsager. Nedenfor undersøges indikatorer på handicap blandt alle børn og unge, der modtager en foranstaltning. Indikationer på handicap omfatter her:

- Udvalgte diagnoser (udviklingshæmning, Downs syndrom, cerebral parese og erhvervet hjerneskade)
- Merudgiftsydelse (§ 41)
- Handicapindsats som voksen

På baggrund af de udvalgte indikatorer skønnes det med betydelig usikkerhed, at omkring 25-30 pct. af børn og unge i registrene om foranstaltninger har én eller flere indikationer på handicap. Det skal understreges, at der alene er tale om eksplorative analytiske indikatorer og ikke et forsøg på en generel registerbaseret definition af børn og unge med handicap. Det skal også understreges, at andelen med indikation på handicap afhænger afgørende af, hvilke indikatorer der udvælges, og hvor "brede" eller "smalle" disse opgøres.

Tabel a**Andel med indikationer på handicap blandt børn og unge i statistikken om foranstaltninger til børn og unge, 0-22 år, 2014**

	Børn og unge med indikation på handicap
0-22 år	
Udvalgte diagnoser	11 pct.
Merudgiftsydelse (§ 41)	19 pct.
Handicapindsats som voksen	4 pct.
I alt med indikation på handicap	25 pct.
17-22 år	
Udvalgte diagnoser	12 pct.
Merudgiftsydelse (§ 41)	20 pct.
Handicapindsats som voksen	11 pct.
I alt med indikation på handicap	30 pct.

Anm.: Alle udsatte børn og unge i alderen 0-22 år i 2014. Se bilag 3 for opgørelsen af handicap og bilag 4 for opgørelsen af de udvalgte diagnoser.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

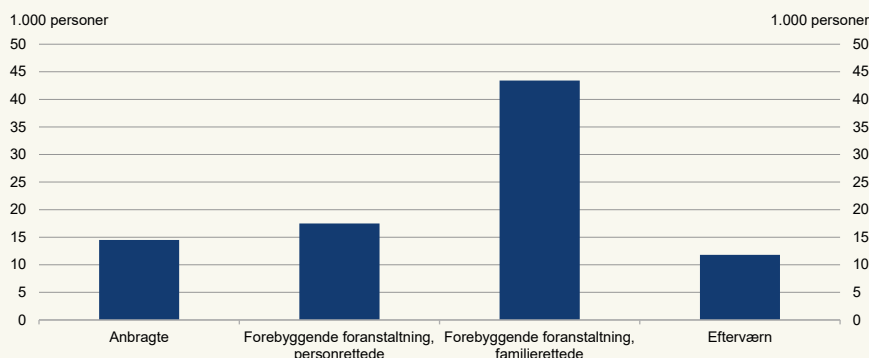
Boks 3.1 (fortsat)

Diagnoserne er udvalgt ud fra en overvejelse om, at de må antages, at kunne være forbundet med et handicap. Det skal dog understreges, at det ikke er alle med de udvalgte diagnoser, der har behov for indsatser efter serviceloven.

Merudgiftsydelse (§ 41) er en ydelse til dækning af nødvendige merudgifter ved forsørgelse i hjemmet af et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Det er en betingelse, at merudgifterne er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne og ikke kan dækkes af anden lovgivning. Eksempler på merudgifter kan være kost- og diætpræparater, medicin, befording eller tøj.

Endelig omfatter sociale indsatser som voksen, at borgeren modtager en indsats efter servicelovens voksenbestemmelser, hvor kommunen angiver borgerens målgruppe til fysisk eller kognitivt handicap. Statistikken omfatter kun perioden 4. kvartal 2013-2. kvartal 2017, hvorfor denne indikation kun er retvisende for de ældste børn og unge, der når at fylde 18 år i perioden.

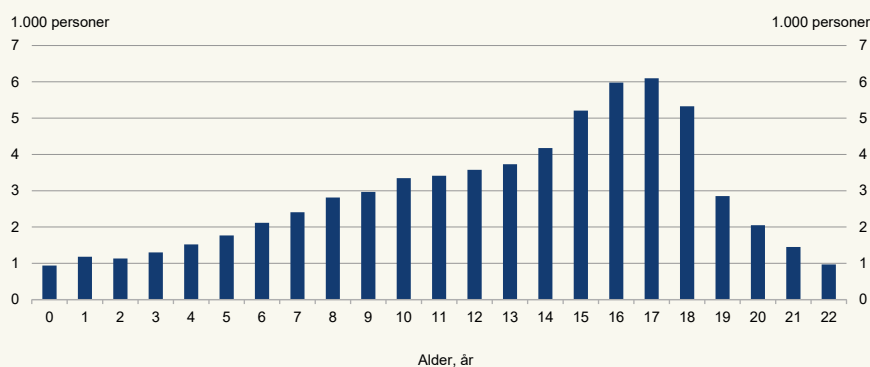
Langt størstedelen af de børn og unge, der modtog en social foranstaltning i 2016, fik hjælp og støtte i form af en forebyggende foranstaltning, hvoraf størstedelen er familierettede indsatser. Omkring 43.500 børn og unge var omfattet af en familierettet forebyggende foranstaltning, mens ca. 17.500 modtog en personrettet forebyggende foranstaltning. Cirka 14.500 børn og unge var anbragt uden for hjemmet, mens omkring 11.800 unge modtog en social foranstaltning i 18-22-årsalderen som led i et efterværn, enten i form af en anbringelse eller en forebyggende foranstaltning, jf. figur 3.5.

Figur 3.5**Udsatte børn og unge efter type af foranstaltning i 2016**

Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i 0-22-årsalderen var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i løbet af 2016, og som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Den samme person kan have modtaget flere forskellige typer af foranstaltninger i løbet af året. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.4.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det store omfang af familierettede indsatser afspejler blandt andet, at den sociale indsats til udsatte børn og unge oftest går gennem familien. Her kan der eksempelvis være tale om praktisk og pædagogisk støtte i hjemmet eller anden familieorienteret rådgivning, der skal klæde forældrene bedre på i forhold til at varetage forældrerollen, så de kan understøtte barnets behov bedst muligt. En familierettet eller personrettet foranstaltning er ikke nødvendigvis udtryk for, at der er store sociale problemer i hjemmet. Disse indsatser indgår også som led i kommunernes tidlige forebyggende arbejde med henblik på at undgå, at små problemer vokser sig store.

Antallet af børn og unge, der modtager en social indsats efter serviceloven, stiger gradvist med alderen. Der er således færrest blandt de 0-5-årige og flest blandt de 15-18-årige, der modtager en social foranstaltning, jf. figur 3.6.

Figur 3.6**Udsatte børn og unge efter alder ultimo 2016**

Anm.: Børn og unge i alderen 0-22 år, som har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en forebyggende foranstaltning på et tidspunkt i løbet af 2016. Alderen er opgjort ultimo året. Det bemærkes, at en stor del af de 18-årige ultimo 2016 har modtaget foranstaltningen, før de fyldte 18 år i 2016. Der er i opgørelsen set bort fra omkring 750 personer, der har modtaget en indsats som 22-årige, men er fyldt 23 år ultimo 2016. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.4.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Børn og unge, der er blevet anbragt på et socialpædagogisk opholdssted på grund af et fysisk eller psykisk handicap, vil i en vis udstrækning også indgå i gruppen.

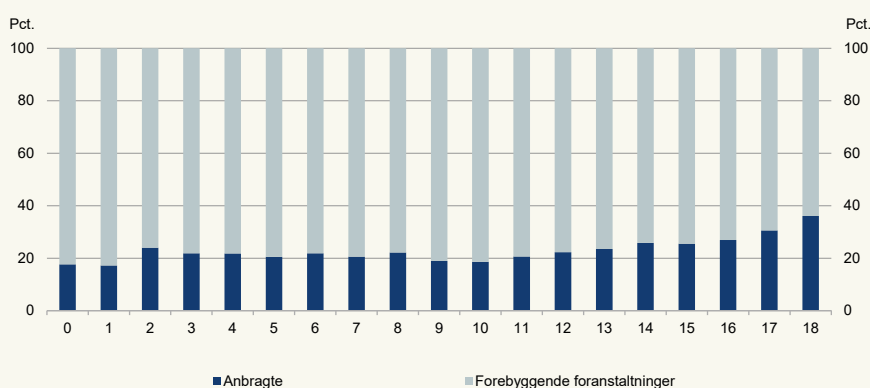
Når antallet af sociale foranstaltninger stiger gradvist med alderen, skal det blandt andet ses i lyset af, at nogle sociale problemer typisk først optræder eller bliver særligt tydelige i teenageårene. Det kan eksempelvis være udadreagerende adfærd, psykiske vanskeligheder, misbrug eller kriminel adfærd. Ligeledes kan det være udtryk for, at der indledningsvist har været iværksat støtte efter anden lovgivning end serviceloven, men at det efter en periode vurderes at være nødvendig med særlig støtte efter serviceloven. Når børn får iværksat en social foranstaltning i en meget tidlig alder, vil det i mange tilfælde skyldes, at forældrene har

svært ved at magte forælderrollen og ikke i tilstrækkelig grad kan sikre barnets udvikling og trivsel.

Blandt alle 0-11-årige udsatte børn og unge er det omkring 20 pct., der har været anbragt. Blandt unge, der har modtaget en social foranstaltning op til de fylder 18 år, har omkring 36 pct. været anbragt uden for hjemmet. De restende 64 pct. har alene modtaget en forebyggende foranstaltning, jf. figur 3.7.

Figur 3.7

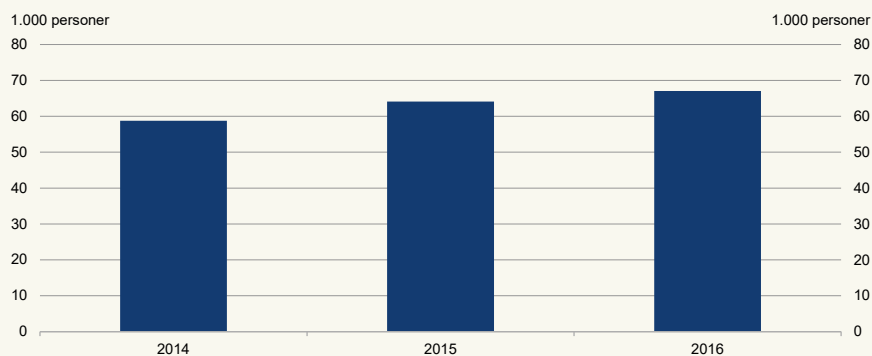
Udsatte børn og unge efter type af foranstaltning og alder ultimo 2016



Anm.: Hvis en person både har været anbragt uden for hjemmet og modtaget en forebyggende foranstaltning i løbet af 2016, indgår personen under "anbragte" i opgørelsen. Alderen er opgjort ultimo året. Personer på 18 år omfatter kun personer, der har været anbragt eller modtaget en forebyggende foranstaltning som 17-årige.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når omfanget af anbringelser er størst blandt unge i 17-18-årsalderen, skyldes det, at de kan have mere omfattende problemer, som kræver en anbringelse uden for hjemmet, fx udadreagerende adfærd, herunder kriminalitet.

Samlet set er antallet af børn og unge, der modtager en social foranstaltning, steget med omkring 8.500 børn og unge fra 2014 til 2016, hvilket er en stigning fra ca. 59.000 børn og unge i 2014 til omkring 67.100 i 2016, jf. figur 3.8.

Figur 3.8**Udsatte børn og unge, 2014-2016**

Anm.: Se anmærkningen til figur 3.4.

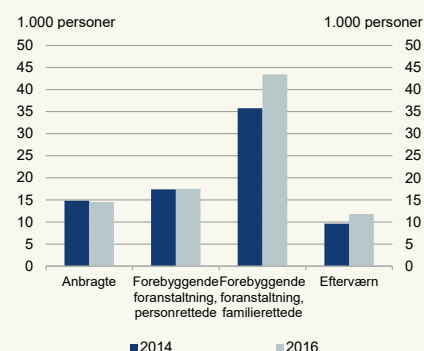
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udviklingen for den samlede gruppe af udsatte børn og unge er opgjort siden 2014, fordi 2014 er det første år, hvor der findes centralt tilgængelige registerdata for forebyggende familierettede foranstaltninger.

Stigningen fra 2014 til 2016 skyldes især en stigning i antallet af børn og unge, der modtager en familierettet forebyggende foranstaltning, fra ca. 36.000 i 2014 til ca. 43.500 i 2016. Antallet af 0-17-årige børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet eller modtager en personrettet forebyggende foranstaltning, har derimod ligget nogenlunde stabilt, jf. figur 3.9.

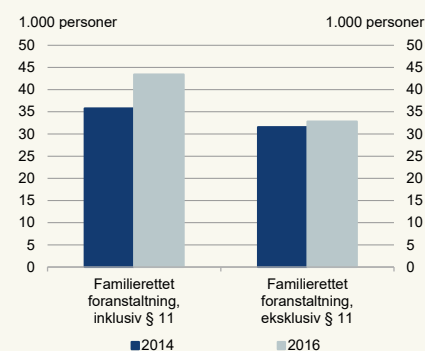
Figur 3.9

Udsatte børn og unge efter type af foranstaltning, 2014-2016



Figur 3.10

Børn og unge omfattet af en familierettet forebyggende foranstaltning i 2014-2016



Anm.: En person kan have modtaget forebyggende familierettede foranstaltninger efter flere forskellige paragraffer i serviceloven. Forskellen i opgørelsen af familierettede foranstaltninger inklusiv og eksklusiv § 11 er derfor ikke udtryk for det samlede antal personer, der har modtaget en familierettet foranstaltning efter § 11. Opgørelsen af indsatser efter § 11 beror alene på kommunernes frivillige indberetninger. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.6.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Stigningen i de familierettede forebyggende foranstaltninger skyldes i høj grad, at kommunerne gradvist indberetter flere forebyggende indsatser efter servicelovens § 11. Disse indsatser kan eksempelvis omfatte familieorienteret rådgivning, herunder rådgivning og støtte til børn og unge, der vokser op i hjem med sociale problemer. Det kan imidlertid også omfatte støtte og hjælp til forældre med børn, der har en funktionsnedsættelse.

Der er ikke nogen indberetningspligt, hvis en kommune giver støtte efter servicelovens § 11, og opgørelser af disse indsatser beror af den grund alene på kommunernes frivillige indberetninger. Når der er sket en markant stigning i antallet af forebyggende indsatser efter § 11, kan en del af forklaringen derfor være, at kommunerne i højere grad vælger at indberette disse indsatser til Danmarks Statistik. En anden mulig forklaring kan være, at kommunerne i højere grad anvender forebyggende indsatser efter § 11 som led i det tidlige forebyggende arbejde med udsatte unge.

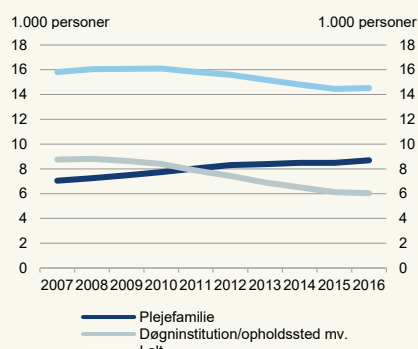
Ser man bort fra de frivillige indberetninger af indsatser efter § 11, har antallet af børn og unge, der har modtaget en familierettet forebyggende foranstaltning, ligget nogenlunde stabilt på omkring 32.000 personer i perioden 2014-2016, jf. figur 3.10.

På baggrund af satspuljeaftalen for 2019 arbejder Børne- og Socialministeriet på at gøre det obligatorisk for kommunerne at indberette forebyggende indsatser efter servicelovens § 11, så der tilvejebringes et mere retvisende billede af, hvilke og hvor mange indsatser kommunerne iværksætter (se også kapitel 11 om Børne- og Socialministeriets datastrategi).

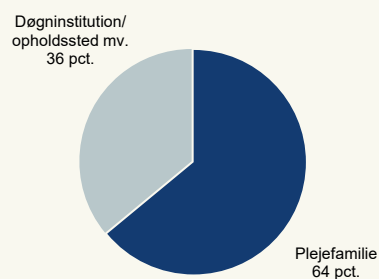
Ser man isoleret på anbragte børn og unge, er det muligt at følge udviklingen over en længere periode. Fra 2007 til 2016 er det samlede antal anbragte børn og unge faldet fra ca. 15.750 børn i 2010 til i størrelsesordenen 14.300 i 2016, jf. figur 3.11.

Figur 3.11

Antal anbragte børn og unge efter type af anbringelsessted, 2007-2016

**Figur 3.12**

Anbragte børn og unge efter type af anbringelsessted ultimo 2016



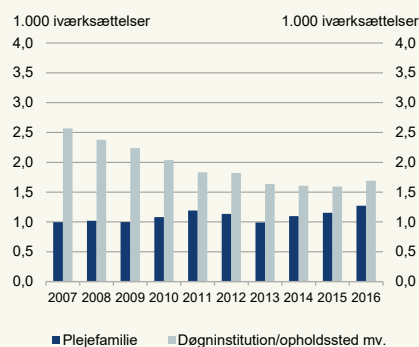
Anm.: Figur 3.11 omfatter børn og unge, der har været anbragt uden for hjemmet i alderen 0-17 år i løbet af et givent år. Nogle børn og unge har både været anbragt i en plejefamilie og på en døgninstitution/opholdssted mv. i samme år og kan således indgå to gange i opgørelsen. Figur 3.12 er opgjort pr. 31. december 2016

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udviklingen dækker over en stigning i antallet af børn og unge anbragt i plejefamilie fra omkring 7.000 i 2007 til ca. 8.700 i 2016, mens antallet af anbragte på døgninstitutioner og opholdssteder mv. er faldet fra ca. 8.750 i 2007 til ca. 6.000 i 2016.

Det betyder, at omkring 64 pct. af alle anbragte ved udgangen af 2016 var anbragt i en plejefamilie, jf. figur 3.12.

Faldet i det samlede antal anbragte børn og unge skyldes i høj grad, at antallet af iværksatte anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv. faldt fra 2007 til 2013. Fra 2014 til 2016 er der hvert år iværksat i størrelsesordenen 1.700 anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv. Fra 2007 til 2016 er der hvert år iværksat i størrelsesordenen 1.000 anbringelser i plejefamilier, jf. figur 3.14.

Figur 3.13**Antal iværksatte anbringelser af børn og unge, 2007-2016****Figur 3.14****Antal iværksatte anbringelser af børn og unge efter type af anbringelsessted, 2007-2016**

Anm.: Opgjort på baggrund af børn og unge med iværksat anbringelse, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. For så vidt angår opgørelsen af anbringelser efter type i figur 3.14, har enkelte personer både fået iværksat en anbringelse i en plejefamilie og på en døgninstitution/opholdssted mv. i samme år.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

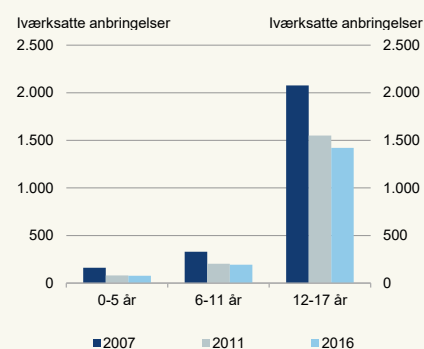
Det er særligt de helt unge børn, der bliver anbragt i plejefamilier. Når det samlede antal anbragte børn og unge i plejefamilier er højere end antallet af anbragte på døgninstitutioner og opholdssteder mv. til trods for, at kommunerne i højere grad iværksætter anbringelser på døgninstitutioner, skyldes det, at anbringelser i plejefamilier typisk har en længere varighed. Det er blandt andet fordi, det typisk er børn og unge over 12 år, der anbringes på opholdssteder og døgninstitutioner mv., hvorfor den gennemsnitlige anbringelse på opholdssteder og døgninstitutioner mv. typisk er af kortere varighed end anbringelser i plejefamilier. Dertil kommer, at opholdssteder og døgninstitutioner mv. oftest anvendes ved fx udredning af børn og unge, der typisk er af kortere varighed.

Det samlede fald i antallet af iværksatte anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv. siden 2007 er sket på tværs af alle aldersgrupper, men faldet er størst blandt de 12-17-årige. Der anbringes dog stadig markant flest børn og unge i 12-17-årsalderen.

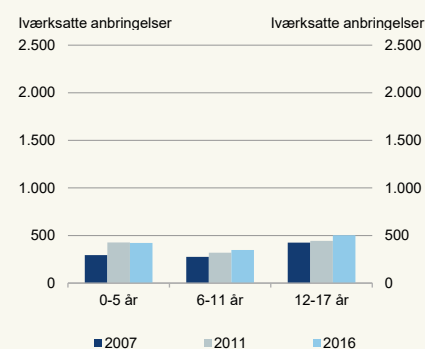
Antallet af iværksatte anbringelser blandt de 12-17-årige på døgninstitutioner og opholdssteder mv. er således faldet fra ca. 2.100 iværksatte anbringelser i 2007 til ca. 1.400 iværksatte anbringelser i 2016, jf. figur 3.15.

Figur 3.15

Antal iværksatte anbringelser af børn og unge, døgninstitutioner og opholdssteder mv.

**Figur 3.16**

Antal iværksatte anbringelser af børn og unge, plejefamilier



Anm.: Alder opgjort ved iværksættelsestidspunktet. Børn, hvor anbringelsen er registreret før fødslen, er opgjort som 0-årige. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.13 og 3.14.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

3.3 Underretninger om børn og unge

Hvis man som borger bliver bekymret for et barns trivsel og udvikling, har man pligt til at underrette kommunen herom. Fagpersoner i fx skolen og sundhedsvæsenet er desuden underlagt en skærpet underretningspligt, hvis de får kendskab til eller har grund til at antage, at barnet eller den unge kan have behov for særlig støtte. Underretningerne udgør derfor en central rolle i kommunernes arbejde med tidlig opsporing af børn og unge, der kan have behov for særlig støtte.

En underretning er imidlertid ikke ensbetydende med, at barnet eller den unge nødvendigvis har brug for hjælp og støtte af kommunen. Når kommunerne modtager en underretning, skal de afklare, om barnet eller den unge har behov for støtte efter serviceloven. Kommunerne er ligeledes forpligtet til inden for 24 timer at vurdere, om barnets eller den unges sundhed eller udvikling er i fare, og om der derfor er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger efter serviceloven over for barnet.

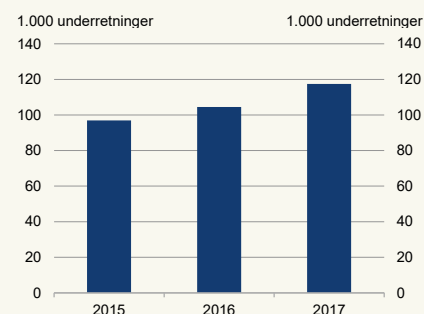
Kommunerne har også mulighed for at hjælpe børn og unge på andre måder end efter serviceloven. Der kan også iværksættes støtte til børn og unge med hjemmel i dagtilbudsloven eller folkeskoleloven, for eksempel ekstra støttepædagog til børn i dagtilbud. En henvendelse fra kommunen til barnets skole kan også få skoleledelsen til at indgå i en dialog med barnets forældre med henblik på at få løst eventuelle udfordringer i relation til barnets skolegang, herunder sætte fokus på barnets trivsel og udvikling.

Siden 1. april 2014 har kommunerne indberettet oplysninger om antallet af underretninger til underretningsstatistikken. I dette kapitel er der fokuseret på underretninger i perioden 2015-2017, da der i disse år er indberettet underretninger for hele året.

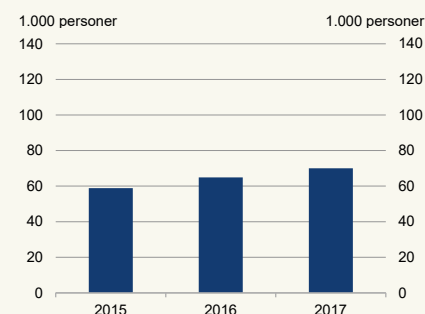
I 2017 blev der underrettet ca. 117.400 gange om børn og unge i 0-17-årsalderen. Det er ca. 20.500 flere underretninger end i 2015, hvor der blev underrettet ca. 96.900 gange, jf. figur 3.17.

Figur 3.17

Antal underretninger om børn og unge, 2015-2017

**Figur 3.18**

Antal børn og unge, der er modtaget underretninger om, 2015-2017



Anm.: Underretninger om 0-18-årige børn og unge. Opgørelsen omfatter også underretninger om ufødte børn samt børn og unge med uoplyst alder. Der kan være foretaget flere underretninger om samme barn eller ung. Danmarks Statistik bemærker, at antallet af underretninger er underestimeret for enkelte kommuner. Danmarks Statistik oplyser også, at man ved sammenligning af data for 2015, 2016 og 2017 skal være opmærksom på, at kvalitetssikringen af data løbende er blevet mere intensiv.

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken UND1 og UND2).

Stigningen i antallet af underretninger kan afspejle et øget fokus på tidlig opsporing i kommunerne. Samtidig skal det bemærkes, at stigningen i antallet af underretninger skal læses med det forbehold, at kvalitetssikringen af data er blevet mere intensiv fra 2016 og frem. Noget af udviklingen kan derfor også forklares ved, at datakvaliteten på området er blevet bedre.

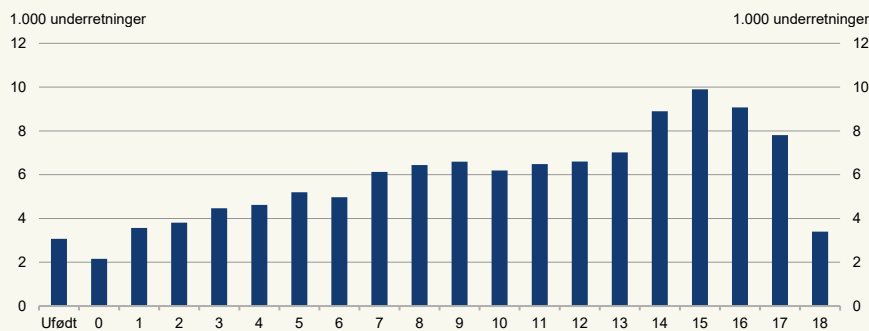
Kommunerne kan modtage flere underretninger om samme barn eller ung. De ca. 117.400 underretninger i 2017 fordelte sig på omkring 70.000 børn og unge, hvilket er en stigning på ca. 10.000 personer siden 2015, jf. figur 3.18.

Når kommunen modtager flere underretninger om et barn eller en ung, kan det dække over en række forskellige situationer og forløb. Det kan fx være forskellige personer, der kontakter kommunen uafhængigt af hinanden med den samme bekymring på baggrund af en konkret situation, eller underretninger om to vidt forskellige situationer eller forhold, som ikke umiddelbart er relaterede, men omhandler samme barn eller ung. Det kan også være personer, der foretager en underretning i relation til en tidligere underretning, fordi personen

ikke er opmærksom på de undersøgelser, som kommunen har iværksat på baggrund af den første underretning.

Antallet af underretninger stiger, i takt med at børnene og de unge bliver ældre, og topper omkring 15-årsalderen. Når der bliver underrettet mest om de 12-17-årige børn og unge, afspejler det blandt andet, at nogle problemer typisk optræder eller bliver særligt tydelige i teenageårene. Der kan fx være tale om udadreagerende adfærd, psykiske vanskeligheder, misbrug eller kriminel adfærd.

I 2017 blev der foretaget i størrelsesordenen 8-10.000 underretninger for hver årgang blandt børn og unge i 14-17-årsalderen, jf. figur 3.19.

Figur 3.19**Antal underretninger om børn og unge efter alder, 2017**

Anm.: Opgørelsen omfatter ikke underretninger, hvor alderen er uoplyst. Alder er opgjort ultimo året.

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken UND1)

I de fleste tilfælde er det en fagperson fra et dagtilbud, en skole eller sundhedsvæsenet, der underretter myndighederne, hvis de bliver opmærksomme på bekymrende forhold vedrørende barnets eller den unges udvikling og trivsel.

Blandt børn i 0-5-årsalderen er det særligt sundhedsvæsenet og dagtilbud mv., der underretter. Mens det blandt børn og unge på 6 år og derover oftest er sundhedsvæsenet og skoler, der underretter, jf. tabel 3.2.

Tabel 3.2**Underretninger om børn og unge i 2017 efter, hvem der har underrettet myndighederne**

	0-5 år	6-11 år	12-18 år	I alt
	----- Pct. -----			
Skole	1	27	26	20
Sundhedsvæsenet, herunder sundhedsplejerske el. tandlæge	21	12	17	16
Familie, barn selv eller bekendtskabskreds	7	9	7	8
Politi eller domstol	5	4	10	7
Dagpleje, daginstitution, fritidshjem, klub eller SFO	15	5	1	5
Mellemkommunal underretning eller anden kommunal forvaltning	13	10	9	10
Forening, frivillige organisation eller krisecenter	3	2	1	2
Anbringelsessted	0	0	1	1
Anonym underretning	9	7	3	6
Øvrige	25	23	25	25
I alt	100	100	100	100

Anm.: 0-5-årige omfatter også ufødte børn, hvis der er underrettet om vordende forældre. I alt omfatter også børn og unge med uoplyst alder.

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken UND1).

Den store andel af underretninger fra sundhedsvæsenet, dagtilbud og skoler skal blandt andet ses i lyset af, at fagpersoner som eksempelvis pædagoger og folkeskolelærere efter serviceloven har en skærpet underretningspligt, jf. boks 3.2.

Boks 3.2**Lovgivning om underretninger om børn og unge**

En underretning er en henvendelse til en relevant myndighed, der indeholder en bekymring for et barns eller en ungs trivsel og udvikling. Der er ikke formkrav til, hvordan en underretning skal finde sted, og der kan således underrettes både skriftligt og mundtligt.

Der er forskellige kriterier for, hvornår der skal underrettes alt efter, om man er fagperson eller en almindelig borger. Den generelle underretningspligt efter servicelovens § 154 indebærer, at enhver, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling, eller som lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.

For fagpersoner gælder en skærpet underretningspligt efter servicelovens § 153, hvormed personer, der udfører offentlig tjeneste eller offentligt hverv, har pligt til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage

- 1) at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte
- 2) at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold
- 3) at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller undladelse af at opfylde undervisningspligten
- 4) at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb

Kommunen skal senest 24 timer efter modtagelsen af en underretning vurdere, om barnets eller den unges sundhed eller udvikling er i fare, og om der derfor er behov for straks at iværksætte akutte foranstaltninger over for barnet eller den unge.

Kommunen skal endvidere sikre, at der iværksættes en rettidig og systematisk vurdering af alle indkomne underretninger med henblik på at afklare, om barnet eller den unge har behov for særlig støtte. Støtten kan fx omfatte pædagogisk støtte, familiebehandling, psykologhjælp eller anbringelse uden for hjemmet i en plejefamilie eller på en institution.

3.4 Målgrupper og indsatser på voksenområdet

Målgruppen for sociale indsatser på voksenområdet er voksne med brug for hjælp og støtte til at kunne klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Der skelnes i redegørelsen mellem udsatte voksne og voksne med handicap.

Udsatte voksne, der modtager en social indsats, omfatter socialt udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder over 18 år, som modtager hjælp og støtte efter serviceloven eller sundhedsloven (for så vidt angår alkoholbehandling) på grund af psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer. Det gælder blandt andet personer, der modtager en indsats på grund af hjemløshed, stofmisbrug eller alkoholafhængighed. Socialt udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder kan også modtage eksempelvis socialpædagogisk støtte i eget hjem og aktivitets- og samværstilbud. Udsatte voksne er en meget forskelligartet gruppe af personer. For nogle er der tale om en enkeltstående og afgrænset problemstilling, som ikke umiddelbart har økonomiske, uddannelsesmæssige eller arbejdsmæssige konsekvenser. For andre har de sociale problemer en karakter, der i mange tilfælde vil kræve en intensiv og vedvarende støtte.

Voksne med handicap, der modtager en social indsats, omfatter personer over 18 år, som får støtte eller hjælp efter serviceloven på grund af en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Fysiske handicap omfatter blandt andet forskellige former for syns- og hørenedsættelser samt mobilitetshandicap, der påvirker evnen til at bevæge sig, fx muskelsvind og rygmarvsskader. ADHD, autisme, hjerneskade og udviklingshæmning er eksempler på kognitive funktionsnedsættelser. Indsatserne rettet mod voksne med handicap omfatter blandt andet socialpædagogisk støtte, beskyttet beskæftigelse, ledsageordning og forskellige former for botilbud.

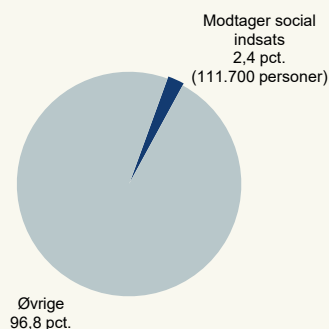
Opgørelserne omfatter ikke alle voksne, der har modtaget en social indsats. Særligt blandt personer med handicap er der tale om et underkantsskøn, idet det ikke er alle indsatser og ydelser til personer med handicap, der skal indberettes til den statistik, der udgør datagrundlaget for opgørelsen. Eksempelvis er det ikke obligatorisk for kommunerne at indberette visitation af hjælpemidler og dækning af nødvendige merudgifter.

Som led i Børne- og Socialministeriets datastrategi er der i 2018 indhentet data fra kommunerne om tildeling af hjælpemidler. Der er tale om et pilotprojekt, og data er aktuelt ved at blive valideret. Det er planen, at disse oplysninger fremover kommer til at danne grundlag for opgørelsen af den samlede gruppe af personer med handicap. Det samme gør sig gældende for kvinder med ophold på kvindekrisecentre, hvor der findes registerdata om gruppen fra 2017 og frem, jf. også kapitel 11 om Børne- og Socialministeriets datastrategi. Der er set nærmere på kvinder på kvindekrisecentre i kapitel 10, hvor der på baggrund af den nye kvindekrisecenterstatistik for første gang er udarbejdet en bred karakteristik af målgruppen, på baggrund af fuldt dækkende registerdata.

Der registreret omkring 111.700 personer i 2016, der modtager sociale indsatser efter serviceloven på grund af et handicap, psykiske vanskeligheder eller særligt sociale problemer. Det svarer til omkring 2,4 pct. af hele den danske befolkning på 18 år eller derover, jf. figur 3.20.

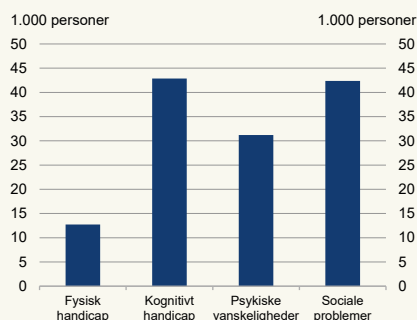
Figur 3.20

Voksne modtagere af sociale indsatser, 2016



Figur 3.21

Samlet antal modtagere af sociale indsatser i 2016, opdelt efter målgruppe



Anm.: Personer kan modtage flere forskellige indsatser og dermed indgå i flere målgrupper. Opgørelsen omfatter personer på 18 år eller derover, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Målgrupperne fysisk handicap, kognitivt handicap og psykiske vanskeligheder er opgjort på baggrund af de 55 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, hvor der er opregnet til landsplan på baggrund af antallet 18-64-årige i disse kommuner. Se i øvrigt bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Personer med kognitivt handicap og sociale problemer udgør de to største grupper med 42-43.000 personer, jf. figur 3.21.

Indholdet og formålet med de sociale indsatser afhænger i høj grad af den enkelte borgers konkrete livssituation og behov. Voksne modtagere af indsatser efter serviceloven er en meget heterogen gruppe. I redegørelsen inddrages en række udvalgte diagnoser stillet i forbindelse med kontakt til sygehusvæsenet til at belyse den store forskellighed.

Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at der ikke kan laves en entydig kobling mellem en diagnose og borgerens konkrete funktionsnedsættelse. Og der kan ikke sættes lighedstegn mellem det forhold, at borgeren på et tidspunkt har fået stillet en diagnose, og så det forhold, at borgeren aktuelt har en nedsat funktionsevne, der gør det nødvendigt at modtage hjælp og støtte. Det er altid en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede funktionsevne, der er udgangspunktet for, at borgeren visiteres til en indsats efter serviceloven og aldrig en diagnose i sig selv.

Samtidig vil forekomsten af de udvalgte diagnoser være undervurderet, da kontakter til og behandling hos egen læge og privatpraktiserende speciallæge ikke indgår. Men diagnoserne er ikke desto mindre et nyttigt analytisk værktøj til at belyse forskellene blandt voksne, der har behov for støtte og hjælp efter serviceloven.

Man skal være opmærksom på, at analyserne udelukkende omfatter modtagere af indsatser efter serviceloven med de pågældende diagnoser. Det er langt fra alle med fx ADHD eller epilepsi, der modtager en indsats efter serviceloven. Modtagerne af indsatser efter serviceloven må antages at omfatte personer med de mest betydelige funktionsnedsættelser blandt alle med diagnosen.

Den største diagnosegruppe blandt personer med kognitivt handicap er udviklingshæmning. Omkring 30 pct. af personerne med kognitivt handicap har udviklingshæmning. Andre store diagnosegrupper blandt personerne med kognitivt handicap er epilepsi, erhvervet hjerneskade, autisme og ADHD. Blandt personer med fysisk handicap er de største diagnosegrupper erhvervet hjerneskade, epilepsi og udviklingshæmning, jf. tabel 3.3.

Tabel 3.3

Udvalgte diagnoser blandt voksne modtagere af sociale indsatser efter målgruppe, 2016

	Fysisk handicap	Kognitivt handicap	Psyriske vanskeligheder	Sociale Problemer
	----- Pct. -----			
ADHD	3	10	12	11
Autismespektrum	5	16	5	2
Cerebral parese	12	7	1	0
Downs	2	4	0	0
Epilepsi	18	20	7	6
Erhvervet hjerneskade	20	17	8	10
Udviklingshæmning	17	30	7	4
Psyriske lidelser pga. alkohol eller stoffer mv.	3	5	20	30
Skizofreni mv.	4	6	37	10
Depression mv.	5	7	26	12
Angst mv.	6	10	30	20
Spiseforstyrrelser mv.	0	1	4	1
Personlighedsforstyrrelser mv.	2	4	19	10
I alt*	55	71	82	55

Note: *) Den samme borger kan have modtaget flere diagnoser, hvorfor diagnosegrupper ikke summer til i alt.
 Anm.: 18 år og derover ultimo 2016. ADHD, autisme, cerebral parese, Downs, epilepsi, erhvervet hjerneskade og udviklingshæmning er baseret på alle kontakter til somatiske og psykiatriske sygehuse i perioden 1995-2016. Psyriske lidelser pga. alkohol eller stoffer mv., skizofreni mv., depression mv., angst mv., spiseforstyrrelser mv. og personlighedsforstyrrelser mv. er baseret på kontakter til psykiatriske sygehuse i perioden 2012-2016. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.20 og 3.21 samt bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.
 Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Blandt personerne med psykiske vanskeligheder er den største diagnosegruppe skizofreni mv. Omkring 35 pct. har fået stillet en diagnose for skizofreni inden for de seneste 5 år. Øvrige store diagnosegrupper blandt personerne med psykiske vanskeligheder er depression mv., angst mv. og personlighedsforstyrrelser mv. Blandt personer med psykiske vanskeligheder ser man også, at omkring 20 pct. har en diagnose for psykiske lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer. For gruppen af personer med sociale problemer, er de største diagnosegrupper adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer og angst mv.

Mange indsatser efter serviceloven er rettet mod både personer med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser og særlige sociale problemer og er dermed i udgangspunktet ikke rettet én bestemt målgruppe. Eksempelvis kan både personer med handicap og udsatte voksne modtage socialpædagogisk støtte eller et botilbud.

I det følgende ses der nærmere på de største indsatser til udsatte voksne og voksne med handicap. Personer med fysisk og kognitivt handicap bliver opgjort samlet som voksne med handicap, da der er få i gruppen af fysisk handicap. Dette skyldes blandt andet, at hjælpemidler og merudgiftsydelser som nævnt ikke indgår i datagrundlaget.

Socialpædagogisk støtte er den indsats, som flest personer modtager. I 2016 modtog omkring 41.000 socialpædagogisk støtte, hvoraf omkring 20.200 modtog indsatsen på grund af et handicap, og omkring 21.300 modtog indsatsen på grund af psykiske vanskeligheder, jf. tabel 3.4.

Tabel 3.4

Modtagere af udvalgte indsatser på voksenområdet i 2016, opdelt efter målgrupper

	Handicap	Psyriske vanskeligheder	Sociale problemer	Samlet
	----- Antal -----			
Modtagere i alt	50.800	31.200	42.400	111.700
Udvalgte indsatser:				
Socialpædagogisk støtte*	20.200	21.300	5.100	41.000
Botilbud**	17.900	7.100	2.800	24.700
Stofmisbrugsbehandling***	-	-	17.300	17.300
Aktivitets- og samværstilbud	12.900	4.200	900	16.700
Alkoholbehandling	-	-	14.500	14.500
Beskyttet beskæftigelse	8.400	1.600	400	9.800
Ledsageordning	9.000	200	100	9.100
Herberg og forsorgshjem****	-	-	6.200	6.200
Kvindekrisecentre*****	-	-	1.500	1.500

Note: *) Opgjort eksklusiv, hvor der til ydelsen er registreret, at den leveres på et botilbud, samt hvor personen i samme kalenderår er registreret med både et midlertidigt eller længerevarende botilbud. **) Botilbud omfatter midlertidigt og længerevarende ophold samt socialpædagogisk støtte i botilbud. Registreringspraksis i forhold til socialpædagogisk støtte og botilbud varierer, og der kan være usikkerhed forbundet med opgørelsen *** Opgjort for 2017. ****) Opgjort for 2015 på baggrund af statistikbanken (BOF11B). *****) Opgjort for 2017 og indgår ikke i det samlede antal modtagere.

Anm.: Der er tale om udvalgte indsatser, der således ikke summer til modtagere i alt. Personerne kan modtage flere forskellige indsatser og vil dermed indgå i flere af målgrupperne. Opgørelsen omfatter personer på 18 år eller derover, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.20 og 3.21 samt bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Den næststørste indsats er botilbud. Botilbud omfatter her både midlertidige og længerevarende botilbud samt borgere, der er registreret som modtagere af socialpædagogisk støtte på et botilbud. Botilbud er særligt udbredt blandt personer med handicap og til dels blandt personer med psykiske vanskeligheder. De øvrige store indsatser er aktivitets- og samværsydelse, alkoholbehandling efter sundhedsloven og stofmisbrugsbehandling.

Voksne modtagere af indsatser efter serviceloven fordeler sig over de fleste aldersgrupper fra 18 år og opefter, dog med en tendens til, at der er flest i aldersgruppen 18-29 år. Gruppen af unge er særligt stor blandt personer i stofmisbrugsbehandling og kvinder på kvindekrisecentre, hvor 18-29-årige udgør over en tredjedel af personerne, jf. tabel 3.5.

Tabel 3.5

Modtagere af udvalgte indsatser på voksenområdet i 2016, opdelt efter alder

	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 år eller derover	I alt
	----- Pct. -----					
Modtagere i alt	27	17	20	20	16	100
Udvalgte indsatser:						
Socialpædagogisk støtte*	27	20	20	19	14	100
Botilbud**	34	15	17	18	16	100
Stofmisbrugsbehandling***	39	20	19	15	7	100
Aktivitets- og samværstilbud	25	16	19	21	18	100
Alkoholbehandling	6	14	24	31	25	100
Beskyttet beskæftigelse	23	20	23	23	10	100
Ledsageordning	16	11	16	24	32	100
Herberg og forsorgshjem****	25	19	26	22	8	100
Kvindekrisecentre*****	36	34	20	8	2	100

Note: *) Opgjort eksklusiv, hvor der til ydelsen er registreret, at den leveres på et botilbud, samt hvor personen i samme kalenderår er registreret med både et midlertidigt eller længerevarende botilbud. **) Botilbud omfatter midlertidigt og længerevarende ophold samt socialpædagogisk støtte i botilbud. Registreringspraksis i forhold til socialpædagogisk støtte og botilbud varierer, og der kan være usikkerhed forbundet med opgørelsen ***) Opgjort for 2017. ****) Opgjort for 2015 på baggrund af statistikbanken (BOF11B). *****) Opgjort for 2017 og indgår ikke i det samlede antal modtagere.

Anm.: Der er tale om udvalgte indsatser, der således ikke summer til modtagere i alt. Personerne kan modtage flere forskellige indsatser og vil dermed indgå i flere af målgrupperne. Opgørelsen omfatter personer på 18 år eller derover, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.20 og 3.21 samt bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.

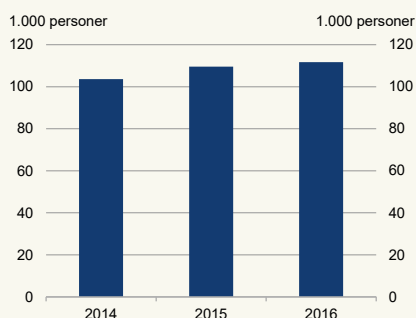
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Alkoholbehandling og ledsageordning adskiller sig fra de andre større indsatser, ved at der er relativt færre 18-29-årige.

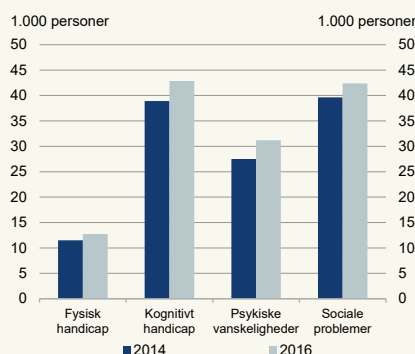
Antallet af voksne, der modtager en indsats efter serviceloven, er steget fra 2014 til 2016. Mens der i 2014 var registreret omkring 103.600 personer, var der i 2016 registreret omkring 111.800 personer. Det svarer til en stigning på omkring 8.100 personer, og stigningen er sket på tværs af alle målgrupperne, jf. figur 3.22 og 3.23.

Figur 3.22

Udvikling i samlet antal voksne modtagere af indsatser efter serviceloven, 2014-2016

**Figur 3.23**

Voksne modtagere af indsatser efter serviceloven efter målgruppe, 2014 og 2016



Anm.: Se anmærkningen til figur 3.20 og 3.21 samt bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

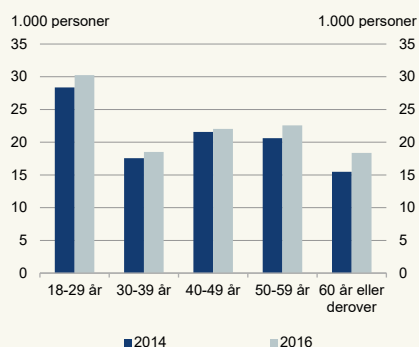
Når flere personer er registreret som modtagere af sociale indsatser, kan det skyldes, at der er kommet flere udsatte mennesker og mennesker med handicap. Men det kan også afspejle en styrket indsats fra kommunernes side, herunder en mere opsøgende indsats, samt arbejdet i regi af Børne- og Socialministeriets datastrategi med at forbedre kommunernes registreringspraksis.

Det skal dog samtidigt understreges, at der på kommunalt niveau er en tydelig sammenhæng mellem stigningen i antallet af helårsmodtagere af socialpædagogisk støtte og botilbud på den ene side og så kommunens udgifter til socialpædagogisk støtte og botilbud. Det indikerer, at dele af stigningen i antallet af modtagere formentligt udtrykker en reel tilgang af borgere. Dette er også meldingen fra flere kommuner, der over de seneste år har oplevet et udgiftspres på det specialiserede socialområde, jf. regeringens og KLs pjece *Styring af det specialiserede voksenområde – cases og værktøjer* (Finansministeriet mfl., 2017). Se også kapitel 4 om udgifter til sociale indsatser.

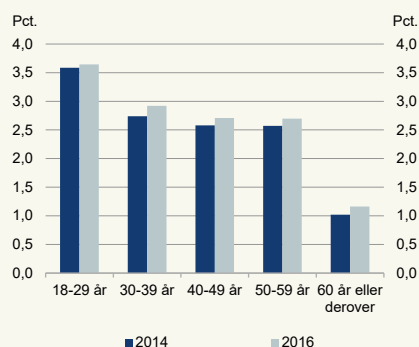
Det stigende antal modtagere ses på tværs af aldersgrupper. I 2016 var andelen af 18-29-årige, der modtog en social indsats på voksenområdet, steget til ca. 3,6 pct. af befolkningen i samme aldersgruppe. For aldersgrupperne 30-39 år, 40-49 år og 50-59 år var andelen steget til mellem 2,7 og 2,9 pct. af befolkningen i de samme aldersgrupper, jf. figur 3.24 og 3.25.

Figur 3.24

Samlet antal voksne modtagere af sociale indsatser i 2014 og 2016, opdelt efter alder

**Figur 3.25**

Andel af befolkningen, der modtager sociale indsatser i 2014 og 2016, opdelt efter alder



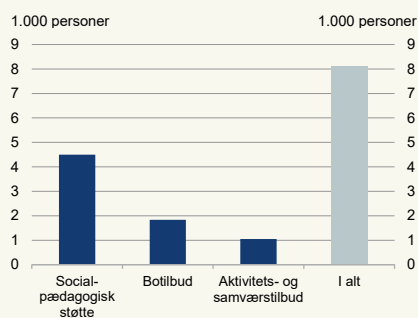
Anm.: Se anmærkningen til figur 3.20 og 3.21 samt bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udviklingen fra 2014 til 2016 i antallet af modtagere af sociale indsatser på voksenområdet dækker særligt over, at der er flere modtagere af socialpædagogisk støtte. Samlet set kan størstedelen af stigningen tilskrives en stigning i antallet af personer, der modtager socialpædagogisk støtte, botilbud og aktivitets- eller samværsydelse.

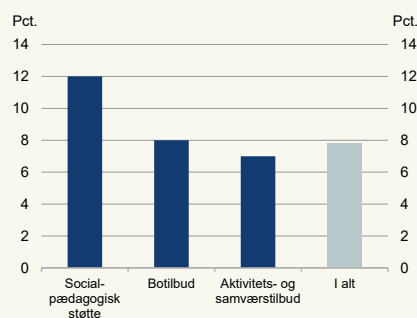
Fra 2014 til 2016 er antallet, der modtager socialpædagogisk støtte, steget med omkring 4.500 personer. Antallet af personer, der modtager botilbud eller aktivitets- og samværsydelse, er steget med omkring henholdsvis 1.800 personer og 1.000 personer, jf. figur 3.26.

Figur 3.26

Udvikling fra 2014 til 2016 i antallet af voksne modtagere af udvalgte sociale indsatser, antal

**Figur 3.27**

Udvikling fra 2014 til 2016 i antallet af voksne modtagere af udvalgte sociale indsatser, pct.



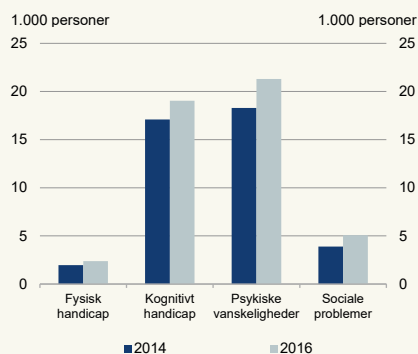
Anm.: En person kan have modtaget flere forskellige indsatser. Socialpædagogisk støtte, botilbud og aktivitets- eller samværsydelse udgør de tre indsatser, hvor der har været den største stigning. Der har også været en mindre stigning for andre indsatser, hvorfor stigningen i de tre nævnte indsatser ikke summer til i alt. Se anmærkningen til figur 3.20 og 3.21 samt bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

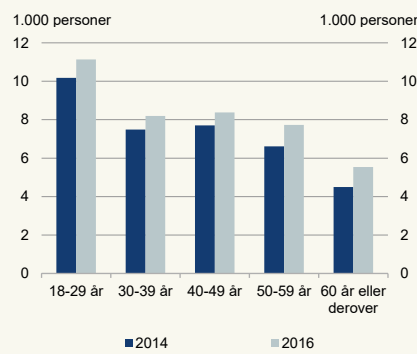
Socialpædagogisk støtte er den indsats, der er steget mest. Stigningen i antal modtagere af socialpædagogisk støtte er sket på tværs af mål- og aldersgrupper, jf. figur 3.28 og 3.29.

Figur 3.28

Modtagere af socialpædagogisk støtte i 2014 og 2016, opdelt efter målgruppe

**Figur 3.29**

Modtagere af socialpædagogisk støtte i 2014 og 2016, opdelt efter alder



Anm.: Se anmærkningen til figur 3.20 og 3.21 samt bilag 3 om modtagere af sociale indsatser på voksenområdet.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det skal som tidligere bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold, men at stigningen formentligt også er udtryk for en reel tilgang af borgere.

4. Udgifter til sociale indsatser

I dette kapitel analyseres de samlede offentlige udgifter til sociale indsatser efter serviceloven. Samtidig ses der nærmere på forskelle i udgifterne til forskellige typer af indsatser og det individuelle udgiftstræk for borgere, der modtager sociale indsatser, herunder på tværs af kommuner.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- De samlede offentlige udgifter til sociale indsatser vurderes at udgøre ca. 46 mia. kr. i 2017. Indsatserne til udsatte børn og unge tegnede sig for 16 mia. kr., mens indsatserne til udsatte voksne og voksne med handicap udgjorde 29,9 mia. kr.
- De samlede udgifter til det sociale område har ligget på et relativt stabilt niveau de seneste år i perioden 2012-2017.
- Ud af de samlede udgifter til udsatte børn og unge udgør udgifter til anbringelser størstedelen. Der blev brugt 9,5 mia. kr. på anbringelsesområdet i 2017. De samlede udgifter til udsatte børn og unge har ligget relativt stabilt de seneste år med en svag tendens til stigning. Udgiftsudviklingen dækker over faldende udgifter til anbringelser og stigende udgifter til forebyggende foranstaltninger.
- De samlede udgifter til voksenområdet kan kun opgøres med forbehold, da der må foretages en skønsmæssig afgrænsning af udgifter til handicapområdet mv. og ældreområdet. Men en række kommuner oplever i stigende grad udfordringer med at styre udgifterne til voksenområdet. Dette er blandt andet forårsaget af et oplevet udgiftspres, herunder i forhold til udgifter til socialpædagogisk støtte.
- De stigende udgifter til socialpædagogisk støtte kan ikke betragtes isoleret, idet udgifterne til botilbud er faldet i samme periode på grund af en omlægning af botilbudsområdet. Ikke desto mindre er der en tendens til, at kommuner, som har oplevet en stigning i antallet af modtagere af botilbud og socialpædagogisk støtte, også har oplevet en stigning i de samlede udgifter hertil. Det indikerer et reelt udgiftspres.
- Der er stor forskel på enhedsudgifterne til de forskellige typer af sociale indsatser. Blandt de mest almindelige forebyggende foranstaltninger til udsatte børn og unge varierer enhedsudgifterne fra ca. 80.000 kr. pr. år. for en fast kontaktperson til 200.000 kr. pr. år for et aflastningsophold. Enhedsudgifterne til de mest almindelige typer af anbringelser varierer fra ca. 130.000 kr. pr. år for en anbringelse i netværkspleje til ca. 1,1 mio. kr. pr. år for anbringelser på en døgninstitution eller socialpædagogisk opholdssted.
- På voksenområdet koster de mindst ressourcekrævende indsatser under 100.000 kr. pr. år, fx ambulant stofmisbrugsbehandling, mens nogle af de dyreste indsatser som døgnbehandling for stofmisbrug, midlertidige og længerevarende botilbud koster mellem 700.000 kr. og 1 mio. kr. pr. år.

- Der er store variationer i det individuelle udgiftstræk, dvs. hvor meget de sociale indsatser til den enkelte borger samlet set koster i løbet af et år. Blandt voksne, der modtager sociale indsatser, ligger udgifterne på mellem 50.000 og 300.000 kr. om året for 80 pct. af gruppen. Mens udgiften for de sidste 20 pct. af gruppen er på omkring 1 mio. kr. om året.
- Billedet er udtryk for, at målgrupperne på socialområdet er meget forskelligartede, og der er stor forskel på det individuelle behov for hjælp og støtte. Nogle kan komme videre med en kortvarig og begrænset indsats. Andre har behov for en langvarig og intensiv indsats og modtager flere indsatser på samme tid.

4.1 Samlede offentlige udgifter til sociale indsatser

Kommunerne har siden kommunalreformen i 2007 haft det fulde finansierings- og forsyningsansvar på det sociale område. Derfor kan udgifterne til sociale indsatser opgøres på baggrund af de kommunale regnskaber for alle tre hovedmålgrupper; udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap

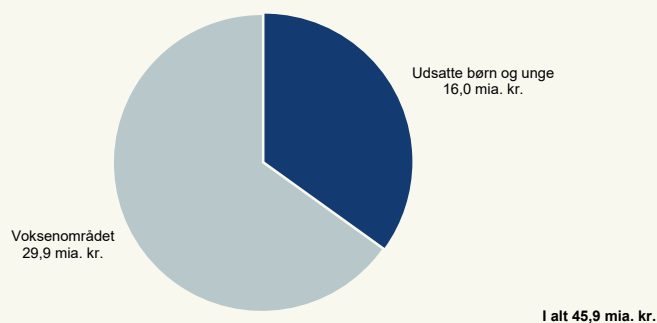
Forsyningspligten indebærer, at kommunerne skal sørge for, at der er de nødvendige tilbud til borgerne på socialområdet. Kommunerne kan enten bruge egne tilbud eller samarbejde med andre kommuner, regioner eller en privat leverandør om at levere tilbuddene. Det kan fx være specialiserede tilbud, som kommunen ikke selv råder over.

Kommunens afgørelse om at yde en social indsats træffes med udgangspunkt i lovgivningen, herunder forsyningsforpligtelsen, og i eventuelt politisk fastsatte serviceniveauer og kvalitetsstandarder, der gælder lokalt. Derfor kan der være forskel på, hvilken støtte og hjælp borgere med lignende behov får i forskellige kommuner. Kommunerne har samtidig en generel forpligtelse til at handle økonomisk ansvarligt. Det betyder, at kommunalbestyrelsen både skal inddrage faglige og økonomiske hensyn, når der træffes afgørelse om en social indsats. Økonomiske hensyn må dog aldrig stå alene. En afgørelse skal altid være baseret på en konkret, individuel vurdering af den enkelte borgers behov.

Den enkelte kommune bærer ikke den fulde økonomiske byrde af udgifterne til sociale indsatser. På nogle områder får kommunerne refusion fra staten, fx refunderer staten havdelen af kommunernes udgifter til forsorgshjem og herberger for hjemløse. På andre områder er der delvis brugerbetaling, fx for kost og logi ved døgnophold. Desuden kompenserer staten kommuner for særligt dyre enkeltsager. Endelig bidrager det kommunale udligningssystem til at udjævne forskelle mellem kommunerne. Udligningen bidrager til, at kommunerne har mulighed for at stille sociale og andre serviceydelser til rådighed på ligelige økonomiske vilkår.

De samlede offentlige udgifter til sociale indsatser vurderes at udgøre ca. 46 mia. kr. i 2017. Udgifterne til udsatte børn og unge tegner sig for omkring en tredjedel af de samlede udgifter, mens udgifterne til voksenområdet tegner sig for de resterende to tredjedele, jf. figur 4.1.

Figur 4.1
Udgifterne på det sociale område, 2017



Anm.: 2018-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. I opgørelsen af udgifterne på voksenområdet (udsatte voksne og personer med handicap) er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne til ældre- og handicapområdet baseret på fordelingsnøgler. Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Der er ikke korrigeret for meropgaver som følge af DUT, hvor staten og kommuner fx aftaler, at kommunerne skal løse bestemte meropgaver. Se også boks 4.1.

Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) og egne beregninger.

Når det gælder udgifterne til voksenområdet, er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne i forhold til ældreområdet. Det skyldes, at kommunerne i deres kontering af udgifterne ikke har adskilt udgifter til ældre og personer med handicap mv. i deres regnskaber frem til og med 2017. Dette er beskrevet nærmere i boks 4.1.

Fra og med regnskabet for 2018 vil det blive muligt at adskille udgifterne til ældre- og voksenområdet og foretage mere præcise opgørelser, da opgørelsesmetoden er ændret. Kommunernes regnskaber baseret på den nye kontoplan forventes offentliggjort medio 2019.

Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Det gælder blandt andet udgifter til særlige dagtilbud og klubber til børn og unge med varige funktionsnedsættelser samt forebyggende foranstaltninger og anbringelser af børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

De samlede udgifter til det sociale område har ligget på et relativt stabilt niveau de seneste år i perioden 2012-2017, jf. tabel 4.1.

Tabel 4.1

Udgifter til sociale indsatser, 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	----- Mia. kr. -----					
Udsatte børn og unge	15,4	15,6	15,6	15,9	15,9	16,0
Udsatte voksne og voksne med handicap	31,8	30,9	30,8	30,5	30,2	29,9
I alt	47,2	46,5	46,3	46,4	46,1	45,9

Anm.: 2018-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. I opgørelsen af udgifterne på voksenområdet (udsatte voksne og personer med handicap) er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne til ældre- og handicapområdet baseret på fordelingsnøgler. Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Der er ikke korrigeret for opgaveændringer i medfør af DUT. Se også boks 4.1.

Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) og egne beregninger.

Udviklingen dækker over svagt stigende udgifter til børne- og ungeområdet, mens de skønnede udgifter til voksenområdet har været faldende. Det skal dog bemærkes, at opgørelsen af udgifterne på voksenområdet er baseret på en fordelingsnøgle og derfor skal tages med forbehold. De følgende afsnit ser nærmere på udgifterne til hhv. udsatte børn og unge og voksenområdet.

Boks 4.1 uddyber opgørelsen af de samlede udgifter til modtagere af sociale indsatser.

Boks 4.1**Opgørelse af de samlede udgifter til modtagere af sociale indsatser**

De samlede udgifter til socialområdet er opgjort på baggrund af kommunernes regnskaber for 2017 fra den kommunale kontoplan. Udgifterne er opgjort som de samlede offentlige nettodriftsudgifter (drønst 1 i kontoplanen). Der er ikke korrigeret for meropgaver som følge af DUT, hvor staten og kommuner fx aftaler, at kommunerne skal løse bestemte meropgaver. Udgifterne er opgjort ekskl. tjenestemandspensioner og refusion for særligt dyre enkeltsager.

Udgifter til udsatte børn og unge er opgjort som udgifterne på hovedfunktion 5.28 i den kommunale kontoplan. Det omfatter udgifter til opholdssteder mv. for børn og unge (5.28.20), forebyggende foranstaltninger for børn og unge (5.28.21), plejefamilier (5.28.22), døgninstitutioner for børn og unge (5.28.23), sikrede døgninstitutioner mv. for børn og unge (5.28.24) og særlige dagtilbud og særlige klubber (5.28.25 fra 2016, 5.25.17 før 2016).

Udgifter til voksenområdet omfatter udgifter på funktionerne 5.32.32-5.32.37, 5.35.40 og 5.38.42-5.38.59. Det omfatter bl.a. pleje og omsorg mv. (5.32.32), herunder socialpædagogisk støtte, forebyggende indsatser (5.32.33), hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring (5.32.35), rådgivning (5.35.40), botilbud for personer med særlige sociale problemer (5.38.42), alkoholbehandling (5.38.44), behandling af stofmisbrugere (5.38.45), botilbud til længerevarende og midlertidige ophold (5.38.50-52), kontaktperson og ledsageordninger (5.38.53), beskyttet beskæftigelse (5.38.58) og aktivitets- og samværstilbud (5.38.59). Udgifter på hovedfunktion 5.32 omfatter tilbud til både ældre og personer med handicap mv.

Når det gælder udgifterne til voksenområdet er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne i forhold til ældreområdet baseret på centrale fordelingsnøgler opgjort i 2007 af det daværende Socialministerium, KL og Finansministeriet. Det skyldes, at kommunerne i deres kontering af udgifter ikke har adskilt udgifter til ældre og personer med handicap mv. Fremover bliver det i højere grad muligt at adskille udgifterne til ældre- og voksenområdet og foretage mere præcise opgørelser, da opgørelsesmetoden er ændret. Kommunernes regnskaber baseret på den nye kontoplan forventes offentliggjort medio 2019.

Administrative udgifter er medregnet i det omfang, de indgår på de ovennævnte funktioner. Det drejer sig bl.a. om udgifterne til administration på de enkelte tilbud. Der er imidlertid også administrative udgifter forbundet med socialområdet, der ikke er medregnet, herunder administrative fællesudgifter til den kommunale forvaltning og myndighedsudøvelse, fælles it mv.

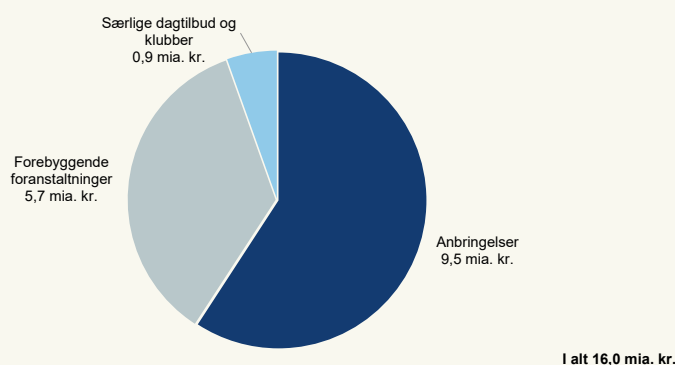
Nogle få ydelser på socialområdet indgår ikke i opgørelsen. Det gælder eksempelvis nogle kontantydelse, herunder udgifter til dækning af merudgifter (§§ 41 og 100), udgifter til tabt arbejdsfortjeneste (§ 42), der konteres under hovedfunktion 5.57 vedrørende kontante ydelser, og udgifter forbundet med forældres hjemmetræning af deres børn (§ 32). Udgifterne til genoptræning efter serviceloven (§ 86) indgår ikke fuldt ud i opgørelsen, idet en del af udgifterne konteres på hovedkonto 4 vedrørende sundhedsområdet.

4.2 Udgifter til udsatte børn og unge

Ud af de samlede udgifter til udsatte børn og unge på 16 mia. kr. udgør udgifterne til anbringelser størstedelen. Der blev brugt 9,5 mia. kr. på anbringelsesområdet i 2017, mens der blev brugt 5,7 mia. kr. på forebyggende foranstaltninger, jf. figur 4.2.

Figur 4.2

Udgifter til udsatte børn og unge efter type af foranstaltning, 2017



Anm.: 2018-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. Summen afviger fra totalen som følge af afrunding. Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Der er ikke korrigeret for opgaveændringer i medfør af DUT. Se også boks 4.1.

Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) og egne beregninger.

Udgifterne til særlige dagtilbud og klubber til børn og unge med en betydelig og varig funktionsnedsættelse udgjorde 0,9 mia. kr. i 2017.

De samlede udgifter til udsatte børn og unge har ligget på et relativt stabilt niveau i perioden 2012-2017 med en svag tendens til stigning. Udgiftsudviklingen dækker over faldende udgifter til anbringelser og stigende udgifter til forebyggende foranstaltninger, jf. tabel 4.2.

Tabel 4.2

Udgifter til sociale foranstaltninger til børn og unge, 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	----- Mia. kr. -----					
Anbringelser	10,1	10,0	9,9	9,7	9,6	9,5
Forebyggende foranstaltninger	4,3	4,5	4,7	5,2	5,4	5,7
Særlige dagtilbud og klubber	1,1	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9
Udsatte børn og unge i alt	15,4	15,6	15,6	15,9	15,9	16,0

Anm.: 2018-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. Summen kan afvige fra totalen som følge af afrunding. Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Der er ikke korigeret for opgaveændringer i medfør af DUT. Se også boks 4.1.

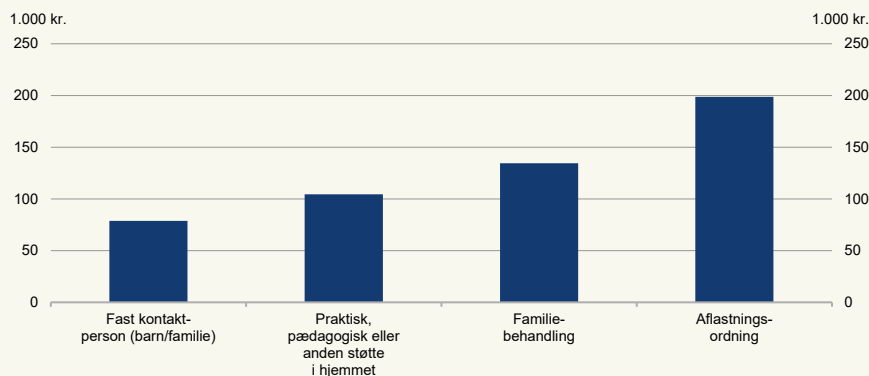
Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) og egne beregninger.

De faldende udgifter til anbringelser afspejler dels en omlægning i kommunerne i retning af flere forebyggende foranstaltninger og færre anbringelser uden for hjemmet, dels at kommunerne i mindre grad end tidligere anbringer på døgninstitutioner mv., som gennemsnitligt er den dyreste anbringelsesform. Se også kapitel 3 om udviklingen i antal anbringelser af børn og unge.

4.2.1 Enhedsudgifter og individuelt udgiftstræk for børn og unge

Forebyggende indsatser er generelt forbundet med langt færre omkostninger end anbringelser. Ligesom anbringelser i plejefamilie generelt er billigere end anbringelser på en døgninstitution eller et socialpædagogisk opholdssted. Det kommer til udtryk ved enhedsudgifterne til de forskellige typer af foranstaltninger.

Når det gælder nogle af de mest almindelige forebyggende foranstaltninger, så varierer enhedsudgifterne fra ca. 80.000 kr. pr. år for en fast kontaktperson, der kan være tilknyttet enten barnet eller hele familien, til ca. 200.000 kr. pr. år for et aflastningsophold på et anbringelsessted, jf. figur 4.3.

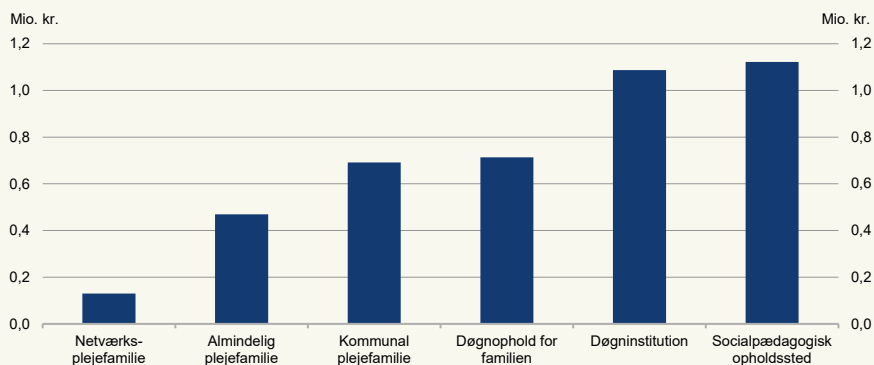
Figur 4.3**Enhedsudgifter til forskellige typer af forebyggende foranstaltninger**

Anm.: 2018-pl. Enhedsudgiften er en opgørelse af de gennemsnitlige driftsudgifter til en given foranstaltning pr. år. Det bemærkes, at de beregnede enhedsudgifter skal tolkes med varsomhed, da opgørelserne bl.a. er behæftet med usikkerhed som følge af datagrundlaget. Se bilag 1 for beregninger af enhedsudgifter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Enhedsudgiften er en opgørelse af de gennemsnitlige driftsudgifter til en given foranstaltning pr. år. Der kan imidlertid ligge stor variation bag enhedsudgifterne afhængigt af ydelsens omfang og karakter. Det betyder også, at enhedsudgifterne skal tolkes med varsomhed. Eksempelvis kan prisen for et aflastningsophold variere meget i pris, afhængigt af om barnet eller den unge bliver aflastet i en plejefamilie eller på en døgninstitution.

Enhedsudgifterne til de mest almindelige anbringelsesformer varierer fra ca. 130.000 kr. pr. år for en anbringelse i en netværksplejefamilie til ca. 1,1 mio. kr. pr. år for en anbringelse på en almindelig døgninstitution eller et socialpædagogisk opholdssted, jf. figur 4.4.

Figur 4.4**Enhedsudgifter til forskellige typer af anbringelser**

Anm.: 2018-pl. Enhedsudgiften er en opgørelse af de gennemsnitlige driftsudgifter til en given foranstaltning pr. år. Det bemærkes, at de beregnede enhedsudgifter skal tolkes med varsomhed, da opgørelserne bl.a. er behæftet med usikkerhed som følge af datagrundlaget. Se bilag 1 for beregninger af enhedsudgifter.

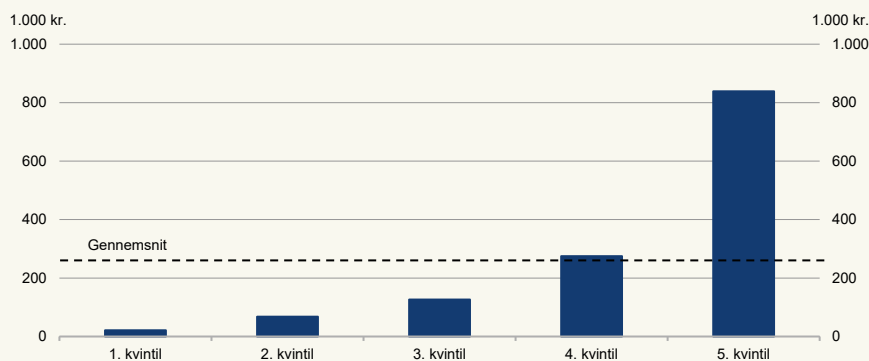
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Et døgnophold for hele familien gives med henblik på at undgå en egentlig anbringelse af barnet eller den unge. Indsatsen minder således, ligesom et aflastningsophold, om både en anbringelse og en forebyggende foranstaltning. Et døgnophold kan gælde hele familien eller enkelte medlemmer i en tidsbegrænset periode. Prisen kan således også variere meget afhængigt af antallet af familiemedlemmer, samt om døgnopholdet tilbydes i en plejefamilie eller på en døgninstitution.

Den betydelige variation i enhedsudgifterne til anbringelser skal ses i lyset af, at en netværksplejefamilie som hovedregel kun får dækket omkostninger til almindelige fornødenheder, herunder kost og logi. Mens almindelige plejefamilier får udbetalt vederlag, og døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder betales med en takst, der blandt andet skal dække lønudgifter til personale mv.

Forskellene i enhedsudgifterne til både forebyggende foranstaltninger og anbringelser betyder, at der er meget store variationer i det individuelle udgiftstræk blandt børn og unge, som modtager indsatser efter serviceloven.

Det individuelle udgiftstræk ligger for 60 pct. af gruppen af udsatte børn og unge (1.-3. kvartil) under gennemsnittet på omkring 270.000 kr. pr. år. For de 20 pct., der har det næsthøjeste udgiftstræk (4. kvartil), ligger det lige omkring gennemsnittet. Mens de 20 pct. med det højeste udgiftstræk (5. kvartil) i gennemsnit har et årligt udgiftstræk på mere end 800.000 kr., jf. figur 4.5.

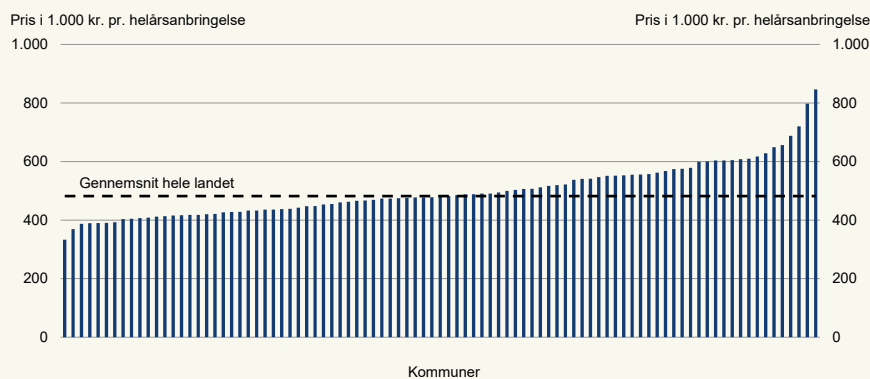
Figur 4.5**Variation i årlige udgifter pr. person blandt udsatte børn og unge**

Anm.: 2018-pl. Gennemsnitligt udgiftstræk for de omfattede personer, hvor den samlede gruppe er opgjort i fem lige store grupper efter personernes udgiftstræk (kvintiler). Baseret på varighed pr. indsats og gennemsnitlig enhedsudgift pr. indsats pr. år. De beregnede udgifter omfatter de indsatser, hvor der beregnes enhedsudgifter. Personer, der ikke modtager disse indsatser og dermed har en beregnet udgift på 0 kr. pr. år., indgår ikke i opgørelsen. De beregnede udgifter skal tolkes med varsomhed, da opgørelserne er behæftet med usikkerhed som følge af datagrundlag mv. Se bilag 1 for beregninger af enhedsudgifter. Opgørelsen er baseret på aktivitetstal fra 2015.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Ud over det store spænd i enhedsudgifterne til forskellige typer af foranstaltninger er forskellene i det individuelle udgiftstræk også drevet af, at der vil være forskel på varigheden af indsatser, og at nogle børn og unge vil modtage flere indsatser på samme tid.

På tværs af kommuner er der imidlertid også variation i, hvad det koster at anbringe børn og unge. Sammenligner man enhedsudgifterne til en anbringelse i plejefamilie, som er den mest udbredte anbringelsesform, ligger mange kommuner omkring gennemsnittet, men det varierer fra ca. 400.000 kr. i den kommune, der har de laveste udgifter, til ca. 600.000 kr. i den kommune, der har de højeste udgifter, jf. figur 4.6.

Figur 4.6**Kommunal variation i enhedsudgifter til en anbringelse i plejefamilie, 2016**

Anm.: 2018-pl. Enhedsudgifter for en helårsanbringelse i plejefamilie i 2016 (inkl. kommunale plejefamilier og ekskl. netværksplejefamilier). Opgørelsen omfatter 48 kommuner, der har haft mindst 60 helårsanbragte børn og unge i almindelige og kommunale plejefamilier i 2016. Se bilag 1 for beregninger af enhedsudgifter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Der kan være flere forklaringer på de store forskelle mellem kommunerne. Blandt andet kan de skyldes, at der på tværs af kommunerne er forskelle i sammensætningen af gruppen af anbragte børn og unge i forhold til tyngden af problemer. Derfor vil gruppen af anbragte børn og unge i nogle kommuner have behov for en mere omfattende social indsats end samme målgruppe i andre kommuner. Andre forklaringer kan være variation i politiske besluttede serviceniveauer, visitationspraksis og indsatsrettelæggelse.

Men de kommunale forskelle kan også indikere, at indsatserne er mere omkostningseffektive i nogle kommuner end andre. Mere effektive indsatser og en bedre ressourceudnyttelse kan både bidrage til at mindske udgiftspres og frigøre midler til andre indsatser mv., fx til opsporing og tidlige forebyggende indsatser.

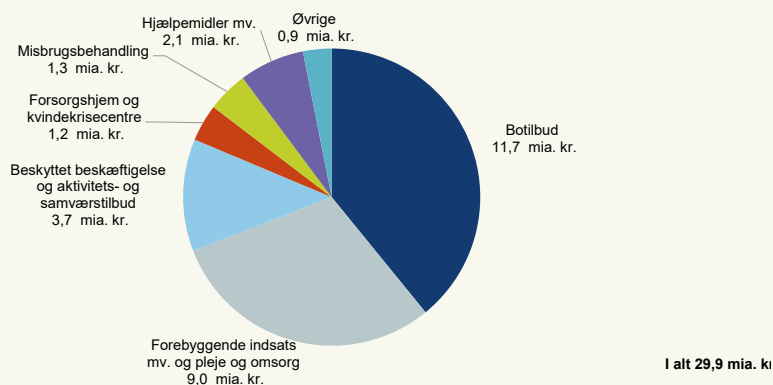
4.3 Udgifter til voksenområdet

Udgifterne til voksenområdet omfatter udgifter til den kommunale indsats for voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og særlige sociale problemer.

De samlede udgifter til voksenområdet vurderes at udgøre ca. 30 mia. kr. i 2017. De største udgiftsposter er botilbud og forebyggende indsatser mv. og pleje og omsorg, der blandt andet omfatter socialpædagogisk støtte, jf. figur 4.7.

Figur 4.7

Udgifter til voksenområdet efter type af indsats, 2017



Anm.: 2018-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. I opgørelsen af udgifterne på voksenområdet (udsatte voksne og personer med handicap) er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne til ældre- og handicapområdet baseret på fordelingsnøgler. Forebyggende indsatser mv. og pleje og omsorg omfatter blandt andet socialpædagogisk støtte. Der er ikke korrigeret for opgaveændringer i medfør af DUT. Se også boks 4.1
Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) og egne beregninger.

Når der foretages en skønsmæssig afgrænsning af voksenområdet fra ældreområdet, er tendensen et fald i de samlede udgifter til voksne med handicap og udsatte voksne over perioden 2012-2017. Mens udgifterne udgjorde 31,8 mia. kr. i 2012, var de på 29,9 mia.kr. i 2017, jf. også tabel 4.1 ovenfor.

Faldet kan afspejle, at kommunerne i en årrække har haft et stærkt fokus på styring af udgiftsudviklingen på det sociale område, jf. analysen "Det specialiserede socialområde – redskaber til styring og prioritering", som regeringen og KL gennemførte som opfølgning på økonomiaftalen for 2009, der gennemgår udgifts- og aktivitetsudviklingen på området i perioden 2004-2009. Ikke desto mindre knytter der sig væsentlige forbehold til udgiftsudviklingen.

Forbeholdene skyldes, at der – som nævnt – foretages en skønsmæssig afgrænsning af voksenområdet fra ældreområdet. Afgrænsningen sker på baggrund af en fordelingsnøgle, og der er tegn på, at fordelingsnøglen i stadig stigende grad har undervurderet, hvor stor en del af udgifterne, der vedrører handicapområdet mv., jf. Økonomi- og Indenrigsministeriet (2017): "Afrapportering vedr. adskillelse af udgifter til ældre og personer med handicap/udsatte voksne".

I det følgende afsnit ses der derfor nærmere på udviklingen i kommunernes udgifter til socialpædagogisk støtte.

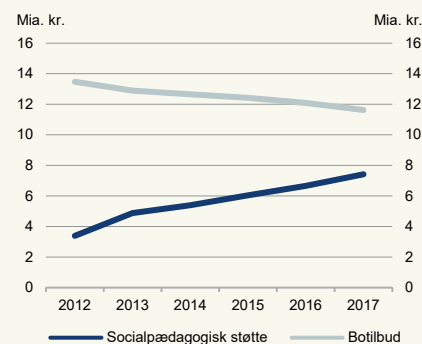
4.3.1 Udviklingen i de udgifter til socialpædagogisk støtte og botilbud

En række kommuner oplever i stigende grad udfordringer med at styre udgifterne til voksenområdet. Dette er blandt andet forårsaget af et oplevet udgiftspres, herunder i forhold til udgifter til socialpædagogisk støtte. Kommunernes oplevelse af en stigende udfordring med at styre udgifterne til socialpædagogisk støtte falder sammen med, at der kan observeres en markant stigning i udgifterne til området.

De samlede kommunale udgifter til socialpædagogisk støtte steg fra omkring 3,4 mia. kr. i 2012 til 7,4 mia. kr. i 2017, jf. figur 4.8.

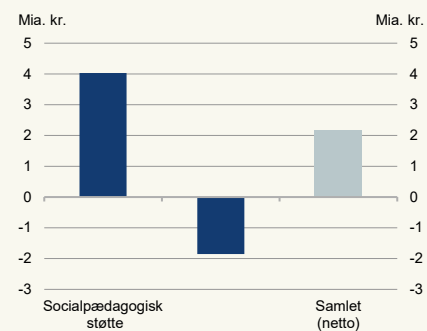
Figur 4.8

Udvikling i udgifter til socialpædagogisk støtte og botilbud, 2012-2017



Figur 4.9

Udvikling i udgifter til socialpædagogisk støtte og botilbud samlet fra 2012 til 2017



Anm.: 2018-pl. Socialpædagogisk støtte opgjort som funktion 5.32.33 gruppering 004 i den kommunale kontoplan. Botilbud opgjort som funktion 5.38.50 og 5.38.52. Opgjort som de samlede kommunale nettodriftsudgifter (dranst 1 og 2), hvor der ikke er foretaget en (skønsmæssig) afgrænsning fra ældreområdet, dvs udgifter til ældre, der modtager socialpædagogisk støtte, indgår også. Ekskl. tjenestemandspensioner og refusion for særligt dyre enkeltsager. Der er ikke korigeret for opgaveændringer i medfør af DUT.

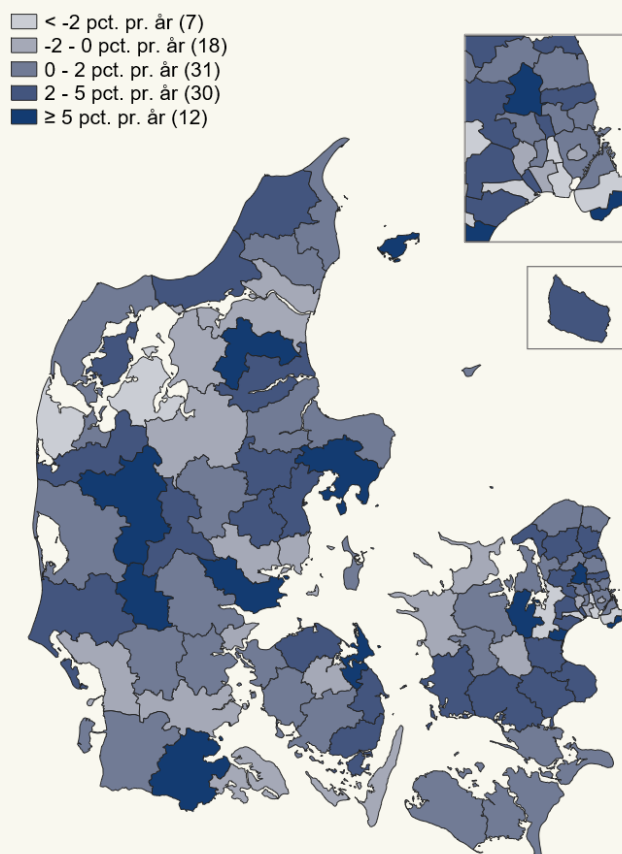
Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) samt egne beregninger.

De senere år er der imidlertid også sket en omlægning af botilbudsområdet. Frem for at give et botilbud efter serviceloven, renoverer eller opfører kommunerne boliger til personer med handicap mv. efter almenboligloven, hvor borgeren blandt andet kan modtage hjælp i form af socialpædagogisk støtte efter serviceloven.

Udviklingen afspejler sig i faldende udgifter til botilbudsområdet. Fra 2012 til 2017 faldt kommunernes samlede udgifter til området fra 13,5 mia. kr. til 11,6 mia. kr.

Stigningen i udgifterne til socialpædagogisk støtte kan derfor ikke betragtes isoleret, da en del af stigningen skal ses i sammenhæng med omlægningen på botilbudsområdet. Samlet set er kommunernes udgifter til socialpædagogisk støtte og botilbud (netto) steget med knap 2,2 mia. kr. fra 2012 til 2017, jf. figur 4.9.

Det er dog langt fra alle kommuner, der har oplevet store stigninger i de samlede udgifter til socialpædagogisk støtte og botilbud. I 25 kommunerne har udgifterne være stabile eller faldende i perioden 2013-2017. Blandt de resterende kommuner har 31 oplevet en gennemsnitlig årlig stigning på op til 2 pct., mens 42 kommuner har oplevet større stigninger, for de flestes vedkommende på mellem 2 og 5 pct., jf. figur 4.10.

Figur 4.10**Gennemsnitlig årlig udvikling i udgiften til socialpædagogisk støtte og botilbud, 2013-2017**

Anm.: 2018-pl. Socialpædagogisk støtte opgjort som funktion 5.32.33 gruppering 004 i den kommunale kontoplan. Botilbud opgjort som funktion 5.38.50 og 5.38.52. Opgjort som de samlede kommunale nettodriftsudgifter (dranst 1 og 2) ekskl. tjenestemandspensioner og refusion for særligt dyre enkeltsager. Der er ikke korrigeret for opgaveændringer i medfør af DUT.

Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) samt egne beregninger.

Når der i nogle kommuner ses meget store udgiftsstigninger, kan en væsentlig del af forklaringen være ændringer i den kommunale kontoplan. Fra 2012 og frem er udgifterne til socialpædagogisk støtte, der primært vedrører handicapområdet, blevet udskilt for sig i kontoplanen, hvor de tidligere blev konteret sammen med udgifter til aflastning og afløsning, som primært vedrører ældreområdet. Der er imidlertid indikationer på, at ændringen i kontoplanen ikke er blevet konsekvent implementeret alle steder fra start af, da nogle kommuner over perioden "flytter" store udgifter fra blandt andet aflastning og afløsning på ældreområdet til socialpædagogisk støtte.

Boks 4.2 giver et konkret eksempel på flytning af udgifter fra aflastning og afløsning på ældreområdet til socialpædagogisk støtte.

Boks 4.2

Eksempel på "flytning" af udgifter til socialpædagogisk støtte i kontoplanen

Erfaringsmæssig kan det tage nogle år, før kommunerne får kontoplansændringer fuldt implementeret i deres konteringspraksis. I forbindelse med ændringen af kontoplanen, hvor udgifterne til socialpædagogisk støtte, der primært vedrører handicapområdet, blev udskilt på en konto for sig, er der flere eksempler på, at kommuner i løbet af perioden fra 2012 og frem har "flyttet" store udgifter fra blandt andet aflastning og afløsning på ældreområdet til socialpædagogisk støtte. Det indikerer, at ændringen i kontoplanen ikke er blevet konsekvent implementeret alle steder fra start, og at udgifter til socialpædagogiske støtte fejlagtigt er blevet kontoret som aflastning og afløsning mv. på ældreområdet. Hvis man ser på udviklingen i udgifterne til socialpædagogisk støtte over perioden 2012 til 2017 samlet, vil der derfor være nogle kommuner, der fejlagtigt fremstår med meget kraftige udgiftsstigninger.

Et konkret eksempel er en kommune, der i 2012 konterer 151 mio. kr. på kontoen for "Afløsning og aflastning samt tilbud om midlertidigt ophold" (funktion 5.32.33 gruppering 003), der vedrører ældreområdet, men kun 1-2 mio. kr. fra 2013 og frem. Til gengæld stiger udgifterne til på kontoen "Socialpædagogisk bistand og behandling" (funktion 5.32.33 gruppering 004) fra 0 til 165 mio. kr. fra 2012 til 2013, jf. tabel a.

Tabel a

Eksempel på "flytning" af udgifter til socialpædagogisk støtte i kontoplanen

Omfatter	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Afløsning og aflastning samt tilbud om midlertidigt ophold (servicelovens § 84) (funktion 5.32.33 gruppering 003)	151	2	1	1	1	2
Socialpædagogisk bistand og behandling (servicelovens §§ 85 og 102) (funktion 5.32.33 gruppering 004)	0	165	163	170	196	200

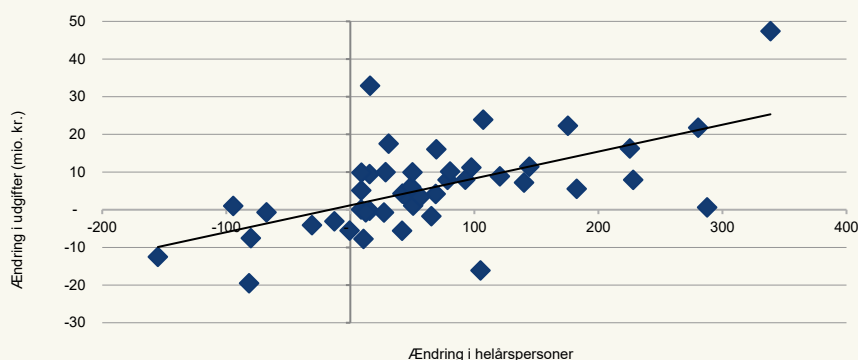
Anm.: 2018-pl. Opgjort som de samlede kommunale nettodriftsudgifter (dranst 1 og 2) ekskl. tjenestemandspensioner og refusion for særligt dyre enkeltsager. Der er ikke korigeret for opgaveændringer i medfør af DUT.

Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) samt egne beregninger.

Selvom omlægninger på botilbudsområdet og ændringer i den kommunale kontoplan kan forklare dele af stigningen i kommunernes udgifter til socialpædagogiske støtte og botilbud, er der ikke desto mindre indikationer på, at de stigende udgifter også er en konsekvens af en øget tilgang af borgere, der modtager hjælp og støtte efter serviceloven. Der er således en tendens til, at kommuner, som har oplevet en stigning i antallet af modtagere af botilbud og socialpædagogisk støtte, samtidig har oplevet en stigning i de samlede udgifter hertil. Det indikerer et reelt udgiftspres, jf. figur 4.11.

Figur 4.11

Ændring i antal modtagere og udgifter til socialpædagogisk støtte og botilbud fra 2014 til 2016



Anm.: 2018-pl. Modtagere er opgjort som helårspersoner, der modtager socialpædagogisk støtte og behandling samt midlertidige og længerevarende ophold. Udgifter opgjort som de samlede kommunale nettodriftsudgifter på funktion 5.32.33 gruppering 004 samt funktion 5.38.50 og 5.38.52. Se også anmærkningen til figur 4.8 og 4.9. Korrelationskoefficienten er 0,6. Jo nærmere koefficienten er på ± 1 , jo nærmere er de to variable på en perfekt lineær sammenhæng. To kommuner med meget store udgiftsstigninger er udeladt.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Statistisk set er sammenhængen mellem ændringen i helårspersoner og ændringen i udgifter signifikant ($p < 0,001$) og korrelationen er relativt høj (0,6).

Det følgende afsnit ser nærmere på enhedsudgifter og det individuelle udgiftstræk på voksenområdet, dvs. hvad den sociale indsats til den enkelte borger koster set over et år.

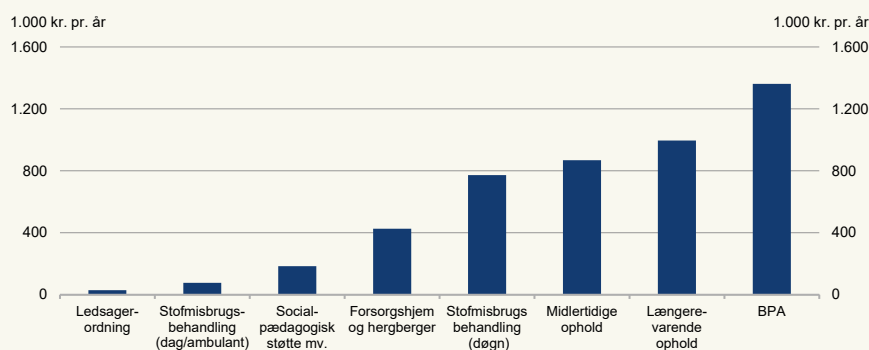
4.3.2 Enhedsudgifter og individuelt udgiftstræk på voksenområdet

Enhedsudgiften angiver, hvad en indsats gennemsnitligt set koster pr. år. I bilag 1 er opgørelsen af enhedsudgifterne uddybet.

Der er meget stor variation i enhedsudgifterne til de forskellige typer af indsatser og ydelser til voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og særlige sociale problemer. Mens de mindst ressourcekrævende indsatser ligger under 100.000 kr. pr. år, ligger indsatser, der omfatter ophold på institutioner mv., på mellem 700.000 og 1 mio. kr. pr. år, jf. figur 4.12.

Figur 4.12

Enhedsudgifter for udvalgte sociale indsatser til voksne



Anm.: 2018-pl. BPA dækker over borgerstyret personlig assistance. Det bemærkes, at de beregnede enhedsudgifter skal tolkes med varsomhed, da opgørelserne er behæftet med usikkerhed som følge af datagrundlag mv. Se bilag 1 for beregninger af enhedsudgifter.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Variationen afspejler blandt andet, at de forskellige indsatser er rettet mod forskellige målgrupper, og at indsatserne har forskellig intensitet. Indsatser, der omfatter ophold, kan være målrettet borgere, der har omfattende og betydelige støttebehov til mange forskellige daglige aktiviteter døgnet rundt. Indsatser, der ikke omfatter ophold, kan derimod være begrænset til et bestemt antal timer pr. uge eller måned. Når en ledsageordning er blandt de billigste indsatser – med en enhedsudgift på knap 30.000 pr. år – er det for eksempel udtryk for, at der maksimalt kan ydes ledsagelse i 15 timer pr. måned inden for rammerne af ordningen.

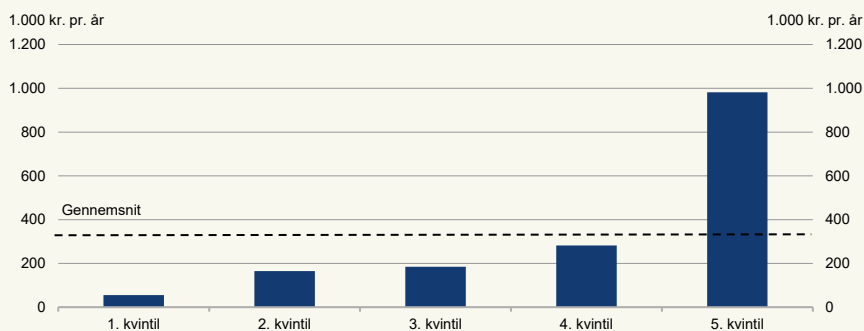
Samtidig kan der være forskel på behovet for personale og andre ressourcer afhængig af målgruppen og ydelsens karakter. Eksempelvis er enhedsudgifter til forsorgshjem og herberger lavere end til døgnbehandling for stofmisbrug og for botilbud (midlertidige og længerevarende ophold). De dyreste former for indsatser er borgerstyret personlig assistance (BPA), hvor den årlige udgift er op mod 1,4 mio. kr. Det skal ses i lyset af, at målgruppen for BPA er borgere med handicap, der har et omfattende behov for hjælp og støtte.

Beregningerne af enhedsudgifter er ikke eksakte og skal derfor tolkes med varsomhed. De opgjorte enhedsudgifter er følsomme over for, hvordan de årlige udgifter til de forskellige typer af indsatser afgrænses i den kommunale kontoplan, og hvordan antallet af helårsmodtagere opgøres. Der knytter sig en særlig usikkerhed til opgørelsen af enhedsudgiften til botilbud og socialpædagogisk støtte. Følsomheden af de nuværende opgørelser af enhedsudgifter i forhold til forskellige opgørelsesmetoder er nærmere belyst i bilag 1.

Variationen i enhedsudgifter afspejler sig i udgifterne til sociale indsatser på individniveau, hvor der er stor forskel på, hvor meget den sociale indsats til den enkelte borger koster set over et år. Blandt voksne, der modtager sociale indsatser, ligger udgifterne på i størrelsesordenen 50.000-300.000 kr. om året for 80 pct. af gruppen (1.-4. kvintil), mens udgiften for de sidste 20 pct. af gruppen (5. kvintil) er omkring 1 mio. kr. pr. år, jf. figur 4.13.

Figur 4.13

Variation i årlige udgifter pr. person blandt personer med handicap og udsatte voksne, 2016



Anm.: 2018-pl. Baseret på 55 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Gennemsnitligt udgiftstræk for de omfattede personer, hvor den samlede gruppe er opgjort i fem lige store grupper efter personernes udgiftstræk (kvintiler). Baseret på varighed pr. indsats og gennemsnitlig enhedsudgift pr. indsats pr. år. De beregnede udgifter omfatter de indsatser, hvor der beregnes enhedsudgifter, jf. bilag 1. Personer, der ikke modtager disse indsatser og dermed har en beregnet udgift på 0 kr. pr. år., indgår ikke i opgørelsen. De beregnede udgifter skal tolkes med varsomhed, da opgørelserne er behæftet med usikkerhed som følge af datagrundlag mv. Ophold på forsorgshjem og herberg og kvindekrisecenter samt behandling af alkoholafhængighed og stofmisbrug indgår ikke i beregningen af udgiftstrækket.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Billedet er udtryk for, at indsatserne på socialområdet spænder vidt, og at gruppen af voksne, der modtager sociale indsatser, er meget sammensat i forhold til udfordringer og behovet for hjælp og støtte. For nogle borgere vil en relativt kortvarig og begrænset indsats være tilstrækkelig, eksempelvis et begrænset antal timers socialpædagogisk støtte om måneden. For andre borgere, fx personer med betydelige og varige handicap med længerevarende ophold på botilbud, vil det være nødvendig med en omfattende og langvarig indsats, og der kan også gives flere indsatser på samme tid.

Fra budgetåret 2018 er den kommunale kontoplan som tidligere nævnt blevet revideret, og fra medio 2019 bliver det muligt at opgøre kommunernes udgifter til socialpædagogisk støtte, botilbudslignende boliger og botilbud efter serviceloven særskilt, når der foreligger kommunale regnskaber for 2018.

Desuden har Børne- og Socialministeriet og KL i samarbejde med Danmarks Statistik forbedret statistikken om modtagere af indsatser på voksenområdet, så denne også muliggør en bedre adskillelse af botilbud og socialpædagogisk støtte i eget hjem. Endelig har Børne- og Socialministeriet i samarbejde med en række kommuner igangsat et samarbejde, der for de deltagende kommuner skal gøre det muligt at koble oplysninger om indsatser og udgiften til indsatsen på individniveau.

På den baggrund forventes det, at der fremadrettet kan beregnes reviderede enhedsudgifter og individuelt udgiftstræk på et bedre og mere sikkert datagrundlag. Se også kapitel 11 om status på fremdrift for datastrategien på børne- og socialområdet.

5. Virksomme sociale indsatser

Det er regeringens ambition, at den socialpolitiske indsats i højere grad skal være baseret på viden om, hvad der virker. I Socialpolitisk Redegørelse 2017 blev der taget et første skridt i retning af at kortlægge omfanget af dokumenteret virksomme sociale indsatser på henholdsvis børne- og voksenområdet. Sigtet med kortlægningen var at styrke vidensgrundlaget for nationale, strategiske overvejelser om udvikling og udbredelse af nye virksomme sociale indsatser.

Som det fremgik af sidste års redegørelse, er det imidlertid ikke tilstrækkeligt at se alene på antallet af eksisterende dokumenterede virksomme indsatser, når det skal vurderes nationalt, hvor der er behov for udvikling og udbredelse af nye virksomme indsatser. En sådan vurdering må bero på en række yderligere hensyn, der tilsammen kan give et billede af, hvor udvikling og udbredelse af virksomme indsatser kan få størst effekt i form af positive forandringer for borgerne og samfundet. Hensynene omfatter centrale aktører og interessenters vurdering af, hvor udfordringer og udviklingsbehov er størst, viden om omfang og karakter af de enkelte sociale problemer, viden om effekten og økonomien forbundet med en given indsats mv.

I Danmark har kommunerne det fulde myndigheds-, finansierings-, og forsyningsansvar på det sociale område, mens Folketinget via serviceloven sætter de overordnede rammer for, hvilke ydelser og tilbud kommunerne kan og skal yde borgerne. Det betyder, at kommunerne har ret til selvstændigt at udforme, fastlægge og prioritere indsatsen på socialområdet inden for de rammer, der udgøres af loven, samt den praksis, der er fastlagt af Ankestyrelsen og domstolene.

Det kommunale perspektiv på socialområdets udfordringer er derfor centralt i vurderingen af, hvor der er behov for udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser. Børne- og Socialministeriet har til dette kapitel bedt VIVE gennemføre en pilotanalyse, der for første gang skaber et egentligt datagrundlag for kommunernes oplevelse af de aktuelle udfordringer og behovet for mere vidensbaseret understøttelse af indsatserne på voksensocialområdet. Fokus i pilotanalysen er afgrænset til de faglige aspekter af indsatsen til borgerne. Der er derfor ikke spurgt til andre aktuelle udfordringer, kommunerne måtte opleve, fx økonomi, styring og juridiske forhold. Et næste skridt efter denne pilotanalyse kunne være at supplere med indsamling af viden om kommunernes oplevelse af udfordringer med styring og økonomi. De centrale resultater fra pilotanalysen afleveres i dette kapitel og tegner et langt klarere billede af kommunernes fælles udfordringer, end der tidligere har været.

Virksomme sociale indsatser, som de er defineret i dette kapitel, er ikke altid den rigtige løsning på et socialt problem. Der kan også være behov for mere generelle ændringer i rammevilkår som fx ændret lovgivning. Sociale indsatser er imidlertid et vigtigt redskab på det sociale område og er derfor det primære fokus for dette kapitel.

Kapitlet falder i fire dele. Indledningsvis redegøres der for Børne- og Socialministeriets tilgang til arbejdet med virksomme sociale indsatser. Tilgangen bygger på det udgangspunkt, at der er brug for en bred vifte af metoder og indsatser, herunder virksomme indsatser til borgeren, kvalitet i myndighedsarbejdet og en hensigtsmæssig organisering som blandt andet understøtter en effektiv koordinering på tværs af sektorer og forvaltninger mv. Indsatser som hver for sig og i kombination kan bidrage til at skabe en positiv forandring for borgeren, fx så borgeren kommer ud af hjemløshed eller misbrug, eller så borgeren får hjælp til at udvikle sig og leve med en alvorlig psykisk lidelse og bedre muligheder for uddannelse og beskæftigelse.

Efter dette præsenteres de centrale resultater fra VIVE's pilotanalyse af kommunernes oplevelse af de aktuelle udfordringer på voksenalområdet og behovet for mere vidensbaseret understøttelse af indsatserne. Pilotanalysen giver et nyttigt input til vurderingen af behovet for national udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser på voksenalområdet, men den kan ikke stå alene. Pilotanalysen er desuden detaljeret afleveret i VIVE's udgivelse "Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksenalområdet" (2018).

Efter præsentationen af pilotanalysen redegøres der for en række andre hensyn, som bør indgå i overvejelser på nationalt niveau om udvikling og udbredelse af virksomme indsatser på socialområdet. På denne baggrund analyseres behovet for nye initiativer med udgangspunkt i tre eksempler fra pilotanalysen, nemlig målgrupperne borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker, unge voksne med kognitive funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug samt unge over 18 år med hashmisbrug.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Der er med VIVE's pilotanalyse for første gang skabt et egentligt datagrundlag for kommunernes oplevelse af de aktuelle udfordringer på voksenalområdet og behovet for understøttelse fra andre aktører. Fokus i pilotanalysen er afgrænset til de faglige aspekter af indsatsen til borgerne. Der er derfor ikke spurgt til andre aktuelle udfordringer, kommunerne måtte opleve, fx økonomi, styring og juridiske forhold.
- Kommunernes oplevelser kan dog i nogle tilfælde hænge sammen med underliggende økonomiske og juridiske forhold, der ikke er afdækket direkte i pilotanalysen. Pilotanalysen siger desuden ikke noget om kvaliteten af det sociale arbejde i kommunerne, men fokuserer udelukkende på, hvor kommunerne oplever arbejdet som udfordrende.
- Ifølge pilotanalysen oplever kommunerne aktuelt de største udfordringer i relation til målgruppen af borgere med psykiske vanskeligheder, herunder særligt borgere med svære psykiske lidelser, der udskrives fra behandlingspsykiatrien, og borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker, det vil sige borgere med flere forskellige problemstillinger, der skal håndteres samtidigt, fx en psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

- Pilotanalysen viser desuden, at kommunerne ser koordinering på tværs af sektorer som en særlig stor udfordring på voksenalområdet. Det kan fx dreje sig om at koordinere indsatsen til en borger, der udskrives fra behandlingspsykiatrien og overgår til kommunal behandling. Ligeledes opleves koordinering af indsatsen mellem forvaltninger og afdelinger internt i kommunerne som en stor udfordring.
- Koordinering på tværs af sektorer og forvaltninger er særligt centralt ved tilrettelæggelse af indsatsen for borgere med flere og samtidige sociale problemer. Socialpolitisk Redegørelse 2017 viste, at der på tværs af målgrupper kun i begrænset omfang findes viden om virksomme indsatser til disse borgere. Regeringen har med sammenhængsreformen et stort fokus på at understøtte helhedsorienterede indsatser for borgerne med en effektiv koordinering på tværs af myndigheder og sektorer.
- Der er i pilotanalysen meget små forskelle i besvarelserne fra store og små kommuner og mellem kommuner under større og mindre udgiftspres. Kommunestørrelse og udgiftspres ser altså ikke ud til at have betydning for, hvor kommunerne oplever de største udfordringer på voksenalområdet. Indikatoren for kommunernes udgiftspres er beregnet af VIVE med data fra Økonomi- og Indenrigsministeriet.
- For alle de undersøgte målgrupper er der en positiv sammenhæng mellem, hvor store udfordringer kommunerne oplever i arbejdet med målgruppen og det behov for ekstern understøttelse fra Socialstyrelsen eller andre aktører, som kommunerne oplever.
- Når det på nationalt niveau vurderes, hvor der er behov for nye virksomme sociale indsatser, er det kommunale perspektiv centralt, men det skal suppleres med en række andre hensyn. Det er fx vigtigt at inddrage andre aktørers perspektiver på socialområdets udfordringer, herunder vurderingen fra relevante vidensinstitutioner og Regeringens mål for social mobilitet. Hertil kommer behovet for at vurdere virkningen af allerede igangværende initiativer samt den potentielle effekt og omkostning ved forskellige nye sociale indsatser. Samfundsmæssige faktorer såsom den demografiske udvikling spiller også en rolle i den forbindelse.

5.1 Tilgang til virksomme sociale indsatser

Virksomme sociale indsatser skal skabe positive forandringer for borgerne og samfundet. Børne- og Socialministeriets tilgang til virksomme sociale indsatser er, at der er brug for en bred vifte af elementer, som hver for sig og i kombination kan sikre en virksom indsats til borgeren. Der er som hovedregel tale om fire forskellige indsatsområder, jf. figur 5.1.

Figur 5.1

Fire indsatsområder i arbejdet med virksomme sociale indsatser til borgere på det sociale område



Kilde: Børne- og Socialministeriet.

Vidensbaserede indsatser til borgeren er den centrale komponent, når det drejer sig om at skabe en positiv forandring for borgeren. Her møder borgeren den socialfaglige indsats, fx i form af en misbrugsbehandlingsmetode, og det er derfor afgørende, at indsatsen er af høj kvalitet og baseret på viden om, hvad der virker. Det faglige arbejde kan i nogle tilfælde omsættes til en konkret, velbeskrevet indsats, hvor virkningen kan undersøges systematisk. Derudover handler succesfuldt socialt arbejde også om en stærk faglighed. Sammenhæng og en helhedsorienteret tænkning i indsatsen er desuden en væsentlig del af at skabe kvalitet for borgerne, fx så der er sammenhæng mellem den sociale indsats og beskæftigelsesindsatsen til den samme borger.

Systematik og kvalitet i myndighedsopgaven er ofte første skridt i borgerens indgang til den sociale indsats. Der er tale om en sagsbehandlingsproces, hvor indsatsen til borgeren vælges på baggrund af en udredning og i samarbejde med borgeren. Sagsbehandlingen skal sikre den rette indsats til rette tid, sammenhæng til eventuelle andre indsatser, borgerne modtager i fx sundheds- eller beskæftigelsessystemet, formulering af og opfølgning på mål samt afslutning af sagen, når borgerens behov er dækket.

Både den borgerrettede indsats og sagsbehandlings- og myndighedsarbejdet er indlejret i en *samlet organisering, ledelse og styring af indsatsen*. Der kan være tale om organisering og ledelse "i det små", som fx kan handle om gode modeller for samarbejde mellem plejefamilier og døgninstitutioner. Og der kan være tale om mere omfattende faglige og organisatoriske omlægninger, fx på området for udsatte børn, hvor en samlet omlægning af organiseringen kan stille krav til både systematikken i sagsbehandlingen på myndighedsniveau, at de rette borgerrettede indsatser er til rådighed, og at der etableres et godt samarbejde med pårørende, almenområde og civilsamfund mv. Det ses fx i arbejdet med en tidlig forebyggende indsats til børn og unge, kaldet Herning-modellen, som mange kommuner aktuelt er inspireret af.

Grundlæggende viden om sociale problemer, målgrupper, økonomi osv. er desuden en nødvendighed for den samlede opgaveløsning på socialområdet. For eksempel viden om målgruppers særlige karakteristika, størrelse, udvikling over tid, viden om risiko- og beskyttelsesfaktorer, progressionsmuligheder mv. Dette kan bidrage til mange anvendelsesformål både i den nationale politikudvikling og den lokale opgaveløsning. Vidensportal.dk, socialstyrelsen.dk og sm.dk er platforme for bred vidensformidling på socialområdet. Socialpolitisk Redegørelse er desuden en platform for løbende afrapportering af ny viden og analyser på socialområdet, ligesom en lang række organisationer producerer og formidler viden på socialområdet. Videns- og forskningsinstitutioner leverer også værdifuld viden om sociale problemer, målgrupper mv.

5.2 Kommunernes aktuelle udfordringer på voksensocialområdet

Kommunerne har ansvaret for størstedelen af det sociale arbejde i Danmark. Kommunernes perspektiv på socialområdets udfordringer står derfor centralt i vurderingen af, hvor der er behov for udvikling og udbredelse af nye virksomme sociale indsatser. Sociale indsatser er et vigtigt redskab på det sociale område ved siden af andre relevante løsninger såsom ny lovgivning mv. VIVE har derfor på opdrag fra Børne- og Socialministeriet gennemført en pilotanalyse af kommunernes oplevelse af aktuelle udfordringer på voksensocialområdet, jf. boks 5.1.

Boks 5.1**Om pilotanalysen af kommunernes oplevelse af centrale udfordringer på voksenalderområdet**

Pilotanalysen er gennemført af VIVE som en kvalitativ forundersøgelse og en efterfølgende landsdækkende spørgeskemaundersøgelse sendt til den relevante fagchef i kommunen i maj og juni 2018. I alt 81 kommuner har besvaret spørgeskemaet, heraf har 73 kommuner besvaret alle spørgsmål, og otte kommuner har afgivet en delvis besvarelse.

Fokus i pilotanalysen ligger på kommunernes udfordringer i arbejdet med faglige aspekter på voksenalderområdet. Pilotanalysen indeholder ikke spørgsmål om kommunernes økonomi, styringsmæssige eller juridiske forhold. Kommunernes oplevelser af udfordringerne på voksenalderområdet kan i nogle tilfælde hænge sammen med underliggende økonomiske og juridiske forhold. Det er blot ikke afdækket direkte i pilotanalysen. Der ses fx i kapitel 4 i denne redegørelse en tendens til, at kommuner, som har oplevet en stigning i antallet af modtagere af botilbud og socialpædagogisk støtte, samtidig har oplevet en stigning i de samlede udgifter hertil, hvilket kan medføre udfordringer i tilrettelæggelsen af indsatsen. Et næste skridt efter denne pilotanalyse kunne være at supplere med indsamling af systematisk viden om kommunernes oplevelse af udfordringer med økonomi og styring.

Afgrænsningen af spørgeskemaundersøgelsen er sket i en forundersøgelse, som bestod af en række dybdegående interviews samt bearbejdning af viden fra interviewene gennem litteraturvalidering, workshopvalidering og prioritering. Denne proces førte frem til, at fire målgrupper, ni undermålgrupper og syv typer af tværgående udfordringer blev udvalgt til spørgeskemaundersøgelsen. For hver af målgrupperne er kommunerne blevet bedt om at vurdere i hvilken udstrækning de tværgående udfordringer gør sig gældende i kommunen. Desuden er der i undersøgelsen spurgt til kommunernes behov for understøttelse for hver af målgrupperne. Spørgsmålsformuleringerne fra spørgeskemaundersøgelsen fremgår nedenfor i denne boks. Pilotanalysen er desuden detaljeret afleveret i VIVE's udgivelse "Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksenalderområdet" (2018).

Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksenalderområdet.

Boks 5.1 (fortsat)**Spørgsmålsformuleringer i spørgeskemaundersøgelsen**

Spørgsmål	Svarmuligheder
Hvor store udfordringer oplever I i arbejdet med målgruppen [...]?	Slet ingen udfordringer Mindre udfordringer Ret store udfordringer Meget store udfordringer Ved ikke
Hvad kendetegner udfordringerne i arbejdet med målgruppen [...], og hvor store er udfordringerne?*	Slet ingen Mindre Ret store Meget store Ved ikke
Andet (her kan I beskrive andre typer af udfordringer eller udfolde de udfordringer, som I har indikeret ovenfor)	Åben svarkategori
Nogle af de ovenfor nævnte udfordringer på det specialiserede socialområde for voksne kan løses af kommunerne selv. Andre udfordringer kan have særlig gavn af ekstern understøttelse fra fx Socialstyrelsen eller andre aktører på området. Hvor stort er behovet for ekstern understøttelse i forhold til håndteringen af målgruppen [...]?	Slet intet behov Mindre behov Ret stort behov Meget stort behov Ved ikke
Beskriv gerne, hvad I mere konkret har brug for understøttelse til i forhold til jeres udfordringer med målgruppen borgere med svære psykiske lidelser, der udskrives fra behandlingspsykiatrien:	Åben svarkategori
I de forrige spørgsmål har du vurderet nogle udfordringer relateret til en række målgruppeområder. Nu vil vi gerne bede dig angive, hvilke af de nævnte målgruppeområder, I oplever, giver de største udfordringer i jeres kommune?	1 2 3
Vælg venligst de tre største udfordringer fra listen nedenunder og prioritér dem med et tal fra 1-3, hvor 1 er den største udfordring. ¹	Ikke blandt de tre største udfordringer
Du er blevet præsenteret for udfordringer relateret til håndteringen af en række målgrupper på det specialiserede socialområde for voksne, men måske er der andre udfordringer på området, som fylder i din kommune?	Åben svarkategori

Note: *) Der er spurgt ind til hver enkelt målgruppe. **) Der er spurgt ind til hver enkelt type af udfordring.

Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet.

Det er i fortolkningen af undersøgelsen væsentligt, at de målgrupper og typer af udfordringer, der undersøges, via forundersøgelsen er udvalgt, netop fordi kommunerne aktuelt oplever udfordringer på disse områder. Dermed kan man med pilotanalysen ikke konkludere, at de områder i pilotanalysen, hvor kommunerne oplever relativt mindre udfordringer, er områder, hvor der ikke er brug for nye eller mere virksomme sociale indsatser.

For alle målgrupper og typer af udfordringer i spørgeskemaundersøgelsen er der kommuner, der i et vist omfang oplever udfordringer. Pilotanalysen siger dog ikke noget om kvaliteten af det sociale arbejde i kommunerne, men fokuserer udelukkende på, hvor kommunerne selv oplever arbejdet som udfordrende.

Boks 5.2. uddyber de målgrupper og udfordringer, som indgår i pilotanalysen.

Boks 5.2

Målgrupper og udfordringer omfatter af pilotanalysen

Målgrupper	Type af udfordringer (afdækket for hver målgruppe)
Området for borgere med psykiske vanskeligheder: - Borgere med svære psykiske lidelser, der udskrives fra behandlingspsykiatrien - Unge voksne med psykisk sårbarhed og sociale udfordringer, der ikke kan karakteriseres ved en væsentlig nedsat funktionsevne - Borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker, det vil sige borgere med flere forskellige problemstillinger, der skal håndteres samtidigt Området for voksne borgere med handicap: - Unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug - Borgere med fysisk handicap - Voksne borgere med kognitiv funktionsnedsættelse Området for udsatte voksne: - Unge over 18 år med hashmisbrug - Unge hjemløse borgere Tværgående for voksensocialområdets målgrupper: - Borgerne på det specialiserede socialområde for voksne der bliver ældre, og hvis fysiske og somatiske vanskeligheder tiltager	- Udfordringer med koordinering mellem bestiller og udfører i forvaltningen - Udfordringer med koordinering på tværs af forvaltninger/afdelinger - Udfordringer med koordinering på tværs af sektorer - Udfordringer med kompetencer og viden - Udfordringer med indsatser til målgruppen - Udfordringer med implementering af metoder eller indsatser - Udfordringer med omlægning til tidlig og forebyggende indsats

Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at kommunerne oplever de største udfordringer i arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder, fx borgere med svære psykiske lidelser, der udskrives fra behandlingspsykiatrien. Kommunerne oplever de næststørste udfordringer i arbejdet med målgrupperne på området for udsatte voksne, fx unge over 18 år med hashmisbrug, og med udsatte borgere og borgere med handicap, der bliver ældre og får forskellige former for somatiske lidelser. Kommunerne oplever de mindste udfordringer i arbejdet med borgere med handicap, fx målgruppen af borgere med fysisk handicap.

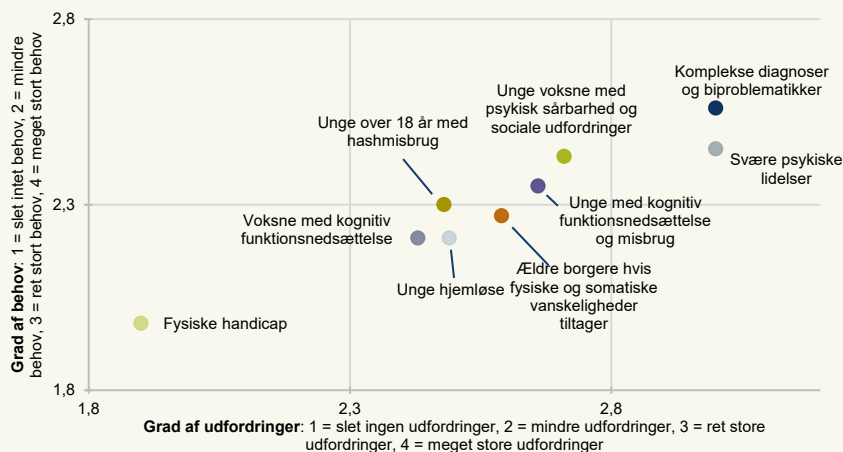
Der er meget små forskelle i svarene fra store og små kommuner og mellem kommuner under større og mindre udgiftspres. Indikatoren for kommunernes udgiftspres er beregnet af VIVE med data fra Økonomi- og Indenrigsministeriet.¹

Det er værd at fremhæve, at kommunerne samlet set oplever udfordringer i forskelligt omfang i arbejdet med alle de undersøgte målgrupper. Kommuner oplever som minimum mindre udfordringer i arbejdet med samtlige målgrupper, og for størstedelen af målgrupperne oplever kommunerne snarere ret store udfordringer.

Det er desuden værd at bemærke, at der for alle de undersøgte målgrupper er en positiv sammenhæng mellem, hvor store udfordringer kommunerne oplever i arbejdet med målgruppen, og det behov for ekstern understøttelse kommunerne peger på, jf. figur 5.2.

De målgrupper, hvor den kommunale udfordring er størst, er derfor samtidig de målgrupper, hvor kommunerne oplever størst behov for ekstern understøttelse fra Socialstyrelsen eller andre aktører. Det viser, at udfordringsbilledet kan bruges til at oversætte, hvor der er et behov for øget understøttelse af indsatsen fx fra statslig side. Således oplever kommunerne både store udfordringer og stort behov for understøttelse i arbejdet med undermålgrupperne på området for borgere med psykiske vanskeligheder. Kommunerne oplever relativt mindre faglige udfordringer i arbejdet med fysisk handicappede, og behovet for understøttelse angiver kommunerne ligeledes til at være relativt lavt.

¹ Kommunernes udgiftspres er beregnet af VIVE som et indeks, der er defineret ved forholdet mellem kommunens samlede aldersbestemte og socioøkonomiske udgiftsbehov (som opgjort af Økonomi- og Indenrigsministeriet) og kommunens ressourcegrundlag. Det måler dermed, hvor stort kommunens samlede udgiftsbehov er set i forhold til kommunens indtægtsmuligheder.

Figur 5.2**Oversigt over kommunale udfordringer og understøttelsesbehov for alle målgrupper i pilotanalysen**

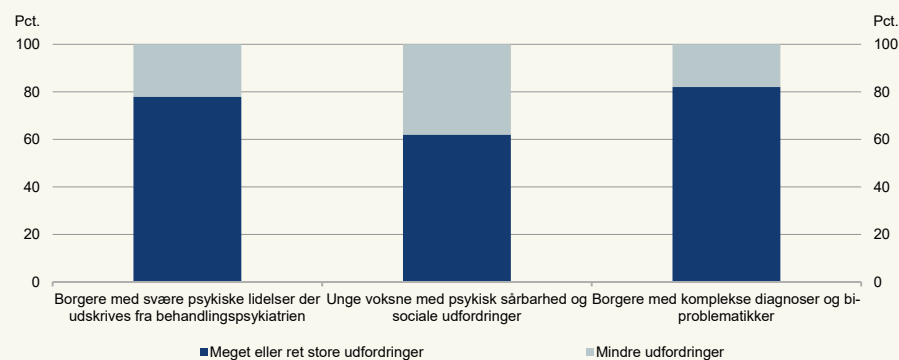
Anm.: Punkterne viser den gennemsnitlige størrelse af kommunernes udfordringer på skalaen 1-4 og det gennemsnitlige behov for understøttelse på skalaen 1-4 for hver af målgrupperne. Jo højere værdier, desto større er henholdsvis udfordringerne og understøttelsesbehovet.

Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet.

5.2.1 Området for voksne med psykiske vanskeligheder

For voksne med psykiske vanskeligheder angiver cirka tre ud af fire kommuner, at de aktuelt oplever store udfordringer i arbejdet med alle tre udvalgte undermålgrupper; borgere med svære psykiske lidelser, der udskrives fra behandlingspsykiatrien, unge voksne med psykisk sårbarhed og borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker, det vil sige borgere med flere forskellige problemstillinger, der skal håndteres samtidigt, fx en psykisk lidelse og samtidigt misbrug, jf. figur 5.3.

Det skal bemærkes, at begrebet psykisk sårbarhed i denne undersøgelse bliver brugt bredt. Det er således i et vist omfang op til kommunernes egen vurdering, hvem de inkluderer i denne gruppe. Dette harmonerer også med, at begrebet psykisk sårbarhed bruges bredt og ikke er entydigt defineret, jf. også kapitel 7 om psykisk sårbarhed blandt unge uden uddannelse og job. For eksempel kan begrebet referere til personer, der har eller har haft en psykisk lidelse, men det kan også referere til personer, der mere befinder sig i en "gråzone", hvor de mistrives psykisk i en grad, så det påvirker deres funktionsevne i hverdagen, men hvor der umiddelbart ikke er grundlag for at stille en egentlig psykiatrisk diagnose.

Figur 5.3**Kommunernes udfordringer med målgrupper på området for borgere med psykiske vanskeligheder**

Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksenalterområdet.

Kommunerne angiver i vidt omfang, at de oplever enten meget store eller ret store udfordringer i arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder. Samtidig er der ingen kommuner, der angiver, at de slet ikke oplever udfordringer i arbejdet disse målgrupper.

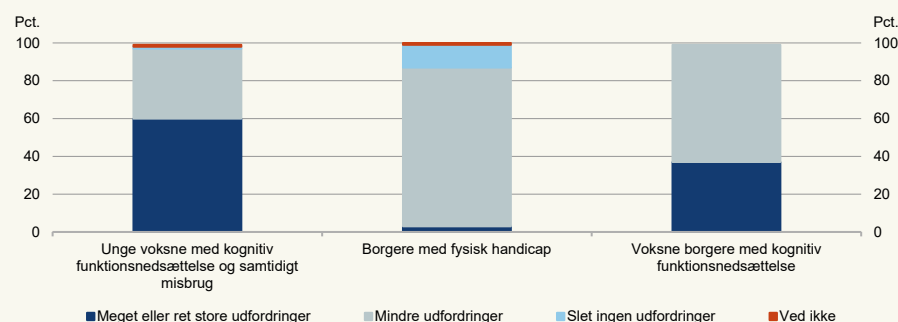
Flest kommuner angiver store udfordringer i forhold til målgrupperne af borgere med svære psykiske lidelser, der udskrives fra behandlingspsykiatrien, og borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker. Blandt kommunerne angiver 38 pct., at de oplever mindre udfordringer i arbejdet med målgruppen unge voksne med psykisk sårbarhed og sociale udfordringer mod henholdsvis 18 pct. og 22 pct. for de to øvrige målgrupper.

5.2.2 Området for voksne borgere med handicap

På området for borgere med handicap er der set i forhold til undermålgrupperne af borgere med psykiske vanskeligheder større variation i, hvor store aktuelle udfordringer kommunerne oplever i arbejdet med de tre undermålgrupper, jf. figur 5.4.

Figur 5.4

Kommunernes udfordringer med målgrupper på området for voksne borgere med handicap



Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet.

Kommunerne oplever aktuelt størst udfordringer i arbejdet med målgruppen af unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug og færrest udfordringer i arbejdet med målgruppen af borgere med fysisk handicap. Blandt kommunerne tilkendegiver 3 pct., at arbejdet med borgere med fysisk handicap er forbundet med ret store udfordringer. Ingen kommuner angiver meget store udfordringer for borgere med fysiske handicap. Omvendt oplever 60 pct. af kommunerne ret store eller meget store udfordringer i arbejdet med unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug.

Det er også værd at bemærke, at de kommunale udfordringer på området for borgere med handicap generelt er mindre end på området for borgere med psykiske vanskeligheder, og at behovet for understøttelse generelt følger graden af oplevede udfordringer.

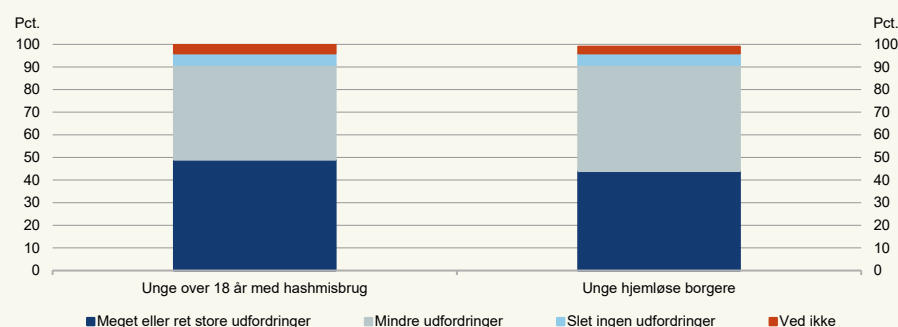
5.2.3 Området for udsatte voksne

Lidt under halvdelen af kommunerne oplever meget store eller ret store udfordringer i arbejdet med målgrupperne af udsatte voksne, jf. figur 5.5.

Udsatte voksne er i pilotanalysen afgrænset fra grupperne voksne med psykiske vanskeligheder og voksne med handicap. Udsatte voksne udgør eksempelvis personer med stofmisbrug, alkoholafhængighed, hjemløse mfl.

Figur 5.5

Kommunernes udfordringer med målgrupper på området for udsatte voksne

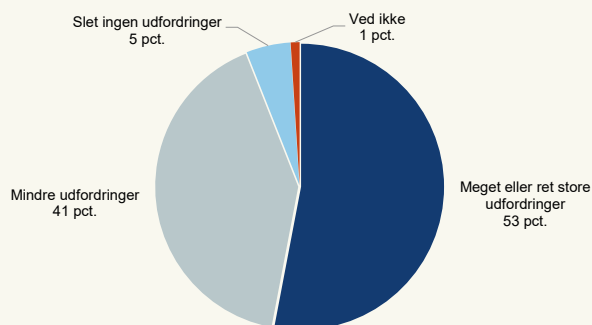


Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksesocialområdet.

Blandt kommunerne angiver 49 pct., at de oplever meget store eller ret store udfordringer i arbejdet med unge over 18 år med hashmisbrug, og tilsvarende gør sig gældende for 44 pct. af kommunerne for målgruppen unge hjemløse borgere. Kommunernes svar på, hvor store udfordringer de oplever i arbejdet med de to målgrupper, fordeler sig overordnet forholdsvis ens på de forskellige svarkategorier.

5.2.4 Borgere på voksesocialområdet der bliver ældre

Lige over halvdelen af kommunerne angiver, at de oplever ret store eller meget store udfordringer i arbejdet med borgere på voksesocialområdet, der bliver ældre, og hvis somatiske vanskeligheder tiltager, mens lidt under halvdelen oplyser, at de kun oplever mindre eller slet ingen udfordringer, jf. figur 5.6.

Figur 5.6**Kommunernes udfordringer med borgere på voksenalderen der bliver ældre**

Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksenalderen.

5.2.5 Kommunernes største udfordringer

Kommunerne har i pilotanalysen vurderet hvilke tre af ovennævnte målgrupper, de aktuelt oplever størst udfordringer med. Kommunerne har forholdt sig til alle målgrupperne samtidigt og rangordnet dem med et tal fra 1 til 3, hvor 1 er den største udfordring. Kommunerne angiver, at de største udfordringer er forbundet med to af målgrupperne på området for borgere med psykiske vanskeligheder, jf. tabel 5.1.

Tabel 5.1

Kommunernes angivelse af de målgrupper på voksensocialområdet, hvor de oplever størst udfordringer, pct.

	En af kommunens tre største udfordringer	Ikke en af kommunens tre største udfordringer
Borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker	76	24
Borgere med svære psykiske lidelser, der udskrives fra behandlingspsykiatrien	66	33
Unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug	38	62
Unge voksne med psykisk sårbarhed og sociale udfordringer	36	64
Borgerne på det specialiserede socialområde for voksne, der bliver ældre, og hvis fysiske og somatiske vanskeligheder tiltager	30	70
Voksne borgere med kognitiv funktionsnedsættelse	26	74
Unge hjemløse borgere	18	82
Unge over 18 år med hashmisbrug	11	89
Borgere med fysisk handicap	0	100

Anm.: Tabellen viser den procentvise andel af kommuner, der vælger arbejdsudfordringerne for hver målgruppe som størst, næststørst eller tredje størst. Den viser også andelen af kommuner, som placerer målgruppen helt uden for top-3.

Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet.

5.2.6 Specifikke typer af udfordringer

For hver målgruppe i VIVE's undersøgelse er kommunerne blevet bedt om at vurdere i hvilken udstrækning, en række forskellige typer af udfordringer gør sig gældende for den pågældende målgruppe, jf. boks 5.1 og 5.2 ovenfor.

På tværs af målgrupperne i pilotanalysen er billedet, at kommunerne oplever særlige udfordringer med koordinering på tværs af sektorer. Også omlægning til tidlig og forebyggende indsats er en udfordring, der går på tværs af målgruppeområderne. For borgere med psykiske vanskeligheder vurderer kommunerne flere af udfordringerne højt, herunder udfordringer med koordinering imellem forvaltninger/afdelinger, udfordringer med indsatser til målgruppen og udfordringer med kompetencer og viden. Dette billede svarer godt til, at kommunerne angiver at opleve størst udfordringer med netop målgrupperne af borgere med psykiske vanskeligheder, jf. tabel 5.2.

Tabel 5.2**Specifikke målgruppeudfordringer for voksensocialrådets målgrupper**

	Borgere med psykiske vanskeligheder	Borgere med handicap	Udsatte borgere	Borgere på voksensocialområdet der bliver ældre
Koordinering sektorer imellem	3,0	2,6	2,6	2,5
Omlægning til tidlig/forebyggende indsats	2,6	2,4	2,5	2,2
Koordinering forvaltninger/afdelinger imellem	2,5	2,2	2,3	2,2
Indsatser til målgruppen	2,5	2,3	2,2	2,4
Kompetencer og viden	2,4	2,2	2,1	2,4
Implementering af metoder og indsatser	2,4	2,2	2,3	2,0
Koordinering bestiller og udfører imellem	2,2	2,1	2,1	2,1

Anm.: Skala: 1-4, hvor 1 er færrest udfordringer og 4 er flest udfordringer. Gennemsnitsstørrelsen af syv specifikke udfordringer på områderne for borgere med psykiske vanskeligheder, borgere med handicap, udsatte voksne borgere, og i forhold til at borgere på det samlede voksensocialområde bliver ældre. Tabellen er sorteret efter resultatet på området for borgere med psykiske vanskeligheder.

Kilde: VIVE (2018). Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksensocialområdet.

5.3 Vurdering af behov for nye virksomme sociale indsatser

Det kommunale perspektiv, som fremgår af pilotanalysen, er centralt i vurderingen af, hvor der er behov for nye virksomme sociale indsatser på socialområdet, men kan ikke stå alene. Børne- og Socialministeriet arbejder derfor med at inddrage både kommunale og andre aktører i flere forskellige sammenhænge. Herunder udfoldes desuden en række yderligere hensyn, der kan understøtte en vurdering af, hvilke områder der er behov for at udvikle og udbrede virksomme sociale indsatser til, jf. figur 5.7.

Som nævnt er virksomme sociale indsatser som defineret i afsnit 5.1 ikke altid den rigtige løsning på et socialt problem. Der kan også være behov for mere generelle ændringer i rammevilkår som fx ændret lovgivning. Sociale indsatser er imidlertid et vigtigt redskab på det sociale område og er derfor det primære fokus for dette kapitel.

Hensynene giver et billede af, hvor det er muligt at skabe størst gennemslagskraft med nye virksomme sociale indsatser, og indgår som en integreret del af den fasemodel for udvikling af sociale indsatser, der ligger til grund for den strategiske udvikling af de sociale indsatser i Børne- og Socialministeriet. Socialpolitiske valg kan dog ikke reduceres til et spørgsmål om at skabe størst mulig gennemslagskraft for flest muligt. Der er også væsentlige socialpolitiske hensyn at tage til fx mindre målgrupper med særlige behov. Det vil således altid i sidste ende være en politisk beslutning hvilke fokusområder, sociale problemstillinger og målgrupper, der prioriteres i forhold til udvikling af nye virksomme sociale indsatser.

Figur 5.7

Hensyn for vurdering af behov for nye virksomme sociale indsatser på socialområdet



Anm.: Hensynene ligger i forlængelse af Børne- og Socialministeriets *Strategi for udvikling af sociale indsatser*.

Kilde: Børne- og Socialministeriet.

Forskellige *aktørers perspektiver* giver forskellige vinkler på behovet for nye virksomme sociale indsatser på socialområdet. Aktørerne kan pege på forskellige udfordringer med at tilrettelægge en virksom indsats for borgeren, herunder udfordringer med manglende indsatser til målgruppen eller udfordringer med implementering af metoder eller indsatser. Børne- og Socialministeriets arbejde med at udvikle socialområdet sker allerede i tæt samarbejde med en række aktører såsom kommunerne, KL, professionshøjskoler og andre aktører og interessenter på socialområdet. Med pilotanalysen er der for første gang skabt systematisk viden om det kommunale perspektiv specifikt på de aktuelle udfordringer.

Et eksempel på, hvordan Børne- og Socialministeriet arbejder med at inddrage forskellige aktørperspektiver, er udviklings- og investeringsprogrammerne (UIP) på henholdsvis voksen- og børn- og ungeområdet. Her understøtter en faglig styregruppe med aktører og interessenter på socialområdet Børne- og Socialministeriet og Folketinget i at træffe strategiske beslutninger om udvikling, afprøvning og udbredelse af sociale indsatser, jf. boks 5.3.

Boks 5.3**Udviklings- og investeringsprogrammerne på Børne- og Socialministeriets område**

Et eksempel på Børne- og Socialministeriets arbejde med udvikling og investeringer i virksomme sociale indsatser er Udviklings- og investeringsprogrammet (UIP) på voksenområdet samt Udviklings- og Investeringsprogrammet på børne- og ungeområdet, som er vedtaget med satspuljeaftalen for 2019-2022.

I satspuljeaftalen for 2017 blev det besluttet at igangsætte et udviklings- og investeringsprogram på voksenområdet for derigennem at understøtte en mere vidensbaseret social indsats gennem udvikling og afprøvning (spor 1), udbredelse og forankring (spor 2) af virksomme indsatser og lovende praksis på voksenområdet samt investering i bedre data (spor 3). I regi af udviklings- og investeringsprogrammet på voksenområdet udbredes og udvikles blandt andet indsatser til:

- Borgere med psykiske lidelser, som flytter fra botilbud til eget hjem
- Psykisk sårbare unge
- Unge med stofmisbrug

Med udgangspunkt i positive erfaringer fra "Udviklings- og Investerings-programmet på voksenområdet med at understøtte en mere vidensbaseret og effektiv socialpolitik er det med satspuljen for 2019 besluttet at igangsætte et tilsvarende program på området for udsatte børn og unge og børnehandicapområdet. I regi af udviklings- og investeringsprogrammet på børne- og ungeområdet udbredes og udvikles blandt andet indsatser til:

- Udsatte familier
- Anbragte børn og unge
- Forældre, der har et barn med handicap

En faglig styregruppe understøtter Børne- og Socialministeriet og Folketinget i at træffe strategiske beslutninger om udvikling, afprøvning og udbredelse af sociale indsatser i de to udviklings- og investeringsprogrammer. Den faglige styregruppe består af en række kommunale repræsentanter, KL, Danske Regioner, Foreningen af Socialchefer i Danmark, Professionshøjskolerne, VIVE, Socialpædagogerne, Dansk Socialrådgiverforening og FOA. Den faglige styregruppe suppleres med repræsentanter fra kommunernes børne-, unge- og familieindsats som en konsekvens af, at der med aftalen om satspuljen for 2019 igangsættes et Udviklings- og investeringsprogrammet på børne- og ungeområdet.

Regeringens 10 mål for social mobilitet udgør desuden en central ramme for vurderingen af, hvor på der skal iværksættes initiativer til at forbedre indsatsen for borgere det sociale område. Målene sætter retning for socialpolitikken. For eksempel er det regeringens ambition, at flere uddanner sig og får et job, selvom de har et handicap, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, ligesom at færre skal være socialt udsatte (se kapitel 2 om status for de sociale mål).

Viden om det sociale problem, herunder hvad det sociale problem betyder for den enkelte borger, og hvilke dynamikker det skaber for samfundet, er endnu et væsentligt hensyn. For eksempel kan viden om, hvordan et misbrug starter, hvem det rammer, hvor mange misbrugere der findes, hvordan misbrug påvirker den enkeltes liv, herunder deltagelse i uddannelse og beskæftigelse mv., være med til at give et billede af det sociale problem, som er væsentligt fra en national synsvinkel. Samfundsmæssige faktorer såsom den demografiske udvikling spiller også en rolle i den forbindelse. Det kan fx dreje sig om borgere på socialområdet, som bliver ældre og dermed får flere somatiske lidelser i kombination med de sociale problemer.

Allerede *udviklede metoder og igangværende initiativer*, som adresserer et aktuelt problem, stod centralt i Socialpolitisk Redegørelse 2017, der tog hul på en kortlægning af dokumenteret virksomme sociale indsatser. Det er nødvendigt at kende det eksisterende indsatsbillede for at kunne vurdere, om der er behov for nye virksomme indsatser. Dette kræver desuden en særlig opmærksomhed på de tilgrænsende sektorområder såsom sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet, så initiativer rettet mod de samme målgrupper trækker i samme retning. Der kan også være situationer, hvor det er hensigtsmæssigt at afvente effekten af igangværende initiativer, før der iværksættes nye.

5.3.1 Vurdering af mulige virksomme sociale indsatser

Børne- og Socialministeriet arbejder med udvikling af virksomme sociale indsatser på basis af *Strategi for udvikling af sociale indsatser*, jf. boks 5.4.

Strategien understøtter, at hjælpen til socialt udsatte og mennesker med handicap bygger på viden om, hvad der virker. Denne viden udvikles i strategien efter en fasemodel, der definerer vejen fra problemstilling til løsning.

Når behovet for udvikling og udbredelse generelt er vurderet, kan mulige konkrete virksomme sociale indsatser efterfølgende vurderes. Her spiller fem hensyn en vigtig rolle: Virkning, økonomi, implementering, efterspørgsel og realistisk drift.

Boks 5.4**Børne- og Socialministeriets *Strategi for udvikling af sociale indsatser***

Strategien for udvikling af sociale indsatser skal sikre et større afkast af investeringerne i at udvikle indsatser med dokumenteret effekt. Når arbejdet er bedre koordineret og sammentænkt, vil flere udviklingsprojekter resultere i en indsats med veldokumenteret effekt, som kommunerne kan bruge i den sociale indsats.

Strategien indeholder en fasemodel, som består af fire faser: Screeningsfasen, modningsfasen, afprøvningsfasen og udbredelsesfasen. National udvikling af sociale indsatser indledes dermed med en screening af, om forudsætningerne for et succesfuldt udviklingsarbejde er til stede.



Ud fra tydelige kriterier træffes der mellem hver fase beslutning om, hvorvidt udviklingsarbejdet kan fortsætte – eller om der på baggrund af de foreløbige erfaringer i udviklingsarbejdet er behov for at forlænge en fase, gøre den om eller eventuelt helt at opgive indsatsen. Kriterierne er virkning, økonomi, implementering, efterspørgsel og realistisk drift.

Viden om *virkning* i forhold til det sociale problem er et naturligt hensyn ved vurdering af nye virksomme sociale indsatser. Er det dokumenteret eller sandsynliggjort, at der er en positiv effekt af en ny løsning for borgerne i en dansk kontekst? Hvis der er behov for at udvikle en ny indsats fra grunden, hvilken teori og hvilken viden skal den i så fald bygge på?

Økonomi er et andet væsentligt hensyn. Det er relevant at inddrage overvejelser om omkostningerne forbundet med nye virksomme sociale indsatser. Disse kan ses i forhold til de menneskelige og økonomiske gevinster, der kan opnås. Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, er et redskab til at lave budgetøkonomiske analyser af konkrete sociale indsatser i kommunerne, og kan understøtte den enkelte kommune i vurderingen af omkostningseffektiviteten ved forskellige sociale indsatser, jf. boks 5.5.

Boks 5.5**Kort om Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM)**

Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) er et beregningsværktøj, der skal fremme investeringstankegangen på socialområdet. Det skal den bl.a. gøre ved at styrke den enkelte kommunes grundlag for systematisk at vurdere de økonomiske konsekvenser, når der iværksættes sociale indsatser.

Det er brugeren af SØM, der gør antagelserne i beregningerne. Resultaternes anvendelighed og troværdighed er tæt forbundet med vidensgrundlaget for beregningen og de antagelser, brugeren gør sig i forbindelse med den specifikke beregning. SØM kan anvendes til at beregne det budgetøkonomiske nettoresultat af en konkret social indsats ved at sammenstille omkostningerne ved indsatsen med de økonomiske konsekvenser, der forventes som følge af, at borgerene opnår en effekt af indsatsen. SØM kan derudover beregne nettoresultatet af den sociale indsats fordelt på aktører (fx kommune, region og stat) over tid. De økonomiske konsekvensestimater i SØM's vidensdatabase er opgjort via registerdata, hvorfor fx værdien af øget livskvalitet eller privatøkonomiske gevinster ikke medregnes i SØM.

Vidensdatabase i SØM, der indeholder viden om målgrupper på voksenområdet og udsatte børn- og ungeområdet, kan bruges til inspiration i beregningen af konkrete indsatser. Der mangler imidlertid fortsat meget viden om effekter af sociale indsatser og de heraf afledte økonomiske konsekvenser. Den udfordring løser SØM ikke, og det er vigtigt, at der er opmærksomhed på dette, når modellen anvendes i fx kommunerne.

SØM giver ikke regeringen grundlag for at vurdere eller diktere, om den ene indsats eller investering er bedre end den anden, og det vil ikke være regeringens opgave at forholde sig til konkrete SØM-beregninger, som kommunerne eller andre aktører måtte lave. Det er en dialog og diskussion, som nødvendigvis skal finde sted lokalt, og som skal give støtte til lokale prioriteringer. Modellen er tiltænkt som et redskab til lokalt i kommunerne at foretage vurderinger af de budgetøkonomiske konsekvenser fordelt over tid ved at forbedre indsatserne for udsatte borgere. Men SØM vil aldrig kunne stå alene, når der skal træffes politiske beslutninger om investeringer i sociale indsatser.

SØM vil fremadrettet blive anvendt som en integreret del af mange af de udviklingsprojekter, der igangsættes på Børne- og Socialministeriets område. Udviklingsprojekterne giver deltagerkommunerne mulighed for løbende at få vejledning i at arbejde med SØM og er samtidig en kilde til at skabe viden om effekter og økonomiske konsekvenser af sociale indsatser til SØM's vidensdatabase. Viden fra vidensdatabase kan anvendes til inspiration lokalt, fx når en kommune skal foretage en beregning af de økonomiske konsekvenser forbundet med at investere i en konkret social indsats. Ligeledes kan viden fx i form af SØM-beregninger fra projektkommuner indgå som eksempler i grundlaget for beslutninger om at videreudvikle eller udbrede en social indsats.

Eksempel på anvendelse: SØM-beregning af misbrugsbehandlingsmetoden MOVE

MOVE er en misbrugsbehandlingsmetode (tidligere kaldet MI/KAT-GO). Effektevalueringen af metoden har vist stærke resultater, og Socialstyrelsen har på baggrund af effektevalueringen gennemført en økonomisk evaluering via SØM (Socialstyrelsen 2018: Økonomisk evaluering af MI/KAT-GO). Den økonomiske evaluering viser, at nettogevinsten pr. deltager i MOVE i deltagerkommunerne varierer inden for et spænd på mellem ca. 60.800 kr. og ca. 69.300 kr. Resultatet er gældende for kommuner, der har deltaget i et afprøvningsprojekt, og kan ikke nødvendigvis generaliseres til andre kommuner. Den største gevinst kommer fra reduceret kriminalitet, men også øget beskæftigelse har en positiv betydning for de samlede økonomiske konsekvenser.

Implementering er et tredje hensyn. En given ny løsning skal kunne fungere i lokal sammenhæng, hvor indsatsen skal implementeres. Implementering af sociale indsatser sker i en kontekst, hvor det blandt andet er vigtigt, at medarbejderne har de rette kompetencer, at datagrundlaget i kommunen giver mulighed for at følge op på indsatsen, at samarbejdsrelationerne og kulturen i kommunen understøtter implementeringen samt at den lokale ledelse bakker op. Såfremt der er tale om metoder udviklet i udlandet, er det vigtigt at vurdere, i hvilket omfang de kan implementeres og have effekt i dansk kontekst.

Hensynet om *efterspørgsel* binder en sløjfe tilbage til hensynet vedrørende aktørperspektiverne. Virksomme sociale indsatser skal være efterspurgt af de relevante aktører på socialområdet, for at det er realistisk, at de vil blive implementeret og dermed give resultater for borgeren. Det vil fx sige, at kommunerne skal se en konkret indsats til en målgruppe som et godt svar på en udfordring, kommunerne oplever, hvis der skal være basis for at udbrede indsatsen til kommunerne.

Det sidste hensyn om *realistisk drift* hænger tæt sammen med den kommunale efterspørgsel og betyder blandt andet, at det skal være realistisk, at der kan visiteres borgere til indsatsen i tilstrækkelig grad til, at der kan opretholdes en bæredygtig faglig og økonomisk drift af den.

5.4 Eksempler fra pilotanalysen

I det følgende analyseres behovet for nye indsatser med udgangspunkt i tre eksempler fra pilotanalysen. Det sker ud fra hensynene til vurdering af behovet for nye virksomme sociale indsatser, som blev præsenteret ovenfor. Formålet er at tegne konturerne til en samlet faglig vurdering af behovet for nye virksomme sociale indsatser for hver af målgrupperne. Vurderingerne herunder er relativt korte, og der vil være brug for mere dybdegående beskrivelser af hensynene til vurdering af behovet for nye virksomme sociale indsatser. I sidste ende vil det altid være en politisk beslutning, hvor udvikling og investering skal prioriteres på socialområdet, men gennemgangen ud fra hensynene kan bidrage til at oplyse den politiske prioritering. Gennemgangen af målgrupperne trækker desuden tråden tilbage til sidste års kortlægning af dokumenteret virksomme indsatser, og der gives i faktabokse eksempler på igangværende initiativer til målgrupperne.

De tre målgrupper, som belyses, er de enkelte målgrupper inden for hver af de overordnede målgruppeområder, hvor kommunerne i pilotanalysen i størst omfang har angivet at opleve udfordringer. Der er tale om målgrupperne: Borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker, unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug samt unge over 18 år med hashmisbrug.

For alle tre målgrupper gælder det, at kommunerne i pilotanalysen har angivet store udfordringer med koordinering på tværs af sektorer, fx koordinering med psykiatrien og beskæftigelsesområdet. Der er tale om en udfordring, som ikke fuldt ud kan adresseres med virksomme sociale indsatser på socialområdet, men som samtidig kræver en fælles indsats fra flere sektorer. Regeringen har med sammenhængsreformen allerede et stort fokus på at understøtte en effektiv koordinering på tværs af myndigheder og sektorer. Regeringen vil skabe bedre sammenhæng for borgere og medarbejdere gennem en enkel og mere

sammenhængende styring samt bedre overgange mellem sektorer. Det betyder blandt andet, at opgaver skal løses med afsæt i, hvordan borgeren oplever størst sammenhæng. Det betyder også, at der skal ses på, om der er opgaver, hvor man kan få mere velfærd for pengene gennem eksempelvis samarbejde og fælles løsninger på tværs af sektorer. Regeringen har som en del af Sammenhængsreformen fremlagt reformudspillet "Sammen med borgeren. En helhedsorienteret indsats". I reformudspillet lægges der blandt andet op til en ny samlet hovedlov. Loven skal skabe rammerne for en helhedsorienteret indsats, som tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov, og som indebærer, at borgere og familier med komplekse problemer får én samlet indgang til den offentlige sektor.

5.4.1 Eksempel 1: Borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker på området for borgere med psykiske vanskeligheder

Pilotanalysen viser, at kommunerne i væsentlig grad oplever udfordringer med borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker, det vil sige borgere med flere forskellige problemstillinger, der skal håndteres samtidigt, fx en psykisk lidelse og samtidigt misbrug. I forundersøgelsen oplyste flere respondenter, at kommunerne oplever en tilvækst af borgere med tunge psykiatriske diagnoser. Det kan være borgere, der udskrives fra behandlingspsykiatrien. Samtidig angav 82 pct. af kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen, at de oplever meget store eller ret store udfordringer med målgruppen.

I pilotanalysen var det muligt for kommunerne at give en kvalitativ beskrivelse af og udfolde de udfordringer, de oplever. Kommunerne har blandt andet angivet, at arbejdet med borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker er vanskeligt, da ansvaret for indsatsen er placeret i flere systemer. Det fremgår, at der er tale om borgere med meget vanskelige problemstillinger, som kræver tværfagligt samarbejde og fælles målsætninger på tværs af systemerne.

Kommunerne har i pilotanalysen angivet i hvilket omfang, de oplever behov for ekstern understøttelse til en målgruppe, fx i form af støtte fra Socialstyrelsen. Borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker er den målgruppe, kommunerne i størst omfang angiver behov for understøttelse til.

Analyser på nationale registerdata understøtter billedet af betydelige udfordringer med målgruppen. Analyserne i kapitel 3 om målgrupper og indsatser i denne redegørelse viser blandt andet, at antallet af borgere med psykiske vanskeligheder, der modtager en social indsats, udgjorde ca. 31.100 personer i 2016. Samtidig har både Socialpolitisk Redegørelse i 2016 og 2017 vist, at en væsentlig del af de socialt udsatte voksne har komplekse sociale problemer. Analyserne viser, at 45 pct. af alle socialt udsatte borgere, der modtager sociale indsatser, har komplekse sociale problemer, defineret ved at de har mere end ét socialt problem.

Regeringen har i de 10 mål for social mobilitet et eksplicit fokus på målgruppen, idet at der ifølge målene skal arbejdes for at flere personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer kommer i uddannelse og beskæftigelse. Desuden angiver målene en klar ambition om større effekt af stofmisbrugsbehandlingen.

I Socialpolitisk Redegørelse 2017 blev det vurderet, at der kun i begrænset omfang findes virksomme indsatser til voksne med flere og samtidige sociale problemer. Det blev dog vurderet, at der i nogen grad findes indsatser til stofmisbrug, og at disse i nogen grad er udbredt. Dette tyder samlet set på, at der er begrænset viden om virksomme indsatser til borgere med flere og samtidige sociale problemer, herunder borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker på området for borgere med psykiske vanskeligheder.

Boks 5.6

Eksempler på igangværende initiativer vedrørende borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker

Udbredelse af virksomme bostøttemetoder

I perioden 2017-2021 udbreder Socialstyrelsen virksomme bostøttemetoder til borgere, der modtager bostøtte efter § 85 i serviceloven. Der kan være tale om borgere i eget hjem, der modtager bostøtte, og borgere som modtager § 85-støtte på et botilbud eller botilbudslignende tilbud.

Bostøtte efter servicelovens § 85 er den mest tildelte støtte på voksenområdet, herunder også til borgere med komplekse problemer. Kommunerne har stor bevågenhed på, hvordan man bedst giver bostøtten, herunder om den kan gives som et gruppebaseret tilbud eller som intensiv støtte i kritiske overgange. Derfor besluttede satspuljepartierne at udbrede bostøttemetoderne Critical Time intervention (CTI), Social færdighedstræning (SFT) og Åben Dialog (ÅD). Metoderne har vist positive effekter i afprøvningsprojektet og udbredes aktuelt til kommunerne i regi af Børne- og Socialministeriets Udviklings- og Investeringsprogram på voksenområdet.

Modning af modificeret ACT-metode til borgere med komplekse problemstillinger

I perioden 2019-2022 udvikler og modner Socialstyrelsen en modificeret indsats baseret på Assertive Community Treatment (ACT) til borgere med komplekse problemstillinger.

ACT-metoden er en integreret indsats, hvor kerneelementerne er, at et tværfagligt sammensat team yder en helhedsorienteret, fleksibel, udgående, tidsubegrænset og direkte støtte og behandling til borgeren ud fra borgerens ønsker og behov. Evalueringen af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug" fra 2017 viste, at ACT-indsatsen er særligt virkningsfuld til at løfte de mest udfordrede borgere ud af en negativ udviklingsspiral. Eksempelvis oplevede 59 pct. en forbedret psykisk trivsel, 63 pct. rapporterede en lavere belastningsgrad i deres alkoholforbrug og 51 pct. en lavere belastningsgrad i deres stofmisbrug.

Metoden er imidlertid ikke udbredt i særlig vid udstrækning, primært fordi den kan opleves som en omfattende og dyr indsats at indføre for mindre og mellemstore kommuner med få borgere i målgruppen.

På den baggrund udvikles en modificeret version af ACT, der indeholder metodens fleksible, intensive og helhedsorienterede tilgang, men som er mere implementerbar og omkostningseffektiv, og som i højere grad passer ind i kommunernes eksisterende indsatser.

5.4.2 Eksempel 2: Unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug

Pilotanalysen viser, at kommunerne i væsentlig grad oplever udfordringer med unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidig misbrug. I spørgeskemaundersøgelsen gav 60 pct. af kommunerne udtryk for, at de oplever meget store eller ret store udfordringer med målgruppen.

Kommunerne har i pilotanalysen haft mulighed for at beskrive de konkrete udfordringer, de oplever i forhold til målgruppen. Her gav flere kommuner udtryk for, at de oplever udfordringer med den ofte store kompleksitet i sagerne samt det store behov for koordinering til andre myndigheder og sektorer. Det fremhæves også, at der fortsat er behov for viden om, hvad der virker for målgrupper med kombinationer af diagnoser, fx kombinationen af autismespektrumforstyrrelser og misbrug. Det beskrives også, at arbejdet med målgruppen kræver et tæt samarbejde mellem region, leverandør, myndighed og ikke mindst med borgeren.

Kommunerne har i pilotanalysen angivet i hvilket omfang, de oplever behov for ekstern understøttelse til en målgruppe, fx i form af støtte fra Socialstyrelsen og Ankestyrelsen. Unge voksne med kognitive funktionsnedsættelser og misbrug er en af de målgrupper, kommunerne angiver et moderat behov for understøttelse til.

Det er ikke muligt at estimere den samlede størrelse på målgruppen af borgere med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug. I Socialpolitisk Redegørelse for 2017 estimeres, at ca. 40.000 borgere med et kognitivt handicap modtager en handicapkompenserende indsats efter serviceloven. En del af denne gruppe borgere har samtidig et misbrug, men den samlede størrelse af målgruppen kendes ikke.

Det fremgår af regeringens 10 mål for social mobilitet, at flere personer med handicap skal i uddannelse og beskæftigelse. Desuden angiver målene også en ambition om større effekt af stofmisbrugsbehandlingen.

I Socialpolitisk Redegørelse 2017 blev det vurderet, at der i nogen grad findes virksomme indsatser til voksne med kognitiv funktionsnedsættelse. Samtidig blev det vurderet, som tidligere omtalt, at der kun i begrænset omfang findes virksomme indsatser til voksne med flere sociale problemer, som kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug falder inden for.

Boks 5.7**Eksempel på initiativ målrettet unge voksne med kognitiv funktionsnedsættelse og samtidigt misbrug****Screeningsprojekt vedrørende ADHD og misbrug**

I regi af Udviklings- og Investeringsprogrammet (UIP) på voksenområdet gennemføres i 2018 en undersøgelse, som afdækker eksisterende indsatser til behandling af misbrug blandt personer med ADHD. Formålet er at finde frem til, om der er eksisterende behandlingsindsatser, som kan modnes eller afprøves og efterfølgende eventuelt udbredes til flere kommuner. En person med et problematisk forbrug af rusmidler og ADHD vil oftest have behov for at få tilbudt behandling, der ud over at adressere misbruget også adresserer ADHD-kernesymptomerne og de funktionelle udfordringer, som ADHD kan give.

Man regner med, at omkring halvdelen af unge med ubehandlet ADHD udvikler et problematisk forbrug af rusmidler, og de debuterer typisk meget tidligt. Blandt unge, der er blevet behandlet med medicin for ADHD, er der ikke større risiko for at udvikle et problematisk rusmiddelbrug, end der er i den øvrige befolkning. Mange stopper imidlertid deres ADHD-behandling, når de bliver voksne og ikke længere følges tæt med den konsekvens, at de kommer i fare for at udvikle afhængighed af rusmidler.

Projektet skal muliggøre, at der efterfølgende kan iværksættes metodeudviklingsprojekter, som har realistiske forudsætninger for at blive til virksomme sociale indsatser – og at indsatserne realistisk vil blive forankret i driften i et større antal kommuner. Initiativet skal sikre, at efterfølgende projekter er fagligt velbegrundede, realistiske i afprøvning og drift, samt at der er en kommunal efterspørgsel.

5.4.3 Eksempel 3: Unge over 18 år med hashmisbrug

Unge over 18 år med hashmisbrug er den målgruppe på området for udsatte voksne, som kommunerne i størst omfang angiver at opleve udfordringer med. I pilotanalysen angiver 49 pct. af kommunerne, at de oplever meget store eller ret store udfordringer i arbejdet med målgruppen.

Kommunerne har i pilotanalysen haft mulighed for at udfolde udfordringerne med målgruppen af unge med hashmisbrug i en række åbne svarkategorier. Her har kommunerne givet udtryk for, at udfordringerne med målgruppen i stil med målgruppen af borgere med komplekse diagnoser og bi-problematikker blandt andet består i koordineringen med andre sektorområder, fx med psykiatrien og beskæftigelsesområdet. Endvidere har flere kommuner angivet, at deres særlige fokus på ungegruppen skyldes, at kommunerne ser en stigning i målgruppen i disse år. Kommunerne har derfor ifølge de kvalitative udsagn i pilotanalysen også fokus på at sætte tidligt ind over for målgruppen, da det antages at øge sandsynligheden for at opnå effekt af behandlingen og forhindrer problemerne i at vokse sig større.

Kommunerne har i pilotanalysen angivet i hvilket omfang, de oplever behov for ekstern understøttelse til en målgruppe, fx i form af støtte fra Socialstyrelsen og Ankestyrelsen. Unge over 18 år med hashmisbrug er en af de målgrupper, kommunerne angiver et moderat behov for understøttelse til.

Der er ikke entydige nationale estimater over antallet af unge over 18 år med hashmisbrug. Det formodes, at mange har et misbrug uden at komme i behandling. En analyse fra Center for Rusmiddelforskning estimerer, at der er ca. 20.000 unge mellem 15 og 25 år med et behandlingskrævende stofmisbrug i Danmark.

Samlet set modtog ca. 17.300 personer en social indsats i form af stofmisbrugsbehandling i 2017. Heraf udgjorde 18-29-årige 39 pct. svarende til ca. 6.700 personer.

Målgruppen af unge over 18 år med hashmisbrug vurderes at have et stort progressionspotentiale i form af uddannelse og beskæftigelse set i et livsperspektiv. De afledte samfundsøkonomiske konsekvenser ved at investere i tidlig misbrugsbehandling kan være omfattende, hvis reduceret eller afsluttet misbrug kan fastholde eller hjælpe borgeren videre i uddannelse og beskæftigelse.

Regeringen har en målsætning om, at flere af de personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffrie eller have et reduceret eller et stabiliseret stofmisbrug. I Socialpolitisk Redegørelse 2018 kan der spores en lille fremgang i forhold til denne målsætning (se i øvrigt kapitel 2 om status for de sociale mål).

I Socialpolitisk Redegørelse 2017 blev det vurderet, at stofmisbrugsområdet i nogen grad er dækket af virksomme indsatser. Det blev vurderet, at området i nogen grad er dækket for så vidt angår antal og bredde af virksomme indsatser, da der findes flere dokumenteret virksomme indsatser, som dækker forskellige stofmisbrugsproblematikker, både for personer med kortere- og længerevarende misbrug. For så vidt angår implementeringsomfang blev det vurderet, at området i nogen grad er dækket. Dette tegner samlet set et billede af, at der på den ene side er en positiv udvikling i gang på området for misbrugsbehandling, hvor virksomme behandlingsmetoder er til rådighed, og hvor indsatsen ser ud til at virke bedre. På den anden side oplever kommunerne en stigning i målgruppen, og det menneskelige og samfundsmæssige potentiale ved at sætte ind over for et tidligt misbrug er markante. En tidlig og forebyggende indsats til målgruppen vil kunne forhindre, at problemerne udvikler sig i omfang og kompleksitet.

Boks 5.8**Eksempler på initiativer målrettet unge over 18 år med hashmisbrug****Udbredelse af MOVE til unge med misbrug**

Socialstyrelsen udbreder i 2019-2021 behandlingsmetoden MOVE (tidligere kaldet MI/KAT-GO). Udbredelsen sker i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammet på voksenområdet, og 12-15 kommuner vil modtage undervisning i metoden fra en uddannelsesleverandør og implementeringsstøtte fra Socialstyrelsen. Metoden vil endvidere som del af Udviklings- og investeringsprogrammet på voksenområdet for 2019 blive modnet som gruppebehandling.

MOVE er en metode til misbrugsbehandling, som består af 12 samtaler efterfulgt af seks måneders opfølgingsbehandling. Grundelementerne i metoden er samtaleteknikkerne Motiverende Interview og Kognitiv Adfærdsterapi. Disse suppleres med støttende elementer i form af gavekort, påmindelser, skriftlig kontakt og statusbreve. Målgruppen for MOVE er unge og voksne mellem 15 og 25 år med et behandlingskrævende forbrug af cannabis, centralstimulerende stoffer og/eller hallucinogener.

Evalueringen af metoden har vist stærke resultater og viser således, at 49 pct. af de unge gennemfører primærbehandlingen, og hele 50 pct. er stoffrie ni måneder efter indskrivning. Det er væsentligt bedre end anden stofmisbrugsbehandling.

Den økonomiske evaluering af MOVE, som er udført i en række kommuner vha. Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM), viser, at nettogevinsten pr. deltager i deltagerkommunerne varierer inden for et spænd på mellem ca. 60.800 kr. og ca. 69.300 kr. Resultatet er gældende for kommuner, der har deltaget i et afprøvningsprojekt, og kan ikke nødvendigvis generaliseres til andre kommuner.

Implementering af nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling

Børne- og Socialministeriet understøtter i perioden 2016-2022 kommunerne i implementering af de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling gennem en rådgivningsindsats til kommunerne. Rådgivningen er målrettet beslutningstagere, ledere og medarbejdere i den kommunale sociale stofmisbrugsbehandling.

Ved afslutning af initiativet vil 20 kommuner have samarbejdet med Socialstyrelsen om implementeringen af de nationale retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling, som blev offentliggjort i 2016. Samarbejdet har til formål at understøtte, at kommunerne kan benytte de nationale retningslinjer som grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af den sociale stofmisbrugsbehandling. Implementeringsunderstøttelsen sker bl.a. via formidlingsaktiviteter, task force-forløb og implementeringsredskaber.

6. Anbragte børn og unges skolegang

Det er velbelyst, at anbragte børn og unge generelt klarer sig dårligere i grundskolen sammenlignet med jævnaldrende. Børn og unge, der har været anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i løbet af deres opvækst, trives generelt dårligere i skolen, og de klarer sig dårligere rent fagligt. De har desuden som oftest flere skoleskift, mere fravær og flere perioder uden skolegang end andre børn og unge. Mange anbragte børn og unge afslutter grundskolen med så dårlige faglige færdigheder, at de har svært ved at gennemføre en ungdomsuddannelse. Det kan i sidste ende gøre overgangen til voksenlivet svær og være med til at begrænse anbragtes muligheder for et selvstændigt voksenliv. Derfor er det ét af regeringens 10 mål for social mobilitet, at udsatte børn og unges faglige niveau i grundskolen skal forbedres.

Analyserne i dette kapitel ser nærmere på anbragte børn og unges skolegang og opstiller herunder mulige forklaringer på, at anbragte generelt klarer sig dårligere i grundskolen end øvrige børn og unge.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

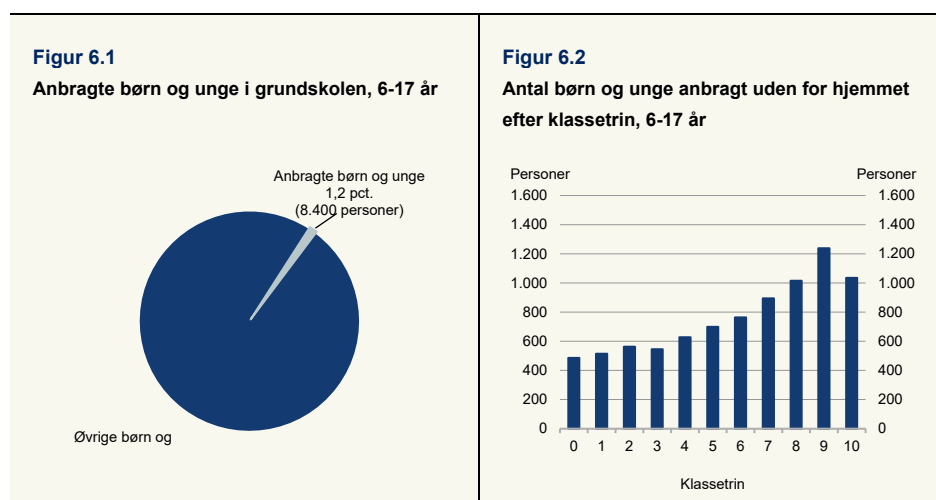
- Ved udgangen af 2016 var der ca. 8.400 børn og unge i grundskolen i alderen 6-17 år, der var anbragt uden for hjemmet. Det svarer til omkring 1 pct. af alle elever i grundskolen. Heraf er der flest, som er anbragt på de ældre klassetrin. Mens der var færre end 500 anbragte børn i 0. klasse, var der flere end 1.200 anbragte børn i 9. klasse.
- Anbragte børn og unge klarer sig samlet set markant dårligere i skolen end andre børn og unge. Allerede på de små klassetrin er anbragte børn og unge fagligt bagud. Blandt anbragte børn og unge er det over 20 pct., der har dårlige resultater i dansk i 2. klasse, mens det er under 10 pct. for øvrige elever på samme klassetrin, og de faglige forskelle bliver endnu større på de ældre klassetrin.
- Anbragte børn og unge modtager også i langt større grad specialundervisning i grundskolen end andre børn og unge. Ved udgangen af 2016 gik over 40 pct. blandt anbragte børn og unge i et specialeskoletilbud, en specialklasse eller modtog specialundervisning som støtte i en almindelig klasse. Til sammenligning var det under 5 pct. blandt øvrige børn og unge.
- Det er således kun 55 pct. blandt alle anbragte i grundskolen, der går i en almindelig grundskoleklasse uden specialundervisning. Omkring 15 pct. går i en specialklasse, 14 pct. går på specialscole, 3 pct. går på en intern skole i et dagbehandlingstilbud, 8 pct. går på en intern skole på et anbringelsessted, og 2 pct. modtager specialundervisning som støtte i en almindelig klasse.

- Omfanget af specialundervisning i skolen til anbragte børn og unge stiger på de ældre klassetrin. Hvor det er mindre end 30 pct. blandt anbragte elever i 0. klasse, der går i et specialskoletilbud, i specialklasse eller modtager specialundervisning som støtte i en almindelig klasse, er det op mod 50 pct. blandt anbragte elever i 9. og 10. klasse.
- Når anbragte børn og unge generelt modtager langt mere specialundervisning i grundskolen, skal det blandt andet ses i lyset af, at en relativ stor andel har en diagnose. Blandt anbragte børn og unge i grundskolen, er det ca. hver tredje, 34 pct., som har en eller flere diagnoser, der kan være forbundet med en psykisk lidelse eller et fysisk eller kognitivt handicap. Blandt øvrige børn og unge i grundskolen er det 7 pct.
- Der ses en klar sammenhæng mellem omfanget af diagnoser blandt anbragte børn og unge og det skoletilbud, de er indskrevet på. Hvor det er 16-18 pct. blandt anbragte i den almindelige grundskole, som har en diagnose, der kan være relateret til en psykisk lidelse eller et handicap, gælder det i størrelsesorden 50-70 pct. blandt anbragte børn og unge, der går i et specialskoletilbud eller en specialklasse.
- De største diagnosegrupper blandt anbragte børn og unge er ADHD, udviklingshæmning (mental retardering) og autisme. Ved udgangen af 2016 havde 17 pct. blandt alle anbragte i grundskolen en diagnose for ADHD, 10 pct. havde en diagnose for udviklingshæmning, og 10 pct. havde en diagnose for autisme. Blandt øvrige børn og unge er omfanget af diagnoser markant lavere, idet 2 pct. havde en diagnose for ADHD, og 2 pct. havde en diagnose for autisme.
- Når anbragte børn og unge generelt klarer sig dårligere i grundskolen end andre børn og unge, skal det således ses i lyset af, at en stor andel har en diagnose, der kan være relateret til en psykisk lidelse eller et handicap, og at næsten halvdelen modtager specialundervisning i skolen, hvilket kan være en indikation på indlæringsmæssige vanskeligheder.
- Men selv når der ses bort fra anbragte børn og unge, der modtager specialundervisning, og der kun ses på anbragte børn og unge, som går i almindelige grundskoleklasser, så er det faglige niveau fortsat markant dårligere end hos øvrige børn og unge. Ved folkeskolens 9. klasses afgangsprøve ligger anbragte i de almindelige grundskoleklasser næsten to karakterer under gennemsnittet blandt øvrige børn og unge i dansk og matematik.
- Resultater fra den nationale trivselsmåling i skolen peger på, at anbragte børn og unge i større grad mangler en række personlige kompetencer, som kan være en vigtig forudsætning for at klare sig fagligt godt i skolen. En tidlig indsats målrettet anbragte børn og unge i grundskolen bør derfor både handle om at styrke barnets faglige færdigheder og samtidig at få støttet op om og udviklet barnets personlige kompetencer, herunder koncentrationsevne, samarbejdsevne, selvtillid og selvværd mv.
- Hertil kommer en række andre mulige forklaringer, som ikke bliver afdækket nærmere i dette kapitel. Det vedrører foruden de mere traditionelle forklaringer som socioøkonomisk baggrund, at anbragte børn og unge oftest har flere skoleskift, flere perioder uden skolegang, og at omgivelserne generelt har lavere forventninger til anbragte børn og unges faglige kompetencer.

6.1 Anbragte børn og unge i grundskolen

Hvis et barn eller en ung har brug for særlig støtte og behov for hjælp, skal kommunen undersøge forholdene nærmere og iværksætte en eller flere foranstaltninger, der bedst muligt imødekommer barnets behov. I mange tilfælde vil en forbyggende indsats være at fortrække, så barnet kan blive boende i hjemmet hos sine biologiske forældre, mens der bliver taget hånd om problemerne. I andre tilfælde kan en anbringelse uden for hjemmet blive nødvendig, eksempelvis i en plejefamilie eller på en døgninstitution.

Ved udgangen af 2016 var der ca. 8.400 børn og unge i alderen 6-17 år, der var anbragt uden for hjemmet, og som var indskrevet på en grundskole¹. Det svarer til omkring 1 pct. af alle elever i grundskolen, jf. figur 6.1.



Anm.: Børn og unge i alderen 6-17 år, der var indskrevet i grundskolen pr. 31. december 2016. "Anbragte børn og unge" omfatter børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Antallet af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, stiger gradvist på de ældre klassetrin. Ved udgangen af 2016 var der lidt færre end 500 anbragte børn i 0. klasse, mens der var flere end 1.200 anbragte børn i 9. klasse, jf. figur 6.2.

Der kan være forskellige årsager til, at børn og unge bliver anbragt uden for hjemmet. Når antallet af anbragte børn og unge stiger på de ældre klassetrin, er det blandt andet udtryk for, at nogle sociale problemer udvikler sig med alderen og typisk optræder i teenageårene. Det kan fx være psykiske vanskeligheder, misbrug eller kriminell adfærd. En anbringelse kan også skyldes forhold i familien, fx hvis forældrene har omfattende sociale problemer og ikke i tilstrækkelig grad kan varetage omsorgen for barnet. Børn og unge med handicap, der modtager en indsats efter serviceloven, vil i en vis udstrækning også indgå i gruppen af

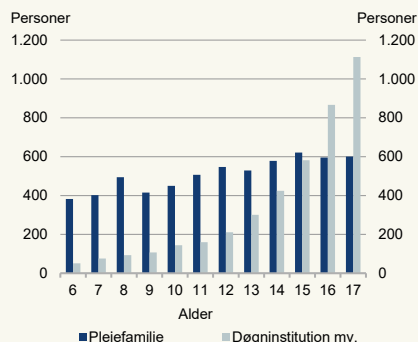
¹ Grundskoler anvendes i dette kapitel som en samlet betegnelse for alle undervisningstilbud til børn og unge i grundskolealderen, herunder specialundervisningstilbud på anbringelsessteder og dagbehandlingstilbud. For en nærmere afgrænsning se figur 6.9 og boks 6.1.

anbragte børn og unge, hvis deres støttebehov er så omfattende, at de bedst kan varetages uden for hjemmet. Anbragte børn og unge kan således have meget forskelligartede udfordringer, ligesom de kan have meget forskellige forudsætninger for at klare sig fagligt godt i skolen.

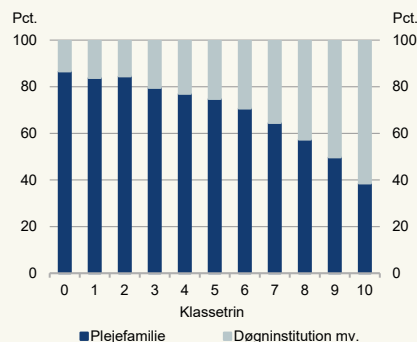
Det er særligt antallet af børn og unge, der er anbragt på en døgninstitution eller et opholdssted, som stiger forholdsvis meget på de ældre klassetrin. Hvor det er i størrelsesorden 400-600 børn på hvert alderstrin, som er anbragt i en plejefamilie i 6-17-årsalderen, varierer antallet af anbragte på døgninstitutioner mv. fra ca. 50 børn i 6-årsalderen til lidt over 1.100 unge i 17-årsalderen, jf. figur 6.3.

Figur 6.3

Antal børn og unge anbragt uden for hjemmet efter alder og anbringelsessted, 6-17 år

**Figur 6.4**

Andel anbragte børn og unge efter klassetrin og anbringelsessted, 6-17 år

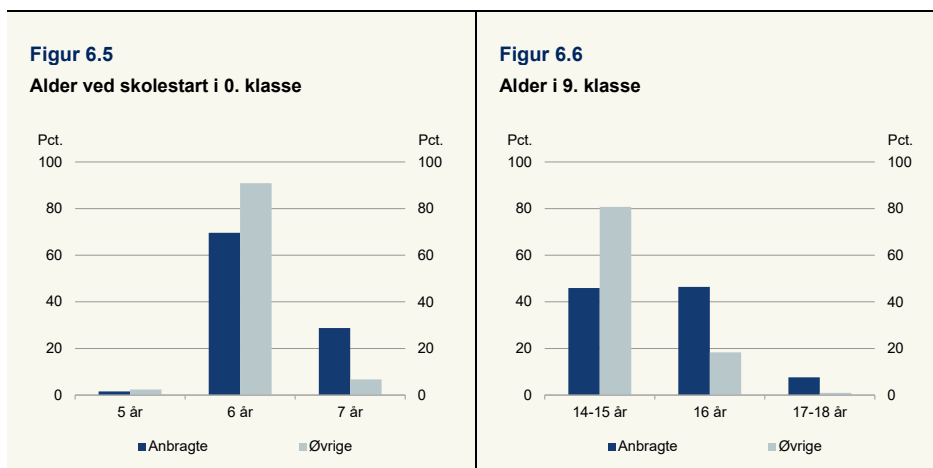


Anm.: Børn og unge i alderen 6-17 år, der var anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Billedet afspejler, at der er flere børn og unge på de ældre klassetrin, som har brug for omfattende støtte og hjælp. Hvor det er omkring 10-15 pct. blandt anbragte børn i 0. klasse, der bor på en døgninstitution eller et opholdssted mv., er det omkring 50-60 pct. blandt anbragte børn og unge ved udskoling i 9. og 10. klasse, jf. figur 6.4.

Ifølge folkeskoleloven er alle børn omfattet af undervisningspligten fra august i det kalenderår, hvor de fylder seks år. Her skal børn som hovedregel starte i 0. klasse eller modtage anden undervisning som alternativ til folkeskolen. Blandt anbragte er det imidlertid omkring hvert tredje barn, 29 pct., der først starter i 0. klasse som 7-årige. Til sammenligning er det under 10 pct. blandt øvrige børn og unge, jf. figur 6.5.



Anm.: Figur 6.5 omfatter 8-årige børn pr. 1. januar 2017 opdelt efter alder ved skolestart. Figur 6.6 omfatter elever i 9. klasse pr. 31. december 2016. For begge figurer gælder det, at "Anbragte" omfatter børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Beslutningen om at udskyde et barns skolestart sker på baggrund af en individuel vurdering og skal begrundes med hensyn til barnets udvikling. Det kan være efter anmodning fra forældrene, eller hvis kommunen vurderer, at det er mest hensigtsmæssigt for barnet at vente. I sidstnævnte tilfælde skal det dog være med forældrenes samtykke. Når næsten hvert tredje anbragte barn får udsat sin skolestart til 7-årsalderen, er det også en indikation på, at anbragte børn allerede ved skolestart er udviklingsmæssigt bagud sammenlignet med andre børn. Det hænger formentlig sammen med de problemer, der har resulteret i, at de er blevet anbragt uden for hjemmet.

Ved udskoling er tendensen den samme, idet anbragte oftere afslutter grundskolen i en senere alder end øvrige børn og unge. Mens det er under 50 pct. blandt anbragte, der er 15 år ved årsskiftet i 9. klasse, gælder det lidt over 80 pct. blandt øvrige børn og unge, jf. figur 6.6.

Noget af forklaringen ligger i, at anbragte starter senere i skolen. Tidligere undersøgelser har også vist, at anbragte børn og unge har flere skoleskift og flere perioder uden skolegang, hvilke måske resulterer i en senere afgang fra grundskolen (se bl.a. Olsen et al., 2017; Olsen et al., 2018). Det kan imidlertid også være udtryk for, at anbragte i større grad har indlæringsmæssige vanskeligheder, som forsinker dem i deres grundskoleforløb. Det har samtidig indflydelse på, i hvilken grad barnet eller den unge har behov for en specialpædagogisk indsats i skolen i form af specialundervisning.

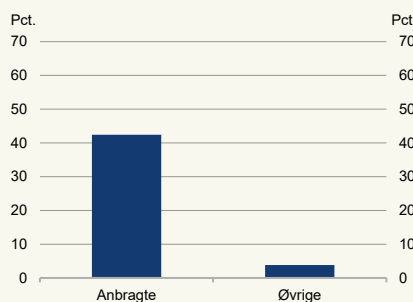
6.2 Anbragte børn og unge med specialundervisning i grundskolen

Børn og unge, hvis faglige udvikling kræver en særlig hensyntagen, kan modtage forskellige former for støtte i grundskolen. For nogle børn og unge, hvor støttebehovet er mindre, kan det være tilstrækkeligt at understøtte barnets læring gennem undervisningsdifferentiering, holddannelse, tolærerordninger eller undervisningsassistenter, som både kan hjælpe den enkelte elev og klassen som helhed. De kan også modtage supplerende undervisning eller anden faglig støtte, eksempelvis gennem en fokuseret læseindsats hos en læsepædagog eller lignende. For børn og unge med et mere omfattende støttebehov kan specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand i specialklasser eller specialskoler være den bedste løsning i en kort eller længere periode. I specialklasserne er der typisk færre elever i klasserne, så lærerne har mere tid til det enkelte barn, ligesom den specialpædagogiske bistand skal varetages af lærere eller andet undervisende personale som gennem særlig uddannelse eller kvalifikationer kan understøtte den faglige udvikling hos børn og unge med særlige behov.

Anbragte børn og unge modtager i langt større grad specialundervisning i grundskolen end andre børn og unge. Blandt anbragte i alderen 6-17 år, der var indskrevet i grundskolen ved udgangen af 2016, modtog over 40 pct. specialundervisning i skolen. Det omfatter undervisning i et specialskoletilbud, en specialklasse eller specialundervisning som støtte i mindst 9 timer om ugen i en almindelig klasse. Til sammenligning er det under 5 pct. blandt øvrige børn og unge i grundskolen, jf. figur 6.7.

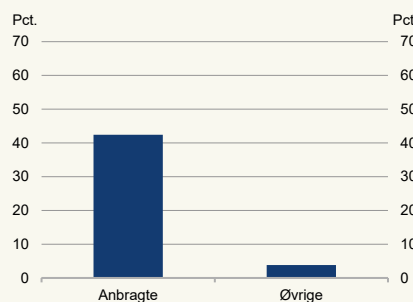
Figur 6.7

Andel børn og unge med specialundervisning i grundskolen



Figur 6.8

Andel anbragte med specialundervisning i grundskolen efter anbringelsessted

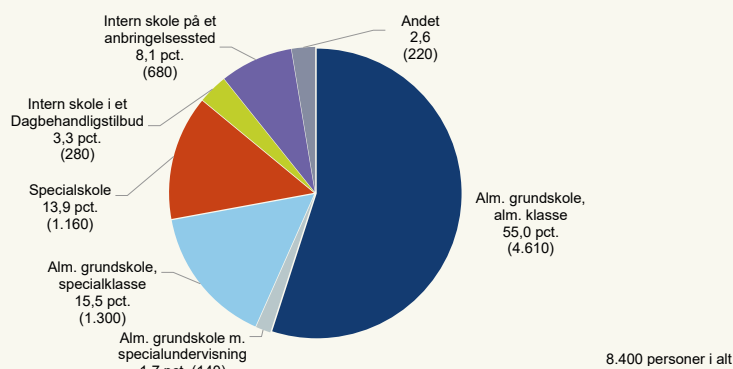


Anm.: Børn og unge i alderen 6-17 år, der var indskrevet i grundskolen pr. 31. december 2016. "Anbragte" omfatter børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016. "Specialundervisning i grundskolen" omfatter specialundervisning i specialskoler, interne skoler, specialklasser samt specialundervisning som støtte i en almindelig klasse i mindst 9 timer om ugen. For en nærmere afgrænsning af specialundervisning se boks 6.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når anbragte børn og unge generelt modtager markant mere specialundervisning i grundskolen, er det også en klar indikation på, at de i meget større grad end øvrige børn og unge har særlige undervisningsmæssige behov, der kan skyldes indlæringsmæssige vanskeligheder. Det er særligt anbragte børn og unge på døgninstitutioner og opholdssteder mv., der modtager specialundervisning i grundskolen. Her er det mere end 60 pct., der går i et specialskoletilbud, i en specialklasse eller modtager anden specialundervisning. Til sammenligning er det lidt over 30 pct. blandt anbragte i plejefamilier, jf. figur 6.8.

Langt størstedelen af de anbragte børn og unge, som modtager specialundervisning i grundskolen, går i et specialskoletilbud eller en specialklasse. Omkring 2 pct. modtager specialundervisning som støtte i en almindelig klasse, 15 pct. går i specialklasse på en almindelig grundskole, 14 pct. går på specialskole, 3 pct. går på en intern skole i et dagbehandlingstilbud, mens 8 pct. modtager undervisning på en intern skole på et anbringelsessted. Det er således kun lidt over halvdelen, 55 pct., som modtager undervisning i en almindelig grundskoleklasse uden specialundervisning, jf. figur 6.9.

Figur 6.9**Anbragte børn og unge efter skoletilbud, 6-17 år**

Anm.: Børn og unge i alderen 6-17 år, der var indskrevet i grundskolen og anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016. "Intern skole på et anbringelsessted" omfatter specialundervisningstilbud på en døgninstitution eller et socialpædagogisk opholdssted. "Andet" omfatter elever på kommunale ungdomsskoler og frie fagskoler mv. For en nærmere afgrænsning af skoletilbud se boks 6.1.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

En intern skole er et specialundervisningstilbud på en døgninstitution, et socialpædagogisk opholdssted eller et dagbehandlingstilbud, der er etableret efter overenskomst med den stedlige kommune. Henvi sning til specialundervisning på en intern skole forudsætter, at det vil være mest hensigtsmæssigt for barnets udvikling, eksempelvis på grund af svære adfærdsmæssige vanskeligheder. Børn og unge, der modtager undervisning i et dagbehandlingstilbud har ofte brug for meget omfattende støtte, eksempelvis på grund af autisme, angst, skizofreni eller personlighedsforstyrrelser mv. Specialundervisning på interne skoler er et midlertidigt tilbud, hvor målet altid er at få inkluderet eleven i et større undervisningsmiljø og i et tempo, som er tilpasset den enkelte elev. Det kan eksempelvis være på en specialskole eller i en specialklasse i den almindelige grundskole.

Boks 6.1**Opgørelse af skoletilbud**

Elever i grundskolen er i dette kapitel opgjort på baggrund af elevregistret (KOTRE) og omfatter alle børn og unge, der var indskrevet på en grundskoleuddannelse ved udgangen af 2016 i alderen 6-17 år, jf. Danmarks Statistiks opgørelsesmetode. Det omfatter elever i den almindelige grundskole, specialskoler samt børn og unge i specialundervisningstilbud på anbringelsessteder og dagbehandlingstilbud.

Specialklasser er opgjort på baggrund af registret UDSP. Da start- og sluttidspunktet ikke er indrapporteret for alle elever, er specialklasser opgjort som alle børn og unge, der på et tidspunkt i løbet af skoleåret 2016/2017 var tilmeldt undervisning i en specialklasse.

En intern skole er et specialundervisningstilbud på en døgninstitution, et socialpædagogisk opholdssted eller et dagbehandlingstilbud, der er etableret efter overenskomst med den stedlige kommune. Ifølge elevregistret er alle interne skoler kategoriseret som "dagbehandlingstilbud og behandlingshjem". Det er ikke muligt på baggrund af elevregistret at opdele interne skoler på hhv. anbringelsessteder og dagbehandlingstilbud. Børne- og socialministeriet har derfor selv foretaget en manuel gennemgang af alle interne skoler med henblik på at kunne lave en præcis opgørelse.

Opgørelse af specialundervisning

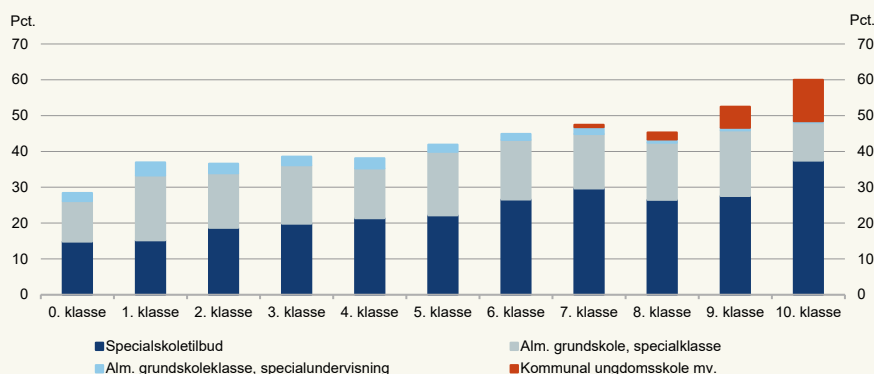
Børn og unge kan modtage forskellige former for støtte i grundskolen. Elever, der har brug for støtte i mindre end ni undervisningstimer ugentligt skal have støtte inden for den almindelige undervisning. Her kan der blandt andet være tale om undervisningsdifferentiering, holddannelse, tolærerordninger og undervisningsassistenter, som både kan hjælpe den enkelte elev og klassen som helhed. Disse former for støtte er ikke analyseret nærmere i dette kapitel.

Specialundervisning omfatter i dette kapitel alle elever, der modtager undervisning på en specialskole, i en specialklasse eller på en intern skole. Hertil kommer elever, som modtager støtte til undervisningen i en almindelig klasse, og som i gennemsnit får mindst ni klokketimers specialundervisning om ugen.

Omfanget af specialundervisning til anbragte børn og unge i grundskolen stiger gradvist med alderen. Hvor det er mindre end 30 pct. blandt anbragte elever i 0. klasse, der går i et specialskoletilbud, i en specialklasse eller modtager specialundervisning som støtte i en almindelig klasse, gælder det op mod 50 pct. blandt anbragte elever i 9. og 10. klasse. I 9. klasse er det omkring 5 pct. blandt anbragte elever, der går i en kommunal ungdomsskole eller på en fri fagskole, mens det gælder over 10 pct. i 10. klasse, jf. figur 6.10.

Figur 6.10

Andel anbragte børn og unge, der modtager specialundervisning i grundskolen efter klassetrin



Anm.: Børn og unge i alderen 6-17 år, der var indskrevet i grundskolen og anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016. "Kommunal ungdomsskole mv." omfatter også elever på frie fagskoler.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Billedet afspejler formentlig, at nogle problemer typisk udvikler sig med alderen og bliver mere udtalte, når eleverne bliver ældre. Det kan eksempelvis være adfærdsmæssige vanskeligheder eller psykiske lidelser, herunder angst, depression og skizofreni mv. Det bliver måske også mere tydeligt for lærerne, hvis en elev kommer fagligt bagud på de ældre klassetrin, idet de faglige krav til eleverne bliver gradvist større. Når andelen med specialundervisning er størst i 10. klasse, hænger det formentlig sammen med, at børn og unge med indlæringsvanskeligheder i større grad kan være tilskyndet til at fortsætte i 10. klasse, mens de fagligt dygtige elever måske starter på en ungdomsuddannelse efter 9. klasse.

Når omkring halvdelen af alle anbragte børn og unge modtager specialundervisning ved grundskolens afslutning, er det formodentlig også et udtryk for, at en forholdsvis stor andel har særlige undervisningsmæssige udfordringer, der kan skyldes indlæringsmæssige vanskeligheder. Det kan også betyde, at de kan få svært ved at påbegynde og gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse.

6.3 Diagnoser blandt anbragte børn og unge i grundskolen

Når en elev bliver henvist til et specialskoletilbud, sker det på baggrund af en pædagogisk-psykologisk vurdering af elevens undervisningsmæssige behov. Det kan blandt andet skyldes generelle indlæringsvanskeligheder, sociale vanskeligheder, udviklingsforstyrrelser eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Med henblik på at belyse potentielle indlæringsmæssige vanskeligheder hos anbragte børn og unge, er der set nærmere på en

række udvalgte diagnoser, som kan være forbundet med en psykisk lidelse eller et handicap, jf. boks 6.2.

Boks 6.2

Diagnoser i analysen

Følgende diagnoser inddrages for at belyse handicap:

- ADHD
- Autismespektrumforstyrrelser
- Cerebral parese (spastisk lammelse)
- Downs syndrom
- Epilepsi
- Erhvervet hjerneskade
- Muskelsvind
- Sklerose
- Udviklingshæmning (mental retardering)

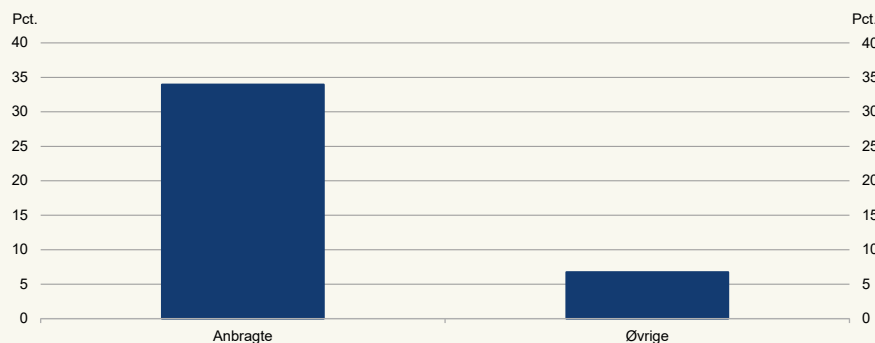
Følgende diagnoser inddrages for at belyse psykiske vanskeligheder:

- Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer mv.
- Skizofreni mv.
- Depression mv.
- Angst mv.
- Spiseforstyrrelser mv.
- Personlighedsforstyrrelser mv.

Diagnoser, der kan være forbundet med et handicap, baseres på indlæggelser, ambulante besøg og skadestuekontakter på sygehuse i perioden 1995-2014. Forekomsten af diagnoser kan være undervurderet, da kontakter til egen læge og privatpraktiserende speciallæge ikke indgår. Listen af diagnoser er endvidere ikke udtømmende, idet der findes mange andre diagnoser og helbreds-mæssige udfordringer, der kan være forbundet med et handicap. Diagnosegrupperne er udarbejdet af Børne- og Socialministeriet i forbindelse med en beskrivelse af voksne modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap. Diagnoser, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder, baseres på kontakter til den regionale sygehuspsykiatri, over en femårig periode (2012-2016). I analysen benyttes samme inddeling af diagnoser, som blev anvendt i forbindelse med afrapporteringen fra styringsgennemgangen af psykiatrien (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018b).

Det skal understreges, at en psykisk lidelse eller et handicap ikke er ensbetydende med, at børn og unge er forhindret i at gå i en almindelig grundskoleklasse eller modtage undervisning på lige fod med andre børn. Nogle diagnoser, eksempelvis ADHD og autisme, kan imidlertid være en indikation på indlæringsmæssige vanskeligheder, og at der eventuelt er behov for særlig støtte i skolen.

Blandt anbragte børn og unge i alderen 6-17 år, der var indskrevet i grundskolen ved udgangen af 2016, er det ca. hver tredje, 34 pct., som har en eller flere diagnoser, der kan være relateret til en psykisk lidelse eller et fysisk eller kognitivt handicap. Blandt øvrige børn og unge i grundskolen er det 7 pct., jf. figur 6.11.

Figur 6.11**Andel med en diagnose blandt børn og unge i grundskolen**

Anm.: Børn og unge i alderen 6-17 år, der var indskrevet i grundskolen pr. 31. december 2016. Det bemærkes, at opgørelsen af diagnoser ikke er fuldt dækkende. For en nærmere afgrænsning af diagnoser se boks 6.2.

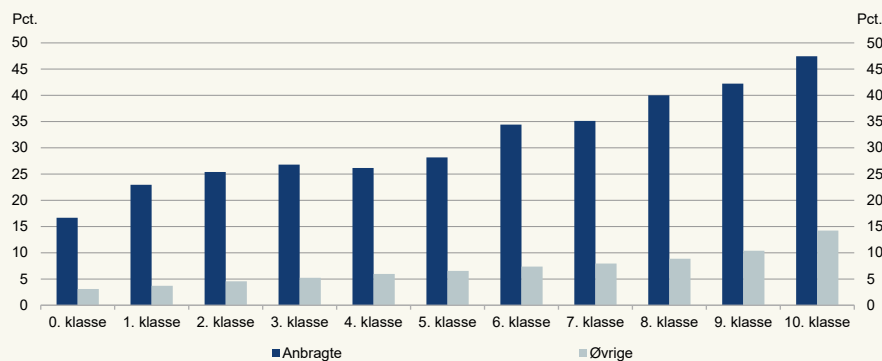
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når en markant større andel blandt anbragte børn og unge har en diagnose, så ligger en del af forklaringen i, at børn og unge kan blive anbragt uden for hjemmet som følge af psykiske vanskeligheder eller et handicap. En anden forklaring kan være, at nogle diagnoser bliver opsporet og stillet som led i den børnefaglige undersøgelse, som går forud for enhver anbringelse. Her er kommunerne nemlig forpligtiget til at foretage en helhedsvurdering af barnets støttebehov, hvilket blandt andet omfatter en vurdering af barnets sundhed, udvikling og adfærd. Der er dog ikke altid en sammenhæng mellem barnets anbringelse og den pågældende diagnose.

Andelen blandt børn og unge med en diagnose stiger generelt på de ældre klassetrin. Hvor det er lidt over 15 pct. blandt anbragte børn i 0. klasse, der har en diagnose, der kan være relateret til en psykisk lidelse eller et handicap, gælder det lidt over 40 pct. i 9. klasse og mere end 45 pct. i 10. klasse. Blandt øvrige børn og unge er det under 5 pct., der har en diagnose i 0. klasse, mens det gælder i størrelsesorden 10-15 pct. i 9. og 10. klasse, jf. figur 6.12.

Figur 6.12

Andel med en diagnose blandt anbragte børn og unge i grundskolen efter klassetrin

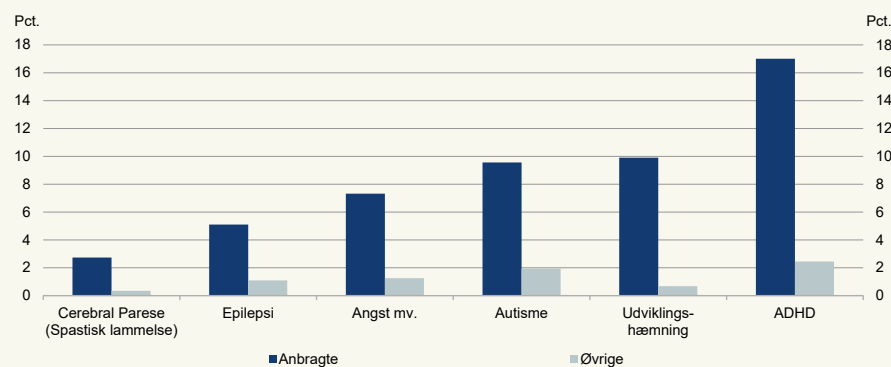


Anm.: Børn og unge i alderen 6-17 år, der var anbragt uden for hjemmet og indskrevet i grundskolen pr. 31. december 2016. For opgørelse af diagnoser se boks 6.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Billedet afspejler blandt andet, at nogle psykiske lidelser udvikler sig med alderen eller bliver mere udtalte, når børnene bliver ældre. Det kan eksempelvis være tilfælde, hvor en psykisk lidelse resulterer i adfærdsmæssige vanskeligheder hos barnet, herunder udadreagerende adfærd.

De største diagnosegrupper blandt anbragte børn og unge i grundskolen er ADHD, udviklingshæmning og autisme. Ved udgangen af 2016 havde 17 pct. en diagnose for ADHD, 10 pct. havde en diagnose for udviklingshæmning og 10 pct. havde en diagnose for autisme. Blandt øvrige børn og unge er omfanget markant lavere, idet 2 pct. havde en diagnose for ADHD, og 2 pct. havde en diagnose for autisme, jf. figur 6.13.

Figur 6.13**Andel med en diagnose blandt børn og unge i grundskolen efter type af diagnose**

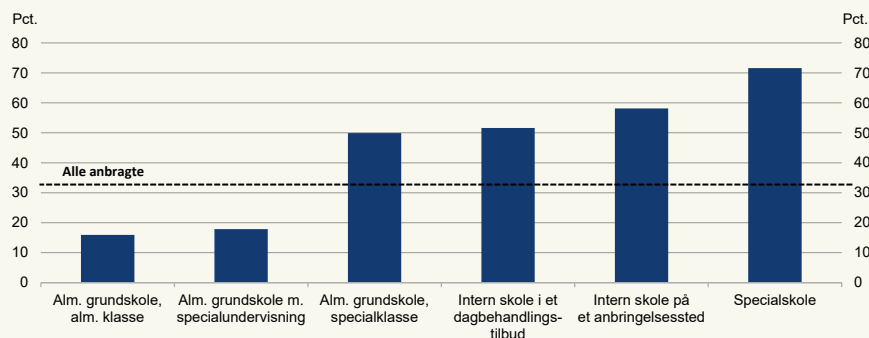
Anm.: Andel blandt børn og unge i alderen 6-17 år, der var indskrevet i grundskolen pr. 31. december 2016, og som har mindst én diagnose. For en nærmere afgrænsning af diagnoser se boks 6.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der ikke kan laves en entydig kobling mellem en diagnose og en persons konkrete funktionsevne. Børn og unge med den samme diagnose kan have meget forskellige forudsætninger for læring, herunder forskellige behov for støtte i skolen. En henvisning til specialundervisning skal altid ske på grundlag af en konkret vurdering af den enkelte elevs undervisningsmæssige behov.

Nogle diagnoser, eksempelvis ADHD og autisme, kan imidlertid være en indikation på indlæringsmæssige vanskeligheder, og at der eventuelt er behov for særlig støtte i skolen. Andre diagnoser giver en mere klar indikation på, at barnets kognitive funktionsevne er nedsat. Det gælder eksempelvis børn og unge med en diagnose for udviklingshæmning (mental retardering), da deres kognitive kompetencer, herunder sprog og motorik, sjældent udvikler sig i samme tempo som hos andre børn og unge.

Der er således også en klar sammenhæng mellem omfanget af diagnoser blandt anbragte børn og unge og det skoletilbud, de er indskrevet på. Hvor det er 16-18 pct. blandt anbragte i den almindelige grundskole, som har en diagnose, der kan være relateret til en psykisk lidelse eller et handicap, gælder det i størrelsesorden 50-70 pct. blandt anbragte børn og unge, der går i et specialskoletilbud eller en specialklasse, jf. figur 6.14.

Figur 6.14**Andel med en diagnose blandt anbragte børn og unge i grundskolen efter skoletilbud**

Anm.: Anbragte børn og unge i alderen 6-17 år, der var anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016. For en nærmere afgrænsning af diagnoser se boks 6.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der er også betydelige forskelle i, hvilke typer af diagnoser, anbragte børn og unge typisk har, når man ser på de forskellige skoletilbud. Blandt anbragte i de almindelige grundskoleklasser har 8 pct. en diagnose for ADHD, mens 5 pct. har en diagnose for angst mv. Blandt anbragte i specialskeletilbud og specialklasser, er det derimod mellem 26 og 36 pct., som har en diagnose for ADHD. Samtidig har en markant større andel en diagnose for udviklingshæmning eller autisme. Blandt anbragte børn i dagbehandlingstilbud eller interne skoler, er det omkring 12 pct., der har en diagnose for udviklingshæmning, mens det næsten gælder hver tredje, 31 pct., der går på specialskele, jf. tabel 6.1.

Tabel 6.1**Udvalgte diagnoser blandt anbragte børn og unge efter skoletilbud**

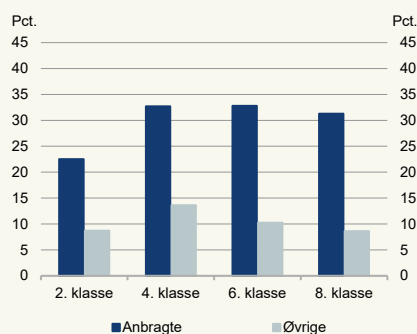
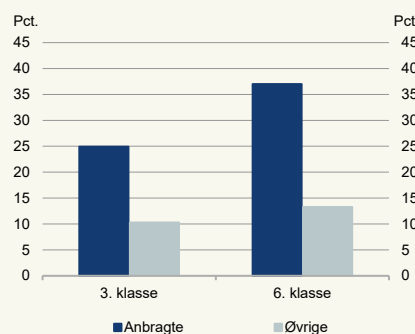
	Almindelige grundskoler			Specialskoletilbud			Anbragte i alt
	Alm. klasse	Special-undervisning	Special-klasse	Special-skole	Intern skole dagbehandlings-tilbud	Intern skole anbringelses-sted	
ADHD	7,6	14,3	26,9	28,6	36,4	36,3	17,0
Udviklingshæmning (Mental retardering)	1,3	0,0	16,7	37,1	11,6	11,7	9,9
Autisme	2,2	2,9	13,2	28,7	17,4	19,8	9,6
Angst mv.	4,8	-	6,6	6,5	17,1	20,1	7,3
Epilepsi	1,4	0,0	6,5	20,6	4,4	3,4	5,1
Cerebral Parese (Spastisk lammelse)	0,4	0,0	4,4	12,8	-	0,6	2,7
Diagnoser i alt	16,0	17,9	49,9	71,6	51,6	58,2	34,0

Anm.: Udvalgte diagnoser blandt børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet i alderen 6-17 år og indskrevet i grundskolen pr. 31. december 2016. For en nærmere afgrænsning af skoletilbud se boks 6.1. Den samme person kan have mere end én diagnose, hvorfor andelen ikke summer til "Diagnoser i alt". Grundet diskretionshensyn er der ikke opgjort tal for grupper med meget få personer (anført som "-"). "Diagnoser i alt" omfatter desuden mindre diagnosegrupper, herunder spiseforstyrrelser mv., psykoaktive stoffer mv., depression mv. skizofreni mv., personlighedsforstyrrelser mv., sklerose, Downs-syndrom, erhvervet hjerneskade og muskelsvind. For en nærmere afgrænsning af diagnoser se boks 6.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

6.4 Anbragte børn og unges faglige niveau og udvikling

Anbragte børn og unge klarer sig generelt dårligere i grundskolen end øvrige børn og unge. Allerede på de små klassetrin er anbragte børn fagligt bagud, og den faglige forskel bliver endnu større på de ældre klassetrin. Blandt anbragte børn er det lidt over 20 pct., der har mangelfulde læsefærdigheder i 2. klasse, mens det er under 10 pct. blandt øvrige elever på samme klassetrin. I 8. klasse er den faglige forskel blevet endnu større, hvor det er i størrelsesordenen 30 pct. blandt anbragte børn, der har mangelfulde læsefærdigheder, mens det er under 10 pct. blandt øvrige elever, jf. figur 6.15.

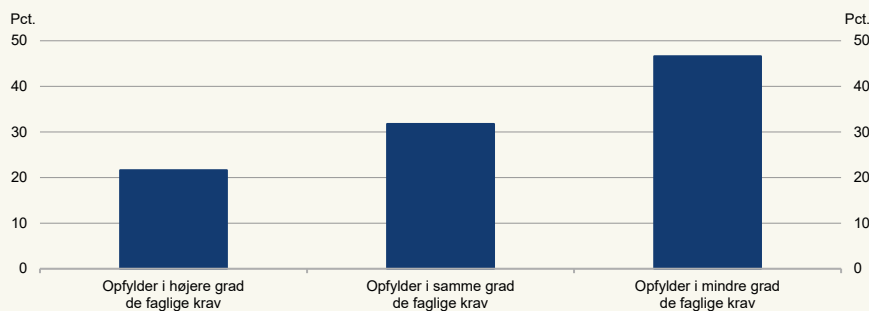
Figur 6.15**Andel børn og unge med dårlige resultater i dansk****Figur 6.16****Andel børn og unge med dårlige resultater i matematik**

Anm.: Elever i 2.-8. klasse, der deltog i de nationale tests i hhv. dansk og matematik i første halvår 2017. "Anbragte" omfatter børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet ved udgangen af 2016. Elever med "dårlige resultater" er opgjort som elever, der har fået resultatet "Mangelfuld præstation" eller "Ikke tilstrækkelig præstation" i hhv. dansk og matematik.

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Danmarks Statistik og Styrelsen for It og Læring.

Samme billede tegner sig i matematik. Her er det 25 pct. blandt anbragte børn, der har dårlige resultater i 3. klasse, mens det gælder 10 pct. blandt øvrige elever på samme klassetrin. I 6. klasse er forskellen endnu større, idet mere end 35 pct. blandt anbragte børn har dårlige resultater i matematik, mens det er mindre end 15 pct. blandt øvrige elever, jf. figur 6.16.

Når den faglige forskel mellem anbragte og øvrige børn bliver større i løbet af grundskolen, skal det blandt andet ses i lyset af, at anbragtes faglige udvikling ikke modsvarer de faglige krav, der stilles på de højere klassetrin. Hvis man følger de samme anbragte børn fra 2. klasse og frem, er det omkring 45 pct., der i mindre grad opfylder de faglige krav til læsefærdigheder i dansk, når de kommer til 6. klasse, jf. figur 6.17.

Figur 6.17**Udvikling i læsefærdigheder fra 2. til 6. klasse blandt anbragte børn**

Anm.: Elever, der deltog i de nationale tests i læsning i dansk i 2. klasse i første halvår 2012 og i 6. klasse i første halvår 2016. Opgørelsen omfatter børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i løbet af 2012. Som led i en kvalitetssikring af de nationale tests i 2015, blev antallet af opgaver i dansk reduceret.

Opgørelsen skal derfor tages med forbehold for denne justering.

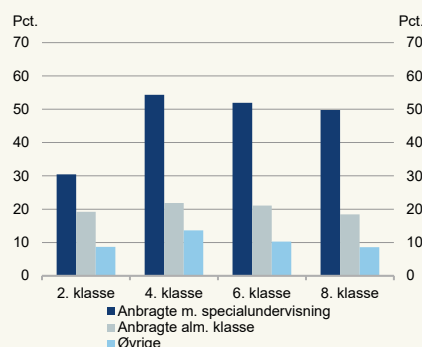
Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Danmarks Statistik og Styrelsen for It og Læring.

Det hører imidlertid med til billedet, at det også lykkes at løfte nogle anbragte børn fagligt. Omkring hver femte – ca. 20 pct. – blandt anbragte børn bliver således løftet fagligt i dansk fra 2. til 6. klasse, så de i højere grad opfylder de faglige krav.

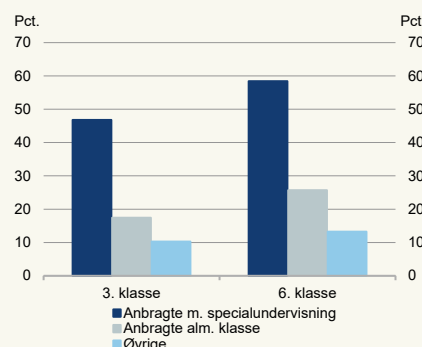
Når anbragte børn og unge generelt klarer sig fagligt dårligere i grundskolen end andre børn og unge, skal det blandt andet ses i lyset af, at en stor andel modtager specialundervisning i skolen, hvilket er en indikation på indlæringsmæssige vanskeligheder og særlige støttebehov i undervisningen. Blandt anbragte børn og unge, der modtager specialundervisning i et specialskoletilbud eller en specialklasse, er det omkring 30 pct., der har dårlige resultater i dansk i 2. klasse, og omkring 50-55 pct. i 4.-8. klasse. Til sammenligning er det i størrelsesorden 20 pct. på alle klassetrin blandt anbragte i de almindelige grundskoleklasser. Blandt øvrige børn og unge er det omkring 10-15 pct., der har dårlige resultater i dansk i 2.-8. klasse, jf. figur 6.18.

Figur 6.18

Andel børn og unge med dårlige resultater i dansk efter klassetrin

**Figur 6.19**

Andel børn og unge med dårlige resultater i matematik efter klassetrin

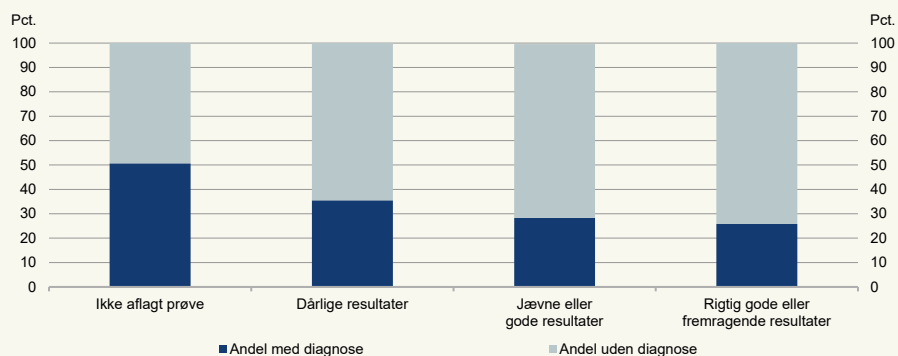


Anm.: Elever, der deltog i de nationale tests i dansk og matematik i første halvår 2017. "Anbragte" omfatter børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet ved udgangen af 2016. Elever med "dårlige resultater" er opgjort som elever, der har fået resultatet "Mangelfuld præstation" eller "Ikke tilstrækkelig præstation" i hhv. dansk og matematik. "Specialundervisning" omfatter elever i specialeskoletilbud, specialklasser samt elever, der modtager specialundervisning i en almindelig grundskoleklasse i mindst 9 timer om ugen. For en nærmere afgrænsning se boks 6.2.

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Danmarks Statistik og Styrelsen for It og Læring.

Samme billede tegner sig i matematik, hvor det er en markant større andel blandt de anbragte børn og unge, der modtager specialundervisning i skolen, som har dårlige resultater i de nationale tests. Anbragte børn og unge i de almindelige grundskoleklasser ligger tættere på det faglige niveau blandt øvrige børn og unge, omend de klarer sig generelt dårligere, jf. figur 6.19.

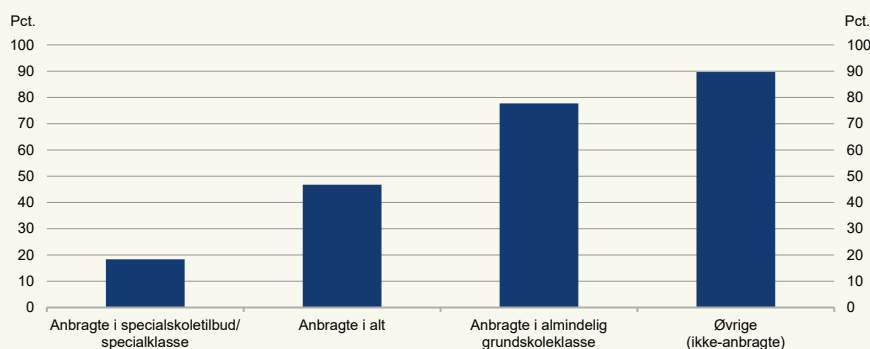
Der ses også en sammenhæng mellem anbragtes faglige resultater og andelen, der har en diagnose, som kan være relateret til en psykisk lidelse eller et handicap. Blandt anbragte med dårlige resultater i dansk i 8. klasse er det mere end 35 pct., der har en diagnose. Blandt anbragte med rigtig gode eller fremragende læsefærdigheder, er det omkring 25 pct. Blandt de anbragte børn og unge, som ikke deltog i de nationale tests i dansk i 8. klasse, er det imidlertid ca. hver anden, som har en diagnose, jf. figur 6.20.

Figur 6.20**Anbragte børn og unge efter resultater i dansk i 8. klasse og andel med diagnose**

Anm.: Elever i 8. klasse, der deltog i de nationale tests i dansk i første halvår 2017. "Anbragte" omfatter børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet ved udgangen af 2016. For en nærmere afgrænsning af diagnoser se boks 6.2.

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Danmarks Statistik og Styrelsen for It og Læring.

Ved grundskolens afslutning er der markant færre anbragte, som aflægger afgangsprøven i 9. klasse. Hvor det er omkring 90 pct. blandt øvrige børn og unge, gælder det under halvdelen blandt anbragte børn og unge. Der er imidlertid en stor sammenhæng mellem, hvilket skoletilbud anbragte børn og unge går på, og om de aflægger afgangsprøven. Hvor det er lidt under 20 pct. blandt anbragte, der går i et specialskoletilbud eller en specialklasse, er det op mod 80 pct. blandt anbragte i de almindelige grundskoleklasser, der aflægger prøven, jf. figur 6.21.

Figur 6.21**Elever i 9. klasse, der aflægger folkeskolens afgangsprøve**

Anm.: Elever indskrevet i 9. klasse pr. 31. december 2016, der har aflagt prøve i alle de bundne prøvfag i dansk og matematik ved folkeskolens 9. classes afgangsprøve i 2017. "Anbragte" omfatter børn og unge, som var anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016.

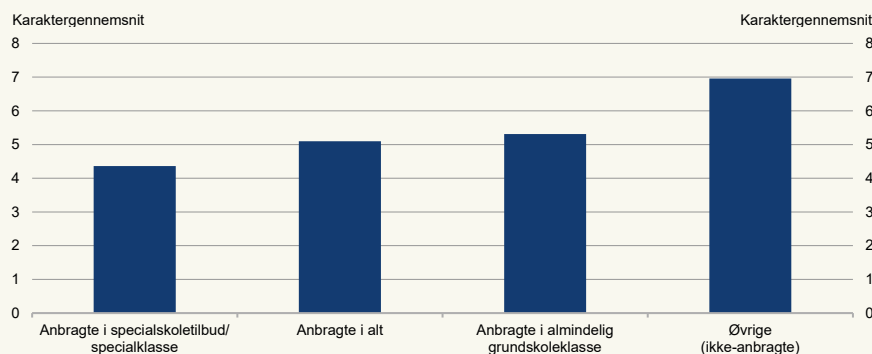
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når anbragte børn og unge generelt klarer sig dårligere i grundskolen end andre børn og unge, skal det således også ses i lyset af, at en stor andel går i et specialetilbud eller en specialklasse, hvilket er en indikation på, at de har indlæringsmæssige vanskeligheder og særlige støttebehov.

Men selv når der ses bort fra anbragte børn og unge, der modtager specialundervisning, og der kun ses på anbragte børn og unge, som går i almindelige grundskoleklasser, så er det faglige niveau fortsat markant dårligere end hos øvrige børn og unge. Ved folkeskolens 9. classes afgangsprøve ligger anbragte i de almindelige grundskoleklasser næsten to karakterer under gennemsnittet blandt øvrige børn og unge i dansk og matematik. Hvor anbragte børn og unge i de almindelige grundskoleklasser havde et karaktergennemsnit på 5,3 i dansk og matematik ved folkeskolens 9. classes afgangsprøve i 2017, var karaktergennemsnittet omkring 7 blandt øvrige børn og unge, jf. figur 6.22.

Figur 6.22

Karaktergennemsnit ved folkeskolens 9. klasses afgangsprøve



Anm.: Elever indskrevet i 9. klasse pr. 31. december 2016, der har aflagt prøve i alle de bundne prøvfag i dansk og matematik ved folkeskolens 9. klasses afgangsprøve i 2017. "Anbragte" omfatter børn og unge, som var anbragt uden for hjemmet pr. 31. december 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når karaktergennemsnittet blandt anbragte børn og unge i de almindelige grundskoleklasser stort set er identisk med karaktergennemsnittet blandt anbragte generelt, skal det ses i lyset af, at det er en forholdsvis lille andel blandt anbragte i specialeskoletilbud og specialklasser, som aflægger afgangsprøven i 9. klasse.

6.5 Hvordan oplever anbragte børn og unge selv deres skolegang?

Som tidligere undersøgelser også har vist, så trives anbragte børn og unge generelt ikke nær så godt i grundskolen som øvrige børn og unge (se bl.a. Egmont Fonden, 2017). Det skal blandt andet ses i lyset af, at anbragte børn og unges generelle trivsel uden for skolen også er lavere end blandt jævnaldrende (Ottosen et al., 2015).

Trivsel i skolen rummer flere dimensioner. Det handler både om elevens psykiske og fysiske velbefindende, men også om elevens oplevelse af sine egne faglige og personlige kompetencer, samt oplevelsen af at få støtte og inspiration fra sine omgivelser.

Hvis man ser på elevernes psykiske velbefindende, så er anbragte børn og unge generelt mindre glade for at gå i skole, og en større andel føler sig ensomme. Blandt anbragte børn og unge i specialeskoletilbud og specialklasser er det 10 pct., der aldrig eller sjældent er glade for deres skole og 13 pct., der tit eller meget tit føler sig ensomme. Til sammenligning er det 7 pct. blandt øvrige børn og unge, der aldrig eller sjældent er glade for deres skole og 6 pct., der tit eller meget tit føler sig ensomme, jf. tabel 6.2.

Tabel 6.2**Psykisk velbefindende blandt elever i 9. klasse målt på udvalgte spørgsmål**

Er du glad for din skole?	Aldrig eller sjældent	En gang imellem	Tit eller meget tit
	----- Pct. -----		
Anbragte i specialeskoletilbud/specialklasse	10,0	32,3	57,7
Anbragte i almindelig grundskoleklasse	8,4	23,9	67,7
Øvrige børn og unge	6,9	21,0	72,1

Føler du dig ensom?	Tit eller meget tit	En gang imellem	Aldrig eller sjældent
Anbragte i specialeskoletilbud/specialklasse	13,3	21,2	65,5
Anbragte i almindelig grundskoleklasse	7,4	20,3	72,3
Øvrige børn og unge	5,7	15,4	78,9

Anm.: Elever indskrevet i 9. klasse pr. 31. december 2016, der har deltaget i den nationale trivselsmåling i foråret 2017. Anbragte elever, der modtager mere end 9 timers specialundervisning i en almindelig grundskoleklasse indgår også i gruppen "Specialeskoletilbud/specialklasse". Det bemærkes, at der er forholdsvis mange elever, som ikke deltager i trivselsmålingen, hvorfor billedet ikke nødvendigvis er repræsentativt for alle elever i skolen.

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Danmarks Statistik og Styrelsen for It og Læring.

Hvis man ser på elevernes oplevelser af egne faglige og personlige kompetencer, er der ligeledes en større andel blandt anbragte børn og unge, der blandt andet oplever koncentrationsbesvær, vanskeligheder ved at samarbejde med andre elever, og som mangler troen på egne evner.

Hvor det er omkring 35 pct. blandt øvrige børn og unge, der kan opleve koncentrationsbesvær i timerne i 9. klasse, gælder det over 50 pct. blandt anbragte børn og unge. Samtidig er det op mod 20 pct. blandt anbragte elever i specialeskoletilbud eller specialklasse, der aldrig eller sjældent kan koncentrere sig, mens det gælder 13 pct. blandt anbragte elever i de almindelige grundskoleklasser og 8 pct. blandt øvrige børn og unge, jf. tabel 6.3.

Tabel 6.3**Faglige og personlige kompetencer blandt elever i 9. klasse målt på udvalgte spørgsmål**

Kan du koncentrere dig i timerne?	Aldrig eller sjældent	En gang imellem	Tit eller meget tit
	----- Pct. -----		
Anbragte i specialeskoletilbud/specialklasse	18,0	34,2	47,8
Anbragte i almindelig grundskoleklasse	12,6	37,7	49,7
Øvrige børn og unge	7,5	28,1	64,3
Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?	Aldrig eller sjældent	En gang imellem	Tit eller meget tit
Anbragte i specialeskoletilbud/specialklasse	7,0	31,0	62,0
Anbragte i almindelig grundskoleklasse	3,6	26,9	69,6
Øvrige børn og unge	2,1	16,9	81,0
Jeg er god til at arbejde sammen med andre i skolen	Aldrig eller sjældent	En gang imellem	Tit eller meget tit
Anbragte i specialeskoletilbud/specialklasse	14,6	31,4	54,0
Anbragte i almindelig grundskoleklasse	6,1	31,7	62,1
Øvrige børn og unge	3,7	20,0	76,2

Anm.: Elever indskrevet i 9. klasse pr. 31. december 2016, der har deltaget i den nationale trivselsmåling i foråret 2017. Se anmærkning til tabel 6.2.

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Danmarks Statistik og Styrelsen for It og Læring.

Anbragte børn og unge oplever også i mindre grad end øvrige børn og unge, at de er i stand til at nå de mål, de sætter sig for. Hvor det er lidt over 80 pct. blandt øvrige børn og unge, der tit eller meget tit oplever at kunne klare det, de sætter sig for, gælder det 70 pct. blandt anbragte i almindelige grundskoleklasser og 62 pct. blandt anbragte i specialeskoletilbud og specialklasser.

Med afsæt i elevernes egne besvarelser har anbragte børn og unge således betydeligt færre faglige og personlige kompetencer end øvrige børn og unge. Det kan således være et problem i forhold til deres læring i skolen, hvis de i mindre grad kan koncentrere sig i timerne, har svært ved at samarbejde med andre og i mindre grad tror på egne evner.

En tidlig indsats målrettet anbragte børn og unge i grundskolen bør derfor både handle om at styrke barnets faglige færdigheder og samtidig at få støttet op om og udviklet barnets personlige kompetencer, herunder koncentrationsevne, samarbejdsevne, selvtillid og selvværd mv.

7. Psykisk sårbarhed blandt unge uden uddannelse og job

I de senere år er der rapporteret om et stigende antal psykisk sårbare unge. Begrebet psykisk sårbarhed er imidlertid ikke entydigt defineret og bliver brugt til at beskrive mange forskellige grupper af personer. Dette kapitel lægger sig heller ikke fast på en entydig definition af gruppen af psykisk sårbare unge. I stedet tager kapitlet sigte på at illustrere spændvidden i definitionerne af gruppen, både hvad angår indikatorer på psykisk sårbarhed og opgørelser af gruppen, samt at tilvejebringe ny viden om psykisk sårbarhed blandt unge uden uddannelse og job.

Kapitlet er opdelt i to dele. Første del opridser mere bredt, hvad psykisk sårbarhed er og præsenterer en række opgørelser af gruppen af psykisk sårbare unge baseret på spørgeskemaundersøgelser (surveys), som anvender forskellige indikatorer på psykisk sårbarhed.

Anden del af kapitlet går mere i dybden med en analyse, der ser på registerbaserede indikationer på psykisk sårbarhed inden for gruppen af unge, som har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og som hverken er i gang med en uddannelse eller er i beskæftigelse (NEET-gruppen, "Not in Education, Employment, or Training"). Analysen af NEET-gruppen ser på indikationer på psykisk sårbarhed målt ved kontakt til det psykiatriske system mv. og sociale foranstaltninger efter serviceloven i barn- og ungdommen og belyser på den baggrund gruppens vej i uddannelsessystemet og omfanget af sociale foranstaltninger i det tidlige voksenliv. På den måde knytter analysen an til de sociale mål, hvor de overordnede pejlemærker er, at flere skal have en uddannelse og være en del af arbejdsfællesskabet, og at færre skal være socialt udsatte.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Der er en stor spændvidde i omfanget af målgruppen baseret på en gennemgang af en række forskellige datakilder (surveys) med forskellige afgrænsninger af psykisk sårbare unge. Andelene af unge, der beskrives og identificeres som psykisk sårbare i de forskellige surveys, spænder fra 5-10 pct. til over 20 pct.
- Et gennemgående træk i undersøgelserne er, at psykisk sårbarhed ser ud til at være mere udbredt blandt de lidt ældre unge end blandt de lidt yngre. Det kan der være flere forklaringer på, blandt andet at mange psykiske lidelser først manifesterer sig i den senere ungdom.

- Et andet gennemgående træk i undersøgelserne er, at andelen af psykisk sårbare er markant højere for kvinder end for mænd. Eksempelvis ligger andelen med selvrapporteret dårligt mentalt helbred i Den Nationale Sundhedsprofil på 24 pct. for 16-24 årige kvinder, mens den ligger på 13 pct. for mænd i samme aldersgruppe.
- Blandt unge, som har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og som hverken er i gang med en uddannelse eller er i beskæftigelse (NEET-gruppen), er det samlet set næsten tre fjerdedele af NEET-gruppen, der enten har haft psykiske problemer igennem livet i form af kontakt med det psykiatriske system mv., har modtaget en social foranstaltning, fx en anbringelse uden for hjemmet, i løbet af barn- eller ungdommen, eller begge dele.
- Blandt unge i NEET-gruppen er det 16 pct., der som 25-årige modtager førtidspension. Andelen med førtidspension som forsørgelsesgrundlag spænder mellem 10 og 30 pct., afhængig af karakteren og omfanget af indikationerne på psykisk sårbarhed.
- Blandt unge i NEET-gruppen har flertallet – over 60 pct. – påbegyndt mindst én ungdomsuddannelse, siden de gik ud af grundskolen. Der er imidlertid forskel på, hvor mange der har påbegyndt en ungdomsuddannelse afhængig af, om de har indikationer på psykisk sårbarhed. Det samlede billede er, at nogle af grupperne af unge i NEET-gruppen med indikationer på psykisk sårbarhed påbegynder en ungdomsuddannelse i mindre grad og i mindre grad går i gang med en ny uddannelse efter de har afbrudt.
- Blandt unge i NEET-gruppen har ca. 30 pct. fået en social indsats efter serviceloven som unge voksne inden for de seneste to år. Der er dog stor variation inden for NEET-gruppen. For de unge, der har modtaget en foranstaltning som barn og har haft kontakt til psykiatrien, er det hele 45 pct. der har fået en social indsats efter serviceloven som unge voksne. Handicap-kompenserende indsatser udgør en væsentlig del af dette. For unge i NEET-gruppen uden kontakt til hverken psykiatri eller en foranstaltning som barn er det 10 pct., der har fået en social indsats som unge voksne.
- Resultaterne i kapitlet peger i retning af, at der for mange psykisk sårbare i NEET-gruppen ofte vil være brug for en tæt koordination mellem uddannelsesstederne, den psykiatriske og den sociale sektor samt beskæftigelsessystemet for at sikre rettidighed og sammenhæng i indsatsen. Herunder at forebygge, at problemer vokser sig så store, at det bliver nødvendigt med en egentlig social indsats efter serviceloven.
- Resultaterne i analysen understreger imidlertid også, at psykisk sårbarhed generelt ikke er en barriere for et selvstændigt voksenliv med uddannelse og job. Blandt alle 25-årige med de undersøgte indikationer på psykisk sårbarhed befinder de fleste sig uden for NEET-gruppen. Det vil sige, at langt de fleste børn og unge med indikationer på psykisk sårbarhed *ikke* får sociale og andre problemer senere i livet.

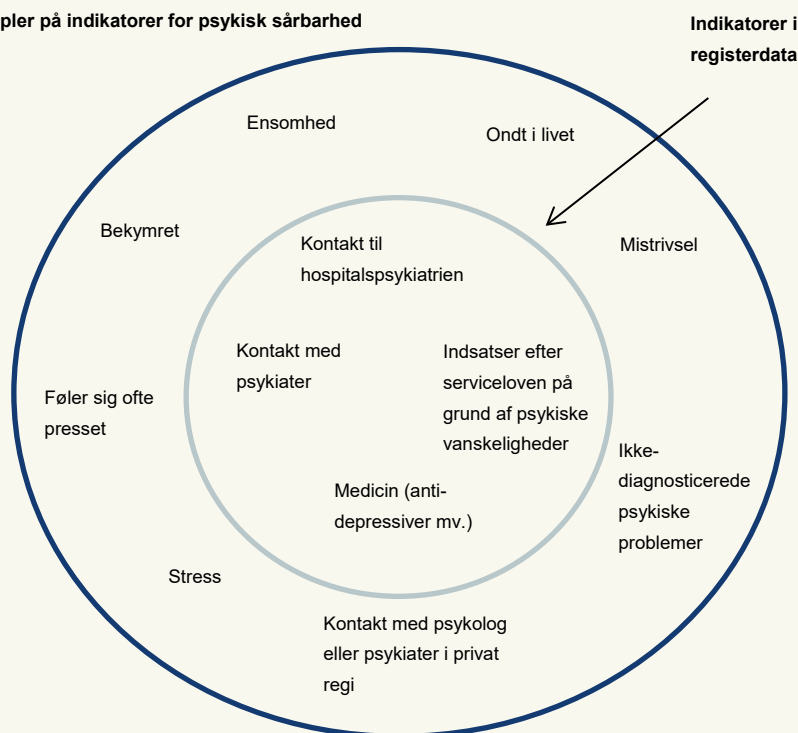
7.1 Hvad er psykisk sårbarhed?

Der findes ikke en klar definition af eller konsensus om, hvad det vil sige at være psykisk sårbar. Psykisk sårbarhed bruges for eksempel til at beskrive mennesker, som ikke har fået stillet en psykiatrisk diagnose endnu, men som udviser mange symptomer herpå (VISS, 2016). I tråd hermed bliver begrebet psykisk sårbarhed brugt om personer, der befinder sig i en gråzone, hvor de mistrives psykisk i en grad, så det påvirker deres funktionsevne i hverdagen, men hvor der umiddelbart ikke er grundlag for at stille en egentlig psykiatrisk diagnose.

Samtidig bliver begrebet psykisk sårbarhed også brugt til at beskrive personer, der tidligere har været psykisk syge, og hvor sygdommen kan bryde ud igen, hvis personerne ikke gør brug af mestringsstrategier (VISS, 2016). Herudover er der også eksempler på, at begrebet bruges til at betegne gruppen af personer, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose (Etik.dk, 2011).

Andre steder i litteraturen på området benyttes indikatorer som fx ensomhed, mistrivsel, "ondt i livet" og ikke-diagnosticerede psykiske lidelser til at definere psykisk sårbarhed.

En kvantitativ afgrænsning og opgørelse af gruppen ved hjælp af registerdata er således vanskelig, fordi begrebet psykisk sårbarhed bliver brugt så forskelligt. Dertil kommer, at mange af de indikatorer, der benyttes til at beskrive psykisk sårbarhed, er selvrapporterede og derfor ikke er oplysninger, der indsamles i centrale registre, men må baseres på surveys. Dette gælder fx indikatorer som ensomhed, "ondt i livet", eller psykiske problemer, der ikke er blevet behandlet og dermed heller ikke registreret i sundhedssystemet, jf. figur 7.1.

Figur 7.1**Eksempler på indikatorer for psykisk sårbarhed**

Anm.: Der er tale om en illustration af eksempler på indikatorer. Listen af indikatorer er således ikke udtømmende, og størrelsen af de to cirkler i figuren siger ikke noget om det faktiske størrelsesforhold mellem antal personer, der har indikatorerne.

I det følgende afsnit præsenteres en række forskellige datakilder til opgørelser af målgruppen af psykisk sårbare baseret på spørgeskemaundersøgelser (surveys) af den almene befolkning. Dette kan give en idé om gruppens størrelse og problembaggrund – og diversiteten i de indikatorer, der bruges til at definere psykisk sårbarhed.

7.2 Hvor mange unge er psykisk sårbare?

Der findes en lang række forskellige surveys, der belyser psykisk sårbarhed i befolkningen, herunder blandt børn og unge. De forskellige undersøgelser vedrører forskellige aldersgrupper i forskellige år og er ikke alle repræsentative for befolkningen eller aldersgruppen som helhed. Datakilderne – og dermed de opgjorte andele af psykisk sårbare – er derfor ikke direkte sammenlignelige. Alligevel kan de give et indtryk af gruppen og et billede af spændvidden i gruppens problembaggrund.

Andelen af unge, der i surveys har oplyst, at de har én eller flere af indikatorer på psykisk sårbarhed, spænder fra i størrelsesordenen 5-10 pct. til over 20 pct. afhængigt af hvilke indikatorer og aldersgrupper, der ses på, jf. tabel 7.1.

Tabel 7.1**Unge med indikationer på psykisk sårbarhed i forskellige surveys**

Datakilde	Andel med indikatorer på psykisk sårbarhed, pct.	Aldersgruppe	År
Den Nationale Sundhedsprofil *			
Mænd	12,9	16-24 årige	2017
Kvinder	23,8	16-24 årige	2017
Børneforløbsundersøgelsen	9	15 årige	2011
Børneforløbsundersøgelsen	22	18 årige	2014
Ungeprofilundersøgelsen**			
Subjektiv livstilfredshed (lav score)	8-28	12-25 årige	2015
Ensomme tit eller meget tit	3-11	12-25 årige	2015
Børn og unge i Danmark			
Psykisk lidelse	14	15-19 årige	2013
Spiseforstyrrelser	6	15-19 årige	2013
Modtaget psykologhjælp	23	15-19 årige	2013
Forsøgt selvmord	4	15-19 årige	2013

Anm.: Alle datakilder omhandler den almene befolkning i den angivne aldersgruppe. Den Nationale Sundhedsprofil og Børneforløbsundersøgelsen er endvidere begge repræsentative stikprøver af den danske befolkning. *) Undersøgelsen omhandler sundhed, sygdom og trivsel bredt. De viste andele omfatter personer med selvrapporteret dårligt mentalt helbred. **) Andelene er angivet som et interval, idet rapporten kun angiver andele opdelt på aldersgrupper og køn.

Det store spænd i andelen af psykisk sårbare unge i de forskellige undersøgelser dækker over et meget bredt spektrum af problemstillinger. Fra spørgsmål om ensomhed og subjektiv livstilfredshed (Ungeprofilundersøgelsen), hvordan man fungerer i hverdagen i forhold til at have energi og livsmod og til at kunne overkomme sine arbejdsopgaver på arbejdet og til at kunne se venner og slægtninge i fritiden (Den Nationale Sundhedsprofil), til om man har symptomer på depression (Børneforløbsundersøgelsen) eller en selv vurderet psykisk lidelse (Børn og Unge i Danmark), eller har modtaget psykologhjælp eller forsøgt selvmord (Børn og unge i Danmark).

I nogle af undersøgelserne er der et vist overlap i de indikatorer, der er spurgt ind til. For eksempel går spørgsmålet i Børneforløbsundersøgelsen på, om man har symptomer på en depression, hvor der i Børn og Unge i Danmark-undersøgelsen spørges til en psykisk lidelse, som blandt andet rummer depression. Her rapporterer Børneforløbsundersøgelsen en andel på 9 pct. og 22 pct. for hhv. 15- og 18-årige, mens Børn og Unge i Danmark rapporterer en andel på 14 pct. for gruppen af 15-19-årige samlet. Her ville man, hvis tallene var sammenlignelige, forvente at andelen fra Børn og Unge var højere sammenlignet med Børneforløbsundersøgelsen, eftersom depression kun er én af mange psykiske lidelser. Dette illustrerer den usikkerhed, der er forbundet med at opgøre gruppens størrelse, selvom andelen ligger nogenlunde inden for samme størrelsesorden.

Der er to gennemgående træk ved de forskellige undersøgelser. For det første ser psykisk sårbarhed ud til at være mere udbredt blandt ældre unge end blandt yngre. Det kan der være mange forskellige forklaringer på.

Blandt andet at nogle psykiske lidelser først debutterer senere i ungdommen, som fx skizofreni. For andre kan det være uløste problemer i barndommen, der vokser sig større op gennem ungdomsårene og med tiden slår ud som fx ensomhed, manglende livsmod eller i egentlige psykiske lidelser som angst og depression. Samtidig betyder overgangen til voksenlivet, at kravene til den enkelte bliver større, hvilket kan være svært for nogle at håndtere, fx for unge med vanskelige opvækstvilkår.

For det andet er det et gennemgående træk, at andelen af psykisk sårbare blandt kvinder konsekvent ligger højere end andelen for mænd. Eksempelvis ligger andelen med selvrapporteret dårligt mentalt helbred i Den Nationale Sundhedsprofil på 23,8 pct. for 16-24 årige kvinder, mens den ligger på 12,9 pct. for mænd i samme aldersgruppe. Tendensen er den samme i de andre undersøgelser.

Der er ikke nogen entydige forklaringer på billedet, og der hersker mange forskellige teorier om kønsforskelle i forekomsten af psykiske lidelser. En mulig forklaring kunne være, at mænd og kvinders problemadfærd typisk kommer til udtryk på forskellig vis. Hos piger og unge kvinder ses hyppigere en indadvendt reaktion (som fx angst og depression), mens der hos drenge og unge mænd hyppigere ses en udadvendt reaktion, som fx adfærdsforstyrrelser og misbrug (Vidensråd for forebyggelse, 2014; Ottosen et al., 2018). Eftersom disse surveys typisk ikke medtager misbrug som en indikator på psykisk sårbarhed, kan de altså undervurdere omfanget af psykisk mistrivsel hos mænd.

Boks 7.1 giver en uddybning af de forskellige indikatorer omhandlende psykisk sårbarhed.

Boks 7.1**Forskellige datakilder med indikatorer på psykisk sårbarhed**

Den Nationale Sundhedsprofil: Spørgeskemaundersøgelse, der er gennemført i samarbejde mellem de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed i hhv. 2010, 2013 og 2017.

Spørgsmålene omhandler sundhed, sygdom og trivsel bredt. De spørgsmål, der særligt indeholder indikatorer på psykisk sårbarhed, er spørgsmålene 4, 6 og 7. Her spørges til, i hvor stor en del af tiden respondenter inden for de seneste 4 uger har følt sig trist til mode hhv. fuld af energi, har nået mindre end han/hun gerne ville på arbejde og har haft vanskeligt ved at se andre mennesker på grund af følelsesmæssige problemer. Godt 180.000 besvarede spørgeskemaet, svarende til en svarprocent på 58,7 pct. Svarene er vægtede af Danmarks Statistik for at opnå, at de er repræsentative. Datatabeller og spørgeskema: www.danskernessundhed.dk. Rapport: Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen 2017.

Børneforløbsundersøgelsen: Spørgeskemaundersøgelse, der har fulgt 6.000 børn af danske mødre fra fødsel i 1995, til de er 18 år i 2014. Spørgsmålene om psykisk mistrivsel er afgrænset til at måle depressive symptomer hos børnene, da de var hhv. 15 og 18 år vha. DAWBA (Development and Well-Being Assessment) interviews. DAWBA anvendes til at vurdere, om der er grundlag for udredning for depression, og denne datakilde identificerer således den gråzone af unge, som udviser tegn på depression, men har brug for en undersøgelse for at afklare, om de bør have en egentlig psykiatrisk diagnose. Rapport: Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet, VIVE 2016, 16:18.

Børn og unge i Danmark: Spørgeskemaundersøgelse af den danske børnebefolkningens tilstand der måler på centrale indikatorer på velfærd og trivsel, gennemført af SFI i hhv. 2009 og 2013. I 2013 deltog 7.676 respondenter, hvilket udgør en svarprocent på 69,2 pct. Indikatorerne, der måler respondenternes psykiske sårbarhed, er: SDQ for de 3-15 årige, samt om man har haft en psykisk lidelse, har lidt af spiseforstyrrelser, har modtaget psykologhjælp og/eller har forsøgt selvmord for de 15-19 årige. Rapport: Børn og unge i Danmark – velfærd og trivsel 2014. SFI 14:30.

Ungeprofilundersøgelsen: Spørgeskemaundersøgelse gennemført i 38 kommuner i 2015 af et partnerskab mellem Socialstyrelsen og en række kommuner og vidensinstitutioner med formålet at afdække unges sundhed og trivsel. Spørgsmålene vedrører de unges mentale sundhed og går på subjektiv livstilfredshed, ensomhed og søvn. Rapport: Ungeprofilundersøgelsen 2015.

7.3 Unge i NEET-gruppen med indikationer på psykisk sårbarhed

Som de foregående afsnit viste, er der en stor spændvidde i de forskellige afgrænsninger af målgruppen af psykisk sårbare unge, og mange af afgrænsningerne er desuden baserede på indikatorer, som ikke findes i Danmarks Statistiks registerdata. Derfor lægger dette kapitel sig heller ikke fast på en entydig registerbaseret definition af psykisk sårbarhed.

I stedet tager resten af kapitlet udgangspunkt i, at det at være psykisk sårbar som ung kan have konsekvenser for mulighederne for at få et voksenliv med uddannelse og job. Blandt andet kan det være en barriere for at gennemføre en ungdomsuddannelse efter grundskolen og få en fast tilknytning til arbejdsmarkedet senere i voksenlivet, hvilket i sidste ende kan være en medvirkende årsag til at udvikle sociale problemer. Af Vidensråd for forebyggelses rapport fra 2014 fremgår det fx, at den stigende opmærksomhed på mental sundhed både i Danmark og andre lande er "... begrundet i mental sundheds betydning for individets evne til at klare sig godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk", samt at psykiske problemer tidligt i livet påvirker, hvordan børn og unge klarer sig i skolen og på arbejdsmarkedet senere hen. Flere studier underbygger ligeledes, at sårbarheden kan have været en barriere for at gennemføre en uddannelse og få tilknytning til arbejdsmarkedet i det tidlige voksenliv (fx Institute of Education, 2014; Pleasence et al., 2015; The Work Foundation, 2012; Rodweel et al., 2018; Goldman-Mellor, 2015).

På den baggrund ser resten af kapitlet på indikationer på psykisk sårbarhed blandt de unge som ikke har gennemført en ungdomsuddannelse eller er i beskæftigelse. Analysen ser derfor på de unge, som *både* har indikationer på sårbarhed *og* som er uden uddannelse og beskæftigelse for at få en viden om deres vej i uddannelsessystemet og eventuelle sociale problemer i det tidlige voksenliv. Denne tilgang til psykisk sårbarhed, hvor indikationer på sårbarhed og det ikke at have gennemført en uddannelse eller være i beskæftigelse betragtes samlet, er blot én ud af flere mulige tilgange til at se på psykisk sårbarhed og er således ikke udtømmende.

Analysen kan imidlertid bidrage til vidensgrundlaget om, hvordan unge med indikationer på sårbarhed, som samtidig er uden job og uddannelse, kan hjælpes tættere på job og uddannelse ved at belyse deres kontakt særligt til det psykiatriske og sociale system og tegne et samlet billede af de udfordringer, de står med i det tidlige voksenliv. På den måde knytter analysen i den resterende del af kapitlet an til de sociale mål, hvor de overordnede pejlemærker er, at flere skal have en uddannelse og være en del af arbejdsfællesskabet, og at færre skal være socialt udsatte.

I analysen ses der på de 25-årige, der har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og som hverken er i uddannelse eller beskæftigelse i 2016, også kaldet NEET-gruppen, jf. boks 7.2 for en nærmere beskrivelse. Med udgangspunkt i registerdata er det muligt at finde indikationer på psykisk sårbarhed hos unge i NEET-gruppen ved at se på deres kontakter til psykiatrien igennem deres barn- og ungdom samt foranstaltninger i barn- eller ungdommen.

Boks 7.2**Afgrænsning af NEET-gruppen**

NEET-gruppen ("Not in Education, Employment, or Training") er i denne analyse afgrænset til 25-årige, der har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og som hverken er i gang med en uddannelse eller er i beskæftigelse i året.

Gruppen er ikke helt identisk med NEET, som den normalt defineres i litteraturen. NEET defineres ofte som personer i et aldersinterval, fx 16-25 årige, i stedet for som en årgang af unge, og personernes uddannelses- og beskæftigelsesstatus måles normalt i en fast måned i året (for den danske NEET i oktober) i stedet for som her som en uddannelses- eller beskæftigelsesgrad målt over hele året (baseret på personernes socioøkonomiske klassifikation fra registeret Arbejdsklassifikationsmodulet, hvor personer i hverken uddannelse eller beskæftigelse i 2016, omfatter personer, der ikke er under uddannelse i størstedelen af året, og som ikke har beskæftigelse som deres væsentligste indkomstkilde i året.), se fx Danmarks Statistik, 2017 og OECD, 2018.

Når der ses på en årgang, sikres det, at alle i gruppen har haft det samme antal år til at gennemføre en uddannelse. På den måde undgår man, at andelene med og uden uddannelse kan blive "sløret" af, at en 25-årig for eksempel vil have haft længere tid – og dermed flere muligheder – for at gennemføre en ungdomsuddannelse end en 18-årig. Desuden sikres det, at andelen med indikatorer på psykisk sårbarhed er mere direkte sammenlignelige på tværs af aldersgruppen/årgangen, da tidsfaktoren også vil spille en rolle for risikoen for fx at have modtaget en diagnose; jo ældre man er, jo større risiko vil der være for, at man har fået en diagnose. Samtidig undgår man også, at ændringer i diagnosemønstre mv. påvirker resultaterne.

Der er ca. 74.000 personer i alderen 25 år bosiddende i Danmark primo 2016, for hvem der findes uddannelsesoplysninger i registre. Ud af disse havde ca. 14.000 grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og heraf var ca. 6.600 i NEET-gruppen.

Boks 7.2 (fortsat)**Afgrænsning af NEET-gruppen**

Et yderligere kriterium i nærværende analyse er, at de unge ikke må være indvandret til Danmark, efter de er fyldt 6 år, dvs. senest i 1997. Herved reduceres den samlede gruppe af 25-årige med ca. 10.100 personer. En meget stor del af disse personer har oprindelse i nordiske eller andre europæiske lande, herunder Danmark (fx danske børn hvis forældre er flyttet tilbage til Danmark efter nogle år i udlandet). Der er hovedsageligt tale om personer, der opholder sig i Danmark for at arbejde eller studere, og over 9.000 af de 10.100 personer er da også enten i uddannelse eller beskæftigelse jf. nedenfor.

Et yderligere kriterium er også, at personerne sammenlagt ikke må have haft bopæl uden for Danmark i mere end 2 år. Begge afgrænsninger er valgt for at sikre, at data for psykiatriske kontakter, foranstaltninger og uddannelsesforløb mv. er dækkende for alle de unge i analysen. Ekskluderes disse personer, er der 5.571 personer i NEET-gruppen og 57.333, som ikke er i NEET-gruppen, dvs. NEET-gruppen udgør 9,7 pct. af årgangen, jf. nedenfor.

Eksklusionskriterier	NEET-gruppen	Øvrige	Alle
Antal personer	6.684	67.498	74.182
Antal personer indvandret efter de er fyldt 6 år ekskluderet	1.009	9.134	10.143
Antal personer, der sammenlagt har haft bopæl uden for Danmark mere end 2 år i årene 1998-2016 ekskluderet	104	1.031	1.135
I alt *)	5.571	57.333	62.904

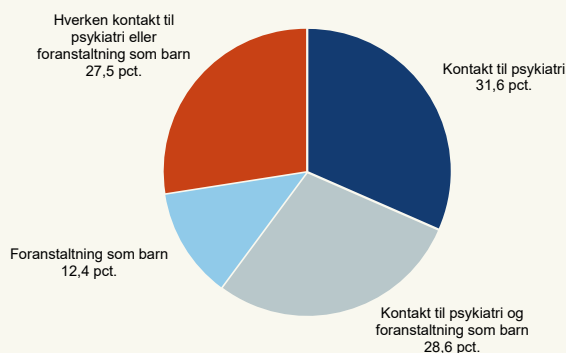
Note: *) Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Kontakter til psykiatrien måles i denne analyse ved, om personen har haft mindst én kontakt til sygehuspsykiatrien eller speciallæger med børnepsykiatri eller psykiatri som speciale i løbet af perioden 1998-2016 (dvs. da de unge var i alderen 6 til 25 år). Dette dækker over alt fra en enkelt kontakt til en psykiater eller et ambulant besøg på en psykiatrisk skadestue til gentagne kontakter eller langvarige indlæggelser på psykiatrisk sygehus. Der vil således være en stor spændvidde i, hvor behandlingskrævende eller funktionsnedsættende de psykiske problemer er, der rapporteres her.

Foranstaltninger i barn- eller ungdommen måles ved, om personen har modtaget en forebyggende (personrettet) foranstaltning efter serviceloven eller har været anbragt i perioden 1998-2010 (dvs. da de unge var i alderen 6 til 18 år), eller har modtaget efterværn som opfølgning på en anbringelse i perioden 2010-2014 (dvs. da de var i alderen 18-22 år). Hvis et barn har brug for særlig støtte, skal kommunen undersøge forholdene og kan på den baggrund iværksætte en eller flere sociale foranstaltninger. Behovet for støtte kan skyldes forhold i familien, fx at forældrene af forskellige årsager ikke kan varetage omsorgen for barnet og sikre barnets trivsel og udvikling. Det kan også skyldes forhold, der knytter sig til barnet selv, fx adfærdsproblemer eller en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Det er ikke muligt at se i data, om en social foranstaltning i barndommen er givet på grund af en psykisk funktionsnedsættelse hos barnet, eller om den er givet af andre årsager. Ved at benytte sociale foranstaltninger i barndommen som en indikation for psykisk sårbarhed får

man dermed inkluderet både personer med en fysisk funktionsnedsættelse og personer med psykiske problemer. Dette forhold kan overvurdere omfanget af psykisk sårbarhed i gruppen. Omvendt vil en række foranstaltninger være givet netop i forbindelse med psykiske problemer, og hvis sociale foranstaltninger helt udelades vil det undervurdere omfanget af psykisk sårbarhed. Når unge i løbet af deres opvækst har modtaget en forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet i en kortere eller længere periode, kan det derfor være en indikation på udsathed i barndommen, fx i form af omsorgssvigt og mistrivsel. Sociale foranstaltninger i barndommen kan således også i et vist omfang være en indikator på sårbarhed, og der kan være en risiko for, at dette kan trække tråde ind i ungdommen og det tidlige voksenliv, fx i form af større psykisk sårbarhed eller sociale foranstaltninger også i det tidlige voksenliv.

Når der ses samlet på psykisk sårbarhed målt ved kontakt til psykiatriske sygehuse mv. samt sociale foranstaltninger i barndommen for NEET-gruppen, er der som helhed langt flere personer, der har en eller begge indikationer, end der er personer, der ikke har nogen af disse indikationer. Samlet set er det næsten tre fjerdedele af NEET-gruppen, der enten har været i kontakt med det psykiatriske system mv., eller modtaget en social foranstaltning i løbet af opvæksten eller begge dele, jf. figur 7.2.

Figur 7.2**NEET-gruppen opdelt efter indikationer på psykisk sårbarhed**

Anm.: Indikationer på psykisk sårbarhed er kontakt til psykiatrien og/eller foranstaltninger i barn- og ungdommen. Kontakt til psykiatri er målt som kontakter til sygehuspsykiatrien eller til speciallæger med speciale i børnepsykiatri eller psykiatri i perioden 1998-2016 (dvs. fra de unge var i alderen fra 6 til 25 år). Foranstaltninger som barn og ung er målt ved sociale foranstaltninger i barn- og ungdommen, som omfatter alle forebyggende (personrettede) foranstaltninger, alle anbringelser uden for hjemmet samt efterværn, opgjort i perioden 1998-2014 (alle personer i registrene for sociale foranstaltninger for børn og unge afsluttes senest, når de er 22 år, da efterværn ophører ved alderen 22 år).

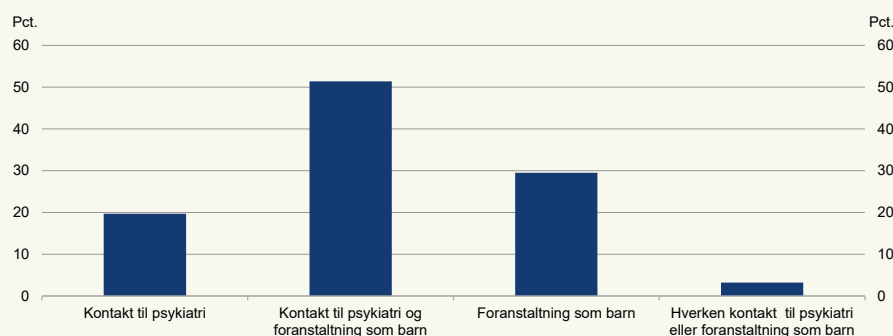
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Hvis man omvendt ser på, hvor stor en andel NEET-gruppen udgør af den samlede årgang af 25-årige i 2016, opdelt efter indikationer på psykisk sårbarhed, er billedet, at selvom der antalsmæssigt er flere udenfor NEET-gruppen med indikationer på psykisk sårbarhed, er

NEET-gruppen overrepræsenteret i grupperne med indikationer på psykisk sårbarhed, jf. figur 7.3.

Figur 7.3

NEET-gruppen som andel ud af alle 25-årige i 2016 opdelt på indikationer på psykisk sårbarhed



Anm.: Andelen af personer i NEET-gruppen med fx kontakt til psykiatri ud af alle 25-årige med kontakt til psykiatri. Se i øvrigt figur 7.2 og boks 7.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

NEET-gruppen udgør samlet set ca. 9 pct. af årgangen, men kun ca. 3 pct. af de personer, som ingen indikationer har på psykisk sårbarhed er i NEET-gruppen. Omvendt udgør NEET-gruppen mellem 20 og 50 pct. af grupperne med indikationer på psykisk sårbarhed.

Det, at analysen tæller forekomster af psykiatriske kontakter med fra hele livet, trækker i retning af at overvurdere omfanget af psykisk sårbare set i forhold til et survey, der måler forekomsten af psykiske sårbarhedsindikatorer på ét bestemt tidspunkt. Omvendt er det med registerdata ikke muligt at benytte indikatorer som fx "mistrivsel" eller "ensomhed", hvilket trækker i retning af at undervurdere omfanget af psykisk sårbare. Til sammenligning finder VIVE fx i Børneforløbsundersøgelsen, at 4,5 pct. af de unge svarer ja til, at en læge har konstateret, at de har en psykiatrisk lidelse, mens 20 pct. har haft en selvrapporteret psykisk lidelse (Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet, side 99). Lige såvel trækker det i retning af at undervurdere omfanget af psykisk sårbarhed, at opgørelsen ikke omfatter oplysninger om medicinforbrug (antidepressiver mv.) eller psykologhjælp.

Tabel 7.2 viser diagnosebilledet for unge i NEET-gruppen, der har fået stillet en diagnose på et tidspunkt i deres liv. Dette er opdelt på indikationer på psykisk sårbarhed som er hhv. gruppen med kontakt til psykiatri (hvor 80 pct. af de unge har fået stillet en diagnose) og gruppen med både kontakt til psykiatri og foranstaltninger som barn (hvor 85 pct. af de unge har fået stillet en diagnose). De mest almindeligt forekommende diagnoser ligger i diagnosegrupperne angst mv. samt i adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser som fx ADHD. For eksempel er det 24 og 20 pct. for hhv. gruppen med kontakt til psykiatri og gruppen med både kontakt til psykiatri og foranstaltning som barn, der på et tidspunkt i deres liv har fået stillet diagnosen angst eller en lignende diagnose. Omkring 16 og 24 pct. for hhv. gruppen med kontakt til psykiatri og gruppen med både kontakt til psykiatri og foranstaltning

som barn, der på et tidspunkt i deres liv har fået stillet en diagnose inden for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser, jf. tabel 7.2.

Tabel 7.2

Andele diagnoser i de forskellige diagnosegrupper ud af det samlede antal diagnoser

Diagnosegruppe	Kontakt til psykiatri, pct.	Kontakt til psykiatri og foranstaltning som barn, pct.
Psykoaktive stoffer mv.	6,0	7,6
Skizofreni mv.	11,0	9,1
Affektive sindslidelser, fx bipolar, depression	12,8	8,0
Angst mv.	24,0	20,2
Spiseforstyrrelser mv.	1,6	1,5
Personlighedsforstyrrelser mv.	11,3	10,1
Psykiske udviklingsforstyrrelser, fx autisme, Aspergers	7,1	9,5
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst, fx ADHD	16,5	23,9
Uspecificerede psykiske lidelser	8,9	8,7
Selvskade og selvmordsforsøg	0,8	1,4
I alt	100	100

Anm.: Baseret på aktionsdiagnoser fra Landspatientregisteret Psykiatri i årene 1998-2015. Se boks 2 i bilag 4. Diagnosegrupperne er ikke udtømmende. Andelen er beregnet som andele ud af det totale antal aktionsdiagnoser for personer med kontakt til psykiatri hhv. kontakt til psykiatri og foranstaltning som barn. For gruppen med kontakt til psykiatri har 1.398 personer ud af gruppens i alt 1.759 personer mindst én aktionsdiagnose i perioden, hvoraf 732 personer har mere end én diagnose. For gruppen med kontakt til psykiatri og foranstaltning som barn har 1.361 personer ud af gruppens i alt 1.593 personer mindst én aktionsdiagnose i perioden, hvoraf 805 personer har mere end én diagnose. Se i øvrigt figur 7.2.

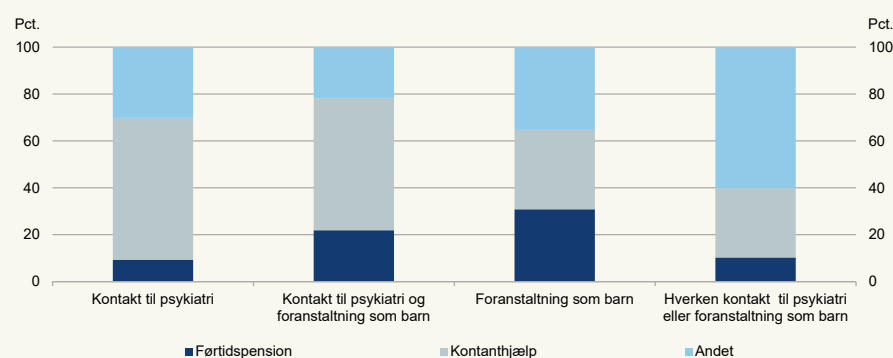
De største forskelle mellem de to grupper af unge ligger i diagnosegrupperne adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser, angst og affektive sindslidelser. Endvidere er andelen med selvskade og selvmordsforsøg blandt unge med både kontakt til psykiatri og foranstaltning som barn næsten dobbelt så høj som blandt unge med kontakt til psykiatri men uden foranstaltninger som barn.

7.4 Førtidspension i NEET-gruppen

Som 25-årige er det 16 pct. af de unge i NEET-gruppen, der modtager førtidspension. Andelen med førtidspension som forsørgelsesgrundlag spænder mellem 10 og 30 pct., afhængig af indikationerne på psykisk sårbarhed, jf. figur 7.4.

Figur 7.4

Forsørgelsesgrundlag for NEET-gruppen, opdelt efter indikationer på psykisk sårbarhed



Anm.: Baseret på personernes socioøkonomiske klassifikation i registeret Arbejdsklassifikationsmodulet. Kategorien Andet indeholder bl.a. modtagere af sygedagpenge, orlovsydelse, samt kategorien Andre. Forsørgelsesgrundlaget for hele NEET-gruppen samlet set fordeler sig med 16 pct. af gruppen på førtidspension, 47 pct. på kontanthjælp og 37 pct. med andet forsørgelsesgrundlag. Se i øvrigt figur 7.2.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

For personer kun med foranstaltninger som barn er det tæt på 30 pct., der modtager førtidspension og for personer med begge indikationer er det over 20 pct., der modtager førtidspension. Dette skal ses i lyset af, at en foranstaltning som barn kan være givet på grund af en betydelig funktionsnedsættelse.

Hvis man allerede som 25-årig modtager førtidspension, er det en klar indikation på forholdsvis svære funktionsnedsættelser. Som det vil blive vist senere i kapitlet, modtager en del af de unge også handicapkomenserende indsatser, hvilket indikerer en betydelig funktionsnedsættelse hos en del af gruppen. Dette understreger, at der er mange forskelligartede problemstillinger i gruppen af psykisk sårbare unge, selv inden for psykisk sårbare i NEET-gruppen, som i udgangspunktet ligner hinanden på flere forskellige parametre.

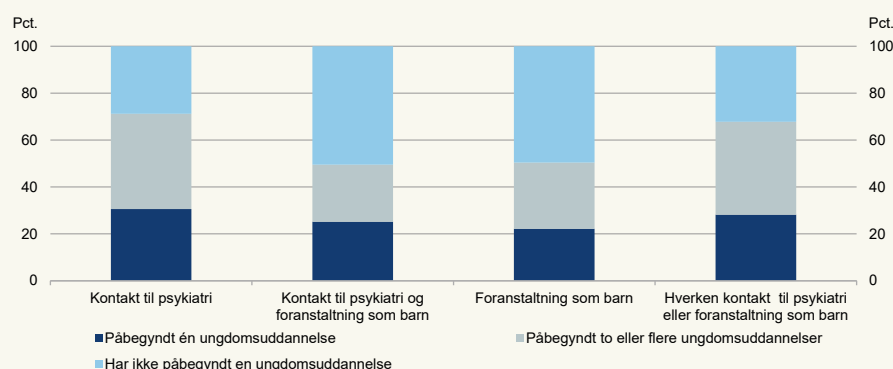
7.5 Påbegyndt ungdomsuddannelse blandt NEET-gruppen og psykisk sårbarhed

Langt de fleste unge påbegynder i dag en ungdomsuddannelse, når de er færdige med grundskolen. Per definition har ingen personer i NEET-gruppen gennemført en uddannelse efter grundskolen, men mange i gruppen – over 60 pct. – er på et tidspunkt gået i gang med ungdomsuddannelse.

Der er dog forskel på, hvor mange der er gået i gang med en ungdomsuddannelse afhængig af, om de unge i gruppen har indikationer på psykisk sårbarhed i form af psykiske problemer og sociale foranstaltninger i barn- og ungdommen. Blandt unge i NEET-gruppen, der har modtaget en social foranstaltning under deres opvækst, er det ca. 50 pct., der har påbegyndt en ungdomsuddannelse. Mens det er ca. 70 pct. for den øvrige del af NEET-gruppen, jf. figur 7.5.

Figur 7.5

Påbegyndte ungdomsuddannelser for NEET-gruppen i perioden 2007-14, opdelt efter indikationer på psykisk sårbarhed



Anm.: Ungdomsuddannelse omfatter gymnasiale uddannelser, erhvervsfaglige grundforløb og erhvervsfaglige uddannelser. Den samme person kan have påbegyndt, men ikke færdiggjort, flere forskellige ungdomsuddannelser i perioden. Andelen, der påbegynder en ungdomsuddannelse mindst én gang for hele NEET-gruppen, er 62,5 pct. Se i øvrigt figur 7.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det samlede billede er, at personer med foranstaltninger som barn påbegynder en ungdomsuddannelse i mindre grad end andre personer i NEET-gruppen, og at de i langt mindre grad går i gang med en ny uddannelse efter de har et afbrud. Det kan blandt andet afspejle, at psykiske problemer i kombination med at have modtaget sociale foranstaltninger i barn- eller ungdommen er en barriere for at gennemføre en ungdomsuddannelse og få en fast tilknytning til arbejdsmarkedet i det tidlige voksenliv (jf. fx Rodweel et al., 2018). Omvendt kan det også afspejle, at det at være i NEET-gruppen – af andre årsager end psykiske problemer – i sig selv kan forringe ens mentale helbred (jf. fx Goldman-Mellor, 2015).

Det er imidlertid vigtigt at holde fast i, at psykisk sårbarhed for mange ikke bliver en barriere for et selvstændigt voksenliv med uddannelse og job. Blandt alle 25-årige med de nævnte indikationer på psykisk sårbarhed befinder de fleste sig uden for NEET-gruppen. Det er i god tråd med forskning i risikofaktorer. Her er det store billede, at resiliens (modstandskraft) er reglen og ikke undtagelsen, dvs. at langt de fleste børn og unge i en risikogruppe *ikke* får sociale og andre problemer senere i livet.

Psykisk sårbarhed *i kombination med* et lavt uddannelsesniveau og et usikkert fodfæste på arbejdsmarkedet kan imidlertid øge risikoen for at udvikle sociale problemer i voksenlivet markant (Vidensråd for forebyggelse, 2014). På den baggrund ser det sidste afsnit på omfanget af sociale indsatser efter serviceloven til personer i NEET-gruppen med indikationer på psykisk sårbarhed.

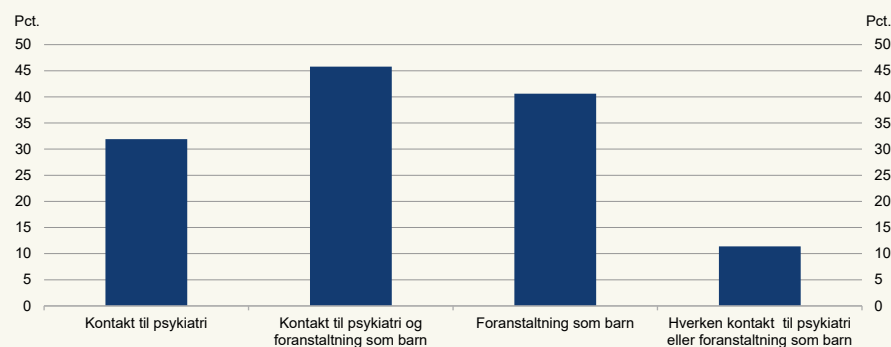
7.6 Sociale indsatser for unge i NEET-gruppen

Der findes en lang række sociale indsatser efter serviceloven rettet mod voksne. Indsatserne gives efter en konkret, individuel vurdering og omfatter eksempelvis socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse og botilbud. Indsatserne tager blandt andet sigte på at udvikle og forbedre personlige færdigheder og give hjælp og støtte til at klare daglige gøremål mv. Fællestrækket for dem er, at de skal styrke borgerens sociale netværk og fremme selvhjulpenhed og selvforsørgelse ved at forebygge og afhjælpe problemer samt tilgodese den enkeltes behov.

Personer i NEET-gruppen med indikationer på psykisk sårbarhed får i højere grad end andre unge i gruppen hjælp og støtte efter serviceloven. Andelen af personer, der har fået en social indsats inden for de seneste to år ligger på mellem ca. 30 og 45 pct. afhængig af deres indikationer på psykisk sårbarhed, mens andelen af andre unge i NEET-gruppen uden indikationer, der har fået en indsats, er på godt 10 pct., jf. figur 7.6.

Figur 7.6

Indsatser efter serviceloven i perioden 2014-16 for NEET-gruppen, opdelt efter indikationer på psykisk sårbarhed



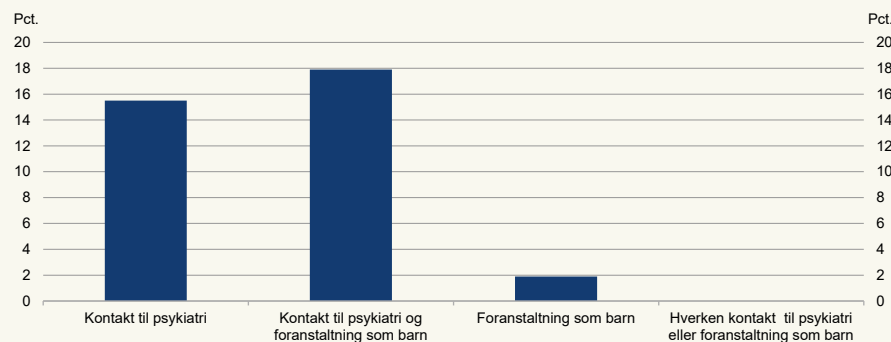
Anm.: Baseret på de 55 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i årene 2014-16. Hver person tælles med én gang uanset antallet og varigheden af indsatser i perioden. Andelen, der modtager indsatser efter serviceloven for hele NEET-gruppen samlet betragtet, er 32 pct. Se i øvrigt figur 7.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Sociale foranstaltninger efter serviceloven kan være rettet mod personer med forskelligartede problemer. Andelen af sociale foranstaltninger til NEET-gruppen, som er givet inden for målgruppen sindslidelse er stort set kun givet til personer i grupperne kontakt til psykiatri eller kontakt til psykiatri og foranstaltning som barn, jf. figur 7.7.

Figur 7.7

Sociale indsatser efter serviceloven i målgruppen sindslidelse i perioden 2014-16 for NEET-gruppen, opdelt efter indikationer på psykisk sårbarhed



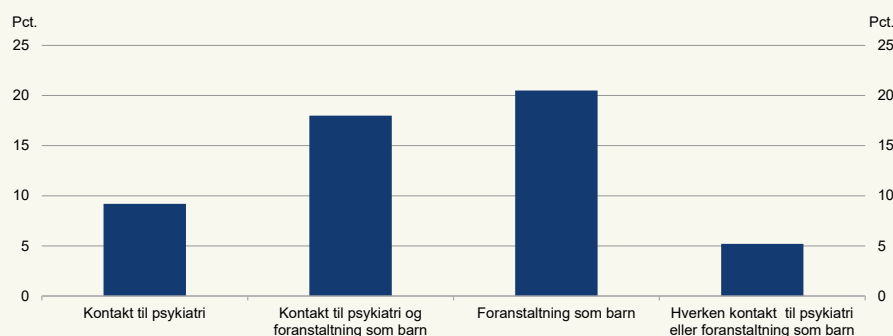
Anm.: Andelen, der modtager handicap-kompenserende indsatser efter serviceloven for hele NEET-gruppen samlet betragtet, er 11 pct. Se i øvrigt figur 7.6 og figur 7.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

De forholdsvis høje andele af personer, særligt i grupperne med indikationer på psykisk sårbarhed, der får sociale indsatser jf. figur 7.6, skal ses i lyset af, at de sociale indsatser efter serviceloven også kan rette sig mod personer med fysisk funktionsnedsættelse i form af handicapkompenserende indsatser. De sociale indsatser kan derfor i nogle tilfælde dække over en anden problemstilling end psykisk sårbarhed. Eksempelvis en betydelig funktionsnedsættelse, som gør, at mulighederne for ordinær uddannelse og beskæftigelse fra barndommen har været meget begrænsede. Det viser sig da også, at en stor del af de sociale foranstaltninger til NEET-gruppen er givet inden for målgruppen handicap, jf. figur 7.8.

Figur 7.8

Handicap-kompenserende indsatser efter serviceloven i perioden 2014-16 for NEET-gruppen, opdelt efter indikationer på psykisk sårbarhed



Anm.: Andelen, der modtager handicap-kompenserende indsatser efter serviceloven for hele NEET-gruppen samlet betragtet, er 22 pct. Se i øvrigt figur 7.6 og figur 7.2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Særligt for grupperne med både kontakt til psykiatri og foranstaltninger som barn samt foranstaltninger som barn, udgør andelen af handicapkompenserende indsatser så meget som halvdelen af de sociale indsatser, jf. figur 7.6 og 7.8 sammenholdt. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at sociale foranstaltninger i barndommen – som fx anbringelse på en døgninstitution – både gives til socialt udsatte og børn med handicap, da indsatser til disse grupper hører under de samme bestemmelser i serviceloven. Derfor må gruppen af modtagere af sociale indsatser formodes at tælle en del personer med en betydelig funktionsnedsættelse. Disse unge kan også have psykiske problemer, men det er vigtigt at holde sig for øje, at de samtidig har en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse, hvilket gør, at de vil have brug for andre indsatser. Dette understreger endnu engang spændvidden blandt unge med psykisk sårbarhed, selv inden for en afgrænset gruppe som NEET-gruppen.

Analysen peger derfor i retning af, at der for mange psykisk sårbare i NEET-gruppen ofte vil være brug for en tæt koordinering mellem uddannelsesstederne, den psykiatriske og sociale sektor samt beskæftigelsessystemet for at sikre rettidighed og sammenhæng i indsatsen. Herunder at forebygge, at problemer vokser sig så store, at det bliver nødvendigt med en egentlig social indsats efter serviceloven.

Sammenhængende og effektive indsatser til psykisk sårbare unge vil samtidig skulle tage højde for, at der er tale om en meget bredt sammensat gruppe, hvor der vil være stor spændvidde og forskellighed i udfordringerne og dermed behov for forskelligartede indsatser. Det viser både de forskellige surveys på området og analysen af NEET-gruppen i dette kapitel.

8. Uddannelse blandt unge med handicap eller psykiske vanskeligheder

Uddannelse er en vigtig ressource både for den enkelte og for samfundet. Hovedparten af unge i Danmark gennemfører i dag en ungdomsuddannelse, men mange unge med handicap eller psykiske vanskeligheder gennemfører ikke en uddannelse efter grundskolen. Regeringen har et mål om, at flere personer med handicap eller psykiske vanskeligheder skal i uddannelse og beskæftigelse.

Dette kapitel ser på 18-24-årige modtagere af sociale indsatser efter serviceloven med handicap eller psykiske vanskeligheder. Der er tale om en meget forskelligartet gruppe, som både omfatter personer med livsvarige handicap, men også unge med psykiske vanskeligheder, der kun i en afgrænset periode har brug for hjælp og støtte fra deres kommune.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

Over 80 pct. af modtagerne af sociale indsatser med handicap har enten gået i et specialskoletilbud eller modtaget specialundervisning som støtte til den almindelige undervisning i grundskolen. Det er en klar indikation på, at en væsentlig del af handicapgruppen allerede fra barn- og ungdommen har haft særlige undervisningsbehov eller indlæringsmæssige vanskeligheder.

Knap 55 pct. af de 18-24-årige modtagere af sociale indsatser med handicap har enten gennemført eller er i gang med en Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU). STU retter sig mod unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov.

Over 80 pct. af alle 18-24-årige i befolkningen generelt er enten i gang med eller har gennemført en ordinær ungdomsuddannelse eller højere uddannelse. Blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap eller psykiske vanskeligheder er de tilsvarende tal henholdsvis omkring 10 og 20 pct.

Lidt over 35 pct. af modtagerne af sociale indsatser med psykiske vanskeligheder i alderen 18-24 år har afbrudt en ordinær ungdomsuddannelse eller en højere uddannelse og er aktuelt ikke i gang med en. Blandt modtagere af sociale indsatser med en diagnose for angst mv., skizofreni mv. eller personlighedsforstyrrelse mv. er det omkring 30-40 pct., der har afbrudt en ordinær uddannelse. Dette er en væsentligt højere andel end i målgruppen af personer med handicap og blandt alle 18-24-årige generelt.

Blandt 18-24-årige modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder i 2014, der gennemfører en ordinær uddannelse i 2014 og 2015, er den samlede beskæftigelses- og uddannelsesgrad i 2016 og 2017 lidt over 60 pct. Det er dog kun i størrelsesordenen 3 pct. af modtagerne i 2014, der gennemfører en ordinær uddannelse, og der er klare indikationer på, at dem, der gennemfører en ordinær uddannelse, er en særlig ressourcestærk del af målgruppen.

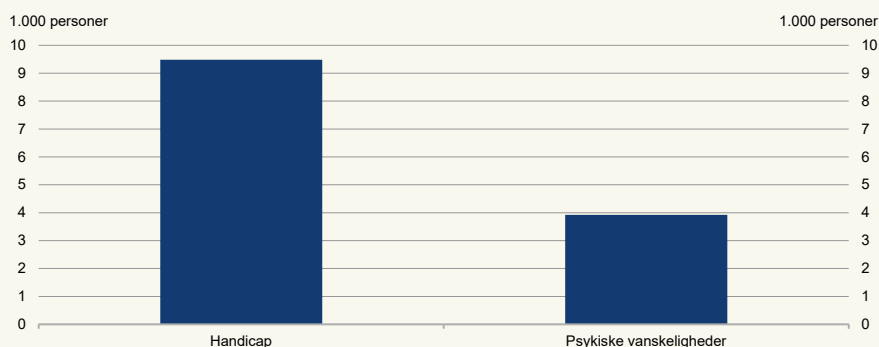
Hovedparten, der gennemfører en STU, kommer ikke efterfølgende i beskæftigelse eller videre uddannelse. Blandt modtagerne af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder, der gennemfører en STU i 2014 eller 2015, er den gennemsnitlige beskæftigelses- og uddannelsesgrad i 2016 og 2017 knap 10 pct.

8.1 Unge med handicap eller psykiske vanskeligheder

Modtagere af sociale indsatser efter serviceloven med handicap eller psykiske vanskeligheder er en meget forskelligartet gruppe. For nogle unge med betydelige og varige fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser er en ordinær uddannelse ikke et meningsfuldt eller realistisk mål. For nogle unge kan målet være at modtage en særlig ungdomsuddannelse for at udvikle personlige, sociale og faglige kompetencer for at nå en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt. For andre kan en ordinær uddannelse være den trædesten, der gør det muligt at opnå en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Dette kapitel ser på uddannelsesniveau og uddannelsesforløb for 18-24-årige modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder. Ikke alle personer med handicap eller psykiske vanskeligheder indgår – kun de personer, der modtager en indsats efter serviceloven. Det er dermed en relativt snæver afgrænsning af både handicap og psykiske vanskeligheder, der benyttes i analysen, baseret på, om man modtager hjælp efter serviceloven.

Det skønnes, at der på landsplan er omkring 9.500 modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap og 4.000 modtagere af indsatser efter serviceloven med psykiske vanskeligheder i alderen 18-24 år i 2016, jf. figur 8.1.

Figur 8.1**Modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap eller psykiske vanskeligheder, 18-24 år, 2016**

Anm.: 18-24-årige ultimo 2016. Den samme person kan optræde i begge målgrupper. Baseret på 55 kommuner, der indgår i Danmarks Statistiks register De Kommunale Serviceindikatorer i årene 2014-2016. Der er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Datagrundlaget er Danmarks Statistiks register De Kommunale serviceindikatorer, der baserer sig på indberetninger fra kommunerne om sociale indsatser efter serviceloven, jf. boks 8.1. Kommunerne skal indberette, hvilken målgruppe borgeren tilhører, til statistikken. I denne analyse inddrages to overordnede målgrupper:

Personer med handicap (fysiske funktionsnedsættelser, som bl.a. omfatter mobilitets- og kommunikationsnedsættelser, og kognitive funktionsnedsættelser som fx kan være hjerneskade, udviklingshæmning, autismspektrum- eller opmærksomhedsforstyrrelser.)

Personer med psykiske vanskeligheder (sindslidelser, der bl.a. omfatter angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse mv.)

Begrebsbruken lægger sig op ad Voksenudredningsmetoden (VUM), der er et sagsbehandlingsredskab i kommunerne, der blandt andet har fokus på at understøtte en systematisk udredning af borgerens behov.

Boks 8.1**Datagrundlag**

Personer med handicap og psykiske vanskeligheder er opgjort som modtagere af hjælp og støtte efter serviceloven baseret på data fra 55 kommuner, der indgår i registret De Kommunale Serviceindikatorer i årene 2014-2016. Kommunerne omfatter både store og små kommuner fra forskellige dele af Danmark, dog indgår eksempelvis Københavns Kommune ikke blandt de 55 kommuner. Statistikken omfatter en række indsatser for voksne, herunder socialpædagogisk støtte, midlertidige og længerevarende botilbud, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud, ledsagerordning og borgerstyret personlig assistance (BPA).

Oplysninger om bl.a. tildeling af hjælpemidler efter serviceloven indgår ikke i registret, hvorfor personer, der alene modtager hjælpemidler efter serviceloven, ikke indgår. Se også kapitel 11 om datastrategi for socialområdet. Personer, der alene modtager hjælpemidler, må formodes at udgøre en relativt ressourcestærk gruppe sammenlignet med den gruppe, der indgår i denne analyse.

Analysen omfatter udelukkende personer, der modtager indsatser efter den sociale lovgivning. Unge, der på grund af et handicap eller psykiske vanskeligheder alene modtager støtte i regi af lovgivningen på eksempelvis undervisningsområdet, indgår derfor ikke.

Redegørelsens afgrænsning af personer med handicap og psykiske vanskeligheder er relativt snæver, da den alene omfatter modtagere af indsatser efter serviceloven. VIVE har i rapporten "Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016" eksempelvis anvendt en bredere definition baseret på, at respondenterne i en spørgeskemaundersøgelse selv vurderer, om de har et handicap eller et længevarende helbredsproblem.

Inddelingen i målgrupper af henholdsvis personer med handicap og psykiske vanskeligheder er baseret på kommunernes udredning af borgeren. Det er ikke obligatorisk for kommunerne at udspecificere borgerens konkrete funktionsnedsættelse nærmere i forbindelse med indberetningen til Danmarks Statistik.

Der er dog en betragtelig spændvidde inden for begge grupper af modtagere af sociale indsatser. Eksempelvis omfatter personer med handicap både personer med Downs syndrom, autisme og opmærksomhedsforstyrrelser.

Heterogeniteten i målgrupperne undersøges nærmere i analysen ved at inddrage udvalgte diagnoser til at uddybe forskelle i uddannelsesforløb. Boks 8.2 uddyber de diagnoser, der indgår i analysen.

Det er i denne sammenhæng vigtigt at være opmærksom på, at der ikke er tale om en analyse af alle voksne med fx ADHD, cerebral parese eller autisme i Danmark, idet analysen kun omhandler modtagere af indsatser efter serviceloven med de pågældende diagnoser. Modtagerne af indsatser efter serviceloven må antages at omfatte personer med de mest betydelige og varige funktionsnedsættelser inden for diagnosegrupperne.

Det er også vigtigt at være opmærksom på, at der ikke kan laves en entydig kobling mellem en diagnose og borgerens konkrete funktionsevne. Der kan således ikke sættes lighedstegn mellem det forhold, at borgeren på et tidspunkt har fået stillet en diagnose, og så det forhold

at borgeren aktuelt har en nedsat funktionsevne, der gør det nødvendigt at modtage hjælp og støtte. Det er altid en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede funktionsevne, der er udgangspunktet for, at borgeren visiteres til en indsats efter serviceloven og aldrig en diagnose i sig selv.

Boks 8.2

Diagnoser i analysen

Følgende diagnoser inddrages for at belyse heterogeniteten i gruppen af personer med handicap:

- ADHD
- Autismespektrumforstyrrelser
- Cerebral parese (spastisk lammelse)
- Downs syndrom
- Epilepsi
- Erhvervet hjerneskade
- Udviklingshæmning (mental retardering)

Listen er ikke udtømmende for kognitive handicap, idet der findes mange andre diagnoser og funktionsnedsættelser, der kan være forbundet med et kognitivt handicap. Diagnosegrupperne baserer sig på indlæggelser, ambulante besøg og skadestuekontakter på somatiske og psykiatriske sygehuse i perioden 1995-2016. Det skal for ADHD bemærkes, at forekomsten kan være undervurderet, da diagnosen ADHD ikke indgår i den klassifikation af diagnoser, der benyttes i Danmark. Se også bilag 4.

Diagnoser, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder, baseres på kontakter til den regionale sygehuspsykiatri over en femårig periode fra 2012 til 2016. Der inddrages følgende diagnosegrupper:

- Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer mv. (psykoaktive stoffer mv.)
- Skizofreni mv.
- Depression mv.
- Angst mv.
- Spiseforstyrrelser mv.
- Personlighedsforstyrrelser mv.

Diagnosegrupperne er baseret på den opdeling af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, der benyttes i den såkaldte ICD-10 klassifikation. Der benyttes samme benævnelse af diagnosegrupperne, som blev anvendt i forbindelse med afrapporteringen fra styringsgennemgangen af psykiatrien (Sundheds- og Ældreministeriet 2018b). Benævnelsen af diagnosegrupperne er ikke udtømmende. Diagnosegruppen "depression mv." indeholder ud over depression også bl.a. bipolar affektiv sindslidelse, ligesom "angst mv." bl.a. også omfatter posttraumatisk belastningsreaktion.

Kontakter til praksissektoren, herunder egen læge, privatpraktiserende psykiater og psykolog, indgår ikke i analysen. Borgere, der fx udelukkende er i medicinsk behandling hos egen læge, tæller derfor ikke med i opgørelsen. Andelen af modtagerne af sociale indsatser, der har en af ovenstående diagnoser, vil derfor være undervurderet.

De største diagnosegrupper blandt 18-24-årige modtagere af sociale indsatser med handicap er udviklingshæmning, ADHD og autisme, jf. tabel 8.1.

Tabel 8.1**Andel med udvalgte diagnoser blandt modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder, 18-24 år, 2016**

	Handicap	Psykiske vanskeligheder
	----- Pct. -----	
ADHD	23	27
Autismespektrumsforstyrrelser	32	18
Cerebral parese	10	1
Downs syndrom	4	0
Epilepsi	17	7
Erhvervet hjerneskade	7	3
Udviklingshæmning	33	13
Psykoaktive stoffer mv.	4	17
Skizofreni mv.	5	33
Depression mv.	7	28
Angst mv.	16	43
Spiseforstyrrelser mv.	1	10
Personlighedsforstyrrelser mv.	4	27
En eller flere af diagnoserne i alt	79	90
Antal personer	9.400	3.900

Anm.: 18-24-årige ultimo 2016. Se boks 8.2 for opgørelsen af diagnosegrupper. Andelen med en eller flere af diagnoserne i alt omfatter andelen af modtagere af indsatser efter serviceloven med hhv. handicap eller psykiske vanskeligheder, der har én eller flere af de diagnoser, der indgår i tabellen. Antal personer i alt er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal, jf. også anmærkningen til figur 8.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I målgruppen af personer med psykiske vanskeligheder er det ikke overraskende primært de psykiatriske diagnoser, der fylder – særligt angst mv., skizofreni mv., depression mv., og personlighedsforstyrrelser mv.

Der er dog ikke en en-til-en sammenhæng mellem kommunens registrering af borgerens målgruppe i hhv. "handicap" eller "psykiske vanskeligheder" på den ene side og borgerens diagnoser på den anden side. Dette kan både skyldes, at borgeren kan have flere diagnoser og sammenfaldende problemstillinger, og kan også være udtryk for, at kommunernes registrering af borgerens målgruppe ikke er en psykiatrisk udredning, men en konkret og individuel socialfaglig vurdering af borgerens samlede funktionsevne. Fx er ADHD og autisme i Voksenudredningsmetoden klassificeret som handicap, men diagnoserne forekommer ikke kun i handicapgruppen, men også i målgruppen af personer med psykiske vanskeligheder.

Den enkelte person kan have flere diagnoser og dermed optræde i flere af de benyttede diagnosegrupper. I kapitlet er der imidlertid fokus på de enkelte diagnosegrupper.

8.2 Status på ungdomsuddannelse

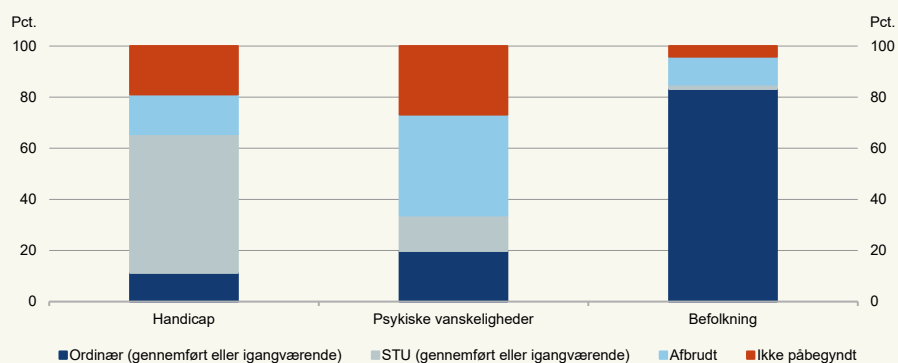
Over 80 pct. af alle 18-24-årige i befolkningen som helhed er enten i gang med eller har gennemført en ordinær ungdomsuddannelse eller en højere uddannelse. Blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap eller psykiske vanskeligheder er de tilsvarende tal hhv. 10 og 20 pct.

I gruppen med handicap har omkring 55 pct. enten gennemført eller er i gang med en Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU). Det kan ses i lyset af, at STU retter sig mod unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov, der ikke har mulighed for at gennemføre en anden ungdomsuddannelse. Det ligger dermed helt i tråd med uddannelsens formål, at en høj andel af modtagerne af sociale indsatser med handicap er tilknyttet uddannelsen.

Blandt personer med psykiske vanskeligheder ser man, at omkring 40 pct. har afbrudt en uddannelse, mens omkring 25 pct. hverken har påbegyndt en ordinær ungdomsuddannelse eller en STU, jf. figur 8.2.

Figur 8.2

Status på ungdomsuddannelse efter målgruppe og i befolkning, 18-24 år, 2016



Anm.: 18-24-årige ultimo 2016. Uddannelse opgjort pr. 31. december 2016. Har personen både ordinær ungdomsuddannelse og STU, er personen opgjort under ordinær ungdomsuddannelse. Se også boks 8.3.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Opgørelsen af ordinær ungdomsuddannelse og STU er beskrevet i boks 8.3.

Boks 8.3**Opgørelsen af ungdomsuddannelse**

Ordinære uddannelsesforløb opgøres på baggrund af Danmarks Statistiks elevregister (version 3) for alle uddannelser påbegyndt til og med 31. december 2016, der er på gymnasialt niveau eller derover, svarende til DISCED-15 hovedgruppe 20 eller derover. Hovedgruppe 25 (danskundervisning ved sprogcentre) og 39 (AMU) indgår ikke. For disse ordinære uddannelsesforløb skelnes der mellem gennemførte, igangværende og afbrudte forløb.

Et gennemført ordinært forløb opgøres som en uddannelsesafgang fra en uddannelse, der indebærer en kompetencegivende almen uddannelse, en erhvervskompetencegivende uddannelse eller en videregående uddannelse. Igangværende forløb opgøres som forløb, hvor afslutningsdatoen er senere end 31. december 2016. Et afbrudt forløb opgøres som en uddannelsesafgang, der er markeret afbrudt (AUDD=0), hvor afslutningsdatoen er den 31. december 2016 eller tidligere.

Den samme person kan både have: gennemførte, igangværende og afbrudte uddannelsesforløb. I figurerne indgår man som gennemført, hvis man har mindst ét gennemført forløb. Har man både igangværende og afbrudte forløb indgår man som igangværende. Personer, der har påbegyndt en ungdomsuddannelse, men ikke gennemført eller i gang pr. 31. december 2016, opgøres som personer med afbrudt uddannelse. Det omfatter fx personer, der er stoppet mellem 1. og 2. g, uden at dette er opgjort i elevregistret som en afbrudt uddannelse.

Elevregistrets oplysninger om ordinære uddannelse suppleres med oplysninger fra forløbsregistret om højest fuldførte uddannelser, idet personer med en højeste uddannelse, der er på gymnasialt niveau eller derover, opgøres som gennemført ordinær ungdomsuddannelse.

STU opgøres på baggrund af elevregistret på tilsvarende vis, hvor der afgrænses til uddannelseskode 2425.

Alle figurer er opgjort for personer, der tidligere er registreret i grundskole ifølge elevregistret, hvilket gælder 99 pct. af modtagerne sociale indsatser og 92 pct. af befolkningen i alderen 18-24 år. For befolkningen er andelen særligt lav blandt 18-24-årige indvandrere.

I de følgende afsnit uddybes målgruppernes tillknytning til STU og ordinær ungdomsuddannelse. Først belyses udvalgte dele af gruppens hidtidige skoleforløb i grundskolen med fokus på specialundervisning.

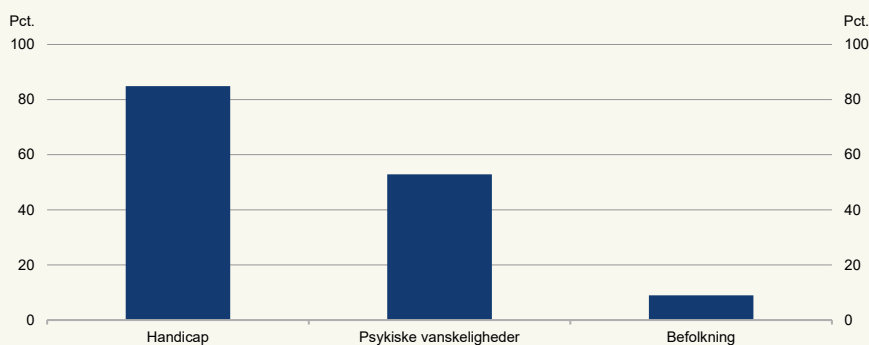
8.3 Specialundervisning i grundskolen

Over 80 pct. af gruppen med handicap har enten gået i et specialskoletilbud eller modtaget specialundervisning som støtte til den almindelige undervisning i grundskolen. Det indikerer, at en væsentlig del har haft særlige undervisningsbehov eller indlæringsmæssige vanskeligheder allerede i grundskolealderen.

Blandt personer med psykiske vanskeligheder har lidt over 50 pct. enten gået på en specialscole eller modtaget specialundervisning i en almindelig grundskole. I befolkningen som helhed i samme aldersgruppe er det tilsvarende tal lidt under 10 pct., jf. figur 8.3.

Figur 8.3

Andel 18-19-årige, der tidligere har modtaget specialundervisning, efter målgruppe for sociale indsatser efter serviceloven og i befolkningen, 2016



Anm.: 18-19-årige ultimo 2016. Specialscole opgjort som specialscole for børn, specialscole for voksne samt dagbehandlingstilbud og dagbeholdingshjem. Specialundervisning opgjort for alle grundskoleelever med alle henvisningsårsager inkl. uoplyst i perioden 2012-2016. Personer, der både har gået på specialscole og modtaget specialundervisning, er opgjort under specialscole. Se også boks 8.4.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Resultaterne understreger, at de fleste af modtagerne af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder har haft særlige undervisningsbehov eller indlæringsmæssige vanskeligheder allerede i barn- og ungdommen. Det gælder særligt personer med handicap, hvor resultaterne tyder på, at langt størstedelen har været modtaget en form for specialundervisning.

Se boks 8.4 for en uddybning af opgørelsen.

Boks 8.4**Opgørelse af specialundervisning og specialske**

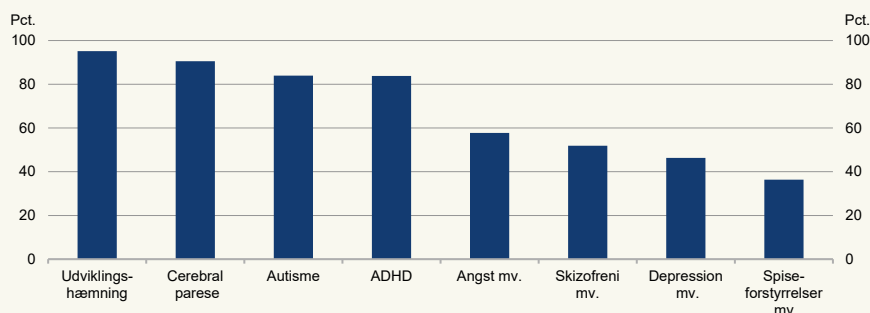
Specialundervisning omfatter elever, der i gennemsnit får mindst ni klokketimers specialundervisning om ugen i grundskolen. Specialundervisning er opgjort for alle henvisningsårsager inkl. uoplyst i perioden 2012-2016. Før 2012 var der ikke en nedre grænse for antallet af timer i statistikken. Der er afgrænset til 18-19-årige for at sikre, at der er data om specialundervisning på det tidspunkt, hvor gruppen gik i grundskole. Da oplysninger fra specialundervisningsregistret kun går tilbage til 2012, er det dermed kun specialundervisning i de ældste klassetrin i grundskolen, der kan indgå. Hertil kommer, at nogle kan have modtager specialundervisning på et tidligere klassetrin.

Gruppen, der modtager et specialeskoletilbud, omfatter personer, der ifølge elevregistret har været indskrevet på en grundskoleuddannelse, hvor skolens institutionstype er en specialske, dagbehandlingstilbud eller behandlingshjem. Opgørelsen af specialske er ikke afgrænset til perioden 2012-2016, men omfatter hele elevens grundskoleforløb til opgjort frem til ultimo 2015.

I størrelsesordenen 80-90 pct. af de 18-24-årige, der modtager en social indsats som følge af et handicap eller psykiske vanskeligheder, og som har en diagnose for udviklingshæmning, cerebral parese, autismespektrumsforstyrrelse og ADHD har gået i specialske eller modtaget specialundervisning i grundskolen. Den tilsvarende andel for personer med de psykiatriske diagnoser er lavere, men dog stadig i størrelsesordenen 40-60 pct., jf. figur 8.4.

Figur 8.4

Andel 18-19-årige modtagere af sociale indsatser som følge af handicap eller psykiske vanskeligheder, der tidligere har modtaget specialundervisning, efter diagnose, 2016



Anm.: 18-19-årige ultimo 2016. Opgjort samlet for personer, der modtager sociale indsatser som følge af handicap eller psykiske vanskeligheder. Der knytter sig usikkerhed til opgørelsen, da antallet af 18-19-årige er lavt. Se også boks 8.2 og 8.4.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Mange af modtagerne af sociale indsatser, som tidligere har modtaget specialundervisning, er på et tidspunkt efter grundskolen startet på en STU, hvilket undersøges nærmere i næste afsnit.

8.4 Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU)

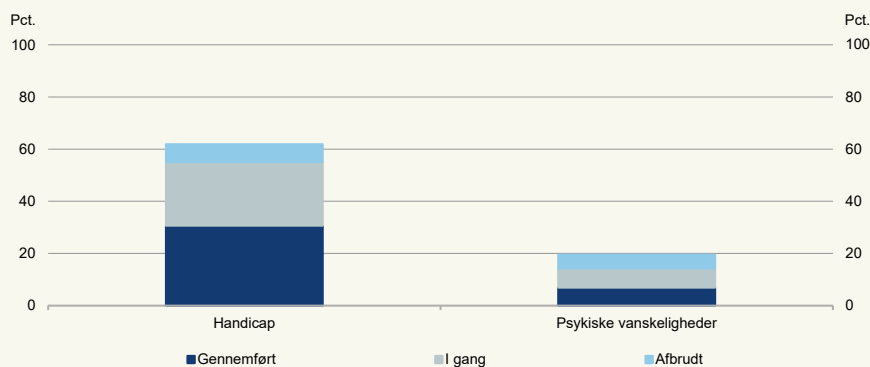
STU retter sig som nævnt mod unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov, der ikke har mulighed for at gennemføre andre ungdomsuddannelser. Uddannelsen har eksisteret siden 2007 og har til formål, at de unge opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og eventuelt til videre uddannelse og beskæftigelse. Den unge skal påbegynde uddannelsen, inden han eller hun fylder 25 år.

Man modtager ikke SU under en STU, men bibeholder det forsørgelsesgrundlag, man i øvrigt er berettiget til. De fleste modtagere af indsatser efter serviceloven, der tager en STU i 2016, modtager enten uddannelseshjælp eller førtidspension under uddannelsen.

Blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap i alderen 18-24 år har knap 55 pct. enten gennemført eller er i gang med en STU. Blandt personer med psykiske vanskeligheder er det omkring 15 pct., der har gennemført eller er i gang med en STU, jf. figur 8.5.

Figur 8.5

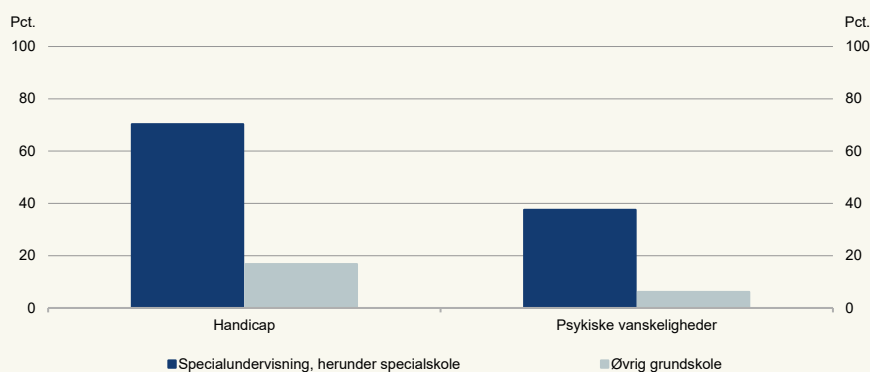
Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU) efter målgruppe, 18-24-årige, 2016



Anm.: 18-24-årige ultimo 2016. Uddannelse opgjort pr. 31. december 2016. Se også boks 8.3.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Andelen, der starter på en STU, er højere blandt dem, som har modtaget specialundervisning. Det gælder både for personer med handicap og personer med psykiske vanskeligheder, der modtager indsatser efter serviceloven. Blandt de 18-19-årige modtagere af sociale indsatser med handicap, der har modtaget specialundervisning, er det omkring 70 pct., der starter på en STU, jf. figur 8.6.

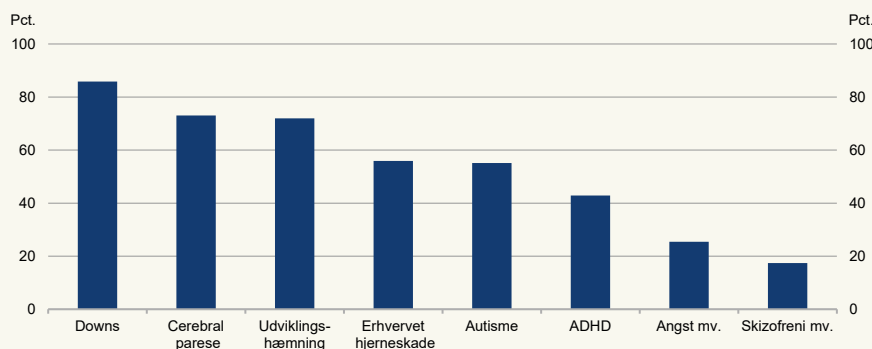
Figur 8.6**Andel, der starter på STU, opdelt efter målgruppe og specialundervisning, 18-19-årige, 2016**

Anm.: 18-19-årige ultimo 2016. Se også boks 8.3 og 8.4.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Billedet er forventelig, idet målgruppen for STU er personer, der ikke har mulighed for at gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse, og som derfor oftest har haft behov for specialundervisning i grundskolen.

Blandt personerne med en diagnose for Downs syndrom, cerebral parese og udviklingshæmning er det omkring 80 pct., der er startet på en STU. Derimod er det kun omkring 20 pct. af de 18-24-årige modtagere af sociale indsatser med en diagnose for angst mv. og skizofreni mv., der efter grundskolen er begyndt på en STU, jf. figur 8.7.

Figur 8.7**Andel der starter på STU opdelt efter diagnose blandt modtagere af sociale indsatser, 2016**

Anm.: 18-24-årige ultimo 2016. Opgjort samlet for modtagerne af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder. Se også boks 8.2 og 8.3.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

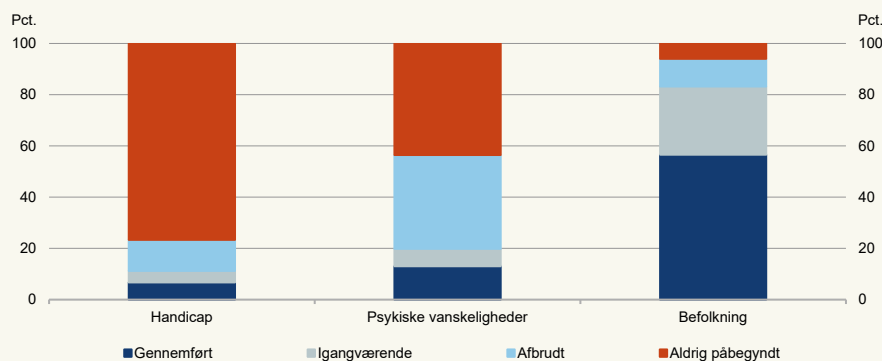
Når væsentligt færre modtagere af sociale indsatser med psykiske vanskeligheder er tilknyttet en STU sammenlignet med handicapgruppen, skal det formentligt ses på baggrund af, at uddannelsen er rettet mod unge med de største indlæringsmæssige vanskeligheder. Personer med psykiske vanskeligheder starter i større omfang end personer med handicap på en ordinær uddannelse og er dermed i et vist omfang tættere på det ordinære uddannelsessystem end personer med eksempelvis udviklingshæmning eller Downs syndrom.

Gennemførelse og afbrud fra ordinær uddannelse er emnet for næste afsnit.

8.5 Ordinær ungdomsuddannelse

Som nævnt er der langt færre blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap eller psykiske vanskeligheder, der er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse end i befolkningen som helhed i de samme aldersgrupper.

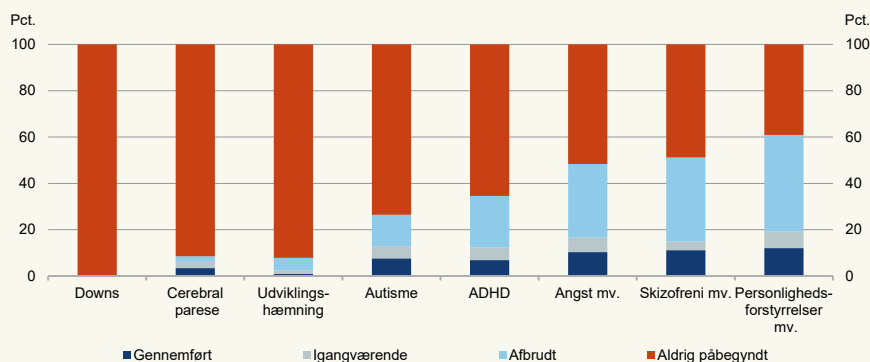
Lidt over 35 pct. af gruppen med psykiske vanskeligheder i alderen 18-24 år har påbegyndt, men siden hen afbrudt en ordinær uddannelse og er aktuelt ikke i gang med en uddannelse. Dette er en væsentligt højere andel end i målgruppen af personer med handicap og blandt alle 18-24-årige generelt, jf. figur 8.8.

Figur 8.8**Status på ordinær ungdomsuddannelse efter målgruppe, 18-24-årige, 2016**

Anm.: 18-24-årige ultimo 2016. Uddannelse opgjort pr. 31. december 2016. Se også boks 8.3.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Særligt blandt modtagerne med psykiatriske diagnoser stillet i sygehusregi er der mange, der har afbrudt en ungdomsuddannelse. Blandt personer med en diagnose for angst mv., skizofreni mv. og personlighedsforstyrrelse mv. er det omkring 30-40 pct., der har afbrudt en ordinær ungdomsuddannelse. Som forventet er der også meget få blandt modtagerne, der har fået stillet en diagnose for Downs syndrom, cerebral parese eller udviklingshæmning, som har påbegyndt en ordinær ungdomsuddannelse, jf. figur 8.9.

Figur 8.9**Status på ordinær ungdomsuddannelse efter diagnoser blandt modtagere af sociale indsatser, 18-24-årige, 2016**

Anm.: 18-24-årige ultimo 2016. Opgjort samlet for modtagerne af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder. Se også boks 8.2 og 8.3.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I det sidste afsnit rettes blikket mod overgangen fra uddannelse til beskæftigelse blandt unge med handicap eller psykiske vanskeligheder, der færdiggør en ordinær ungdomsuddannelse eller en STU.

8.6 Fra uddannelse til beskæftigelse

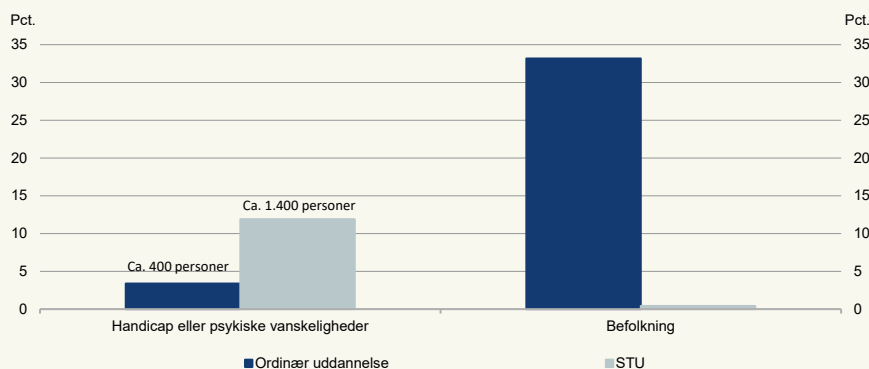
Der tages i dette afsnit udgangspunkt i modtagere af indsatser efter serviceloven i 2014, hvor der i den øvrige del af kapitlet har set på modtagere i 2016. På den måde bliver det muligt at følge gruppen af 18-24-årige, der modtager sociale indsatser som følge af et handicap eller psykiske vanskeligheder frem i tid. Konkret følges gruppen gennem 2014 og 2015 for at opgøre, hvor mange der i denne periode gennemfører en ordinær uddannelse eller en STU.

Dernæst følges personerne frem til 2016 og 2017 for at undersøge, hvorvidt de efter gennemførelsen af uddannelsen kommer i beskæftigelse.

På baggrund af de 55 kommuner, der indgår i datagrundlaget skønnes det, at omkring 400 unge modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder gennemfører en ordinær uddannelse i løbet af 2014 eller 2015 på landsplan svarende til omkring 3 pct. af alle 18-24-årige modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder. Det tilsvarende tal er over 30 pct. blandt alle 18-24-årige. Hertil er det lidt over 10 pct. af personerne med handicap eller psykiske vanskeligheder, der i 2014-2015 gennemfører en STU, jf. figur 8.10.

Figur 8.10

Andel der gennemfører ungdomsuddannelse i 2014 og 2015 blandt modtagere af sociale indsatser i 2014 og i befolkning, 18-24 år



Anm.: 18-24 årige ultimo 2015. Se boks 8.5. Der knytter sig usikkerhed til opgørelsen af overgangen til ungdomsuddannelse blandt personer med handicap eller psykiske vanskeligheder, da antallet af personer er lavt. I de 55 kommuner, der har indberettet data, er det på tværs af de to målgrupper omkring 200 personer, der gennemfører en ordinær uddannelse og 700, der gennemfører en STU i 2014 eller 2015 blandt modtagerne i 2014. Antal personer i opgørelsen er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Se boks 8.5 for en uddybning af den anvendte metode.

Boks 8.5**Gennemførelse af uddannelse og overgang til beskæftigelse**

Afsnittet tager udgangspunkt i personer, der modtager en indsats efter serviceloven i 2014 med handicap eller psykiske vanskeligheder i alderen 18-24 år ultimo 2014. Der sammenlignes med befolkningen, der opgøres som alle 18-24-årige med folkeregisteradresse i de 55 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer pr. 1. januar 2015.

Det opgøres, hvorvidt personerne gennemfører en ungdomsuddannelse eller højere i løbet af 2014 eller 2015 på baggrund af Danmarks Statistiks elevregister. Alle, der gennemfører en ungdomsuddannelse eller højere i løbet af 2014 eller 2015, indgår, herunder også personer, der evt. tidligere har en anden ungdomsuddannelse. Se boks 8.3 for metoden for opgørelse af ungdomsuddannelse.

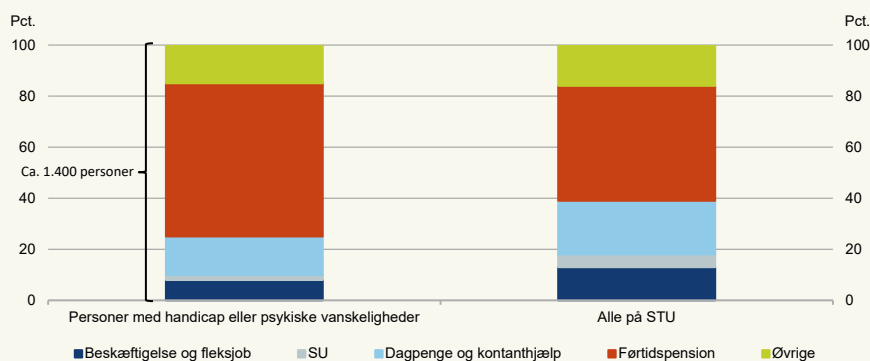
Personerne, der gennemfører en ungdomsuddannelse i 2014 eller 2015 følges frem til 2016 og 2017 ved hjælp af Beskæftigelsesministeriets DREAM-database. Personer, der ikke opholder sig i Danmark eller dør i 2016 eller 2017, udgår. Det drejer sig om 1 pct. af modtagerne af sociale indsatser og knap 5 pct. for befolkningen.

Der vises ikke resultater for personer med handicap og psykiske vanskeligheder separat, da antallet af modtagere af sociale indsatser, der gennemfører en ordinær uddannelse er lavt.

Hovedparten, der gennemfører en STU, kommer ikke efterfølgende i beskæftigelse eller videre uddannelse. Blandt de personer i målgruppen, der gennemfører en STU i 2014 eller 2015, er den gennemsnitlige beskæftigelses- og uddannelsesgrad i 2016 og 2017 knap 10 pct., dvs. at gruppen samlet set er i beskæftigelse eller uddannelse, i lidt under 10 pct. af tiden, jf. figur 8.11.

Figur 8.11

Beskæftigelse- og ydelsesgrader i 2016-2017 for personer, der har gennemført STU i 2014-2015 blandt modtagere af sociale indsatser i 2014 og for alle



Anm.: Baseret på antal 18-24 årige ultimo 2015. Se figur 8.10. Øvrige omfatter bl.a. ledighedsydelse, sygedagpenge, jobafklaring, ressourceforløb og selvforsørgelse. Antal personer i opgørelsen er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal. Alle på STU omfatter personer med bopæl i de 55 kommuner, jf. boks 8.1, der gennemfører STU. 53 pct. af alle med en gennemført STU, der har bopæl i de 55 kommuner, er registreret som modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

For alle 18-24-årige, der gennemfører en STU i 2014 og 2015, er den samlede beskæftigelsesgrad 13 pct. og uddannelsesgraden 5 pct., hvilket er på niveau med resultaterne fra Undervisningsministeriets evaluering af STU (Undervisningsministeriet 2017).

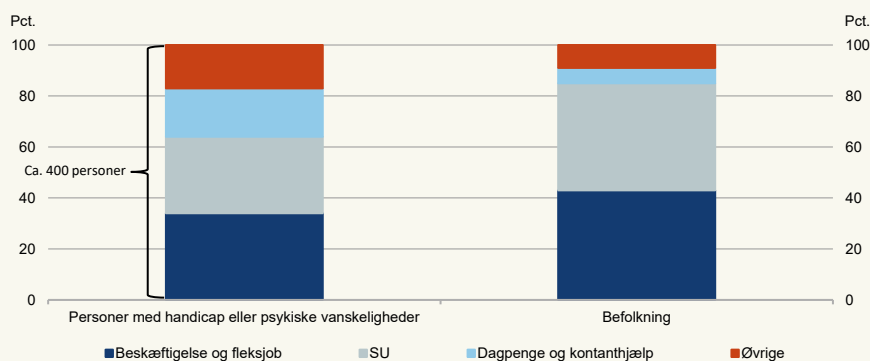
Det kan i den forbindelse bemærkes, at lidt over 50 pct. af alle med en gennemført STU i 2014 og 2015 med bopæl i de 55 kommuner i opgørelsen omfatter modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder. Denne gruppe udgør dermed en meget væsentlig del af dem, der gennemfører en STU.

Blandt modtagerne af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder, der gennemfører en ordinær uddannelse i 2014 og 2015, er den samlede beskæftigelses- og uddannelsesgrad i 2016-2017 lidt over 60 pct. og dermed væsentligt højere end blandt dem, der gennemfører en STU. Dette er forventeligt, da gruppen, der gennemfører en ordinær uddannelse må formodes at være mere ressourcestærk sammenlignet med målgruppen for STU.

For alle 18-24-årige i befolkningen, der gennemfører en ordinær uddannelse i 2014 og 2015, er den samlede beskæftigelses- og uddannelsesgrad lidt over 80 pct. i 2016-2017, jf. figur 8.12.

Figur 8.12

Beskæftigelse- og ydelsesgrader i 2016-2017 for personer, der har gennemført en ordinær uddannelse i 2014-2015 blandt modtagere af sociale indsatser i 2014 og i befolkningen



Anm.: 18-24-årige ultimo 2015. Se figur 8.10. Øvrige omfatter bl.a. ledighedsydelse, sygedagpenge, jobafklaring, ressourceforløb og selvforsørgelse. Antal personer i opgørelsen er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Man skal være opmærksom på, at dem, der gennemfører en ordinær ungdomsuddannelse, formentligt også er de mest ressourcestærke i forhold til opnå en stabil tilknytning til videre uddannelse og beskæftigelse. Dette uddybes i boks 8.6.

Boks 8.6**Selektion og gennemførelse af ordinær uddannelse**

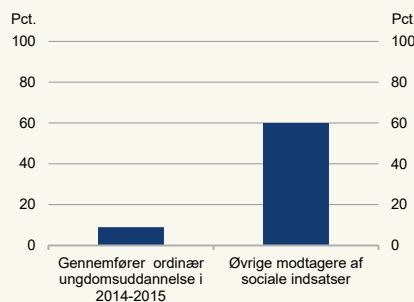
Der er indikationer på, at de modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder, der gennemfører en ordinær uddannelse i 2014 eller 2015, i udgangspunktet er de mest ressourcestærke. Der er således ikke tale om et tilfældigt udsnit af modtagere, men derimod en selekteret gruppe (i statistisk forstand).

Færre har modtaget specialundervisning blandt dem, der gennemfører en ungdomsuddannelse. Mens kun omkring 10 pct. af dem, der gennemfører en ordinær ungdomsuddannelse har modtaget specialundervisning, er det tilsvarende tal 60 pct. blandt de øvrige modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder. Der er usikkerhed knyttet til de konkrete andele, da antallet af personer er lavt (se også anmærkning til figur 8.a og 8.b).

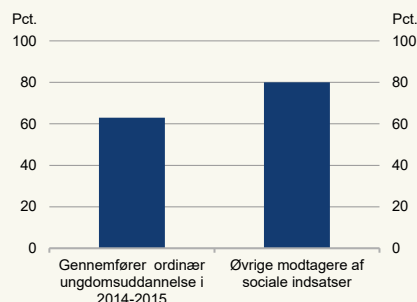
Alle personerne med handicap eller psykiske vanskeligheder i denne delanalyse er udvalgt således, at de modtager en social indsats i 2014. Nogle vil i de følgende år ikke længere have behov for hjælp og støtte efter serviceloven. Der er en tendens til, at andelen, der stadig modtager en social indsats i 2016 er lavere blandt dem, der gennemfører en ordinær uddannelse i 2014-2015. Det skal dog bemærkes, at over halvdelen blandt dem, der gennemfører en ordinær ungdomsuddannelse i 2014-2015, stadig modtager en social indsats i 2016, jf. figur 8.a og 8.b.

Figur 8.a

Andel med specialundervisning som børn blandt modtagere af sociale indsatser, 2014

**Figur 8.b**

Andel der stadig modtager sociale indsatser i 2016 blandt modtagere af indsatser i 2014



Anm.: 18-24 år ultimo 2014. Modtagere af sociale indsatser med handicap eller psykiske vanskeligheder. Opgørelsen i figur 8.a vedrører 18-20-årige pga. registerdækningen for specialundervisning, jf. boks 8.4. Specialundervisning omfatter også specialskole. Der er usikkerhed knyttet til opgørelsen, da kun få af modtagerne gennemfører en ordinær uddannelse. I figur 8.a er datagrundlaget 78 personer (18-20-årige), der gennemfører en ordinær uddannelse, mens det i figur 8.b er 200 personer (18-24-årige), der gennemfører en ordinær uddannelse i de 55 kommuner.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

9. Støtte til voksne med nedsat psykisk funktionsevne

Der er en gruppe mennesker i det danske samfund, der har behov for omfattende støtte på grund af kognitive handicap eller psykiske vanskeligheder. Mange har modtaget hjælp og støtte fra barn- og ungdommen som følge af medfødte lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelser, eksempelvis Downs, hjerneskade, udviklingshæmning eller autisme. Andre har senere i livet fået en psykisk sygdom, eksempelvis skizofreni, og har behov for støtte fra både det sociale system og det psykiatriske sygehusvæsen for at kunne mestre hverdagen.

I dette kapitel ses nærmere på, hvad der kender tegner voksne med nedsat psykisk funktionsevne, der modtager sociale indsatser efter serviceloven, herunder om de har fået sociale indsatser som børn og unge, deres forsørgelsesgrundlag og deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Det skønnes, at der på landsplan er ca. 70.000 voksne, der modtager indsatser efter serviceloven som følge af en nedsat psykisk funktionsevne. Denne gruppe dækker både over voksne med kognitive handicap og voksne med psykiske vanskeligheder.
- En meget stor del af denne målgruppe har modtaget sociale indsatser som børn, eksempelvis aflastning eller anbringelse på døgninstitution eller i en plejefamilie. Blandt personer med Downs og udviklingshæmning er det fx i størrelsesordenen 70-80 pct. af gruppen, der har modtaget en social foranstaltning som barn.
- Blandt personer, der modtager en social indsats på grund af psykiske vanskeligheder i 2016, har ca. 50 pct. været i kontakt med sygehuspsykiatrien i løbet af året, og ca. 75 pct. har haft mindst én kontakt til psykiatrien i perioden 2012-2016.
- Der er store forskelle i gruppens forsørgelsesgrundlag. Blandt personer over 40 år modtager i størrelsesordenen 80-90 pct. førtidspension. Blandt de yngre, og særligt blandt personer med psykiske vanskeligheder, modtager mange midlertidige ydelser som fx kontanthjælp. Omkring 70 pct. af de 18-29-årige med psykiske vanskeligheder havde midlertidige ydelser som forsørgelsesgrundlag i 2016.

- Mange i gruppen med midlertidige ydelser deltager i tilbud i regi af beskæftigelsessystemet. Men forholdsvis få overgår efterfølgende til beskæftigelse eller uddannelse. Omkring 5 pct. i gruppen kom i beskæftigelse eller uddannelse frem mod udgangen af 2017, efter at have deltaget i tilbud i regi af beskæftigelsessystemet. For alle øvrige personer, der var i beskæftigelsessystemet på samme tidspunkt, var det ca. 30 pct., der kom i beskæftigelse eller uddannelse.
- Blandt modtagerne af sociale indsatser med kognitive handicap eller psykiske vanskeligheder, der deltog i tilbud i regi af beskæftigelsessystemet i 2016, er i størrelsesordenen 20-25 pct. i et ressourceforløb ved udgangen af 2017, mens omkring 45 pct. modtager kontanthjælp.
- Særligt blandt de unge i gruppen med psykiske vanskeligheder er der mange, der modtager kontanthjælp i lang tid. Omkring 45 pct. af de 18-29-årige med angst mv., skizofreni mv. eller personlighedsforstyrrelser mv. modtager kontanthjælp i over ét år i løbet af perioden 2016 og 2017. Omvendt er der ingen eller meget få i gruppen med Downs syndrom eller udviklingshæmning, der modtager kontanthjælp i mere end ét år. Disse grupper modtager hovedsageligt førtidspension.
- Langt hovedparten af modtagerne af sociale indsatser, der modtager kontanthjælp over ét år, er hverken job- eller uddannelsesparate. Kun omkring 7 pct. er job- eller uddannelsesparate.

9.1 Personer med nedsat psykisk funktionsevne

Voksne med nedsat psykisk funktionsevne er i dette kapitel afgrænset som voksne med kognitive handicap og voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager indsatser efter serviceloven. Gruppen er meget heterogen og omfatter eksempelvis både personer med erhvervet hjerneskade, udviklingshæmning, Downs syndrom, personlighedsforstyrrelser, angst og skizofreni.

Voksne med nedsat psykisk funktionsevne omfatter både borgere med betydelige og varige funktionsnedsættelser, hvor målet med den sociale indsats kan være, at borgeren støttes og i videst muligt omfang kompenseres for en varig funktionsnedsættelse, snarere end det handler om at bringe borgeren i ordinær beskæftigelse eller uddannelse.

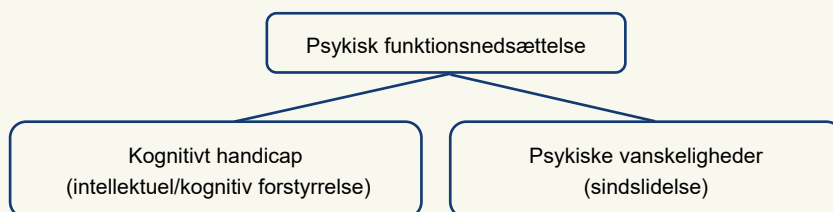
Omvendt er der andre dele af målgruppen, eksempelvis personer med ADHD eller angst, hvor det gennem sammenhængende sociale-, beskæftigelsesrettede- og sundhedsfaglige indsatser kan være muligt at støtte borgeren i at opnå en tilværelse med tilknytning til ordinær uddannelse og beskæftigelse.

Nedsat psykisk funktionsevne udgør sammen med nedsat fysisk funktionsevne og særlige sociale problemer de tre overordnede målgrupper blandt voksne, som kan modtage ydelser (indsatser) efter serviceloven. Målgruppen af modtagere med nedsat psykisk funktionsevne er ikke tidligere blevet behandlet samlet i Socialpolitisk Redegørelse.

Denne analyse beskriver gruppens størrelse, sammensætning og arbejdsmarkedstilknytning. Herudover belyses snitfladen mellem de kommunale indsatser efter serviceloven og den regionale behandlingspsykiatri samt snitfladen til tilbud i beskæftigelsessystemet.

Børn og unge under 18 år med nedsat psykisk funktionsevne, der modtager indsatser efter serviceloven, indgår ikke i kapitlet. Det skyldes, at det aktuelt ikke er muligt at opgøre børn og unge med nedsat psykisk funktionsevne, der får kommunale indsatser efter serviceloven, på baggrund af registerdata. Det indgår som en del af Børne- og Socialministeriets arbejde, at der skal etableres en registerbaseret statistik om børn og unge med handicap (se kapitel 11 om Børne- og Socialministeriets datastrategi).

Voksne med nedsat psykisk funktionsevne opgøres med udgangspunkt i registret De Kommunale Serviceindikatorer, hvor "psykisk funktionsnedsættelse" er den overordnede betegnelse for målgrupperne af personer med et "kognitivt handicap" og personer med "psykiske vanskeligheder", jf. boks 9.1.

Boks 9.1**Målgrupper i De Kommunale Serviceindikatorer**

Målgruppen "Intellektuel/kognitiv forstyrrelse" omfatter blandt andet hjerneskade, udviklingshæmning, autismespektrum- eller opmærksomhedsforstyrrelse, mens målgruppen "Sindslidelse" blandt andet omfatter angst, depression og forandret virkelighedsopfattelse, hvilket dækker over skizoide/psykotiske tilstande.

Begrebsbrugen lægger sig op ad den såkaldte Voksenudredningsmetode (VUM), som er et sagsbehandlingsredskab, der understøtter udredningen og sagsbehandlingsprocessen i kommunerne på handicap- og udsatte voksenområdet. Der skal indberettes mindst én målgruppe pr. ydelse, og den samme borger kan optræde i flere målgrupper. Det er dog ikke obligatorisk for kommunen at indberette samtlige funktionsnedsættelser hos en borger, og derfor er målgrupperne ikke nødvendigvis udtømmende for den enkelte borgers problematikker, jf. boks 9.2, som giver en nærmere beskrivelse af statistikken og datagrundlaget.

Boks 9.2**Opgørelse af voksne med nedsat psykisk funktionsevne i registrene**

Analysen er baseret på data fra De Kommunale Serviceindikatorer. Registret omfatter pt. indberetninger fra 55 kommuner i perioden 2014 til 2016. I analysen sammenlignes modtagerne af indsatser efter serviceloven med den øvrige befolkning, der er opgjort som personer på 18 år og derover ultimo 2016, der har bopæl i de 55 kommuner, og som ikke modtager en indsats efter serviceloven i målgruppen med nedsat psykisk funktionsevne. Resultaterne for den øvrige befolkning er dermed ikke sammenfaldende med den samlede befolkning på landsplan.

Registrene giver ikke et fuldstændigt billede af den samlede sociale indsats efter serviceloven til personer med nedsat psykisk funktionsevne. Nogle af ydelserne i De Kommunale Serviceindikatorer er frivillige at indberette for kommunerne, bl.a. støtte- og kontaktperson til udsatte voksne (§ 99), merudgiftsydelse (§ 100) og hjælpemidler (§ 112). Den forebyggende indsats på voksenområdet kendes heller ikke (§§ 10 og 12).

Antallet af modtagere af sociale indsatser er opregnet til landsplan på baggrund af forholdet mellem indbyggertallet i de 55 kommuner, der indgår i registrene, og indbyggertallet på landsplan for befolkningen i alderen 18 til 64 år. Opregnede tal er afrundet til nærmeste tusinde.

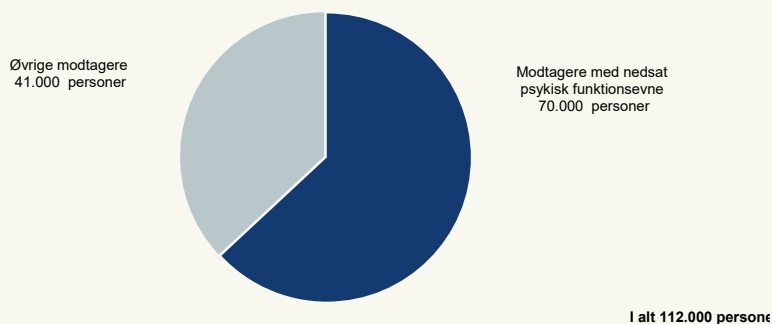
Analysen omfatter udelukkende personer med nedsat psykisk funktionsevne, der modtager indsatser efter den sociale lovgivning. Personer, der på grund af et kognitivt handicap eller psykiske vanskeligheder alene modtager støtte i regi af lovgivningen på eksempelvis undervisnings- eller beskæftigelsesområdet, indgår ikke.

Redegørelsens afgrænsning af personer med nedsat psykisk funktionsevne er relativt snæver, da den alene omfatter modtagere af indsatser efter serviceloven. VIVE (2017b) har i rapporten "Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016" eksempelvis anvendt en bredere afgrænsning baseret på, at respondenterne i en spørgeskemaundersøgelse selv vurderer, om de har et handicap eller et længevarende helbredsproblem.

Ved læsning af kapitlets afsnit om diagnoser er det vigtigt at være opmærksom på, at der ikke er tale om en generel analyse af eksempelvis personer med ADHD eller skizofreni. Analysen omhandler kun modtagere af indsatser efter serviceloven med eksempelvis ADHD eller skizofreni. Modtagerne af indsatser efter serviceloven må antages at omfatte personer med de mest betydelige og varige funktionsnedsættelser inden for diagnosegruppen.

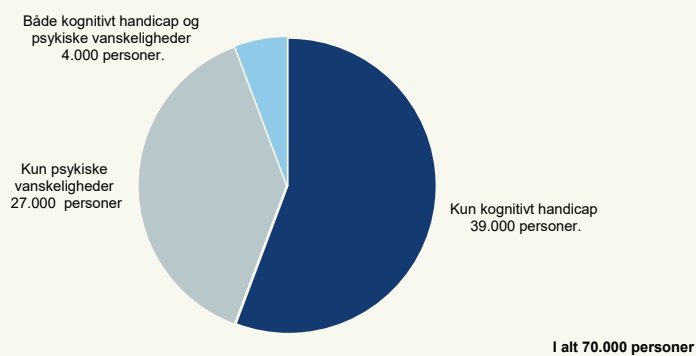
9.2 Antal med nedsat psykisk funktionsevne

Det skønnes, at der på landsplan er ca. 70.000 modtagere af indsatser efter servicelovens voksenbestemmelser med nedsat psykisk funktionsevne. Det svarer til, at lidt over 60 pct. af voksne, der modtager sociale indsatser fra kommunen, har en nedsat psykisk funktionsevne, jf. figur 9.1.

Figur 9.1**Antal voksne modtagere af indsatser efter serviceloven, 2016**

Anm.: 18-årige og derover ultimo 2016. Modtagere med nedsat psykisk funktionsevne er baseret på 55 kommuner og opregnet til landsplan, jf. boks 9.2. Modtagere i alt og øvrige modtagere af indsatser efter serviceloven er baseret på 52 kommuner, jf. kapitel 3, og opregnet til landsplan. Afrundet til nærmeste tusinde. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Lidt over halvdelen af voksne med nedsat psykisk funktionsevne har et kognitivt handicap, mens lidt under halvdelen har psykiske vanskeligheder. Kun en mindre gruppe er registreret med begge målgruppekategorier, jf. figur 9.2.

Figur 9.2**Voksne med nedsat psykisk funktionsevne efter målgruppe, 2016**

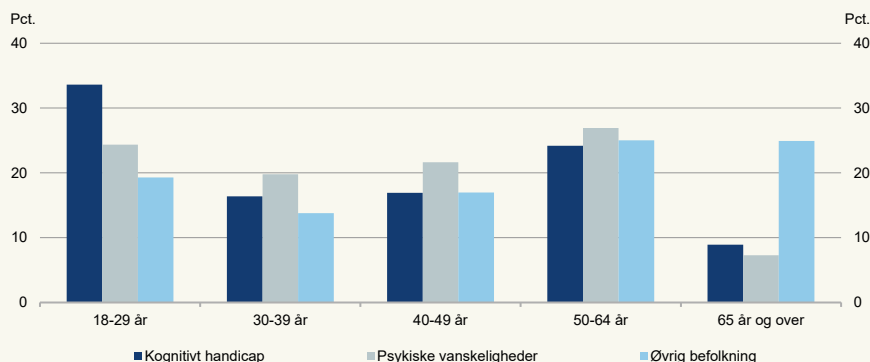
Anm.: 18-årige og derover ultimo 2016. Baseret på 55 kommuner og opregnet til landsplan, jf. boks 9.2. Det er ikke obligatorisk for kommunerne at indberette samtlige funktionsnedsættelser. Nogle borgere kan have begge problematikker uden at dette er opgjort i statistikken. Afrundet til nærmeste tusinde. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Personer med nedsat psykisk funktionsevne er i gennemsnit yngre end den øvrige befolkning. Særligt blandt personer med et kognitivt handicap er andelen af unge højere end i

den øvrige befolkning. Hvor 34 pct. af alle med kognitivt handicap er 18-29 år, er det tilsvarende tal i den øvrige befolkning 19 pct., jf. figur 9.3.

Figur 9.3

Aldersfordeling efter målgruppe, 2016



Anm 18-årige og derover ultimo 2016. Baseret på 55 kommuner og opregnet til landsplan. Øvrig befolkning opgjort som indbyggere i de 55 kommuner, der ikke modtager indsatser efter serviceloven.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tilsvarende er der færre personer med nedsat psykisk funktionsevne blandt de ældste aldersgrupper. Det skyldes blandt andet, at personer med udviklingshæmning og psykiske vanskeligheder har en væsentlig overdødelighed sammenlignet med befolkningen generelt. Eksempelvis har personer med udviklingshæmning en middellevetid, der er omkring 15 år kortere end befolkningen (Meulengracht Flachs m.fl., 2014). I det følgende afsnit ses der på diagnosebilledet for personer med nedsat psykisk funktionsevne.

9.3 Diagnosebillede

Når det gælder personer, der modtager indsatser efter serviceloven på grund af en nedsat psykisk funktionsevne, er der som nævnt tale om en meget forskelligartet gruppe. I dette afsnit belyses heterogeniteten ved at se på udvalgte diagnoser, der kan være forbundet med et kognitivt handicap eller psykiske vanskeligheder.

Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at der ikke kan laves en entydig kobling mellem en diagnose og borgerens konkrete funktionsevne. Og der kan ikke sættes lighedstegn mellem det forhold, at borgeren på et tidspunkt har fået stillet en diagnose, og så det forhold, at borgeren aktuelt har en nedsat funktionsevne, der gør det nødvendigt at modtage hjælp og støtte. Det er altid en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede funktionsevne, der er udgangspunktet for, at borgeren visiteres til en indsats efter serviceloven og aldrig en diagnose i sig selv.

Samtidig vil forekomsten af de udvalgte diagnoser være undervurderet, da kontakter til og behandling hos egen læge og privatpraktiserende speciallæger ikke indgår. Desuden omfatter analysen udelukkende modtagere af indsatser efter serviceloven med de pågældende diagnoser. Det er langt fra alle med eksempelvis ADHD eller epilepsi, der modtager en indsats efter serviceloven. Ikke desto mindre er diagnosegrupperne et nyttigt, analytisk værktøj til at belyse forskellene blandt personer med nedsat psykisk funktionsevne.

Den største diagnosegruppe – på 30 pct. – blandt personer med kognitivt handicap er udviklingshæmning, jf. tabel 9.1. Andre store diagnosegrupper blandt personer med kognitivt handicap er epilepsi, erhvervet hjerneskade, autisme og ADHD. Desuden er der en højere forekomst af diagnosticeret angst mv. blandt personer med kognitivt handicap sammenlignet med den øvrige befolkning.

Tabel 9.1

Udvalgte diagnoser efter målgruppe, 2016

	Kognitivt handicap	Psyriske Vanskeligheder	Øvrig befolkning
	----- Pct. med diagnose i målgruppe -----		
ADHD	10	12	1
Autismespektrum	16	5	0
Cerebral parese	7	1	0
Downs	4	0	0
Epilepsi	20	7	1
Erhvervet hjerneskade	17	8	6**
Udviklingshæmning	30	7	0
Psyriske lidelser pga. alkohol eller stoffer mv.	5	20	1
Skizofreni mv.	6	37	1
Depression mv.	7	26	2
Angst mv.	10	30	2
Spiseforstyrrelser mv.	1	4	0
Personlighedsforstyrrelser mv.	4	19	1
I alt *	71	82	11

Note: *) Den samme borger kan have modtaget flere diagnoser. **) Erhvervet hjerneskade omfatter bl.a. blødninger og blodprop i hjernen og er for befolkningen særligt høj blandt personer over 65 år.

Anm.: 18-årige og derover ultimo 2016. ADHD, autisme, cerebral parese, Downs, epilepsi, erhvervet hjerneskade og udviklingshæmning er baseret på alle kontakter til somatiske og psykiatriske sygehuse i perioden 1995-2016. Psyriske lidelser pga. alkohol eller stoffer mv., skizofreni, mv. depression mv., angst mv., spiseforstyrrelser mv. og personlighedsforstyrrelser mv. er baseret på kontakter til psykiatriske sygehuse i perioden 2012-2016. Øvrig befolkning opgjort som indbyggere i de 55 kommuner, der ikke modtager indsatser efter serviceloven.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt personerne med psykiske vanskeligheder er den største diagnosegruppe skizofreni. 37 pct. har fået stillet en diagnose for skizofreni inden for de seneste 5 år. Øvrige store diagnosegrupper blandt personerne med psykiske vanskeligheder er depression mv., angst mv. og personlighedsforstyrrelser mv. Desuden har 20 pct. en diagnose for psykiske lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

Boks 9.3 giver en uddybning af opgørelsen af diagnoserne.

Boks 9.3

Diagnoser i analysen

Følgende diagnoser inddrages for at belyse kognitive handicap:

- ADHD
- Autismespektrum
- Cerebral parese (spastisk lammelse)
- Downs syndrom
- Epilepsi
- Erhvervet hjerneskade
- Udviklingshæmning (mental retardering)

Listen er ikke udtømmende, idet der findes mange andre diagnoser og funktionsnedsættelser, der kan være forbundet med et kognitivt handicap. Diagnosegrupperne baserer sig på indlæggelser, ambulante besøg og skadestuekontakter på sygehuse i perioden 1995-2016. Det skal for ADHD bemærkes, at forekomsten kan være undervurderet, da diagnosen ADHD ikke indgår i ICD-10-klassifikationen, der benyttes i Danmark, se også bilag 4.

Diagnoser, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder, baseres på kontakter til den regionale sygehuspsykiatri over en femårig periode (2012-2016). I analysen benyttes samme inddeling af diagnoser, som blev anvendt i forbindelse med afrapporteringen fra styringsgennemgangen af psykiatrien (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018b). Der inddrages følgende diagnosegrupper:

- Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer mv.
- Skizofreni mv.
- Depression mv.
- Angst mv.
- Spiseforstyrrelser mv.
- Personlighedsforstyrrelser mv.

9.4 Sociale indsatser til personer med nedsat psykisk funktionsevne

De to hyppigste indsatser efter serviceloven til personer med nedsat psykisk funktionsevne er socialpædagogisk støtte og botilbud. Socialpædagogisk støtte kan bestå af mange former for

hjælp afhængigt af borgerens konkrete situation og behov. Overordnet er formålet at sikre, at den pågældende så vidt muligt kan leve et liv på egne præmisser og efter egne ønsker.

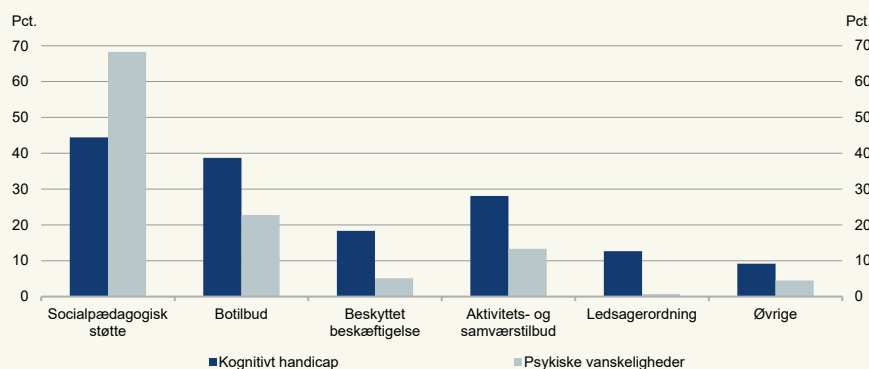
Botilbud omfatter midlertidige og længerevarende ophold. Botilbud er målrettet personer, som på grund af betydelig nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer eksempelvis har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling.

Der er en tendens til, at personer med kognitivt handicap i højere grad har ophold på botilbud end personer med psykiske vanskeligheder. Der er også flere personer med kognitivt handicap, der modtager indsatser i form af beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud. Dette skal ses på baggrund af, at personer med kognitivt handicap blandt andet omfatter personer med udviklingshæmning, Downs syndrom, erhvervet hjerneskade mv., der kan have behov for betydelig støtte til mange aktiviteter i dagligdagen.

Næsten 70 pct. med psykiske vanskeligheder modtager socialpædagogisk støtte som fx bostøtte i eget hjem, jf. figur 9.4.

Figur 9.4

Indsatser efter serviceloven til personer med nedsat psykisk funktionsevne efter målgruppe, 2016



Anm.: 18-årige og derover ultimo 2016. Der er usikkerhed forbundet med opgørelsen af socialpædagogisk støtte og botilbud, da kommunernes registreringspraksis varierer. Socialpædagogisk støtte er her opgjort uden den socialpædagogiske støtte, der leveres på et botilbud, samt hvor personen i samme kalenderår er registreret med et midlertidigt eller længerevarende botilbud. Botilbud i alt omfatter midlertidigt og længerevarende ophold samt socialpædagogisk støtte i botilbud.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

For de voksne under 40 år, som i dag modtager en indsats efter serviceloven, er det muligt at opgøre, hvor stor en andel, der også som barn modtog en social indsats. Omkring halvdelen af voksne med nedsat psykisk funktionsevne har modtaget sociale indsatser efter serviceloven som børn eller unge i form af en anbringelse uden for hjemmet eller en forebyggende foranstaltning. Disse indsatser omfatter blandt andet aflastningsophold og ophold på døgninstitutioner.

Et aflastningsophold til et barn eller en ung med nedsat psykisk funktionsevne kan fx være på en døgninstitution eller i en plejefamilie. Aflastningen kan spænde fra at være en fast dag om ugen eller i weekend- og ferieperioder. Der kan også ydes praktisk støtte i hjemmet eller være udpeget en fast kontaktperson for barnet eller den unge eller for hele familien. Den faste kontaktperson kan fx være en støttefunktion i forbindelse med barnets skolegang.

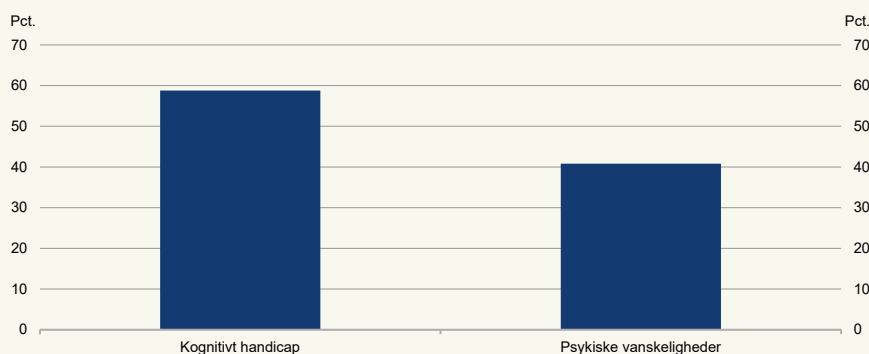
Derudover kan unge med nedsat psykisk funktionsevne mellem 18 og 22 år tilbydes forskellige typer af hjælp og støtte, fx i form af efterværn. Det kan fx være, at den unge bliver boende på en døgninstitution eller i plejefamilien efter det 18. år for at sikre den unges behov for støtte. Denne hjælp skal blandt andet bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse som voksen.

Ud over forebyggende foranstaltninger og anbringelser uden for hjemmet kan der gives en række andre former for støtte til børn og unge med nedsat psykisk funktionsevne og deres forældre, fx til dækningen af merudgifter (merudgiftsydelse), hjælpemidler og tabt arbejdsfortjeneste. Disse indgår ikke i analysen.

Blandt voksne med kognitive handicap i alderen 18-39 år har omkring 60 pct. modtaget en forebyggende foranstaltning eller en anbringelse som børn eller unge, mens det er 40 pct. blandt voksne med psykiske vanskeligheder, jf. figur 9.5.

Figur 9.5

Andel med social foranstaltning som barn eller ung blandt voksne, der modtager sociale indsatser som følge af en nedsat psykisk funktionsevne, 2016



Anm.: 18-39-årige ultimo 2016. Sociale foranstaltninger som barn eller ung er opgjort som anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger til og med 2015 for børn og unge i alderen 0-22 år.

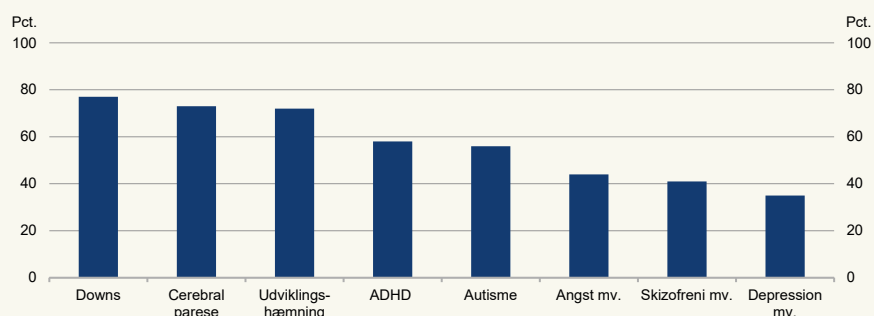
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Opgørelsen ovenfor omfatter kun 18-39-årige, da registerdækningen ikke er fuldstændig for de ældste aldersgrupper.

Andelen med forebyggende foranstaltninger eller anbringelse som børn eller unge er særligt høj blandt voksne med medfødte funktionsnedsættelser, fx Downs syndrom, cerebral parese eller udviklingshæmning. Her er det op i størrelsesordenen 70-80 pct., der har modtaget en social foranstaltning som barn eller ung, jf. figur 9.6.

Figur 9.6

Andel med social foranstaltning som barn eller ung blandt voksne der modtager sociale indsatser som følge af en nedsat psykisk funktionsevne efter diagnose, 2016



Anm.: 18-39-årige ultimo 2016. Sociale foranstaltninger som barn eller ung er opgjort som anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger til og med 2015 for børn og unge i alderen 0-22 år.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

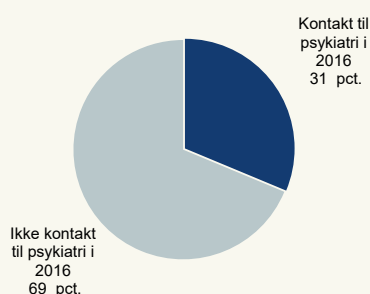
Resultaterne indikerer, at der for en stor del af gruppen er tale om indsatser, der gives på grund af en funktionsnedsættelse, der har været til stede siden barn- eller ungdommen. Det understreger dermed også vigtigheden af en sammenhængende indsats og gode overgange mellem børne- og ungeområdet og voksenområdet for at sikre et godt afsæt til voksenlivet.

9.5 Kontakt til sygehuspsykiatri

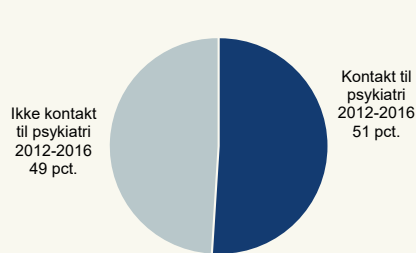
Mange voksne med nedsat psykisk funktionsevne modtager behandling i den regionale sygehuspsykiatri i samme år, som de modtager en social indsats. Knap hver tredje modtager af indsatser efter serviceloven med nedsat psykisk funktionsevne havde kontakt til sygehuspsykiatrien i 2016. Medtages alle psykiatriske kontakter i perioden 2012-2016, ser man, at omkring halvdelen af modtagerne af kommunale indsatser med nedsat psykisk funktionsevne har haft mindst én kontakt til sygehuspsykiatrien, jf. figur 9.7 og 9.8.

Figur 9.7

Andel med kontakt til sygehuspsykiatri i 2016 blandt voksne modtagere af sociale indsatser med nedsat psykisk funktionsevne, 2016

**Figur 9.8**

Andel med kontakt til sygehuspsykiatri 2012-16 blandt voksne modtagere af sociale indsatser med nedsat psykisk funktionsevne, 2016



Anm.: 18-årige og derover ultimo 2016. Kontakter til sygehuspsykiatri er opgjort som udskrivninger og ambulante besøg i året, herunder skadestue og akut ambulant.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Til sammenligning er det 2,1 pct. af den øvrige befolkning på 18 år og derover, der i 2016 har kontakt til psykiatrien. Samlet over perioden 2012-2016 er det 5,1 pct. af den øvrige befolkning, der har haft mindst én kontakt.

Boks 9.4 giver en nærmere beskrivelse af opgørelsen og datagrundlaget.

Boks 9.4

Kontakt til sygehuspsykiatri – opgørelse og datagrundlag

Analysen er baseret på registeroplysninger om kontakter til psykiatriske sygehuse fra Landspatientregistret (DRG-grupperet) i perioden 2012-2016. Kontakter til praksissektoren, herunder egen læge, privatpraktiserende psykiater og psykolog, indgår ikke i analysen. Borgere, der eksempelvis udelukkende er i medicinsk behandling hos egen læge, tæller dermed ikke med i opgørelsen. Andelen i behandling for psykisk sygdom vil derfor reelt være højere end opgjort i denne analyse.

Kontakterne til sygehuspsykiatrien omfatter både ambulante besøg og indlæggelser. Ved en ambulant kontakt kan patienten møde op i distrikts- eller lokalpsykiatrien eller på en af regionens specialklinikker eller ambulatorier. Her kan behandlingen bestå af udredning, samtaleterapi, lægesamtaler om medicin mv. Ambulant behandling kan også omfatte, at patienten får besøg hjemme, eksempelvis af et opsøgende psykiatrisk team. Kontakter til psykiatrisk skadestue indgår også som ambulante kontakter i analysen.

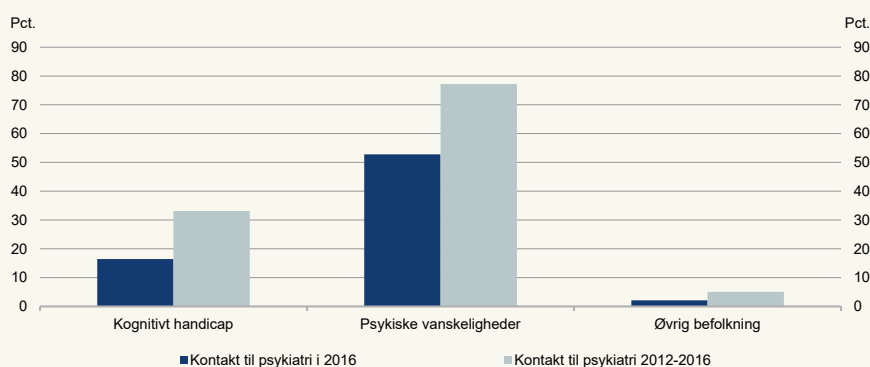
Opgørelsen lægger sig op ad tilgangen i Delafrapportering I fra afrapporteringen fra styringsgennemgangen af psykiatrien (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018b).

Andelen med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen er højere blandt målgruppen af personer med psykiske vanskeligheder sammenlignet med målgruppen med kognitivt

handicap. Blandt personer, der modtager en social indsats på grund af psykiske vanskeligheder, har ca. 50 pct. kontakt til sygehuspsykiatrien i 2016, og ca. 75 pct. har haft mindst én kontakt til psykiatrien i perioden 2012-2016, jf. figur 9.9.

Figur 9.9

Andel med kontakt til sygehuspsykiatri blandt voksne, der modtager sociale indsatser som følge af en nedsat psykisk funktionsevne efter målgruppe, 2016



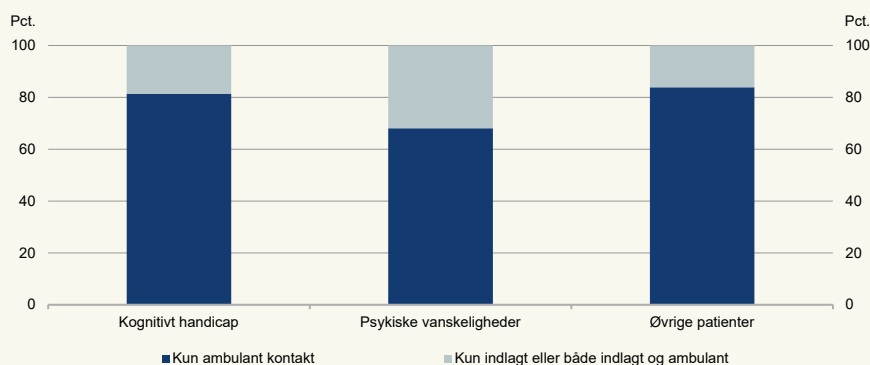
Anm.: 18-årige og derover ultimo 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Hovedparten af kontakterne til psykiatrien i 2016 er ambulante. Dette gælder både for voksne med nedsat psykisk funktionsevne og for alle øvrige patienter. Men hvor andelen af indlæggelser for målgruppen af borgere med kognitive handicap er næsten den samme som for den øvrige befolkning, er den noget større for borgere med psykiske vanskeligheder, jf. figur 9.10.

Figur 9.10

Patienter med kontakt til sygehuspsykiatri efter type af kontakt (ambulant/indlagt) efter målgruppe, 2016

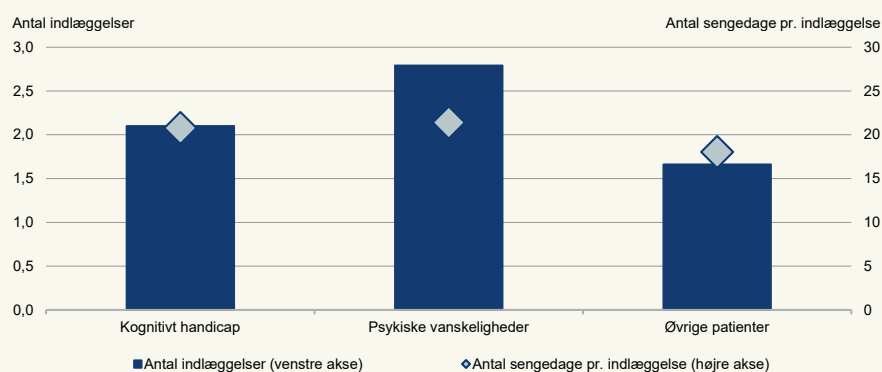


Anm.: 18-årige og derover ultimo 2016 med kontakt til sygehuspsykiatri i 2016. Indlagt opgjort som en eller flere udskrivelser i året 2016. Øvrige patienter opgjort som alle øvrige patienter i befolkningen pr. 1. januar 2017. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt personer med mindst én indlæggelse ser man desuden, at gruppen med psykiske vanskeligheder har flere indlæggelser i løbet af året, og at hver indlæggelse i gennemsnit er lidt længere end blandt de øvrige patienter, jf. figur 9.11.

Figur 9.11

Antal indlæggelser og antal sengedage pr. indlæggelse efter målgruppe, 2016



Anm.: 18-årige og derover ultimo 2016 med kontakt til sygehuspsykiatri i 2016. Opgjort for patienter med mindst én indlæggelse i 2016. Indlæggelse opgjort som antal udskrivelser. Øvrige patienter opgjort som alle øvrige patienter i befolkningen pr. 1. januar 2017.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I det næste afsnit rettes blikket mod forsørgelsesgrundlag og beskæftigelse blandt personer med nedsat psykisk funktionsevne.

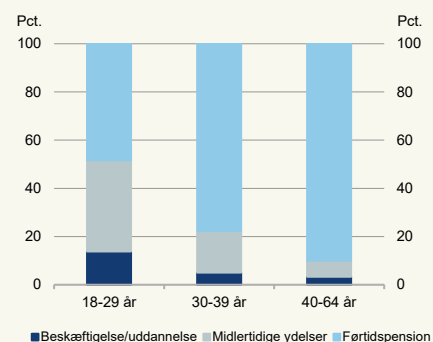
9.6 Forsørgelsesgrundlag og beskæftigelse

Mange personer med nedsat psykisk funktionsevne modtager førtidspension. Dette gælder særligt blandt personer over 40 år, hvor i størrelsesordenen 80-90 pct. har førtidspension som forsørgelsesgrundlag. Der er dog store variationer mellem personer med kognitivt handicap og personer med psykiske vanskeligheder og i forskellige aldersgrupper.

Unge i alderen 18-29 år med psykiske vanskeligheder modtager i langt mindre grad førtidspension sammenlignet med personer med kognitivt handicap i samme alder og med ældre personer med psykiske vanskeligheder. Mens knap 40 pct. blandt de 18-29-årige personer med kognitivt handicap modtager midlertidige ydelser, er det omkring 70 pct. af de dem med psykiske vanskeligheder, jf. figur 9.12 og 9.13.

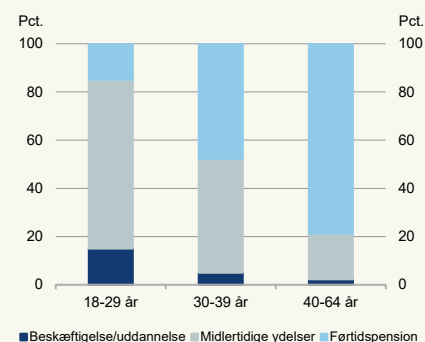
Figur 9.12

Forsørgelsesgrundlag for personer med kognitivt handicap, 2016



Figur 9.13

Forsørgelsesgrundlag for personer med psykiske vanskeligheder, 2016



Anm.: 18-64-årige ultimo 2016. Personer, der modtager sociale indsatser efter serveloven på grund af en psykisk nedsat funktionsevne. Baseret på Danmarks Statistiks definition af væsentligste indkomstkilde. Ca. 20 pct. af de 18-29-årige personer med kognitivt handicap med midlertidige ydelser er på et tidspunkt i løbet af 2016 registreret på en STU. Førtidspension omfatter også efterløn.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Resultaterne skal blandt andet ses i lyset af førtidspensions- og fleksjobreformen fra 2013. Reformen indebærer, at tilgangen til førtidspension blev begrænset, særligt for personer under 40 år. I stedet tilbydes et individuelt tilrettelagt ressourceforløb, der tager sigte på at udvikle den enkeltes arbejdsevne. I de tilfælde, hvor kommunen efter en samlet faglig vurdering kan dokumentere, at det er åbenbart formålsløst at forsøge at udvikle personens arbejdsevne, kan kommunen stadig give førtidspension til personer under 40 år.

Knap 90 pct. af modtagerne af midlertidige ydelser har kontanthjælpsydelser ifølge Danmarks Statistiks opgørelse af gruppens væsentligste indkomstkilde. Ser man på gruppens samlede træk på ydelser finder man tilsvarende, at det særligt er kontanthjælp og til dels ressourceforløbsydelse, der fylder blandt de midlertidige ydelser, jf. tabel 9.2.

Tabel 9.2

Beskæftigelses- og ydelsesgrader for modtagere af sociale indsatser med kognitivt handicap eller psykiske vanskeligheder, 2016

Personer med kognitivt handicap							
	Beskæftigelse / SU	Kontanthjælp	Ressourceforløb	Førtidspension	Øvrige	I alt	Antal personer
	----- Pct. -----						
18-29 år	10	28	6	47	9	100	14.000
30-39 år	7	7	4	78	5	100	7.000
40-64 år	3	2	1	90	3	100	18.000

Personer med psykiske vanskeligheder							
	Beskæftigelse / SU	Kontanthjælp	Ressourceforløb	Førtidspension	Øvrige	I alt	Antal personer
	----- Pct. -----						
18-29 år	14	50	10	15	11	100	8.000
30-39 år	6	24	12	48	11	100	6.000
40-64 år	3	8	5	79	6	100	15.000

Anm.: 18-64-årige ultimo 2016. Kontanthjælp er inkl. uddannelseshjælp og integrationsydelse. Øvrige omfatter bl.a. dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring, ledighedsydelse, revalidering, forrevalidering, efterløn og selvforsørgelse. Antal personer er baseret på 55 kommuner og opregnet til landsplan. Tal afrundet til tusinde. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata samt DREAM.

Omkring hver femte 18-29-årig modtager af midlertidige ydelser med kognitivt handicap er i 2016 registreret som deltager på en såkaldt Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU). For personer med psykiske vanskeligheder er det 5 pct. af de 18-29-årige med midlertidige ydelser, der har deltaget på en STU.

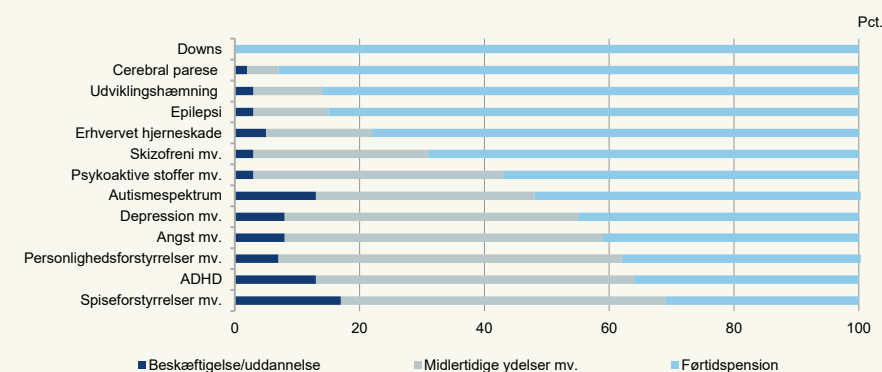
STU er en ungdomsuddannelse, der retter sig mod unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov, der ikke har mulighed for at gennemføre anden ungdomsuddannelse. Uddannelsen har eksisteret siden 2007 og har til formål, at de unge opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og eventuelt til videre uddannelse og beskæftigelse. Man modtager ikke SU under uddannelsen, men beholder det forsørgelsesgrundlag, man i øvrigt måtte være berettiget til, eksempelvis kontanthjælp eller førtidspension.

Der er betydelig variationer i forsørgelsesgrundlaget på tværs af diagnosegrupper. De fleste modtagere af indsatser efter serviceloven med Downs syndrom, cerebral parese og udviklingshæmning modtager førtidspension, og få har beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag. Det skal her igen bemærkes, at analysen ikke omfatter den samlede gruppe af personer med fx cerebral parese, men udelukkende modtagere af indsatser efter serviceloven med diagnosen.

Blandt modtagere med angst mv., depression mv., personlighedsforstyrrelser mv. og ADHD er det færre, der modtager førtidspension. I disse diagnosegrupper er det omkring halvdelen, der modtager midlertidige ydelser, herunder særligt kontanthjælp, jf. figur 9.14.

Figur 9.14

Forsørgelsesgrundlag opdelt efter diagnose for personer med nedsat psykisk funktionsevne, 2016



Anm.: 18-64-årige ultimo 2016. Baseret på Danmarks Statistiks definition af væsentligste indkomstkilde.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt modtagerne af midlertidige ydelser mv. deltager de fleste i tilbud i regi af beskæftigelsessystemet med henblik på, at de kan få en tættere tilknytning til arbejdsmarkedet. Resten af dette afsnit omhandler dem, der modtager en beskæftigelsesindsats i 2016 (se boks 9.5 for en uddybning af opgørelsen af beskæftigelsesindsatser).

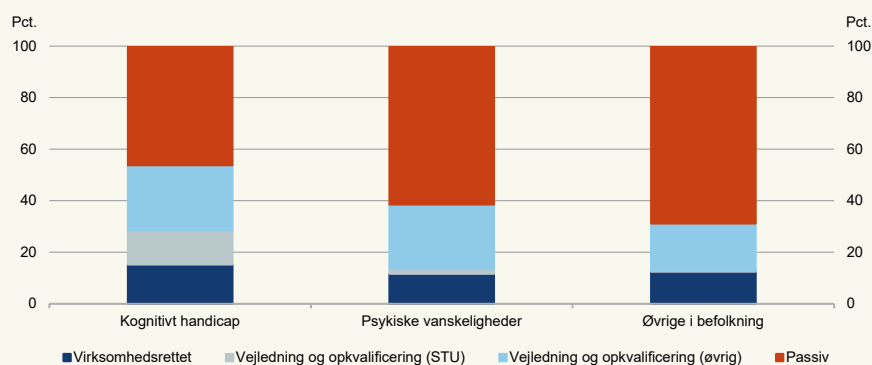
Vejledning og opkvalificering er den hyppigst benyttede indsats både blandt personer med nedsat psykisk funktionsevne og i den øvrige befolkning. Vejledning og opkvalificering kan bestå af ordinær uddannelse eller korte vejlednings- og afklaringsforløb, eksempelvis kurser i jobsøgning.

Blandt personer med kognitivt handicap er der forholdsvis mange, der modtager vejledning og opkvalificering i form af Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU). For personer med psykiske vanskeligheder og for den øvrige befolkning, er anvendelsen af STU meget begrænset. Det skyldes, at uddannelsen i udgangspunktet er rettet mod personer med udviklingshæmning og andre unge med særlige behov.

Omkring 10-15 pct. deltager i virksomhedsrettede tilbud, der her omfatter løntilskudsjob, virksomhedspraktik eller nytteindsats. Dette gælder både blandt personer med kognitivt handicap, psykiske vanskeligheder og blandt alle øvrige personer i beskæftigelsessystemet, jf. figur 9.15.

Figur 9.15

Beskæftigelsesindsats for modtagere af midlertidige ydelser i uge 46 i 2016 opdelt efter målgruppe, 2016



Anm.: 18-64-årige ultimo 2016. Opgjort for modtagere af beskæftigelsesindsatser i uge 46 i 2016 for ydelserne kontanthjælp, uddannelseshjælp, integrationsydelse, dagpenge, ledighedsydelse, forrevalidering, revalidering, ressourceforløb, jobafklaring og sygedagpenge. Virksomhedsrettet indsats omfatter løntilskud, virksomhedspraktik og nytteindsats. Delvis rask sygedagpenge indgår som en passiv indsats. Under 1 pct. med nedsat psykisk funktionsevne og knap 5 pct. af øvrige befolkning er delvis rask sygedagpengemodtagere. STU opgjort på baggrund af elevregistret i uge 46 i 2016. Blandt passive modtagere og modtagere i virksomhedsrettet indsats er en mindre gruppe (under 10 pct.) også registreret med STU. Øvrig befolkning omfatter personer med bopæl i de 55 kommuner, der modtog beskæftigelsesindsats i uge 46 i 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata samt DREAM.

Ud over virksomhedsrettede tilbud og vejledning og opkvalificering kan borgere i beskæftigelsesregi også bevilges en såkaldt mentor. Mentorordningen kan anvendes til alle, der har behov for en mentor for at opnå eller fastholde beskæftigelse eller en beskæftigelsesfremmende aktivitet. Tilbud i form af en mentorordning indgår ikke i opgørelsen.

Boks 9.5 beskriver opgørelsen af beskæftigelsesindsatserne nærmere.

Boks 9.5**Opgørelse af modtagere af beskæftigelsesindsatser og overgang til beskæftigelse / uddannelse**

Personer med beskæftigelsesindsatser er opgjort som alle modtagere af virksomhedsrettede tilbud, vejledning og opkvalificering og personer i passiv forsørgelse. I denne analyse fokuseres der på personer, der i uge 46 i 2016 var i beskæftigelsessystemet på baggrund af Beskæftigelsesministeriets DREAM-register. Opgørelsen foretages for alle modtagere af kontanthjælp, uddannelseshjælp, integrationsydelse, dagpenge, ledighedsydelse, forrevalidering, revalidering, ressourceforløb, jobafklaring og sygedagpenge.

Det har ikke været muligt at opgøre, hvor mange der eventuelt har en mentor, da dette ikke indgår i Beskæftigelsesministeriets DREAM-register. Det samme er tilfældet for social- og sundhedsindsatsen, der kan bevilges til personer i ressourceforløb. Dele af målgruppen kan derfor have modtaget fx mentorstøtte samtidig med, at de modtager fx kontanthjælp. Andelen med en aktiv indsats eller støtte kan derfor være højere end opgjort her.

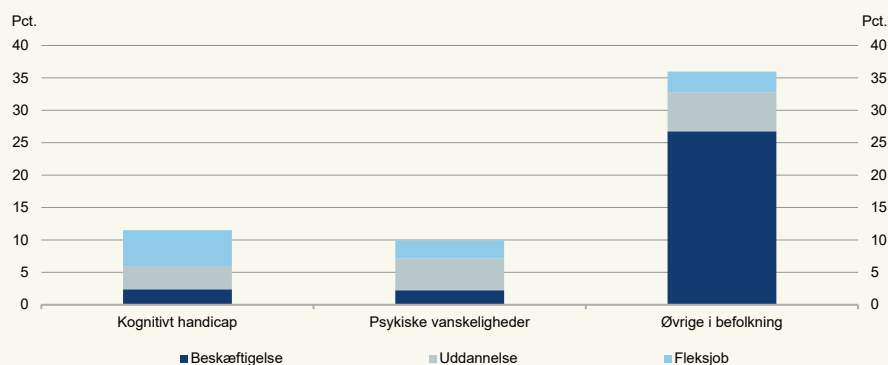
Overgangen til beskæftigelse opgøres på baggrund af branchekoder fra DREAM, hvor beskæftigelseskravet er, at der er betalt arbejdsmarkedsbidrag af lønindtægten. Overgang til uddannelse baseres på oplysninger om SU fra DREAM samt igangværende uddannelser opgjort på ugeniveau fra elevregistret på gymnasialt trin eller derover (DISCED hovedgruppe 20 og derover). STU indgår ikke i opgørelsen af overgang til uddannelse. Alle øvrige ydelser er baseret på DREAM.

Det er forholdsvis få voksne med nedsat psykisk funktionsevne, der har modtaget beskæftigelsestilbud i 2016, som er overgået til beskæftigelse eller uddannelse frem mod udgangen af 2017. Kun omkring 5 pct. er kommet i beskæftigelse eller uddannelse (opgjort ekskl. STU). For alle øvrige personer, der i 2016 var i beskæftigelsessystemet, er det lidt over 30 pct.

Herudover er i størrelsesordenen 5 pct. kommet i et fleksjob, således at den samlede andel i beskæftigelse, uddannelse eller fleksjob er omkring 10 pct. for personer med nedsat psykisk funktionsevne og omkring 35 pct. i den øvrige befolkning, jf. figur 9.16.

Figur 9.16

Beskæftigelse og uddannelse i 2017 for personer med kognitivt handicap og psykiske vanskeligheder og i øvrig befolkning, der modtog beskæftigelsesindsats i 2016



Anm.: 18-64-årige ultimo 2016. Personer, der har modtaget indsatser efter serviceloven som følge af et kognitivt handicap eller psykiske vanskeligheder. Opgjort for modtagere af beskæftigelsesindsatser i uge 46 i 2016. Beskæftigelse opgjort på baggrund af branchekode. Uddannelse omfatter modtagere af SU og personer med igangværende uddannelse fra elevregistret på gymnasialt trin eller derover (DISCED hovedgruppe 20 og derover). STU indgår ikke i uddannelse. Opgjort ekskl. personer, der er døde eller ikke har været bosiddende i Danmark fra uge 47 i 2016 til slutningen af 2017.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata samt DREAM.

De fleste voksne med nedsat psykisk funktionsevne, der modtog beskæftigelsestilbud i 2016, modtager stadig forsørgelsesydelse i 2017. Mod udgangen af 2017 modtager i størrelsesordenen 45 pct. kontanthjælp, mens ca. 20-25 pct. er i et ressourceforløb, hvilket er væsentligt flere end blandt den øvrige befolkning, der i 2016 modtog et beskæftigelsestilbud, jf. tabel 9.3.

Tabel 9.3

Ydelser i 2017 for personer med kognitivt handicap og psykiske vanskeligheder, der modtog af beskæftigelsesindsats i 2016

	Kognitivt handicap	Psykiske vanskeligheder	Øvrig befolkning
	Pct.		
Beskæftigelse, uddannelse og fleksjob	12	10	36
Selvforsørgelse	1	1	4
Dagpenge, sygedagpenge, jobafklaring og ledighedsydelse	8	9	23
Kontanthjælp	47	44	27
- heraf kontanthjælp og STU	11	2	0
Ressourceforløb	21	27	5
Førtidspension	8	6	2
Øvrige	3	2	8
I alt	100	100	100

Anm.: 18-64 årige ultimo 2016. Opgjort for personer, der modtog en beskæftigelsesindsats i uge 46 i 2016. Ydelser opgjort i uge 46 i 2017. Beskæftigelse opgjort på baggrund af branchekode. Kontanthjælp er inkl. uddannelseshjælp og integrationsydelse. Sygedagpenge er inkl. jobafklaringsforløb. Øvrige ydelser omfatter bl.a. revalidering, forrevalidering og efterløn. STU opgjort i uge 46 i 2017 på baggrund af elevregistret. Opgjort ekskl. personer, der er døde eller ikke har været bosiddende i Danmark fra uge 46 2016 til ultimo 2017. Øvrig befolkning omfatter personer, der modtog beskæftigelsesindsats i uge 46 i 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv. samt DREAM.

Nedenfor ses der nærmere på gruppen, der modtager kontanthjælp i mere end ét år.

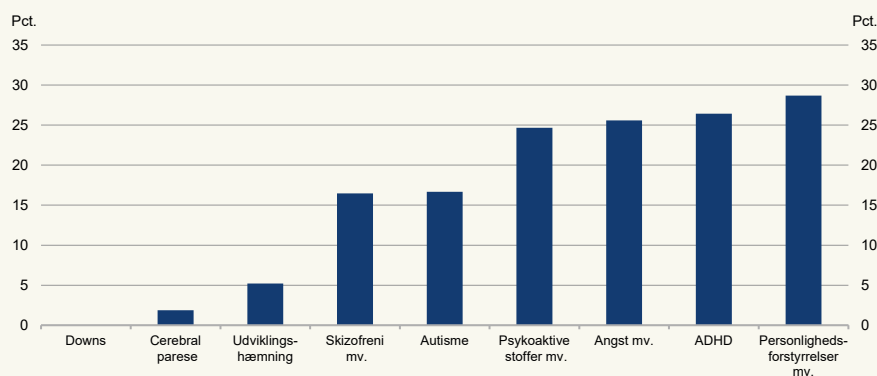
9.7 Kontanthjælp over ét år

En del af modtagerne af indsatser efter serviceloven med nedsat psykisk funktionsevne modtager kontanthjælp i lang tid. I gennemsnit er det ca. 13 pct. af den samlede gruppe i 2016, der har haft kontanthjælp som forsørgelsesgrundlag i mindst ét år ud af perioden fra 2016 til 2017.

Der er dog en meget stor variation. Andelen, der modtager kontanthjælp over ét år, er generelt størst for personer med psykiatriske diagnoser. Eksempelvis har i størrelsesordenen 25 pct. af dem med angst mv., ADHD eller personlighedsforstyrrelse mv. modtaget kontanthjælp i mindst ét år ud af perioden fra uge 1 i 2016 til uge 40 i 2017, jf. figur 9.17.

Figur 9.17

Andel med kontanthjælp over ét år i 2016-2017 blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med nedsat psykisk funktionsevne efter diagnose, 2016



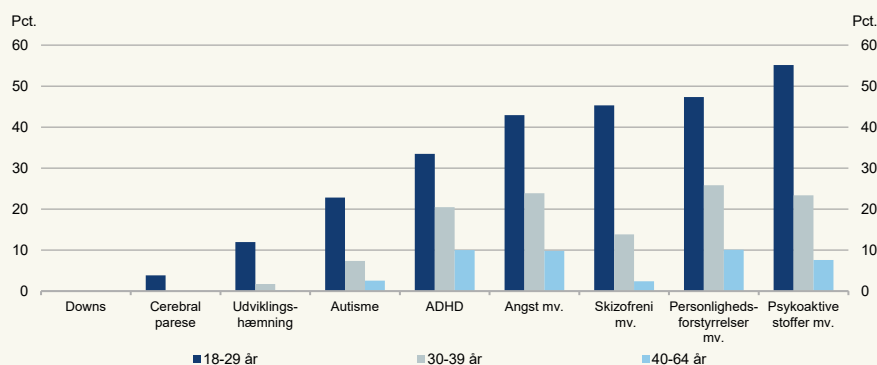
Anm.: Afgrænset til 19-63-årige ultimo 2016, således at alle er mellem 18 og 64 år i hele perioden 2016-2017. Omhandler kontanthjælp i perioden fra uge 1 i 2016 til uge 40 i 2017. Uger, hvor der modtages kontanthjælp, og personen samtidigt er registreret på en STU, indgår ikke. Opgørelsen stopper i uge 40 2017, da elevregistret er opdateret hertil. Opgjort ekskl. personer, der er døde eller ikke har været bosiddende i Danmark i 2016 eller 2017. Kontanthjælp er inkl. uddannelseshjælp og integrationsydelse.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der er flest kontanthjælpsmodtagere blandt de yngste personer med nedsat psykisk funktionsevne. Særligt blandt de unge med psykiske vanskeligheder er der mange, som modtager kontanthjælp i lang tid. Omkring 45 pct. af de 18-29-årige - med angst mv., skizofreni mv. eller personlighedsforstyrrelser mv. modtager kontanthjælp i over ét år ud af perioden 2016-2017. Omvendt er der ingen eller meget få med Downs syndrom eller udviklingshæmning, der har haft kontanthjælp som deres forsørgelsesgrundlag i mere end ét år, jf. figur 9.18.

Figur 9.18

Andel med kontanthjælp over ét år i 2016-2017 blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med nedsat psykisk funktionsevne efter diagnose og alder, 2016



Anm.: Afgrænset til 19-63-årige ultimo 2016, således at alle er mellem 18 og 64 år i hele perioden 2016-2017. Omhandler kontanthjælp i perioden fra uge 1 i 2016 til uge 40 i 2017. Uger, hvor der modtages kontanthjælp, og personen samtidigt er registreret på en STU, indgår ikke. Opgjort ekskl. personer, der er døde eller ikke har været bosiddende i Danmark i 2016 eller 2017. Kontanthjælp er inkl. uddannelseshjælp og integrationsydelse. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Langt hovedparten af modtagerne af sociale indsatser, der modtager kontanthjælp over ét år, er hverken job- eller uddannelsesparate. Kun omkring 7 pct. er job- eller uddannelsesparate. De resterende 93 pct. er aktivitetsparate baseret på borgerens visitationskategori i 3. kvartal 2017.

Resultaterne understreger, at modtagere af sociale indsatser med nedsat psykisk funktionsevne omfatter personer med betydelige funktionsnedsættelser, og at det kan være vanskeligt at løfte denne gruppe tættere på ordinær beskæftigelse eller uddannelse.

10. Kvinder på kvindekrisecentre

I dette kapitel gives der en omfattende karakteristik af kvinder med ophold på et kvindekrisecenter på baggrund af Børne- og Socialministeriets nye registerbaserede kvindekrisecenterstatistik. Med den nye statistik, der omfatter alle kvinder og børn indskrevet på et kvindekrisecenter, er det for første gang muligt at lave en detaljeret kortlægning af disse kvinders livssituation, udfordringer og behov.

Kortlægningen viser, at mange kvinder med ophold på kvindekrisecentrene har et komplekst støttebehov og ofte har kontakt til forskellige dele af velfærdssystemet, blandt andet beskæftigelses- og sundhedsområdet. Det peger på, at kvinder på kvindekrisecentre samlet set er en udsat gruppe, hvor de negative konsekvenser af den vold, de har oplevet, afspejler sig i en række forskellige områder af kvindernes liv.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- I 2017 påbegyndte omkring 1.500 kvinder ophold på et kvindekrisecenter, hvoraf omkring 8 pct. af kvinderne påbegyndte flere ophold. Der er stor forskel på længden af opholdene. Lidt over 40 pct. af opholdene blev afsluttet inden for tre uger, mens lidt under 30 pct. af opholdene varede mere end tre måneder.
- Næsten 50 pct. af de kvinder, som påbegyndte et ophold på krisecenter i 2017, havde ikke-vestlig oprindelse. Kvinder med ikke-vestlig oprindelse er derfor væsentligt overrepræsenterede på kvindekrisecentrene, når man sammenligner med andelen af 18-64-årige kvinder med ikke-vestlig oprindelse i befolkningen.
- Mens omkring halvdelen af alle pladser på kvindekrisecentrene i Danmark er placeret i Region Hovedstaden, tegner regionen sig kun for omkring en tredjedel af de påbegyndte ophold i 2017. Det skyldes i høj grad, at den gennemsnitlige opholdstid på kvindekrisecentrene i Region Hovedstaden er længere end i resten af landet, både for personer med dansk og ikke-vestlig oprindelse.
- Størstedelen af kvinderne med ophold på krisecentrene er under 40 år. Det gælder både for kvinder med dansk og ikke-vestlig oprindelse. Kvinderne med ikke-vestlig oprindelse er generelt lidt yngre sammenlignet med kvinder med dansk oprindelse.
- Samlet set har omkring en tredjedel af kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecenter i 2017 haft kontakt til den regionale sygehuspsykiatri i perioden 2012-2016. Knap 20 pct. har fået stillet en diagnose for angst mv., mens 8-9 pct. har fået stillet diagnoserne personlighedsforstyrrelse mv., depression mv. eller psykoaktive stoffer mv.

- Omkring en tredjedel af kvinderne var i beskæftigelse eller i gang med uddannelse året inden, de påbegyndte deres ophold på et kvindekrisecenter. Ser man over en 5-årig periode ledende op til deres ophold, har omkring halvdelen været i beskæftigelse i mindst ét år. En del af gruppen har dermed erhvervserfaring og kompetencer fra tidligere beskæftigelse, der med den rette hjælp og støtte, vil kunne bringes i spil. Det indikerer, at der er et potentiale for at få en del af målgruppen tættere på arbejdsmarkedet.
- Kun en tredjedel af kvinderne har ikke haft midlertidige ydelser mv., fx kontanthjælp, som primært forsørgelsesgrundlag i mindst ét år fra 2012 til 2016. Der er derfor også en væsentlig udfordring med kvinder, der langvarigt har modtaget midlertidige ydelser. Det peger på, at vejen til beskæftigelse kan være meget lang. Der kan blandt andet være tale om barrierer, der ikke nødvendigvis forsvinder, selvom kvinden opnår et liv uden vold, fx længerevarende fysiske og psykiske mén af volden og manglende selvtillid og netværk på arbejdsmarkedet.
- Både blandt personer med dansk og ikke-vestlig oprindelse har i størrelsesordenen 55-60 pct. grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og få er i gang med en uddannelse.

10.1 Ophold på kvindekrisecentre

Når en kvinde har været udsat for vold i nære relationer, kan hun søge hjælp på et kvindekrisecenter. Kvinden kan selv møde op på krisecenteret eller få en henvisning fra en offentlig myndighed, fx kommunen. Der er ikke nogle faste afgrænsninger i forhold til, hvilke typer af vold der kan danne grundlag for behovet for ophold på krisecentre. Nogle har brug for ophold, fordi de har været udsat for fysisk eller psykisk vold. Andre på grund af økonomisk kontrol eller seksuelle overgreb. Ofte har kvinderne på krisecentrene været udsat for en kombination af de forskellige voldsformer.

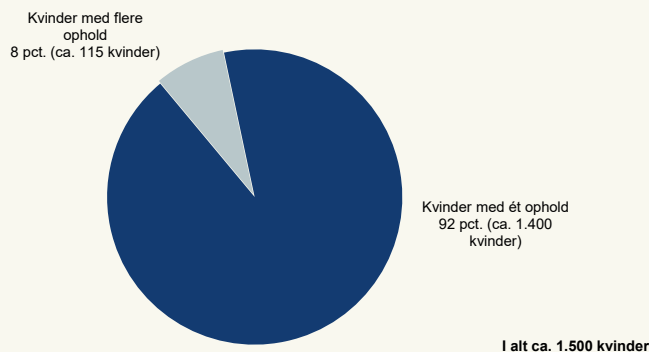
Formålet med indsatsen på kvindekrisecentre er beskyttelse, omsorg og støtte til kvinderne, hvor centrene arbejder med den enkelte kvindes trivsel og generelle livssituation. Herudover vil kvinden modtage indledende og koordinerende rådgivning, som blandt andet har til formål at skabe kontakt til relevante myndigheder og hjælpe kvinden med at skabe sig en tryktilværelse uden vold. Det handler blandt andet om at sikre et sted at bo og om rådgivning i forhold til økonomi og arbejdsmarked. Voldsudsatte kvinder har mulighed for at tage deres børn med på krisecentret. Hvis der er børn med, er der særlige krav til indsatsen, herunder at børnene modtager psykologhjælp.

Denne analyse er baseret på oplysninger fra den nye kvindekrisecenterstatistik, der er blevet oprettet som led i Børne- og Socialministeriets datastrategi. Den nye statistik giver for første gang mulighed for at lave en fuldt dækkende registerbaseret karakteristik af kvinder med ophold på kvindekrisecentre.

Kvinder kan tage anonymt ophold på et kvindekrisecenter. Anonymt ophold registreres ikke med personnummer i statistikken, og der er derfor i den resterende del af analysen set bort fra kvinder med anonymt ophold, da det ikke er muligt at koble oplysningerne om anonyme kvinder med oplysninger fra andre registre. Kvinder med anonymt ophold udgør omkring 10 pct. af gruppen af kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017.

I 2017 påbegyndte omkring 1.500 kvinder ophold på kvindekrisecentre i Danmark. Heraf havde omkring 115 kvinder flere ophold, svarende til ca. 8 pct., jf. figur 10.1.

Opgørelsen omfatter kun personer med påbegyndt ophold i 2017. Det samlede antal kvinder, der har opholdt sig på et kvindekrisecenter i løbet af 2017, vil derfor være højere.

Figur 10.1**Kvinder med påbegyndte ophold på kvindekrisecentre i 2017**

Anm.: Kvinder på 18 år eller derover ultimo 2017, som indgår i befolkningsregistret i løbet af 2017. Opgørelsen omfatter ikke kvinder med anonymt ophold. To ophold for den samme kvinde med mindre end én dag imellem er opgjort som ét ophold på grund af registreringsmæssige forhold. Se i øvrigt boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når nogle kvinder har flere ophold, kan det skyldes en række forskellige forhold. Det kan fx være kvinder, der som en del af bruddet og processen med at skabe sig et selvstændigt liv uden vold, har brug for at vende tilbage til en voldelig partner for at give forholdet en chance til. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at brud med vold i nære relationer for nogle er en proces med både positiv udvikling og tilbagefald, før kvinden er i stand til endeligt at bryde med den voldelige relation (Rambøll, 2015).

Opgørelsen og afgrænsningen af kvinder med ophold på kvindekrisecentre er nærmere beskrevet i boks 10.1.

Boks 10.1**Oplysninger om kvinder på kvindekrisecentre mv.**

Kommunerne skal efter servicelovens § 109 tilbyde kvinder, som har været udsat for vold eller trusler om vold i nære relationer, midlertidigt ophold på et kvindekrisecenter. Kvinderne kan selv møde op på krisecenteret eller få en henvisning fra en offentlig myndighed, fx kommunen. Det er lederen af det enkelte krisecenter, der på baggrund af en vurdering af kvindens situation og behov skal afgøre, om kvinden får ophold. Optagelsen på et kvindekrisecenter kan ske anonymt ved både egen henvendelse og ved henvisning fra offentlige myndigheder, jf. servicelovens § 109, stk. 2.

Med undtagelse af de ophold, hvor kvinden ønsker at være anonym, skal krisecenteret orientere kommunen om kvindens optagelse og udskrivning, så kommunen er klar med sideløbende hjælp til den indsats, som kvinden modtager på kvindekrisecenteret. Kommunen skal tilbyde kvinder med ophold på krisecentre indledende og koordinerende støtte og vejledning, herunder rådgivning i forhold til bolig, økonomi, arbejdsmarked, skole, daginstitution og sundhedsvæsen mv. Derudover har kommunerne ansvar for at hjælpe og rådgive personer med nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne samt særlige sociale problemer, jf. servicelovens § 12. Den forpligtelse gælder også for personer, der har behov for hjælp som følge af vold i nære relationer. Kommunen kan fx tilbyde gratis rådgivning og har også mulighed for at visitere til relevante tilbud, herunder kvindekrisecentre eller andre tilbud af behandlingsmæssig karakter.

Oplysningerne om opholdene på kvindekrisecentrene kommer fra Børne- og Socialministeriets Kvindekrisecenterstatistik, der indsamles af Danmarks Statistik. Kvindekrisecenterstatistikken er en totaltælling, som dækker alle påbegyndte ophold på et kvindekrisecenter efter servicelovens § 109 i 2017. Statistikken indeholder derfor også oplysninger om opholdene på kvindekrisecentrene for kvinder med anonymt ophold, jf. servicelovens § 109, stk. 2. Hvis kvinden opholder sig anonymt på krisecentret, indgår kvinden stadig i statistikken, men uden cpr-nr. I analysen er der imidlertid set bort fra kvinder med anonymt ophold og kvinder, der ikke kan genfindes i befolkningsregistret, da oplysninger om disse kvinder ikke kan kobles med andre registeroplysninger om fx alder, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning.

I Kvindekrisecenterstatistikken er der registret i alt 1.981 påbegyndte ophold på kvindekrisecentre i 2017, fordelt på 1.687 kvinder og 1.649 ledsagende børn. Omkring 10 pct. af kvinderne har valgt et anonymt ophold, mens ca. 20 pct. af børnene er indrapporteret anonymt. Antallet af kvinder og børn skal tages med det forbehold, at det på baggrund af kvindekrisecenterstatistikken ikke er muligt at opgøre, om den samme person har haft flere anonyme ophold, eller både er registreret med et anonymt ophold og et ikke-anonymt ophold. I opgørelsen bliver antallet af anonyme ophold dermed det samme, som antallet af personer med anonyme ophold. Statikken indeholder også kun oplysninger om kvinder og børn, der påbegyndte deres ophold i 2017. Antallet af kvinder og børn, der har opholdt sig på et kvindekrisecenter i løbet af 2017, vil derfor være højere, da nogle kvinder og børn vil have påbegyndt deres ophold før 2017.

Der fokuseres i denne analyse på kvinderne. Børne- og Socialministeriet vil fremadrettet se nærmere på ledsagende børn på kvindekrisecentre.

Se Danmarks Statistiks dokumentation af kvindekrisecenterstatistikken for yderligere information.

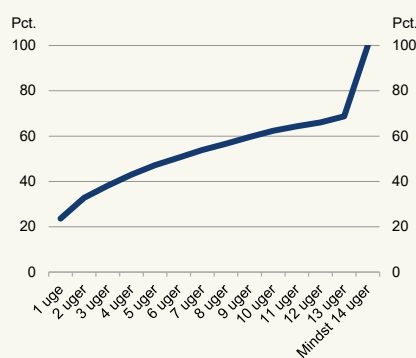
Der er stor forskel på, hvor lang tid kvinderne har ophold på krisecentrene. Blandt de ophold, der blev påbegyndt i løbet af de første tre kvartaler i 2017, blev lidt over 40 pct. af opholdene afsluttet inden for tre uger. Lidt under 30 pct. af opholdene varede mere end 3 måneder (mindst 14 uger), jf. figur 10.2.

Det er forskelligt fra kvindekrisecenter til kvindekrisecenter, hvordan indsatsen er organiseret, herunder hvilke indsatser kvinden modtager i løbet af sit ophold. Indsatsen tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte kvindes behov, og længden på de enkelte ophold afhænger derfor i høj grad af de problemer, som kvinden skal have hjælp til at løse.

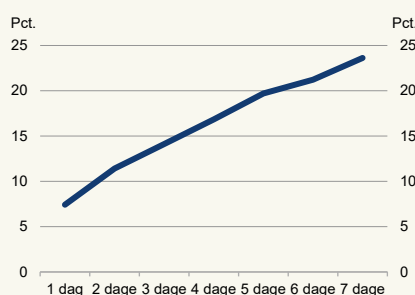
Opholdslængden er i denne analyse opgjort på baggrund af ophold påbegyndt i løbet af de tre første kvartaler, da der endnu ikke findes oplysninger om afslutningsdatoen for ophold, som er afsluttet i 2018. Opholdslængden er derfor kun opgjort for ophold på tre måneder eller derunder. De resterende ophold er angivet som over tre måneder (mindst 14 uger).

Figur 10.2

Afslutning af påbegyndte ophold på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter opholdslængde

**Figur 10.3**

Afslutning af ophold inden for en uge, blandt påbegyndte ophold på kvindekrisecentre i 2017



Anm.: Ophold på én dag omfatter både personer med én overnatning samt personer, der optager én plads i en dag, men kommer og går samme dag. Opholdslængden er opgjort på baggrund af de første tre kvartaler, da der endnu ikke findes oplysninger om afslutningsdatoen for ophold, som er afsluttet i 2018. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.1 og boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Omkring 25 pct. af opholdene blev afsluttet inden for en uge, jf. figur 10.3.

Når der er helt korte ophold, skal det blandt andet ses i lyset af, at nogle kvinder henvises til andre typer af tilbud, eller selv vælger at afslutte deres ophold uden at have gennemført den planlagte indsats. Det kan fx være tilfælde, hvor kvinderne viser sig ikke at være i målgruppen for et ophold på et krisecenter. Det kan også være tilfælde, hvor kvinden fortryder sit ophold eller får mulighed for at flytte til familie eller venner, eller selv har fundet en ny bolig.

Boks 10.2 ser nærmere på ophold på kvindekrisecentre, hvor kvinderne er ledsaget af børn.

Boks 10.2**Ophold på kvindekrisecentre med ledsagende børn**

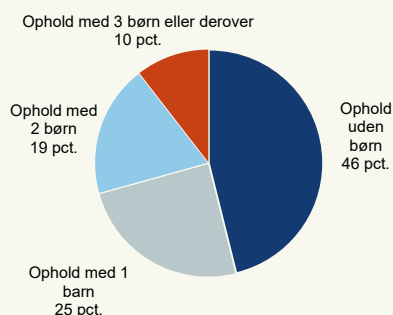
Kvinder udsat for vold har mulighed for at tage deres børn med på kvindekrisecentrene. Når der er børn med på et ophold, stilles der ved indsatsen særlige krav til støtte og vejledning i form af indledende og koordinerende rådgivning, og kommunerne er forpligtiget til at tilbyde psykologhjælp til børnene.

Den indledende og koordinerende rådgivning har fokus på udslusning af kvinden og hendes børn og omfatter rådgivning og støtte til etablering af en ny selvstændig tilværelse. Det omfatter bl.a. rådgivning i forhold til boligforhold, beskæftigelse, børnenes skolegang og eventuel optagelse i dagtilbud mv. Formålet med psykologhjælpen til børnene er at minimere børnenes eventuelle følger af at have levet i en voldsramt familie, hvor moderen har måttet opholde sig på et kvindekrisecenter sammen med børnene.

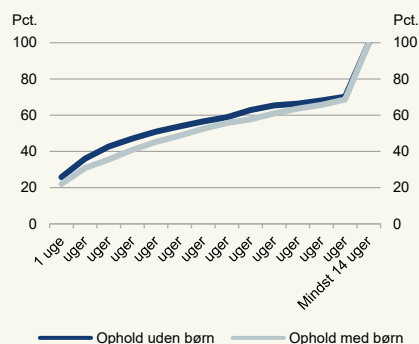
Kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre var ledsaget af børn ved ca. 54 pct. af opholdene. Ved ca. 25 pct. af opholdene var de ledsaget af ét barn, mens de var ledsaget af to børn ved ca. 19 pct. og 3 børn eller derover ved ca. 10 pct. af opholdene, jf. figur a.

Figur a

Påbegyndte ophold med ledsagende børn på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter antal børn

**Figur b**

Afslutning af påbegyndte ophold på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter opholdslængde og ophold med og uden børn



Opholdslængden er nogenlunde den samme for ophold med og uden ledsagende børn, når man ser på påbegyndte ophold i de første tre kvartaler i 2017 med en varighed på op til tre måneder, jf. figur b.

Anm.: Ophold med mindre end én dag imellem, hvor der er registreret det samme antal ledsagende børn, er opgjort som ét ophold på grund af registreringsmæssige forhold. Opgørelsen omfatter kvinder på 18 år eller derover ultimo 2017, som indgår i befolkningsregistret i løbet af 2017. Opgørelsen omfatter ikke kvinder med anonymt ophold. Se anmærkningen til figur 10.2 og 10.3 for opgørelse af opholdslængden samt boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre.

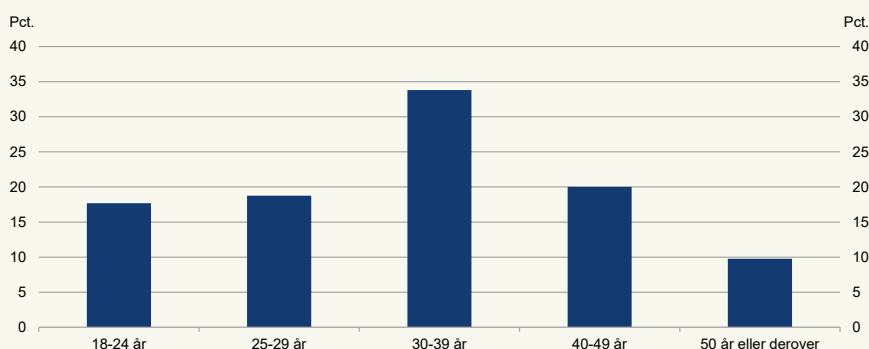
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

10.2 Alder og oprindelsesland

Blandt de omkring 1.500 kvinder, som påbegyndte et ophold på et krisecenter i 2017, var omkring 1.050 under 40 år, svarende til omkring 70 pct., jf. figur 10.4.

Figur 10.4

Kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter alder



Anm.: Kvinder på 18 år eller derover ultimo 2017, som indgår i befolkningsregistret i løbet af 2017. Opgørelsen omfatter ikke kvinder med anonymt ophold. Se i øvrigt boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Indsatsen på kvindekrisecentrene vil i mange tilfælde også afhænge af kvindernes oprindelse, fordi kvinder med ikke-vestlig oprindelse kan have særlige behov for at arbejde med tematikker som volds- og rettighedsforståelse samt netværksskabelse. Derudover kan der være en skærpet sikkerhedssituation for kvinder med ikke-vestlig oprindelse udsat for æresrelateret vold (Rambøll, 2015).

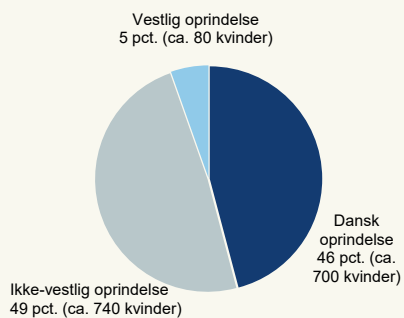
Der er kvindekrisecentre, som har særlige kompetencer til at håndtere æresrelateret vold, og hvor der er større sikkerhedsmæssige foranstaltninger. Det gælder blandt andet specialkrisecenteret RED-Safe house, der er et sikkert botilbud til unge i alderen 16-30 år, der flygter fra alvorlige æresrelaterede konflikter, herunder tvangsægteskaber og æresrelateret vold eller trusler herom.

Kvinder med ikke-vestlig oprindelse er væsentligt overrepræsenterede på kvindekrisecentrene, når man sammenligner med andelen af 18-64-årige kvinder med ikke-vestlig oprindelse i befolkningen.

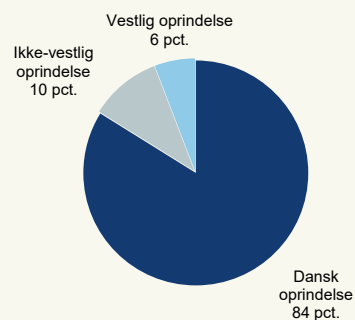
Næsten 50 pct. af de kvinder, som påbegyndte et ophold på krisecenter i 2017, har ikke-vestlig oprindelse. Omkring 45 pct. har dansk oprindelse, mens ca. 5 pct. har vestlig oprindelse, jf. figur 10.5.

Figur 10.5

Kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecenter i 2017, opdelt efter oprindelse

**Figur 10.6**

Alle kvinder mellem 18 og 64 år i Danmark ultimo 2017, opdelt efter oprindelse



Anm.: Oprindelse er opgjort på baggrund af Danmarks Statistiks opgørelsesmetode (Statistikbanken, FOLK2). Kvinder i Danmark er opgjort pr. 1. januar 2018. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.4 og boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre.

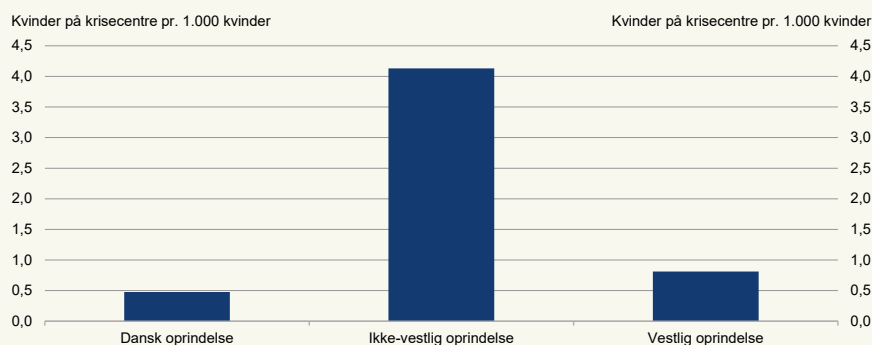
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Til sammenligning udgør kvinder med ikke-vestlig oprindelse ca. 10 pct. af det samlede antal 18-64 årige kvinder i Danmark, mens kvinder med dansk oprindelse udgør ca. 84 pct., og kvinder med vestlig oprindelse udgør ca. 6 pct., jf. figur 10.6.

I 2017 havde omkring 0,5 pr. 1.000 18-64 årige kvinder med dansk oprindelse ophold på et kvindekrisecenter i Danmark. Det tilsvarende antal for kvinder med ikke-vestlig oprindelse var omkring 4 kvinder pr. 1.000 kvinder, hvilket forholds-mæssigt svarer til omkring ni gange så mange som blandt kvinder med dansk oprindelse, jf. figur 10.7.

Figur 10.7

Kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre pr. 1.000 18-64-årige kvinder ultimo 2017, opdelt efter oprindelse



Anm.: Kvinder pr. 1.000 kvinder er opgjort på baggrund af antallet af 18-64-årige i Danmark pr. 1. januar 2018. Se anmærkningen til figur 10.5 og 10.6.

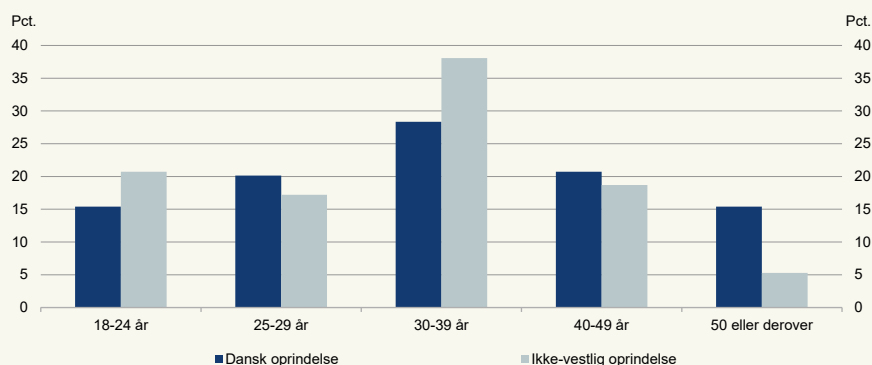
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I den resterende del af analysen ses der ikke særskilt nærmere på kvinder på kvindekrisecentre med vestlig oprindelse, da der er meget få kvinder i denne gruppe.

Kvinder med ikke-vestlig oprindelse på kvindekrisecentre er generelt lidt yngre end kvinderne med dansk oprindelse. Det skyldes særligt, at der er relativt mange kvinder med ikke-vestlig oprindelse i aldersgrupperne 18-24-årige og 30-39-årige, mens der er flere kvinder med dansk oprindelse på 50 år og derover, jf. figur 10.8.

Figur 10.8

Kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter alder og oprindelse



Anm.: Se anmærkningen til figur 10.5 og figur 10.6.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

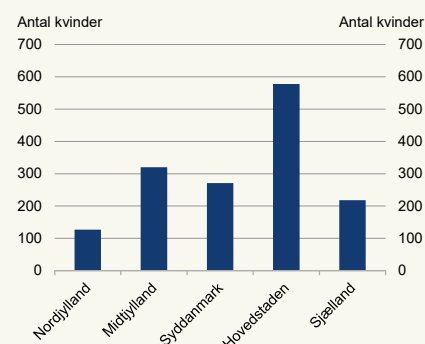
10.3 Geografisk fordeling

Det er et vigtigt element i hjælpen til voldsramte kvinder på kvindekrisecentre, at der tages udgangspunkt i den enkeltes behov, herunder om kvinden bør tilbydes ophold på et andet center. Nogle gange er det mest hensigtsmæssigt, at opholdet sker i nærheden af fx arbejdsplads og skole med henblik på at fastholde en normal hverdag. Andre gange kan det af sikkerhedsmæssige hensyn være nødvendigt med et ophold på et kvindekrisecenter langt væk fra en voldelig partner.

Der er kvinder, som bliver udsat for vold i hele landet. Derfor er der også kvindekrisecentre i alle dele af landet. Region Hovedstaden tegner sig for den største del af de kvinder, som påbegynder ophold på kvindekrisecentre. Ud af de omkring 1.500 kvinder, som påbegyndte et ophold på kvindekrisecenter i 2017, havde ca. 575 adresse i Region Hovedstaden op til deres ophold. Det svarer til omkring 38 pct., jf. figur 10.9.

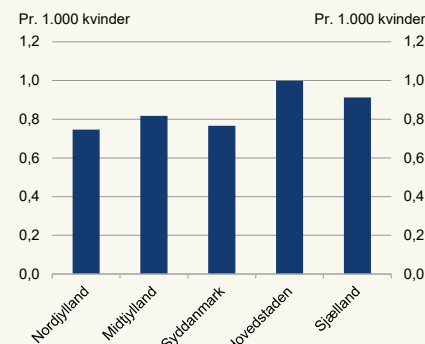
Figur 10.9

Kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter bopælsregion



Figur 10.10

Kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecenter i 2017 pr. 1.000 kvinder, opdelt efter bopælsregion



Anm.: En person kan have haft ophold i flere forskellige regioner. Langt størstedelen af kvinder på kvindekrisecentre er mellem 18 og 64 år. Opgørelsen af kvinder med påbegyndt ophold pr. 1.000 kvinder er derfor opgjort blandt 18-64-årige kvinder i regionen. Bopælsregionen er opgjort på baggrund af den region, hvor kvinden havde adresse op til det først påbegyndte ophold i 2017. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.4 og boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre.

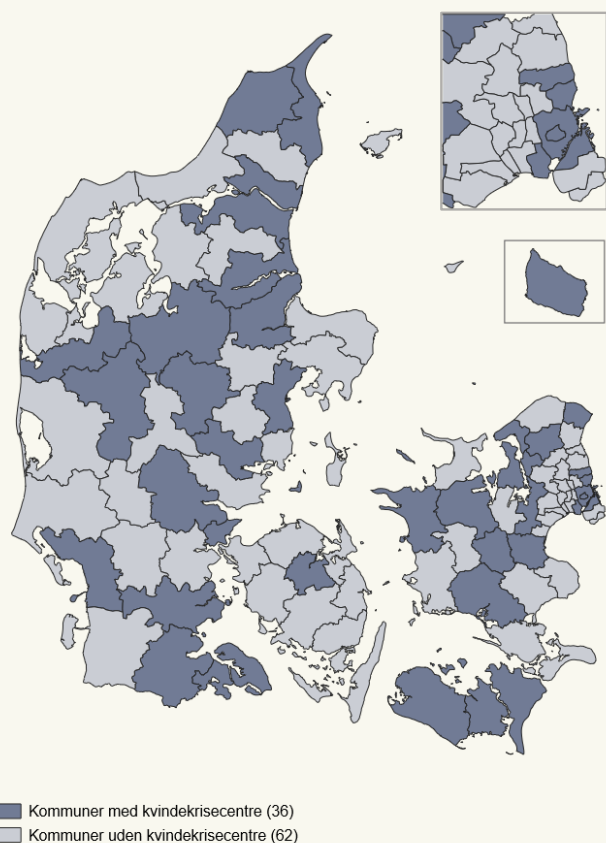
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Sammenligner man antallet af kvinder på kvindekrisecentre pr. region med det samlede antal voksne kvinder i regionerne, er billedet noget mindre udtalt, men Region Hovedstaden ligger stadig højest, jf. figur 10.10.

Det er kommunerne, der skal sørge for, at der er de nødvendige tilbud efter serviceloven til kvinder udsat for vold. Kommunerne kan opfylde deres forsyningsforpligtelse ved at anvende egne tilbud eller ved at købe pladser i andre kommuner eller ved at lave driftsaftaler med private/sevejende tilbud. Der er således ikke pligt for den enkelte kommune til at oprette et

kvindekrisecenter i kommunen. Kommunerne er alene forpligtet til at tilbyde en plads til voldsudsatte kvinder, hvilket godt kan ske på et krisecenter i en anden kommune.

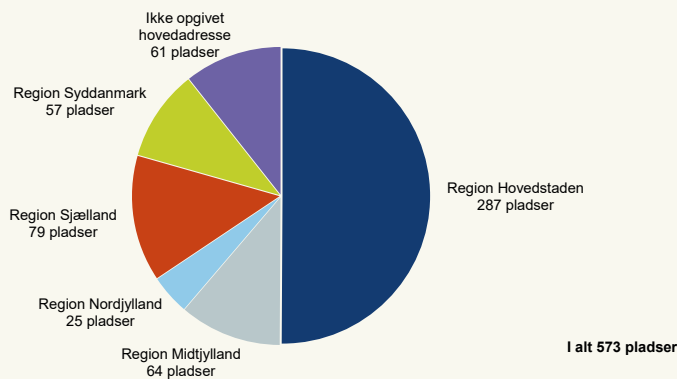
I 3. kvartal 2018 var der 53 kvindekrisecentre i Danmark, som var godkendt til målgruppen af kvinder udsat for vold, som har brug for hjælp og støtte i form af et ophold på et krisecenter efter serviceloven. De 53 centre fordeler sig på 39 kommuner, som er bredt fordelt over hele landet, jf. figur 10.11.

Figur 10.11**Kommuner hvor der ligger mindst ét kvindekrisecenter, november 2018**

Anm.: Opgjort pr. 10. november 2018. Opgørelsen omfatter § 109-tilbud efter serviceloven, som er godkendt af Socialtilsynet. Ud af de i alt 53 tilbud er 43 af de registrerede tilbud private tilbud, mens 10 er kommunale tilbud. Det er på baggrund af Tilbudsportalen ikke muligt at opdele alle tilbud godkendt efter servicelovens § 109, da enkelte tilbud af sikkerhedsmæssige årsager ikke har opgivet hovedadressen for tilbuddet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Tilbudsportalen.

På de 53 kvindekrisecentre er der i alt 573 pladser pr. dag. Omkring halvdelen af alle pladserne er i Region Hovedstaden, jf. figur 10.12.

Figur 10.12**Antal pladser på kvindekrisecentre opdelt efter regioner, november 2018**

Anm.: Antallet af pladser er optalt d. 13. november 2018 på baggrund af tilbudsliste trukket den 10. november 2018, hvor det var muligt at foretage en valid totaltælling af pladser godkendt efter servicelovens § 109. Det er på baggrund af Tilbudsportalen ikke muligt at opdele alle godkendte tilbud, da enkelte tilbud af sikkerhedsmæssige årsager ikke har opgivet hovedadressen for tilbuddet. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.11.

Kilde: Egne beregninger Tilbudsportalen mv.

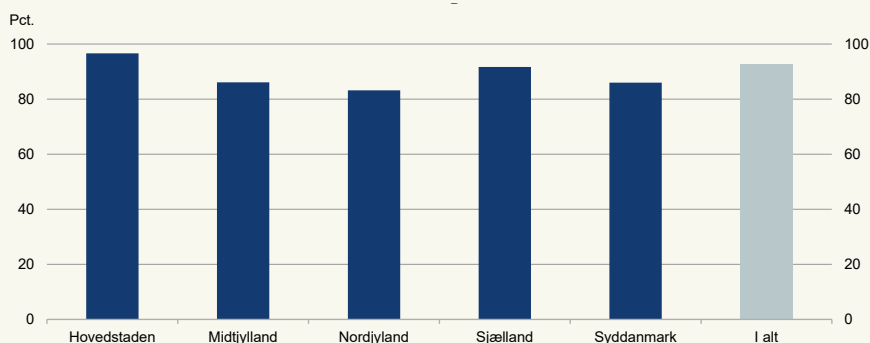
Henvender kvinden sig til et kvindekrisecenter, som ikke har plads, vil hun typisk blive henvist til et andet krisecenter, som har plads. Fra 1. januar 2018 er der blevet oprettet en elektronisk pladsoversigt, der viser, hvor i landet der er ledige pladser på krisecentrene, med henblik på, at kapaciteten på centrene udnyttes bedst muligt.

Det er på baggrund af den elektroniske pladsoversigt muligt at se belægningsprocenten fordelt på de enkelte kvindekrisecentre og på regionsniveau. På landsplan er omkring 90-95 pct. af alle pladserne på krisecentrene løbende optagede. Region Hovedstaden har også den højeste belægningsprocent på krisecentrene, jf. boks 10.3.

Boks 10.3**Belægning på krisecentre**

Lev Uden Vold har ansvaret for pladsoversigten over alle landets kvindekrisecentre og mandekrisecentre samt botilbud for både kvinder og mænd med særligt fokus på vold i nære relationer. Krisecentrene indrapporterer dagligt antal ledige pladser. Det enkelte krisecenter kan derfor bruge pladsoversigten til at se hvor i landet, der er ledige pladser. Derudover er det på baggrund af den elektroniske pladsoversigt muligt at følge belægningsprocenten.

Den elektroniske pladsoversigt viser belægningsprocenter fra 1. januar 2018 og frem. Det er på baggrund af den elektroniske pladsoversigt ikke muligt at se belægningsprocenten for pladser til kvinder på krisecentrene særskilt, idet belægningsprocenten også indeholder pladser for tilbud og pladser rettet mod mænd, der har været udsat for vold. Den gennemsnitlige belægningsprocent for alle pladser var på knap 93 pct. for de første tre kvartaler i 2018, jf. figur a.

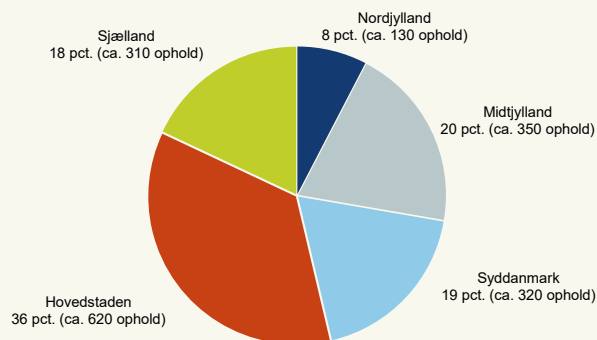
Figur a**Belægningsprocent på krisecentre til kvinder og mænd, 1.-3. kvartal 2018**

Anm.: Belægningsprocenterne omfatter både pladser til kvinder og mænd på krisecentre.

Kilde: Lev Uden Vold.

Den samlede belægningsprocent for tilbud om midlertidigt ophold på grund af vold i nære relationer er højest i Region Hovedstaden, hvor belægningsprocenten var på knap 97 pct., jf. figur a. Se LevUdenVold.dk for yderligere information.

Ud af alle påbegyndte ophold på kvindekrisecentre i 2017 blev 36 pct. påbegyndt på krisecentre i Region Hovedstaden. I størrelsesordenen 18-20 pct. af opholdene blev påbegyndt i hver af regionerne Midtjylland, Sjælland og Syddanmark, mens 8 pct. af opholdene blev påbegyndt i Region Nordjylland, jf. figur 10.13.

Figur 10.13**Antal påbegyndte ophold på kvindekrisecentre opdelt efter region, 2017**

Anm.: En person kan have mere end ét ophold, hvorfor antallet af ophold er større end antallet af kvinder med ophold på kvindekrisecentre. Ophold blandt kvinder på 18 år eller derover ultimo 2017, som indgår i befolkningsregistret i løbet af 2017. Opgørelsen omfatter ikke kvinder med anonymt ophold. Ophold med mindre end én dag imellem, hvor begge ophold er i samme region, er opgjort som ét ophold på grund af registreringsmæssige forhold. Se i øvrigt boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I boks 10.4 er der set nærmere på afstand mellem bopæl og krisecenter for kvinder med ophold på krisecenter.

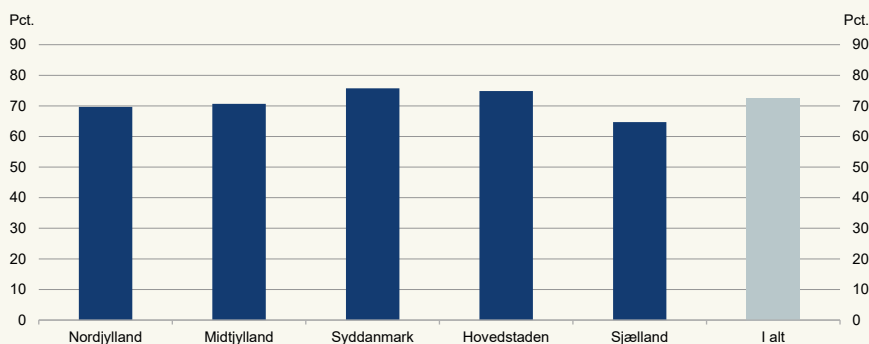
Boks 10.4**Afstand mellem bopæl og krisecenter for kvinder med ophold på kvindekrisecentre**

For at belyse afstanden mellem kvindernes bopæl og det krisecenter, som de har taget ophold på, er der set nærmere på, hvor mange af kvinderne med ophold på et kvindekrisecenter, der har fået ophold på et kvindekrisecenter i den region, som de boede i, før de flyttede på krisecenter. Det er på baggrund af kvindekrisecenterstatistikken ikke muligt at belyse årssagerne til, hvor kvinderne har fået ophold.

Omkring tre fjerdedele af kvinderne har fået ophold på et krisecenter i den region, som de bor i, jf. figur a. De resterende ophold er typisk foretaget i en region, der grænser op til kvindernes egen region. Det gælder således også for krisecentrene i alle dele af landet, at en del af kvinderne på deres center kommer fra andre regioner.

Figur a

Påbegyndte ophold på kvindekrisecentre i 2017, hvor kvinden tager ophold på et kvindekrisecenter i samme region, som hun havde adresse i før opholdet



Anm.: En person kan have mere end ét ophold og have ophold i flere forskellige regioner. Bopælsregionen er opgjort på baggrund af den region, hvor kvinden havde adresse op til det først påbegyndte ophold på et kvindekrisecenter i 2017. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.4.

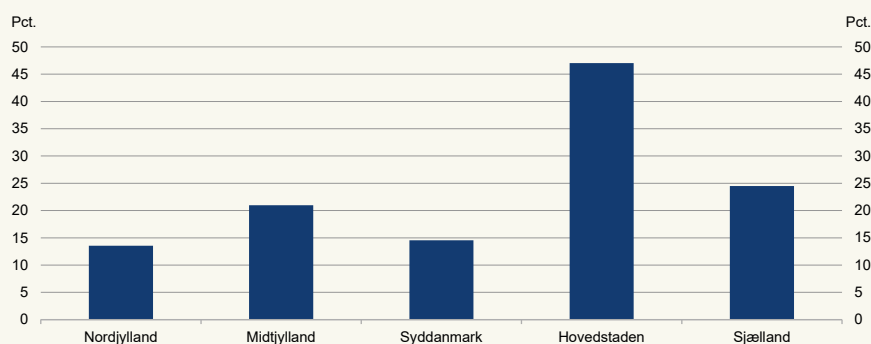
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når der er færrest fra Region Sjælland, der har taget ophold i den region, som de kommer fra, skyldes det, at en stor del har taget ophold på et af kvindekrisecentrene i Region Hovedstaden, ligesom der også er mange kvinder fra Region Hovedstaden på kvindekrisecentrene i Region Sjælland.

Mens omkring halvdelen af alle pladser på kvindekrisecentrene i Danmark er placeret i Region Hovedstaden, tegner regionen sig for kun omkring en tredjedel af de påbegyndte ophold i 2017. Når belægningsprocenten er høj i Region hovedstaden skyldes det derfor, at den gennemsnitlige opholdstid på kvindekrisecentrene i Region Hovedstaden er højere end i andre regioner.

Forskellene i den gennemsnitlige opholdslængde på tværs af regionerne kan skyldes en række forskellige forhold. Der kan fx være forskelle i mulighederne for at finde egnede boliger til kvinder i de forskellige regioner, hvilket kan udsætte kvindernes udflytning. Det kan også afspejle forskelle i organiseringen af tilbuddene, herunder forskellige faglige tilgange til, hvor lang tid kvinderne skal bruge på kvindekrisecentret til at få bearbejdet volden.

I Region Hovedstaden har omkring 45 pct. af alle de ophold, der blev påbegyndt de første tre kvartaler i 2017, en opholdslængde på over tre måneder. I de øvrige regioner gælder det for i størrelsesordenen 10-25 pct. af opholdene, jf. figur 10.14.

Figur 10.14**Ophold på mindst 3 måneder, opdelt efter region, 2017**

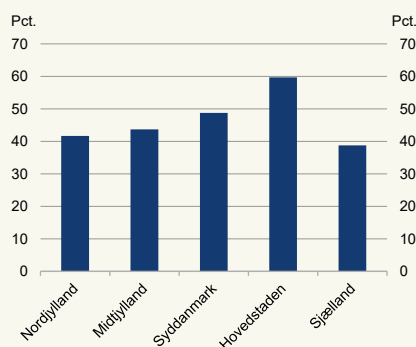
Anm.: Ophold blandt kvinder på 18 år eller derover ultimo 2017, som indgår i befolkningsregistret i løbet af 2017. Opgørelsen omfatter ikke kvinder med anonymt ophold. Opholdslængden er opgjort på baggrund af de tre første kvartaler, da der endnu ikke findes oplysninger om afslutningsdatoen for de ophold, som blev afsluttet i 2018. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.13.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

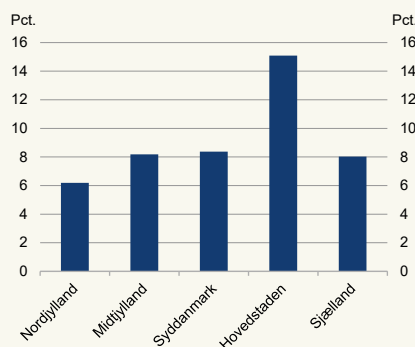
Region Hovedstaden er også den region, hvor andelen af kvinder med ophold på kvindekrisecentre med ikke-vestlig oprindelse er højest. I Region Hovedstaden var andelen omkring 60 pct., jf. figur 10.15.

Figur 10.15

Påbegyndte ophold blandt kvinder med ikke-vestlig oprindelse i 2017, opdelt efter region

**Figur 10.16**

Kvinder med ikke-vestlig oprindelse blandt kvinder mellem 18 og 64 år i Danmark ultimo 2017, opdelt efter region



Anm.: Ophold blandt kvinder med ikke-vestlig oprindelse på 18 år eller derover ultimo 2017, som indgår i befolkningsregistret i løbet af 2017. Opgørelsen omfatter ikke kvinder med anonymt ophold. Oprindelse er opgjort på baggrund af Danmarks Statistiks opgørelsesmetode (Statistikbanken, FOLK2). Se i øvrigt boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre.

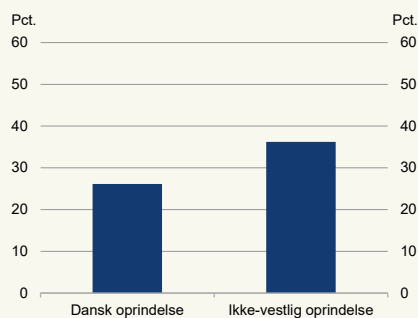
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når der er flere kvinder i Region Hovedstaden med ikke-vestlig oprindelse på kvindekrisecentre, skal det i høj grad ses i lyset af, at kvinder med ikke-vestlig oprindelse udgør en markant større andel af de 18-64-årige kvinder i regionen sammenlignet med de øvrige regioner, jf. figur 10.16.

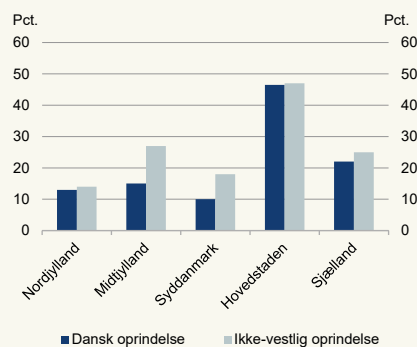
Kvinder med ikke-vestlig oprindelse har samlet set længere ophold på kvindekrisecentrene. Blandt ophold af kvinder med dansk oprindelse, var det 26 pct. af alle de ophold, der blev påbegyndt i løbet af de første tre kvartaler i 2017, der har en opholdslængde på over tre måneder. Til sammenligning gjaldt det for 36 pct. af opholdene foretaget af kvinder med ikke-vestlig oprindelse, jf. figur 10.17.

Figur 10.17

Påbegyndte ophold på mindst 3 måneder på kvindekrisecentre opdelt efter oprindelse, 2017

**Figur 10.18**

Påbegyndte ophold på mindst 3 måneder på kvindekrisecentre opdelt efter oprindelse og region, 2017



Anm.: Se anmærkningen til figur 10.14, figur 10.15 og figur 10.16.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det gælder dog ikke i Region Hovedstaden, hvor andelen af kvinder med ophold på over tre måneder er den samme for kvinder med ikke-vestlig oprindelse som for kvinder med dansk oprindelse. Når opholdstiderne generelt er længere i Region Hovedstaden, skyldes det derfor ikke, at andelen af kvinder med ikke-vestlig oprindelse er højere på krisecentrene i Region Hovedstaden.

I Region Hovedstaden gælder det både for kvinder med dansk og med ikke-vestlig oprindelse, at omkring 45 pct. af opholdene har en varighed over tre måneder, jf. figur 10.18.

10.4 Kontakt til sygehuspsykiatri

Der kan være en række sundhedsmæssige konsekvenser forbundet med den vold, som kvinder på kvindekrisecentre har oplevet. Mange af kvinderne har eksempelvis modtaget behandling i den regionale sygehuspsykiatri på grund af angst og andre stressrelaterede diagnoser i årene op til deres ophold på et krisecenter i 2017.

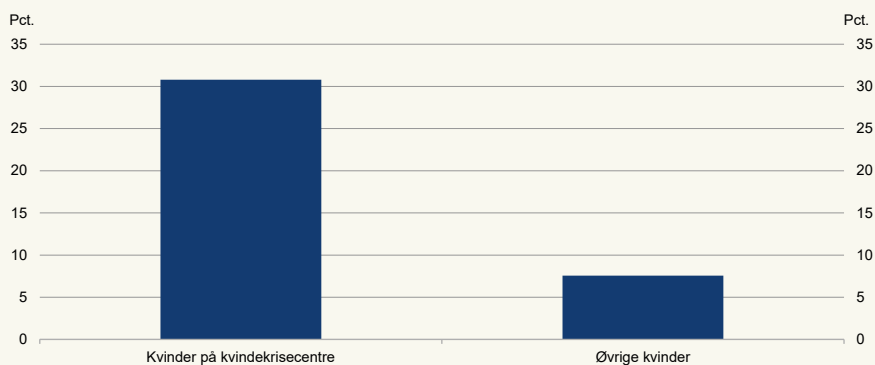
Ligeledes har mange af kvinderne været udsat for vold over en årrække før deres ophold på et krisecenter (Socialstyrelsen, 2018), og kvinderne kan have haft andre ophold på et kvindekrisecenter før deres ophold i 2017. Det skal dog samtidig bemærkes, at det på baggrund af registeroplysningerne ikke er muligt at udlede, hvorvidt kontakterne til psykiatrien skyldes vold i nære relationer. Samtidig vil forekomsten af de diagnoser, der ses på i det følgende, være undervurderet, da kontakter til og behandling hos egen læge og privatpraktiserende speciallæge ikke indgår.

Der findes på nuværende tidspunkt kun registerdata om behandling i den regionale sygehuspsykiatri frem til 2016. Der er i denne analyse derfor set nærmere på behandling i den regionale sygehuspsykiatri i årene før, kvinderne påbegynder et ophold på et kvindekrisecenter i 2017.

Blandt de kvinder, som påbegyndte ophold på kvindekrisecentre i 2017, har knap en tredjedel haft kontakt til den regionale sygehuspsykiatri i perioden 2012-2016. Det er omkring fire gange så mange som andre kvinder mellem 18 og 64 år, hvor omkring 8 pct. har haft kontakt til psykiatrien i samme periode, jf. figur 10.19.

Figur 10.19

Kontakt til sygehuspsykiatri fra 2012 til 2016, blandt kvinder med og uden ophold på kvindekrisecentre i 2017



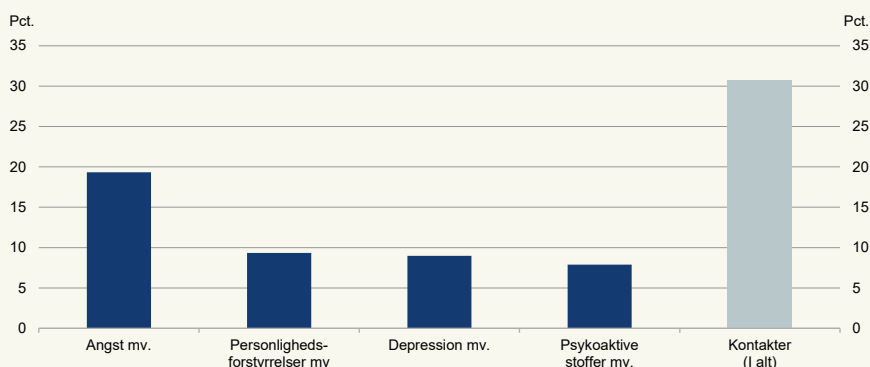
Anm.: Opgjort på baggrund af kvinder, som også indgår i befolkningen i 2012. Kontakter til sygehuspsykiatri opgjort som udskrivninger og ambulante besøg i året, herunder skadestue og akut ambulant. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.4 og boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Landspatientregisteret (DRG-grupperet).

Kvinder med kontakt til sygehuspsykiatrien kan have haft flere kontakter og kan have fået stillet flere forskellige diagnoser. 19 pct. har fået stillet diagnosen angst mv., mens i størrelsesordenen 8-9 pct. har fået stillet diagnoserne personlighedsforstyrrelse mv., depression mv. eller psykoaktive stoffer mv., jf. figur 10.20.

Figur 10.20

Udvalgte diagnosegrupper blandt kvinder på krisecentre i 2017 med kontakt til sygehuspsykiatri i perioden 2012-2016



Anm.: Opgjort på baggrund af kvinder, som også indgår i befolkningen i 2012. Opgørelsen omfatter i alt ca. 1.180 kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017. En person kan indgå i flere forskellige diagnosegrupper. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.4 og boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre samt bilag 4 om diagnosegrupper.

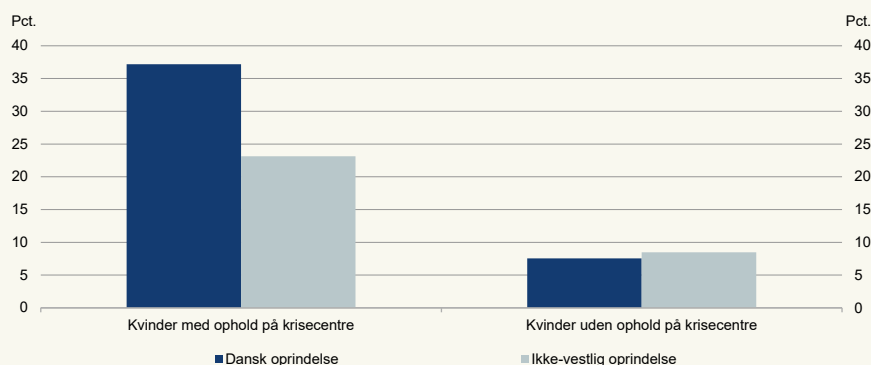
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Psykoaktive stoffer mv. omfatter psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

Det er særligt blandt kvinder med dansk oprindelse på kvindekrisecentrene, at mange har modtaget behandling i den regionale sygehuspsykiatri. Blandt kvinder med dansk oprindelse på krisecentrene i 2017 har 37 pct. haft kontakt til psykiatrien, mens det tilsvarende tal for kvinder med ikke-vestlig oprindelse på krisecentre er 23 pct., jf. figur 10.21.

Figur 10.21

Kontakt til sygehuspsykiatri i perioden 2012-2016 blandt kvinder med og uden ophold på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter oprindelse



Anm.: Opgjort på baggrund af kvinder, som også indgår i befolkningen i 2012. Kvinder uden ophold på kvindekrisecentre i 2017 omfatter 18-64-årige kvinder, som indgår i befolkningen ultimo 2017. Oprindelse er opgjort på baggrund af Danmarks Statistiks opgørelsesmetode (Statistikbanken, FOLK2). Kvinder i Danmark er opgjort pr. 1. januar 2018. Se i øvrigt anmærkning til figur 10.19 og 10.20.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Landspatientregisteret (DRG-grupperet).

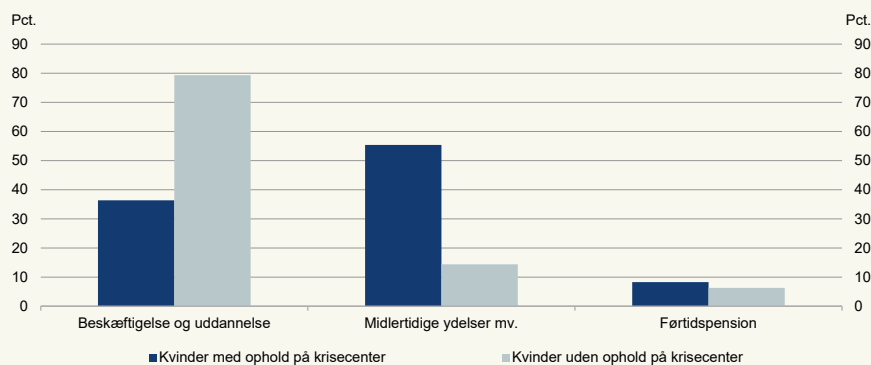
For kvinder uden ophold på kvindekrisecentre i 2017 gælder det både for kvinder med dansk oprindelse og ikke-vestlig oprindelse i 18-64-årsalderen, at i størrelsesordenen 8 pct. har modtaget behandling i den regionale sygehuspsykiatri.

10.5 Tilknytning til arbejdsmarked

Vold i nære relationer kan ikke alene have store helbredsmæssige og sociale konsekvenser. Det afspejler sig også i kvindernes arbejdsmarkedstilknytning, hvor en stor del af kvinderne modtager midlertidige forsørgelsesydelse.

Over halvdelen af de kvinder, som påbegyndte et ophold på et krisecenter i 2017, havde midlertidige ydelser mv. som fx kontanthjælp eller sygedagpenge som deres primære forsørgelsesgrundlag i 2016. Til sammenligning er det i størrelsesordenen 15 pct. for kvinder uden ophold på kvindekrisecentre.

Kun omkring hver tredje kvinde med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017 var i uddannelse eller beskæftigelse, og 8 pct. modtog førtidspension, jf. figur 10.22.

Figur 10.22**Forsørgelsesgrundlag i 2016, for kvinder med og uden påbegyndt ophold på krisecentre i 2017**

Anm.: Opgjort på baggrund af kvinder på 20 år eller derover ultimo 2017, som indgår i befolkningsregistret i løbet af 2017 og 1. januar 2016 med henblik på at afgrænse opgørelsen af forsørgelsesgrundlag blandt kvinder, der var mindst 18 år hele året 2016. Opgørelsen omfatter ikke kvinder med anonymt ophold. Forsørgelsesgrundlaget er opgjort på baggrund af det primære forsørgelsesgrundlag (SOCIO13). Midlertidige ydelser mv., fx kontanthjælp. Der er i opgørelsen set bort fra personer, der modtager folkepension. Kvinder uden ophold på krisecentre er opgjort blandt 20-64 årige ultimo 2017, som ikke havde ophold på krisecenter i løbet af 2017. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.4 og boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

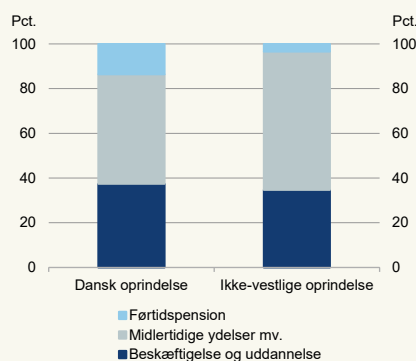
Blandt kvinder uden ophold på krisecenter modtog 14 pct. midlertidige ydelser mv., mens knap 80 pct. var i beskæftigelse eller uddannelse.

Særligt blandt kvinder med dansk oprindelse er der væsentligt flere på midlertidige ydelser mv. sammenlignet med kvinder med dansk oprindelse, der ikke har haft ophold på et krisecenter.

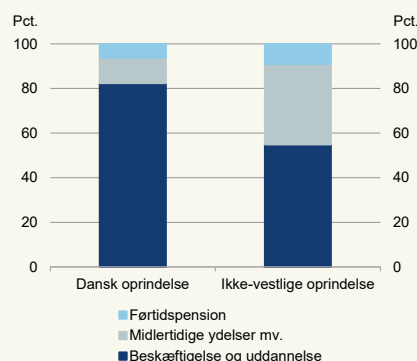
Blandt 20-64-årige kvinder med ikke-vestlig oprindelse med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017 havde 63 pct. midlertidige ydelser mv. som primært forsørgelsesgrundlag i 2016. For kvinder med dansk oprindelse gælder det samme for ca. 50 pct., mens 13 pct. modtog førtidspension, jf. figur 10.23.

Figur 10.23

Forsørgelsesgrundlag i 2016, for kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017

**Figur 10.24**

Forsørgelsesgrundlag i 2016, for kvinder uden påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017



Anm.: Se anmærkningen til figur 10.21 og 10.22.

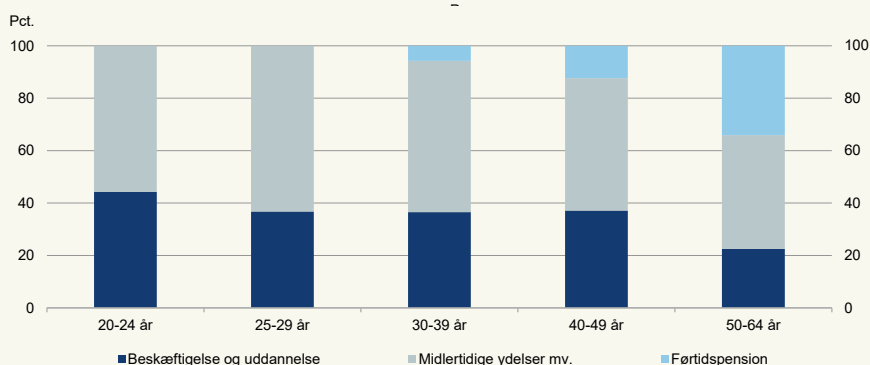
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt kvinder uden ophold på kvindekrisecenter i 2017 med dansk oprindelse havde omkring 20 pct. midlertidige ydelser mv. eller førtidspension som primært forsørgelsesgrundlag i 2016, mens andelen var ca. 45 pct. blandt kvinder med ikke-vestlig oprindelse, jf. figur 10.24.

Den store andel af kvinder på krisecenter, der har modtaget midlertidige ydelser mv., findes på tværs af alle aldersgrupper. Men blandt de yngre kvinder er der flere, som var i gang med beskæftigelse og uddannelse, mens omkring en tredjedel af de 50-64 årige modtog førtidspension, jf. figur 10.25.

Figur 10.25

Forsørgelsesgrundlag i 2016, for kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter alder



Anm.: Se anmærkningen til figur 10.22.

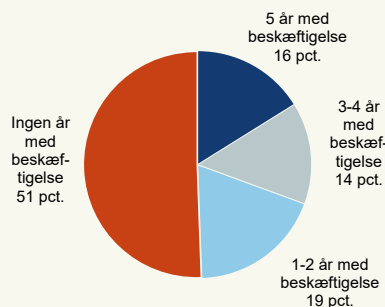
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ser man på forsørgelsesgrundlaget i perioden 2012-2016 blandt gruppen af kvinder på 25 år eller derover, har omkring halvdelen haft beskæftigelse i mindst ét år i perioden. En del af gruppen har dermed erhvervserfaring og kompetencer fra tidligere beskæftigelse, der med den rette hjælp og støtte vil kunne bringes i spil. Det indikerer, at der er et potentiale for at få en del af målgruppen tættere på arbejdsmarkedet.

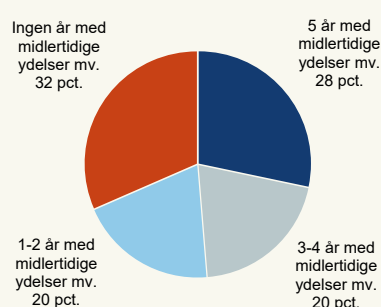
Blandt kvinderne i gruppen har 16 pct. haft beskæftigelse som primært forsørgelsesgrund alle fem år mellem 2012 og 2016, mens 14 pct. har haft beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag i 3-4 år, og 19 pct. i 1-2 år, jf. figur 10.26.

Figur 10.26

År med beskæftigelse som
forsørgelsesgrundlag i perioden 2012-2016
blandt kvinder med ophold på krisecentre 2017

**Figur 10.27**

År med midlertidige ydelser mv. som
forsørgelsesgrundlag i perioden 2012-2016
blandt kvinder med ophold på krisecentre 2017



Anm.: Opgjort på baggrund af antal 25-64-årige kvinder på krisecentre i 2017, der også indgår i befolkningen i 2012, med henblik på at afgrænse opgørelsen til personer, der var over 18 år i hele perioden fra 2012 til 2016. Opgørelserne omfatter i alt ca. 960 kvinder. Alder er opgjort ultimo 2017. Opgørelserne omfatter også førtidspension og folkepension. Personer, der i de enkelte år ikke har haft henholdsvis beskæftigelse eller midlertidige ydelser mv. som primært forsørgelsesgrundlag, kan derfor have modtaget førtidspension eller folkepension. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.22.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Men der er også en væsentlig udfordring med kvinder, der langvarigt har modtaget midlertidige ydelser mv. Det peger på, at vejen til beskæftigelse for kvinder på kvindekrisecentre kan være meget lang, hvis ikke kvinderne modtager den rigtige hjælp og støtte på det rigtige tidspunkt. Der kan blandt andet være tale om barrierer, som ikke nødvendigvis forsvinder, selvom kvinden opnår et liv uden vold, fx længerevarende fysiske og psykiske mén af volden og manglende selvtillid og netværk på arbejdsmarkedet.

Blandt kvinderne med påbegyndt ophold på krisecenter i 2017 havde 28 pct. haft midlertidige ydelser mv. som primært forsørgelsesgrundlag i hele perioden fra 2012 til 2016, mens omkring 20 pct. havde midlertidige ydelser mv. som primært forsørgelsesgrundlag i 3-4 år ud af de fem år mellem 2012 og 2016, jf. figur 10.27.

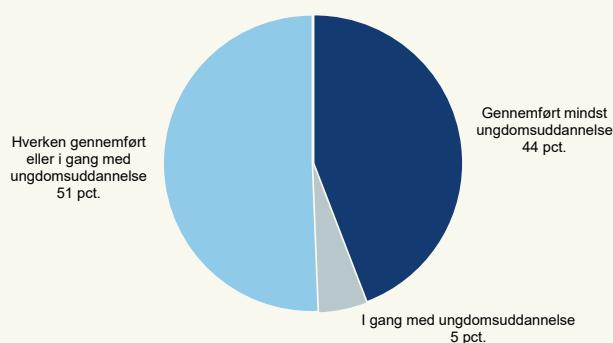
10.6 Uddannelse

Samlet set har kvinder med ophold på kvindekrisecenter et lavere uddannelsesniveau end kvinder, som ikke har haft ophold på et krisecenter.

Ser man på uddannelsessituationen for kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecenter i starten af 2017, var det halvdelen af kvinderne, som hverken havde gennemført eller var i gang med en ungdomsuddannelse, jf. figur 10.28.

Figur 10.28

Uddannelsesstatus ultimo 2016 blandt kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017



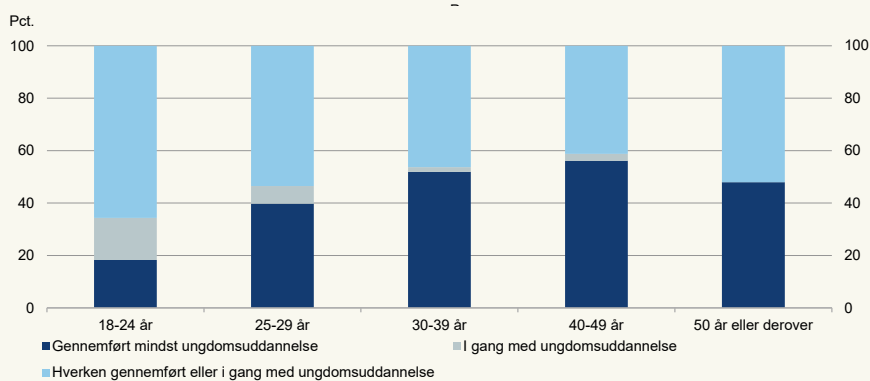
Anm.: Uddannelsesstatus er opgjort pr. 31/12 2016 på baggrund af elevregisteret og forløbsregisteret for højest fuldførte uddannelse. Uddannelse omfatter i denne opgørelse ungdomsuddannelser og derover. Ungdomsuddannelse omfatter i denne opgørelse ikke Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse. Personer, der er i gang med en ungdomsuddannelse, omfatter kun personer, som ikke har gennemført mindst en ungdomsuddannelse, herunder enkelte, der er i gang med en videregående uddannelse. Gennemførte uddannelser omfatter også indvandreres medbragte uddannelsesoplysninger (inkl. imputerede oplysninger). Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.4 og boks 10.1 for opgørelsen af kvinder på kvindekrisecentre. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det er særligt blandt de unge kvinder på krisecentrene, at få har gennemført eller er i gang med mindst en ungdomsuddannelse.

Blandt 18-24 årige kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecenter i 2017 var det 63 pct., som hverken havde gennemført eller var i gang med en ungdomsuddannelse eller videregående uddannelse i starten af året. 19 pct. havde gennemført mindst en ungdomsuddannelse, mens 18 pct. var i gang med en ungdomsuddannelse eller en videregående uddannelse, jf. figur 10.29.

Figur 10.29

Uddannelsesstatus ultimo 2016 blandt kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017, opdelt efter alder



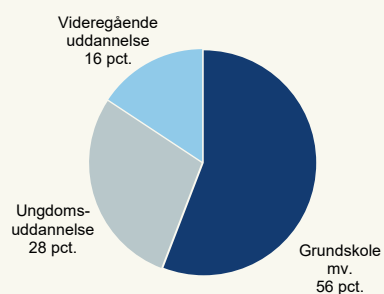
Anm.: Se anmærkningen til figur 10.28.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

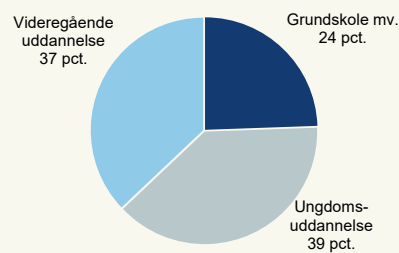
Kun en tredjedel af kvinder med påbegyndt ophold på krisecenter i 2017, der har gennemført mindst en ungdomsuddannelse, havde gennemført en videregående uddannelse. Det er væsentligt færre sammenlignet med kvinder uden ophold på krisecentre. 16 pct. af alle kvinder med ophold på krisecenter i 2017 havde gennemført en videregående uddannelse, mens 28 pct. havde gennemført en ungdomsuddannelse, jf. figur 10.30.

Figur 10.30

Højest fuldførte uddannelse ultimo 2016 blandt kvinder med ophold på krisecenter i 2017

**Figur 10.31**

Højest fuldførte uddannelse ultimo 2016 blandt kvinder uden ophold på krisecenter i 2017

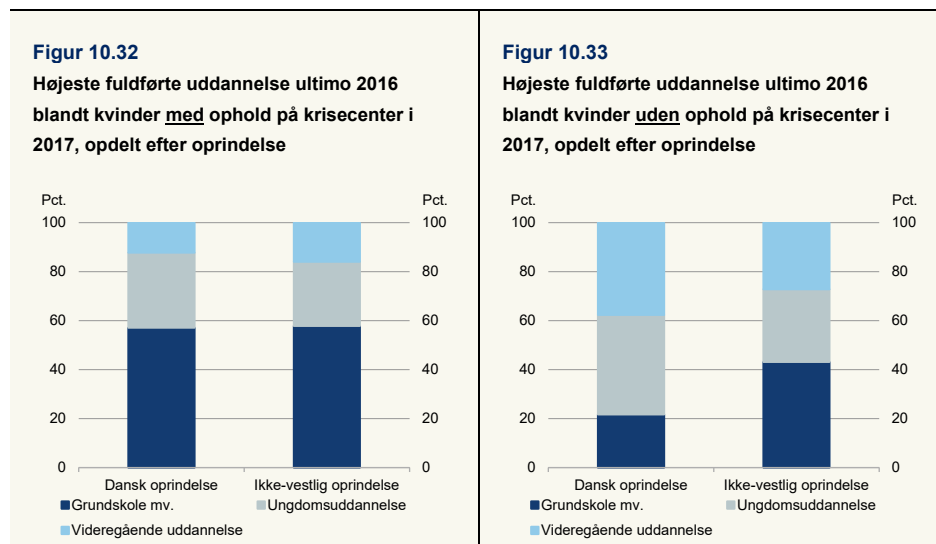


Anm.: Højest fuldførte uddannelse er opgjort ultimo 2016. Grundskole mv. omfatter personer uden registreret højest fuldførte uddannelse. Højest fuldførte uddannelse blandt kvinder uden ophold på kvindekrisecentre i 2017 er opgjort på baggrund af antal 18-64-årige ultimo 2017. Se i øvrigt anmærkningen til figur 10.28.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Uddannelsesniveaueet blandt kvinder på krisecentre varierer ikke meget, når man sammenligner på tværs af oprindelse.

Både blandt kvinder med dansk oprindelse og ikke-vestlig oprindelse med ophold på krisecentre har op mod 60 pct. grundskolen som højeste fuldførte uddannelse, jf. figur 10.32.



Anm.: Oprindelse er opgjort på baggrund af Danmarks Statistiks opgørelsesmetode (Statistikbanken, FOLK2). Se anmærkning til figur 10.30 og 10.31.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Lidt flere kvinder med ikke-vestlig oprindelse på krisecentre har gennemført en videregående uddannelse sammenlignet med kvinder af dansk oprindelse.

Blandt kvinder uden ophold på krisecentre er det 22 pct., der har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse blandt kvinder med dansk oprindelse, mens andelen er 43 pct. for kvinder med ikke-vestlig oprindelse, jf. figur 10.33.

11. Status på fremdrift for datastrategien på socialområdet

Gode data giver åbenhed og gennemsigtighed for den enkelte borger om, hvad kommunerne og andre aktører leverer på socialområdet, og styrker mulighederne både nationalt og lokalt for at pege på, hvad der virker, og hvor der er behov for en mere effektiv socialpolitisk indsats. Samtidig giver gode data bedre mulighed for erfaringsudveksling på tværs af kommuner.

Børne- og Socialministeriet har derfor med datastrategien for 2016-2020 lagt en ambitiøs plan for bedre data på socialområdet. Datagrundlaget på socialområdet er i forlængelse heraf blevet forbedret betydeligt de seneste år. Størstedelen af landets kommuner indberetter nu data til de forskellige nationale statistikker, og kvaliteten af de data, der bliver indberettet, er samtidig forbedret. Det er ambitionen, at der vil være fuld kommunedækning på alle nationale statistikker i 2019. Det gælder fx også statistikken for området for udsatte voksne og voksne med handicap, som kun indeholdt data for 12 kommuner ved indgangen til 2016. Målbilleder og konkrete initiativer i strategien er udførligt beskrevet i Socialpolitisk Redegørelse 2016.

Et løft af datagrundlaget på socialområdet har været og er fortsat helt afhængigt af kommunernes indsats. Det er de kommunale medarbejders dokumentation af aktiviteter og indsatser på socialområdet, der udgør fundamentet for de nationale statistikker og gør det muligt at skabe mere viden om de sociale indsatser. Et fortsat godt samarbejde med KL og kommunerne om datastrategiens initiativer er derfor afgørende for at indfri de udestående ambitioner i datastrategien.

Dette kapitel gør status for gennemførte og kommende initiativer under datastrategien. Herunder gøres der særskilt status for fremdriften for datagrundlaget for udsatte børn og unge, udsatte voksne samt børn og voksne med handicap.

11.1 Fremdrift i 2017 og 2018

Udmøntningen af datastrategien forløber i store træk planmæssigt, og der er også i det forgangne år taget flere væsentlige skridt i retning af målsætningen om at sikre dækkende og aktuelle data om de centrale målgrupper på socialområdet.

Fokus har særligt været på arbejdet med at sikre en vellykket implementering af strategiens tidligere igangsatte initiativer, hvor bl.a. udmøntningen af saneringen af statistikkerne på socialområdet har været udfordrende og krævet en stor indsats af både kommuner og Danmarks Statistik. I nedenstående afsnit gennemgås de øvrige centrale resultater for efteråret 2017 og 2018.

11.1.1 Nye centrale data på socialområdet

I foråret 2018 blev en ny registerbaseret statistik på individniveau om kvinder og børn, der tager ophold på et kvindekrisecenter, offentliggjort for første gang. Tidligere har der kun været individbaserede oplysninger fra surveys for omkring 20 pct. af kvinderne, hvilket vanskeliggjorde analysemulighederne. For en nærmere beskrivelse af statistikken, se afsnit 11.3.1.

I 2018 blev der samtidig for første gang indhentet data fra kommunerne om tildeling af hjælpemidler som led i Børne- og Socialministeriets pilotprojekt. Data er aktuelt ved at blive valideret. Der anvendes årligt 2,1 mia. kr. på hjælpemidler på voksenområdet, jf. kapitel 4. Statistikken kan bidrage til at belyse hvilke, og hvor mange personer, der har behov for hjælpemidler for at få hverdagen til at fungere bedre, samt om der er kommunale forskelle i tildelingen af hjælpemidler. Se afsnit 11.3.1 for en nærmere beskrivelse af statistikken. Statistikken vil bl.a. kunne bidrage til at kvalificere statistikken om De Kommunale Serviceindikatorer for udsatte voksne og voksne med handicap, som i dag ikke indeholder oplysninger om personer, som kun modtager hjælpemidler bevilget efter serviceloven.

Endelig igangsatte Børne- og Socialministeriet i 2018 som led i datastrategien et nyt projekt, der skal sikre sammenlignelige data på individniveau om udgifter til sociale ydelser for udvalgte kommuner, jf. boks 11.1. De første datasæt med sammenlignelige individbaserede udgifter forventes at foreligge ved udgangen af 2018, således der i løbet af foråret 2019 vil kunne udfærdiges analyser på baggrund af tallene.

Boks 11.1**Forsøg med kobling af aktivitets- og udgiftsdata**

Mange kommuner efterspørger bedre styringsmuligheder på det specialiserede voksenområde. Grundlaget for bedre styring er systematisk viden om indsatser, omkostninger og resultater. Større gennemsigtighed både i den enkelte kommune og på tværs af kommunerne forudsætter, at oplysninger om aktiviteter og udgifter kan kobles på individniveau. I dag er det imidlertid alene aktivitetsdata om ydelser, som kommunerne indberetter på individniveau til Danmark Statistik, mens udgiftstal indberettes til Danmark Statistik på kommuneniveau.

Derfor er der igangsat et projekt, der har til formål at styrke statslige og kommunale analyse- og styringsmuligheder ved at tilvejebringe et datagrundlag om sammenlignelige enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde i udvalgte kommuner på baggrund af individbaseret data om aktiviteter og udgifter.

I alt 19 kommuner deltager i projektet:

Ballerup, Brønderslev, Favrskov, Faxe, Fredensborg, Gentofte, Hjørring, Holstebro, Horsens, Høje-Taastrup, Helsingør, Randers, Ringkøbing-Skjern, Ringsted, Rudersdal, Skanderborg, Slagelse, Vesthimmerland og Vordingborg kommuner.

Projektet løber fra 2017-2020 og indebærer, at de deltagende kommuner, foruden indberetning af aktivitetsdata til Danmarks Statistik, også indberetter individhenførbare udgiftsoplysninger. Børne- og Socialministeriet udarbejder på den baggrund i projektperioden en række standardiserede analyser, der kan give kommunerne et lettilgængeligt og fælles vidensgrundlag på tværs af kommunerne, som også kan anvendes som ledelsesinformation lokalt.

Projektet skal styrke de deltagende kommuners styringsgrundlag, og erfaringerne fra projektet skal samtidig give input til Børne- og Socialministeriets videre arbejde med datastrategien.

11.1.2 Ny forbedret Tilbudsportal på vej

Det indgår også i Børne- og Socialministeriets datastrategi, at Tilbudsportalen skal gøres til et mere aktivt informations- og styringsredskab for visiterende kommuner. Det er vurderingen, at et væsentligt løft af portalen er nødvendigt, hvis visiterende kommuner i højere grad end i dag skal orientere sig i Tilbudsportalen om mulige tilbud til borgere og herved sikre et incitament for leverandørerne til at indberette aktuelle og gode data om deres tilbud i Tilbudsportalen. Den eksisterende Tilbudsportal er derfor blevet gennemgået sammen med interessenterne på området med henblik på at fjerne oplysninger, som hverken tilsynsmyndigheder eller visiterende myndigheder vurderer nødvendige, ligesom der er set på, om alle oplysninger, der er behov for i dag, indsamles via portalen. Desuden er der set på, hvordan portalen kan gøres mere brugervenlig.

Samtidig er der igangsat et stort udviklingsarbejde med opbygning af en ny portal, hvortil der fremadrettet skal indberettes færre oplysninger, og hvor fx søgefunktionen, men også brugervenligheden, generelt forbedres, så det bliver nemmere at fremsøge og danne sig overblik over relevante tilbud. For at sikre en mere effektiv, stabil og sikker IT-drift er den tekniske drift og udvikling af Tilbudsportalen desuden flyttet til Erhvervsstyrelsen. Den nye Tilbudsportal forventes idrøftsat april 2019.

11.1.3 Bekendtgørelse om dataindberetninger på socialområdet

I starten af 2018 trådte bekendtgørelsen om dataindberetninger på socialområdet i kraft, hvormed en væsentlig milepæl med datastrategien blev nået. Databekendtgørelsen samler for første gang nogensinde alle regler og informationer om dataindberetningen på det sociale område ét sted, så det er tydeligt, hvad der skal indberettes af hvem og hvornår. Bekendtgørelsen bliver opdateret løbende, så kommuner og IT-leverandører kan holde sig opdateret om gældende regler. Børne- og Socialministeriet har i bekendtgørelsen forpligtiget sig til at varsle eventuelle ændringer af indberetningskrav minimum seks måneder før, således kommuner og deres IT-leverandører har mulighed for at foretage de nødvendige tilpasninger, inden ændringen idrivesættes.

11.1.4 Særligt om dataudvikling på dagtilbudsområdet

Børne- og Socialministeriet arbejder også målrettet på at løfte datagrundlaget på dagtilbudsområdet. I nærværende kapitel er fokus på datastrategien for socialområdet, men arbejdet med at sikre bedre data på dagtilbudsområdet er kort beskrevet i boks 11.2.

Boks 11.2

Datastrategi for dagtilbudsområdet

Børne- og Socialministeriet overtog dagtilbudsområdet i forbindelse med ressortændringerne i november 2016 og udarbejdede på den baggrund en særskilt dagstrategi for dagtilbudsområdet. Strategien tager bl.a. sigte på at modne data til brug for implementering af en ny Dagtilbudsportal, hvor en række centrale nøgletal præsenteres, så forældre og andre kan orientere sig om fakta på kommuneniveau og sammenligne de enkelte dagtilbud.

Nedenfor er et udpluk af centrale resultater i datastrategien for dagtilbudsområdet:

- I september 2018 indgik alle 98 kommuner i Dagtilbuds- og normeringsstatistikken, der blev lanceret første gang i 2017 med 40 kommuner, og siden da er blevet udbygget med flere og flere kommuner.
- I september 2018 blev Dagtilbudsportalen lanceret. Portalen er en del af den politiske aftale om dagtilbud "Stærke dagtilbud – alle børn skal med i fællesskabet", og skal bidrage til større gennemsigtighed og åbenhed på dagtilbudsområdet. Det er planen, at portalen gradvist udbygges med informationer bl.a. på institutionsniveau i løbet af de kommende år.
- Børne- og Socialministeriet er i samarbejde med Styrelsen for It og Læring i gang med at etablere Dagtilbudsregistret, der fra 2019 skal give et præcist overblik over alle landets dagtilbud på 0-5-årsområdet. Registret er desuden en vigtig brik i den videre udvikling af Dagtilbuds- og normeringsstatistikken, Dagtilbudsportalen og udrulningen af kommunikationsværktøjet AULA på dagtilbudsområdet.
- Børne- og Socialministeriet har som led i arbejdet med at udvikle data på dagtilbudsområdet indhentet oplysninger fra kommunerne om børns sproglige udvikling på baggrund af sprogvurderinger, der er registreret i Sprogvurderingsredskabet 'Rambøll Sprog'. Sprogvurderingerne skal anvendes til at vurdere børns sprog og læring i daginstitutioner.

11.2 Hvad skal vi nå i de kommende år?

Arbejdet med udmøntningen af datastrategien for 2016-2020 er langt, men ikke i mål endnu. Der er derfor fortsat behov for at arbejde målrettet med implementering af igangsatte initiativer og iværksætte nye initiativer for at indfri målsætningen om, at der for målgrupperne udsatte børn og unge, udsatte voksne og personer med handicap bliver indsamlet dækkende data om, hvem der modtager hvilke indsatser, ydelser og tilbud samt hvornår og til hvilken pris.

Fremadrettet vil der være fokus på at indfri følgende mål:

- Det er ambitionen, at der for alle statistikkerne på socialområdet er dækkende oplysninger om, hvem der modtager hvilke ydelser. Det betyder, at alle kommuner skal levere data til statistikkerne i 2019.
- Indberetning og analyse af udgiftsdata fra deltagende kommuner i projektet om kobling af aktivitets- og udgiftsdata. Projektet skal bidrage med et datagrundlag om sammenlignelige enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde i udvalgte kommuner på baggrund af individbaseret data om aktiviteter og udgifter, se boks 11.1 (2019).
- Implementering af en ny og mere brugervenlig Tilbudsportal, hvortil der fremadrettet skal indberettes færre, men prioriterede oplysninger. Ændringen af Tilbudsportalen skal sikre, at portalen er anvendelig som et mere aktivt informations- og styringsredskab for kommunerne (2019).
- Der skal findes en konkret løsningsmodel, der gør det muligt at få en dækkende og retvisende opgørelse af børn og unge, der modtager en ydelse efter serviceloven som følge af et handicap (2019).
- Afdækning af mulighed for etablering af et institutionsregister på socialområdet, der skal koble aktivitetsdata vedrørende hvem, der modtager hvilke ydelser, med oplysninger fra Tilbudsportalen om, hvor indsatsen bliver leveret samt oplysninger om indsatsens indhold (2019).
- Afdækning af mulighederne for at etablere en platform, der skal samle og udstille centrale data på socialområdet. Platformen skal sikre, at data på socialområdet er lettilgængelige for borgere, kommuner og offentligheden generelt, og øge åbenheden og synligheden om den indsats og de resultater kommunerne leverer på socialområdet (2019).
- Implementering af beslutning om indføring af obligatorisk indberetning af forebyggende indsatser efter servicelovens § 11, så der tilvejebringes et mere retvisende billede af, hvilke og hvor mange indsatser kommunerne iværksætter. Den systematiske statistik over § 11-indsatser skal være med til at styrke vidensgrundlaget på området for udsatte børn og unge både i kommunerne og fra centralt hold (2020).

11.3 Status på arbejdet med at løfte datagrundlaget på socialområdet

Arbejdet med at forbedre datagrundlaget på socialområdet har fokus på tre parametre: Kvaliteten af data, aktualiteten og dækningsgraden af data. Kvaliteten af data afhænger af, om data er korrekte. Aktualiteten af data afhænger af, om data er tidssvarende, når de bliver offentliggjort, mens data skal indeholde alle relevante oplysninger for at være dækkende. Til sammen har dette betydning for i hvilket omfang, data er velegnede til analyseformål og til sammenligning mellem kommuner.

I det følgende beskrives status for arbejdet med at løfte datagrundlaget på socialområdet med udgangspunkt i de tre parametre.

11.3.1 Kvaliteten af data på socialområdet

Kvaliteten af data afhænger af, om data er korrekte. Kommunerne spiller her en helt central rolle. For at sikre, at de data, der indberettes til Danmarks Statistik, er korrekte, foregår der derfor et grundigt valideringsarbejde, der indebærer en tæt og løbende dialog mellem Danmarks Statistik og medarbejderne i kommunerne. Kommunerne skal bl.a. bidrage til at validere og kvalitetssikre data ved at godkende de indberettede data, jf. boks 11.3.

Boks 11.3

Regler for sikring af datakvalitet i bekendtgørelsen om dataindberetninger på socialområdet

I bekendtgørelsen om dataindberetninger på socialområdet er der i § 3 fastsat en række forhold vedrørende kvalitetssikringen af data:

§ 3. Børne- og Socialministeriet kan kræve, at kommunalbestyrelserne ved henvendelse herom skal bidrage til at validere og kvalitetssikre de indberettede oplysninger, ved at kommunen endeligt godkender oplysningerne, så det sikres, at oplysningerne er retvisende. Kommunen har pligt til at reagere på en eventuel henvendelse fra Børne- og Socialministeriet eller den af Børne- og Socialministeriet udpegede databehandler inden for fire uger.

Stk. 2. Den af Børne- og Socialministeriet udpegede databehandler skal sikre, at kommunalbestyrelserne har en smidig adgang til kvalitetssikring af indberettede data.

Stk. 3. Børne- og Socialministeriet kan kræve, at fejlbehæftede indberetninger korrigeres, så de indberettede oplysninger er retvisende.

Stk. 4. Hvis der konstateres fejl i kommunens registrerings- eller indberetningspraksis, kan Børne- og Socialministeriet kræve dette udbedret.

Stk. 5. Børne- og Socialministeriet kan offentliggøre, om kommunerne lever op til de regler, der er fastsat om indberetning af oplysninger i denne bekendtgørelse.

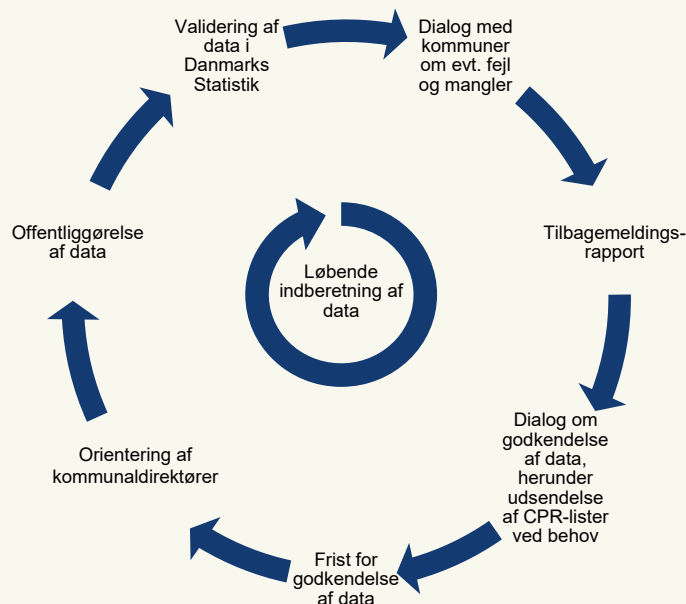
Det er Danmarks Statistik, der har til opgave at kvalitetssikre de data, der løbende indberettes på socialområdet. Arbejdet består bl.a. i, at Danmarks Statistik udarbejder en tilbagemeldingsrapport til kommunerne med overblik over de data, som kommunerne har indberettet på området. Tilbagemeldingsrapporten skal bidrage til at give overblik over, om der er problemer i forhold til kommunens indberetninger, og hvor omfattende problemerne eventuelt er. Dialogen om eventuelle fejl og mangler i kommunernes indberetninger og opfølgning herpå skal munde ud i, at kommunen kan give deres endelige godkendelse af data. Ved behov udsender Danmarks Statistik CPR-liste over borgere, der er indberettet data om, med henblik på at kommunerne bedre kan identificere uoverensstemmelser mellem de indberettede data og data i sagsbehandlingssystemerne.

Det indgår endvidere som en del af kvalitetssikringsarbejdet, at der udsendes breve til samtlige kommunaldirektører med overblik over den pågældende kommunes status i forhold til at godkende data til de centrale statistikker på socialområdet.

Danmarks Statistik arbejder på i løbet af 2019 i højere grad at ensrette og standardisere arbejdsgangene med kvalitetssikring af data på tværs af statistikkerne på socialområdet. I figur 11.1 er der givet en overordnet og generel beskrivelse af de enkelte trin forbundet med kvalitetssikringsarbejdet.

Figur 11.1

Proces for kvalitetssikring af data til statistikkerne på socialområdet



I det følgende beskrives datakvaliteten for hvert hovedområde på socialområdet nærmere.

Socialt udsatte voksne

Socialt udsatte voksne er personer over 18 år, der modtager en social ydelse på grund af et socialt problem eller en psykisk lidelse. De centrale statistikker på området er statistikkerne om kvindekrisecentre, boformer og herberger samt social stofmisbrugsbehandling. Derudover indgår der også oplysninger om socialt udsatte voksne i De Kommunale Serviceindikatorer. Foruden disse statistikker gennemfører VIVE hvert andet år en tælling af hjemløse i Danmark. Den seneste tælling er foretaget i 2017.

I april 2018 blev der, som nævnt tidligere i dette kapitel, for første gang offentliggjort data fra en ny registerbaseret kvindekrisecenterstatistik. Kvindekrisecenterstatistikken er en totaltælling, som omfatter alle påbegyndte ophold på et kvindekrisecenter efter servicelovens § 109 i 2017. Den nye statistik består af indsamling af de CPR-oplysninger, som krisecentrene registrerer i forbindelse med et ophold, samt indsamling af oplysninger om opholdets længde. Det er en klar forbedring af datagrundlaget på området, der tidligere primært har bestået af en årlig frivillig undersøgelse. Den frivillige undersøgelse har flere analyse-mæssige begrænsninger som følge af, at ikke alle kvindekrisecentre og kvinder med ophold på kvindekrisecenter deltog. Den nye statistik giver mere viden om hvem, der tager ophold på krisecentrene, og gør det muligt fra centralt hold at følge op på kvindernes situation efter opholdet, herunder målgruppens beskæftigelse, uddannelse, familieliv og sundhed. Samtlige af landets kvindekrisecentre har indberettet data til statistikken, og kvaliteten af data vurderes generelt at være høj. Kvinder kan tage anonymt ophold på et kvindekrisecenter efter servicelovens §109, stk. 2. Hvis kvinden opholder sig anonymt på krisecentret, indgår kvinden stadig i statistikken, men uden yderligere identifikation af kvinden. Kvinder med anonymt ophold udgør omkring 10 pct. af gruppen af kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017. Det skal afklares nærmere, hvorvidt omfanget af anonyme ophold i statistikken afspejler det reelle behov, eller om det skyldes, at der er fejl i indberetningspraksis.

Der indføres fortsat nye procedurer for validering af data til statistikken om boformer og herberger i forbindelse med omlægningen af statistikken fra Ankestyrelsen til Danmarks Statistik. Det har betydet, at statistikken er blevet et år forsinket. De nye mere omfattende valideringsprocedurer vil imidlertid betyde, at kvaliteten af data fremadrettet bliver styrket, hvorfor data om hvem, hvor, hvornår og ansvarlig i figur 11.2 er angivet med grøn.

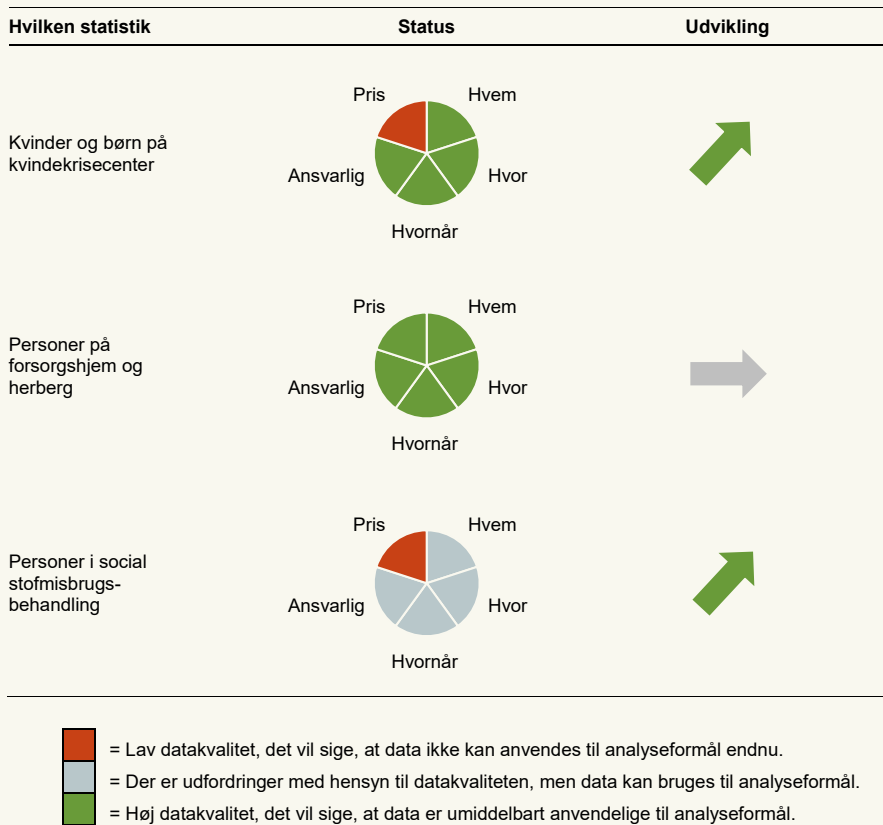
Der er fortsat udfordringer med kvaliteten af data i statistikken om social stofmisbrugsbehandling. 19 kommuner endte med ikke at godkende deres indberetninger i 2018, idet de vurderede, at de ikke var retvisende for stofmisbrugsbehandlingen i kommunen. Dette skete efter en detaljeret kvalitetskontrol af overensstemmelsen mellem indberetningerne fra myndigheden hhv. behandlingstilbuddene, samt en detaljeret undersøgelse af baggrunden for de opgjorte hovedtal. Derfor er statistikken markeret med grå felter i figur 11.2.

Der har bl.a. været udfordringer med snitfladen fra kommunernes sagsbehandlingssystemer til Stofmisbrugsdatabasen i Danmarks Statistik. En anden grund har været manglende klarhed over roller og ansvar samt organisering af indberetningsopgaven i et mindre antal kommuner fx i forbindelse med personaleudskiftning eller organisationsændringer. Datakvaliteten er til gengæld steget væsentligt for de kommuner, der indgår i statistikken.

Kommunerne er i gang med at afslutte gamle åbne behandlingsforløb for borgere, der skulle have været afsluttet for længe siden, men som aktuelt spærrer for, at der kan indberettes nye behandlingsforløb i Stofmisbrugsdatabasen for de pågældende borgere. Desuden undersøger kommuner i dialog med Danmarks Statistik forløb med manglende indberetning af myndigheds- eller tilbudsoplysninger samt fejlfinding i forhold til, hvorfor forløb ikke kommer igennem via kommunernes sagsbehandlingssystem. Ved problemer med sagsbehandlingssystemerne er IT-leverandørerne blevet involveret for at sikre en fælles viden om udfordringerne og sammen nå til en indberetning af høj kvalitet.

Med hensyn til oplysninger om prisen for ydelser til udsatte voksne er der på tværs af områder angivet lav kvalitet. Det skyldes, at der ikke centralt indsamles oplysninger herom, og der er ikke et krav om at indberette personoplysninger om udgifter til ydelser til udsatte voksne.

Figur 11.2 viser en sammenfattende status og udvikling i forhold til kvaliteten af data vedrørende udsatte voksne.

Figur 11.2**Status på datakvalitet på området for udsatte voksne**

Anm.: 'Hvem', 'Hvor', 'Hvornår' og 'Ansvarlig' henviser til oplysninger om hvem, der modtager ydelser, hvor og hvornår ydelserne gives, og hvem der har visiteret ydelsen. 'Pris' henviser til, om der er data for, hvad den konkrete ydelse koster. Der er i dag ikke krav om at indberette personoplysninger om prisen for ydelser til udsatte voksne. Pilene illustrerer, om der har været fremdrift eller ej i forhold til datakvaliteten siden sidst.

Kilde: Udarbejdet pba. kommunernes dataindsamlinger til Danmarks Statistik.

Socialt udsatte børn og unge

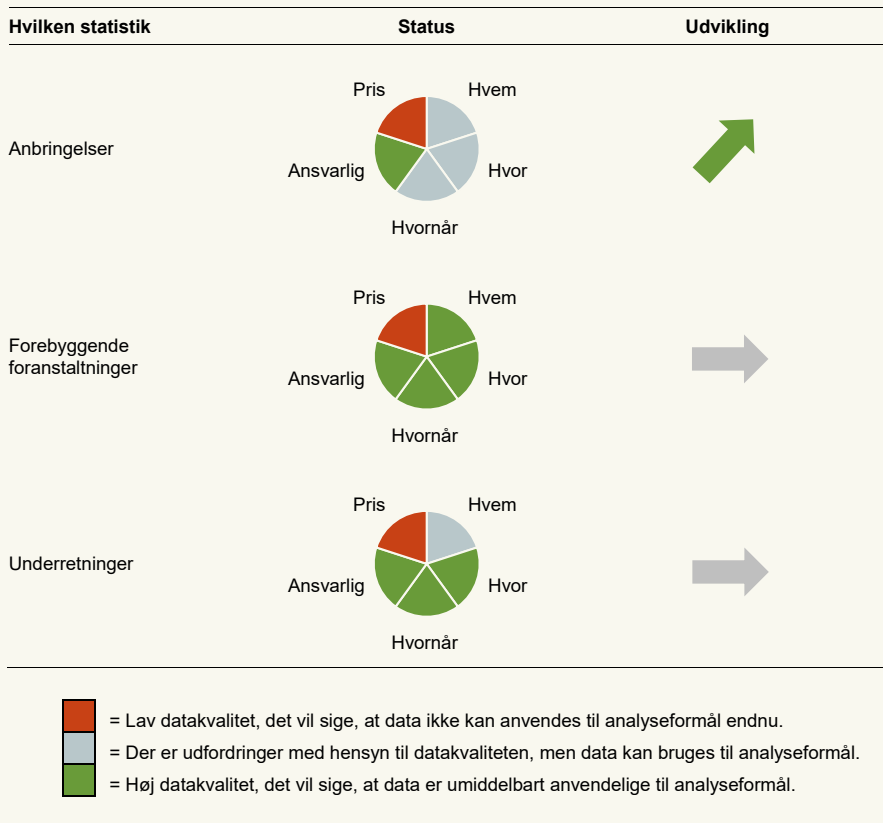
Socialt udsatte børn og unge er børn og unge med behov for særlig støtte som følge af sociale problemer, og som derfor modtager en forebyggende foranstaltning og/eller er anbragt uden for hjemmet. De centrale statistikker på området er anbringelsesstatistikken, statistikken om forebyggende foranstaltninger og statistikken om underretninger, hvor kommunerne indberetter, når de modtager en underretning med en bekymring om, at et barn eller en ung ikke trives.

Kvaliteten af data vedrørende udsatte børn og unge bliver gradvist bedre, men der er fortsat udfordringer med data. Der er fx indikationer på, at kommunerne ikke altid får indberettet, når anbragte børn og unge flytter til et nyt anbringelsessted. Det er også en udfordring, at kommunerne ikke altid indberetter, om en anbringelse ophører, når den unge fylder 18 år, eller om den unge overgår til efterværn. Det skaber usikkerhed om opgørelsen af unge i efterværn. Derudover har det vist sig at være udfordring, at flere kommuner indberetter og validerer deres data via deres økonomisystem, hvilket kan resultere i, at det kun er eksternt finansierede ydelser, der indberettes, mens de interne ydelser ikke indberettes. Der er iværksat et arbejde, der skal følge op på dette.

Det er endvidere en udfordring, at det ikke er muligt i statistikkerne at skelne mellem, om børn modtager en forebyggende foranstaltning eller er anbragt som følge af et handicap eller et socialt problem. Når man fx ser på, hvordan anbragte børn og unge klarer sig i grundskolen sammenlignet med deres jævnaldrene, er det afgørende at vide, i hvilken grad gruppen af 'udsatte børn og unge' også omfatter en væsentlig andel med fx udviklingshæmning eller hjerneskade, der i udgangspunktet udgør en helt anden målgruppe, da de ikke nødvendigvis har sociale problemer. Børne- og Socialministeriet arbejder på at finde en løsning, der gør det muligt at lave dækkende opgørelse af børn og unge med handicap. En sådan opgørelse vil også bidrage til at styrke kvaliteten af data om socialt udsatte børn og unge.

For hele området er kvaliteten af data lav med hensyn til oplysninger om pris, da der ikke er krav om at indberette personoplysninger om udgifter til ydelser til udsatte børn.

Figur 11.3 viser status og udvikling i forhold til kvaliteten af data vedrørende udsatte børn og unge.

Figur 11.3**Status på datakvalitet på området for udsatte børn og unge**

Anm.: 'Hvem', 'Hvor', 'Hvornår' og 'Ansvarlig' henviser til oplysninger om hvem, der modtager ydelser, hvor og hvornår ydelserne gives, og hvem der har visiteret ydelsen. 'Pris' henviser til, om der er data for, hvad den konkrete ydelse koster. Der er i dag ikke krav om at indberette personoplysninger om prisen for ydelser til udsatte børn. Pilene illustrerer, om der har været fremdrift eller ej i forhold til datakvaliteten siden sidst.

Kilde: Udarbejdet pba. kommunernes dataindberetninger til Danmarks Statistik.

Børn og voksne med handicap

En række børn og voksne modtager hjælp eller støtte efter serviceloven som følge af en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Kommunerne indberetter oplysninger om voksne, der modtager handicaprelaterede ydelser efter serviceloven til De Kommunale Serviceindikatorer. Statistikken omfatter en række indsatser for voksne, herunder socialpædagogisk støtte, midlertidige og længerevarende botilbud, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud, ledsagerordning og såkaldt borgerstyret personlig assistance (BPA). I forbindelse med Børne- og Socialministeriets pilotprojekt indleverer en lang række kommuner nu også oplysninger om tildelingen af hjælpemidler, jf. afsnit 11.1.

Hjælpemiddelstatistikken er så ny, at der endnu ikke er endeligt overblik over kvaliteten af data. I takt med at data fra hjælpemiddelstatistikken bliver anvendt i analyser og i forbindelse med folketingssvar, vil eventuelle udfordringer og mangler i data blive belyst. Hjælpemiddelstatistikken er angivet med grå i figur 11.4.

I 2018 er der implementeret ændrede indberetningskrav til De Kommunale Serviceindikatorer. Konkret betyder det, at der er fjernet 10 krav, hvilket svarer til, at 24 pct. af alle indberetningerne er saneret.

Kommunerne skal efter de nye krav indberette alle ydelser, der på et eller andet tidspunkt har været aktive siden 1. juli 2013. Det betyder, at der har været en stor opgave hos kommunerne, kommunernes IT-leverandører og Danmarks Statistik med at konvertere både historiske og aktuelle data til de nye krav.

Børne- og Socialministeriet har været i tæt dialog med alle tre parter for at få gennemført saneringen og afklare, hvordan arbejdet med at konvertere data fra tidligere til nye krav kunne gennemføres. IT-leverandørerne og Danmarks Statistik har bl.a. udviklet systemiske løsninger til understøttelse af konverteringsarbejdet for at lette opgaven for kommunerne. På trods af dette har der været store udfordringer med at få konverteret data – særligt historiske data, som er indberettet via systemer, som kommunerne ikke længere anvender.

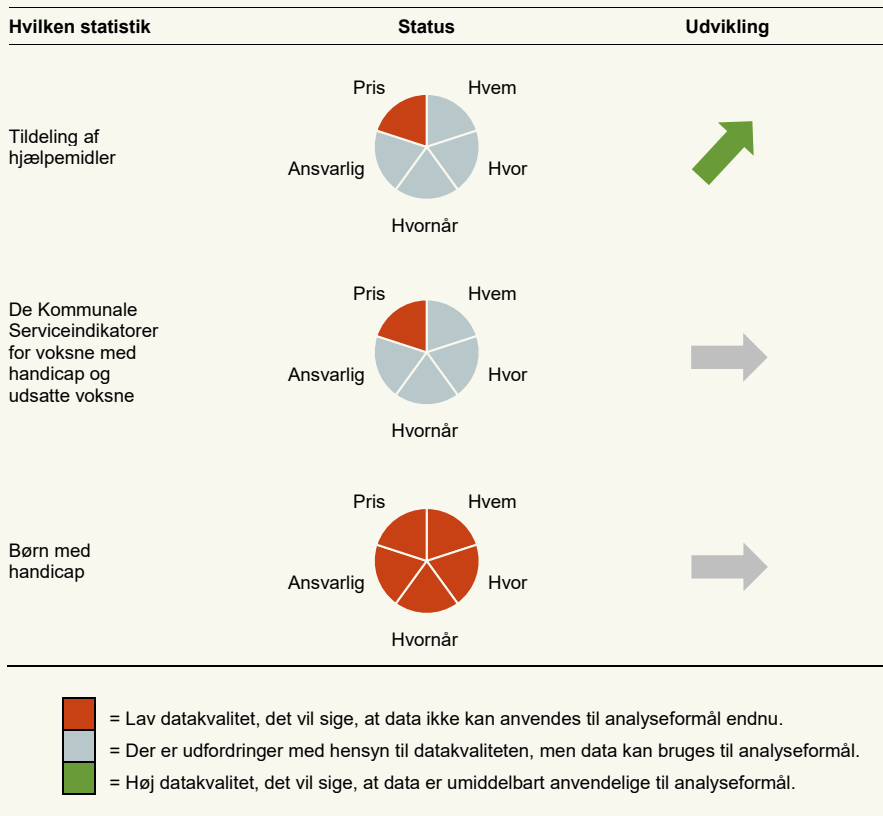
Der er endnu ikke endeligt overblik over, hvorledes datakvaliteten er påvirket af de nye indberetningskrav. Datakvaliteten forventes på sigt at blive bedre, men er på nuværende tidspunkt angivet grå i figur 11.4. Det vil sige, at der fortsat er udfordringer med statistikken, men at data kan anvendes i analysesammenhænge.

Det er fortsat en udfordring, at der ikke er en dækkende registerbaseret national statistik om indsatser til børn og unge, der modtager ydelser i serviceloven som følge af et fysisk eller kognitivt handicap, hvorfor figur 11.4 er rød. Det betyder, at det ikke er muligt at få et dækkende billede af, hvor mange og hvem, der er i målgruppen, samt at vurdere effekten af indsatser målrettet børn med handicap. Børne- og Socialministeriet arbejder fortsat på at finde den rette løsning, der sikrer en systematisk indsamling af data om målgruppen.

Figur 11.4 viser status og udvikling i forhold til kvaliteten af data vedrørende børn og voksne med handicap.

Figur 11.4

Status på datakvalitet for børn og voksne med handicap



Anm.: 'Hvem', 'Hvor', 'Hvornår' og 'Ansvarlig' henviser til oplysninger om hvem, der modtager ydelser, hvor og hvornår ydelserne gives, og hvem der har visiteret ydelsen. 'Pris' henviser til, om der er data for, hvad den konkrete ydelse koster. Der er i dag ikke krav om at indberette personoplysninger om prisen for ydelser til udsatte voksne. Pilene illustrerer, om der har været fremdrift eller ej i forhold til datakvaliteten siden sidst.

Kilde: Udarbejdet pba. kommunernes dataindsamlinger til Danmarks Statistik.

11.3.2 Dækningsgrad

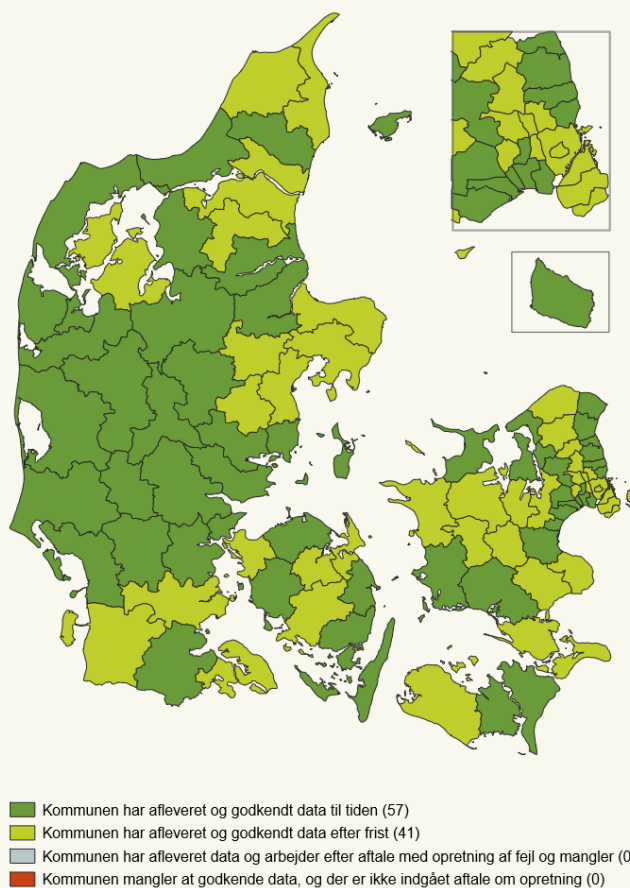
De nationale statistikker på socialområdet skal være dækkende. Det vil sige, at alle kommuner indberetter alle de relevante oplysninger til statistikkerne. At data er dækkende er afgørende for, at datagrundlaget på socialområdet er repræsentativt og dermed anvendelig til brug for analyser af virkningen af de sociale indsatser.

Det indgår som en del af arbejdet med at kvalitetssikre data, at der halvårligt udsendes breve til samtlige kommunaldirektører med oversigt over den pågældende kommunes status i forhold til at godkende data til centrale statistikker til socialområdet. Oversigten til kommunaldirektørerne omfatter status for oplysninger om forebyggende foranstaltninger,

anbringelser, underretninger, De Kommunale Serviceindikatorer for voksne med handicap og udsatte voksne og som noget nyt også status om indberetninger til Stofmisbrugsdatabasen.

I det følgende er der oversigter over, hvor mange og hvilke kommuner, der har godkendt data og dermed indgår i de forskellige statistikker på socialområdet ved seneste udgivelse af data. Der fremgår ikke en status for De Kommunale Serviceindikatorer for voksne med handicap og udsatte voksne, da godkendelsesprocedurer og udgivelse af statistikken i foråret 2018 er udsat af hensyn til implementeringen af ændrede indberetningskrav, jf. afsnit 11.3.1.

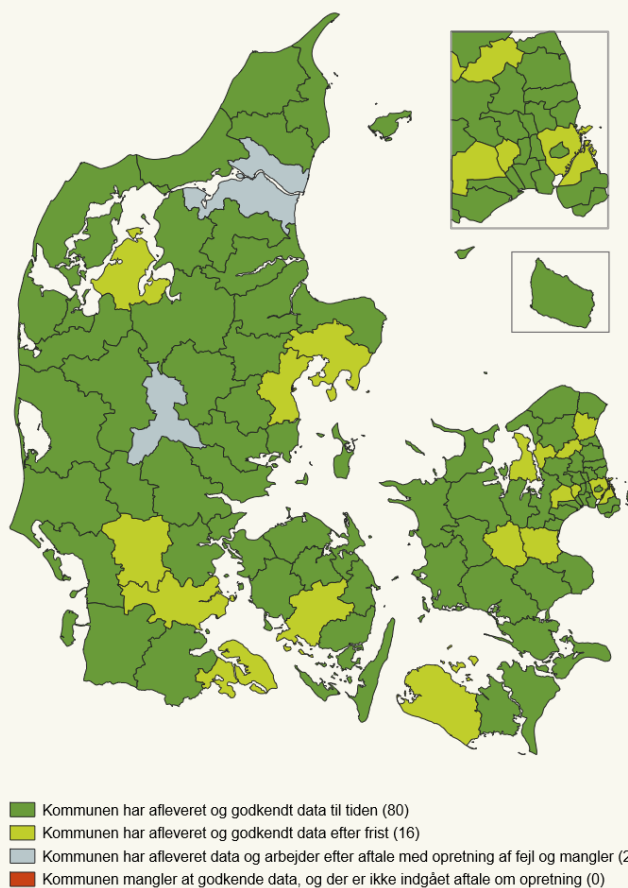
Samtlige kommuner har indberettet og godkendt data om anbringelser ved udgivelsen af statistikken for 2017. Danmarks Statistik bruger imidlertid mange ressourcer på at rykke en del af kommunerne, der ikke leverer og/eller godkender data til den fastsatte frist. Det betyder samtidig, at offentliggørelsen af statistikken bliver forsinket. Der var 41 kommuner, der først godkendte deres indberetninger til Danmarks Statistik efter fristen, jf. figur 11.5.

Figur 11.5**Status for kommunernes indberetninger om anbringelser, 2017**

Anm.: Figuren bygger på kommunernes indberetninger af anbringelser til Danmarks Statistik. Tal i parentes angiver antal kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik.

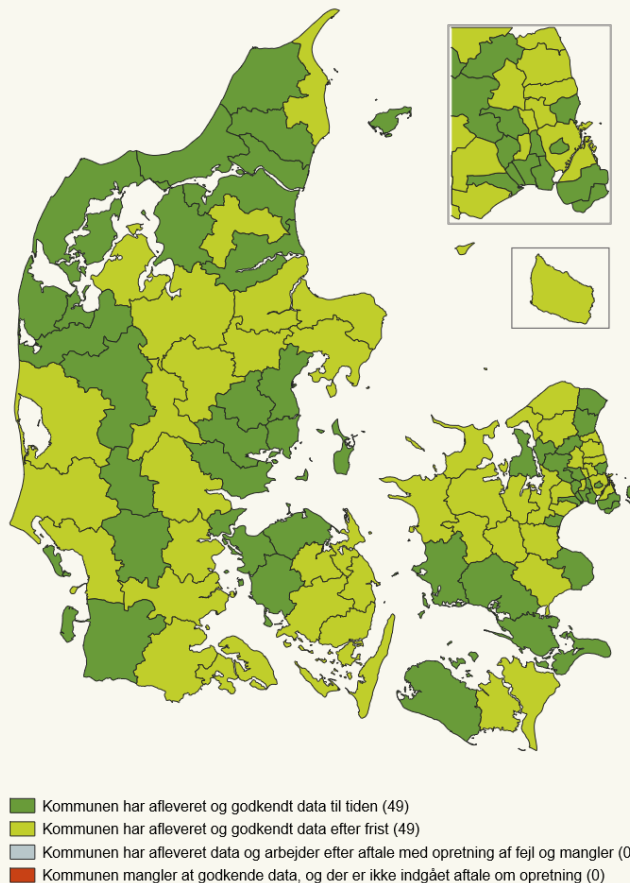
96 kommuner har leveret og godkendt data for 2017 til underretningsstatikken, jf. figur 11.6. Det er dog også en udfordring for underretningsstatikken, at en del af kommunerne først godkender data efter fristen.

Figur 11.6**Status for kommunernes indberetninger om underretninger, 2017**

Anm.: Figuren bygger på kommunernes indberetninger af underretninger til Danmarks Statistik. Tal i parentes angiver antal kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik.

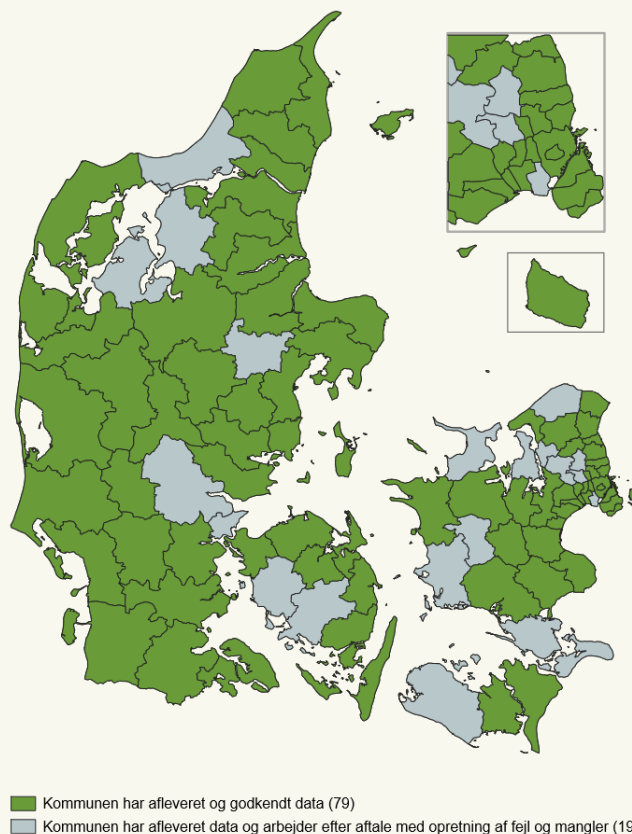
Der har været store udfordringer med at få alle kommuner til at godkende deres indberetninger af oplysninger om forebyggende foranstaltninger i 2017. Det har betydet, at offentliggørelsen af statistikken for 2017 er forsinket betydeligt. Statistikken er først blevet offentliggjort primo december. Der var kun 49 kommuner, der afleverede og godkendte data til tiden, jf. figur 11.7.

Figur 11.7**Status for kommunernes indberetninger om forebyggende foranstaltninger, 2017**

Anm.: Figuren bygger på kommunernes indberetninger af forebyggende foranstaltninger til Danmarks Statistik. Tal i parentes angiver antal kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik.

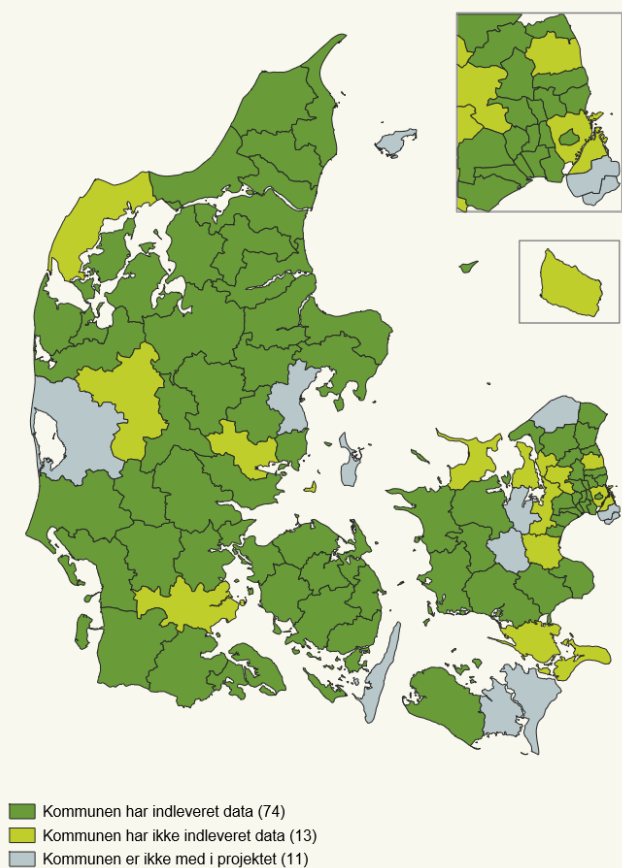
Ved udgivelsen af statistikken om social stofmisbrugsbehandling for 2017 var der 79 kommuner, der havde godkendt de indberettede oplysninger og som dermed indgår i statistikken, jf. figur 11.8. Blandt de kommuner, der har godkendt data, er København og Aarhus, der ikke tidligere har været med i statistikken. Et mål med datastrategien har været, at statistikken om social stofmisbrugsbehandling i løbet af 2017 skulle sigte mod at indeholde data for alle kommuner. Denne målsætning er dermed ikke opfyldt. Kvaliteten af data blandt de kommuner, der indgår i statistikken, er imidlertid løftet betydeligt, jf. afsnit 11.3.1.

Figur 11.8**Status for kommunernes indberetning til Stofmisbrugsdatabasen, 2017**

Anm.: Figuren bygger på kommunernes indberetninger til Stofmisbrugsdatabasen. Tal i parentes angiver antal kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik.

Der er indhentet data til hjælpemiddelstatistikken for første gang i 2018. I alt har 87 kommuner, som led i et pilotprojekt igangsat af Børne- og Socialministeriet, implementeret en IT-løsning, som kan levere data om genbrugshjælpemidler, som fx ganghjælpemidler, kørestole, toiletstole og kommunikationshjælpemidler, jf. figur 11.9. 74 af disse har leveret data til statistikken, mens 13 kommuner af forskellige årsager ikke har leveret data, bl.a. som følge af tekniske udfordringer med snitfladeløsningen til Danmarks Statistik. 11 kommuner har ikke haft mulighed for at indberette data, da disse ikke indgår i pilotprojektet.

Figur 11.9**Kommuner der indleverer data om genbrugshjælpemidler til hjælpemiddelstatistikken, 2017**

Anm.: Figuren bygger på indhentning af oplysninger fra udvalgte kommunerne om tildeling af genbrugshjælpemidler til Danmarks Statistik. Tal i parentes angiver antal kommuner.
Kilde: Danmarks Statistik.

Foruden data om genbrugshjælpemidler indberetter kommunerne i pilotprojektet også data om kropsbårne hjælpemidler, der fx omfatter proteser, ortoser og bleer, samt hjælpemidler til boligindretning. 40 kommuner har implementeret en IT-løsning, som kan levere data om kropsbårne hjælpemidler, hvoraf 30 kommuner har leveret data. Der er 19 kommuner, ud af i alt 35 kommuner i projektet, der har leveret data om boligindretning.

Pilotprojektet med opbygning af hjælpemiddelstatistikken løber frem til september 2019. På baggrund af erfaringerne fra projektet vil der blive taget stilling til udvikling af en permanent løsning, som kan sikre, at alle kommuner får mulighed for at levere data til hjælpemiddelstatistikken.

11.3.3 Aktualitet

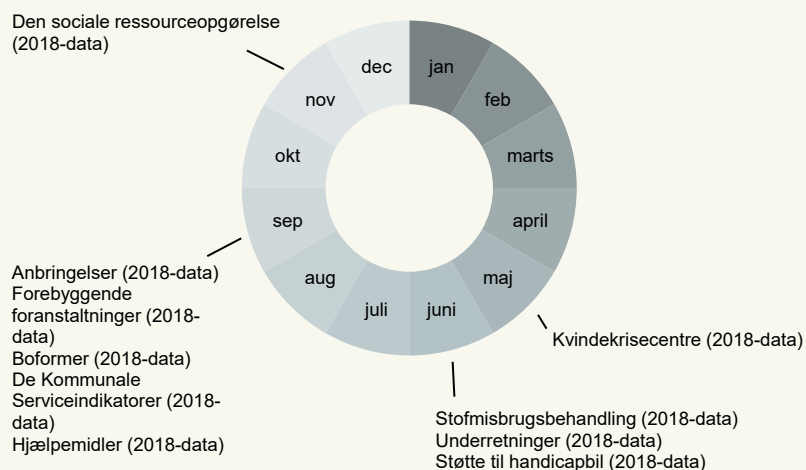
Ved aktuelle data henvises til, at de indsamlede data er tidssvarende, når de bliver offentliggjort. Når data er indberettet af de kommunale medarbejdere, foregår der et større valideringsarbejde i Danmarks Statistik af hensyn til at sikre kvaliteten af data, jf. afsnit 11.3.1. Der vil derfor aldrig blive tale om, at data offentliggøres løbende i takt med, at nye data indberettes.

Det er imidlertid målsætningen, at data skal være så tidssvarende som muligt. Det vil sige, at data hurtigst muligt skal være tilgængelige for offentligheden efter referenceårets afslutning.

I figur 11.10 er angivet et årshjul for, hvornår de forskellige statistikker på socialområdet forventes at blive offentliggjort i løbet af 2019.

Figur 11.10

Årshjul for offentliggørelse af statistikker på socialområdet i 2019



Bilag 1 Dokumentation af enhedsudgifter

Dette bilag dokumenterer beregningerne af enhedsudgifterne. Enhedsudgifterne angiver driftsudgifterne pr. år til en given social foranstaltning. Det kan for eksempel være til en aflastningsordning for et udsat barn. Enhedsudgiften udtrykker således, hvad det i gennemsnit koster på landsplan at have et udsat barn i en aflastningsordning i et år.

Man skal være opmærksom på, at de beregnede enhedsudgifter er behæftet med usikkerhed. De er ikke eksakte, men giver en indikation af størrelsesordenen for enhedsudgifterne til de enkelte indsatser. De skal derfor tolkes med varsomhed.

Enhedsudgifterne er opgjort ved at sammenholde de årlige driftsudgifter til en given foranstaltning med antallet af helårspersoner, der har modtaget foranstaltningen i løbet af året. Driftsudgifterne er de samlede offentlige nettodriftsudgifter til en given indsats, dvs. før statsrefusion til kommunerne. Indtægter fra eventuel egenbetaling er fraregnet. Driftsudgifterne omfatter både direkte driftsudgifter samt foranstaltningens anslåede andel af udgifter, der ikke kan henføres til specifikke indsatser (udgifter til administration mv.). Driftsudgifterne bygger på oplysninger fra kommunernes regnskaber.

Antallet af helårspersoner er opgjort på baggrund af oplysninger fra en række forskellige registre (individdata), herunder registre fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, om modtagere af sociale foranstaltninger. Registerne indeholder bl.a. individoplysninger om start- og slutdato. På den baggrund er det muligt at optælle antallet af uger, hvor en given ydelse er blevet modtaget i løbet af et år.

De beregnede enhedsudgifter dækker en stor del af den sociale indsats ifølge serviceloven til de tre målgrupper: Udsatte børn og unge, udsatte voksne samt personer med handicap. Det er ikke muligt at beregne enhedsudgifter for en del af indsatsen. Enten fordi udgifterne ikke kan isoleres til målgrupperne, eller fordi der ikke er oplysninger om modtagerne. Det er bl.a. ikke muligt at opgøre enhedsudgifterne til støtte til hjælpemidler mv. (§§ 112-117), særlige dagtilbud og særlige klubber (§§ 32 og 36) samt rådgivning og konsulentbistand mv. (§§ 11-12). Kontantydelse til dækning af merudgifter (§§ 41 og 100), tabt arbejdsfortjeneste (§ 42) og pasning af nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom (§ 118) indgår heller ikke i beregningerne.

Enhedsudgifter for udsatte børn og unge

Tabel 2 nedenfor redegør for de kommunale konti (funktioner/grupperinger) og registervariable, som indgår i beregningen af de enkelte enhedsudgifter for udsatte børn og unge. For eksempel fremgår kommunernes driftsudgifter til aflastningsordninger af funktion 5.28.21, gruppering 005 i det kommunale regnskabssystem. Antallet af uger i aflastningsordninger kan opgøres på baggrund af variabelen PGF=210 i Danmarks Statistiks register over forebyggende foranstaltninger til udsatte børn og unge.

Udgifterne til aflastningsordninger er en del af de samlede udgifter til forebyggende foranstaltninger (funktion 5.28.21). På funktionen fremgår en række udgifter, som ikke er fordelt på specifikke ydelser (ca. 14 pct. af de samlede udgifter). Det drejer sig om udgifterne på gruppering 014 (Børnehuse til undersøgelse ved overgreb eller mistanke herom), 200 (Ledelse og administration) og 999 (Sum af uautoriserede grupperinger). I beregningerne er disse udgifter fordelt på de øvrige grupperinger under funktionen med baggrund i grupperingernes udgiftsandel. For eksempel udgør udgifterne til aflastningsordninger 24,9 pct. af de samlede udgifter på 5.28.21, ekskl. gruppering 014, 200 og 999. 24,9 pct. af udgifterne på gruppering 014, 200 og 999 er derfor tillagt udgifterne til aflastningsordninger. Denne fremgangsmåde er anvendt generelt i beregningerne. Metoden er behæftet med usikkerhed, idet bl.a. udgifterne på gruppering 999 (Sum af uautoriserede grupperinger) måske kun vedrører en del af ydelserne under funktionen. Nogle enhedsudgifter kan dermed blive overvurderet og andre undervurderet. Alternativet, hvor udgifterne på gruppering 999 ikke medregnes, vil imidlertid også give et skævt billede af enhedsudgifterne.

Det bemærkes endvidere, at aktiviteten i udslusningsordninger (PGF=250) er fordelt på de forskellige typer af anbringelsessteder. Normalt betragtes udslusning som en forebyggende foranstaltning, men udgifterne er registreret under anbringelser.

Enhedsudgifter for udsatte voksne og mennesker med handicap

Tabel 4 redegør for de kommunale konti og registervariable, som indgår i beregningen af de enkelte enhedsudgifter for udsatte voksne samt personer med handicap. Enhedsudgifterne for de to målgrupper er opgjort under ét.

Beregningen af enhedsudgifterne for ophold på forsorgshjem samt behandling for alkoholafhængighed bygger på landsdækkende oplysninger. Beregningen for stofmisbrug er baseret på 79 kommuner, der har godkendt data til Danmarks Statistik. De øvrige enhedsudgifter er baseret på 55 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Der er kun beregnet enhedsudgifter for de ydelser, hvor indberetningen til De Kommunale Serviceindikatorer er obligatorisk.

Når det gælder botilbud (§§ 107-108 i serviceloven) og botilbudslignende ophold (§ 105 i almenboligloven) i kombination med socialpædagogisk støtte (§ 85 i serviceloven), er der forskel på, hvordan kommunerne i praksis kombinerer og registrerer ydelserne. Opgørelsen af enhedsudgifterne til socialpædagogisk støtte, længerevarende ophold og midlertidigt ophold vurderes derfor at være mere usikker end opgørelsen af de øvrige enhedsudgifter. Se også nedefor om følsomheden af enhedsudgifterne.

Opgørelsen af enhedsudgifterne for socialpædagogisk støtte og botilbud vil fremadrettet blive revideret i forlængelse af, at både den kommunale kontoplan og De Kommunale Serviceindikatorer er blevet ændret for bl.a. at håndtere denne problematik.

Et andet usikkerhedsmoment er manglende afslutningsdatoer i registerdata for blandt andet indsatser i De Kommunale Serviceindikatorer og misbrugsbehandling. Hvis der ikke er oplysninger om en afslutningsdato, anses behandlingen for at være i gang. Særligt i registret for behandling af alkoholafhængighed er der mange forløb uden en afslutningsdato. Det kan afspejle, at mange personer er i mere eller mindre permanent behandling, fx med antabus. Men det kan også betyde, at enhedsudgiften er undervurderet.

Fortolkningen af enhedsudgifterne

Generelt giver enhedsudgifterne et klart billede af, at der er stor variation i udgifterne til den sociale indsats afhængig af hvilke foranstaltninger, den enkelte borger modtager.

De beregnede enhedsudgifter fanger dog ikke den fulde variation. For det første kan en given paragraf (foranstaltning) dække over stor variation i den indsats, der ydes inden for rammerne af paragraffen. Fx har borgere i længerevarende botilbud (§ 108) vidt forskellige udfordringer og behov, hvorfor bl.a. omfanget af personaleressourcer, der går til den enkelte borger, vil variere. Det kan både gøre sig gældende inden for det enkelte tilbud, men også på tværs af tilbud, som i mange tilfælde er specialiserede/rettet mod bestemte målgrupper, fx personer med svære psykiske lidelser, personer med fysiske funktionsnedsættelser, personer med dobbeltbelastninger osv. (se fx Tilbudsportalen.dk).

For det andet dækker nogle af enhedsudgifterne over flere ydelser. Det gælder fx behandling for alkoholafhængighed, hvor data ikke giver mulighed for at skelne mellem ambulant, dag- og døgnbehandling. Det samme gør sig gældende for enhedsudgiften "Økonomisk støtte til indehaveren af forældremyndigheden mv.", som bl.a. dækker over udgifter, der bevirker, at en anbringelse uden for hjemmet kan undgås, udgifter, der kan bidrage til en stabil kontakt mellem forældre og barn under barnets anbringelse og udgifter til prævention.

For det tredje udtrykker enhedsudgifterne et gennemsnitsbeløb på tværs af kommuner. Enhedsudgifterne varierer sandsynligvis fra kommune til kommune bl.a. på grund af forskelle i tilrettelæggelsen af indsatsen. Hertil kommer ovennævnte variation i borgernes behov og udfordringer, som også kan give anledning til kommunale forskelle. Endelig skal man være opmærksom på, at enhedsudgifterne afspejler, at nogle ydelser typisk bliver tildelt i et begrænset antal timer pr. uge, fx ledsageordning, mens andre ydelser er på døgnbasis, fx opholdsydelser.

Den anvendte beregningsmetode kan i princippet benyttes til at opgøre enhedsudgifterne i den enkelte kommune. Man skal imidlertid være opmærksom på, at flere forhold bidrager til usikkerhed, hvis man bruger metoden til at præsentere enhedsudgifter på kommuneniveau. Mellemkommunale betalinger, hvor handlekommune og betalingskommune ikke er den samme (se Socialebegreber.dk), kan indebære en vis uoverensstemmelse mellem indsats og udgifter, idet indsatsen typisk registreres efter handlekommune, mens udgifterne til indsatsen registreres efter betalingskommune. Frit valg kan fx indebære, at en kommune får overdraget

handleforpligtelsen, mens udgifterne til indsatsen stadig bliver afholdt af den oprindelige opholdskommune.

Tilgangen i kilderne kan også bidrage til usikkerhed i opgørelsen af enhedsudgifterne. Udgifterne til indsatsen bygger, som nævnt, på oplysninger fra de kommunale regnskaber. Disse angiver et samlet udgiftstal for hver af de sociale ydelser. Det vides derfor ikke, om opgørelsen af udgifterne er direkte koblet til den individspecifikke indsats. Eller om udgifterne indsamles på et højere aggregeringsniveau, hvor væsentlige detaljer i sammensætningen af ydelser går tabt, herunder den varierende praksis på området for botilbud og socialpædagogisk støtte.

Tabel 1

Udsatte børn og unge

Forebyggende foranstaltninger	Enhedsudgift, 2018-pl
Praktisk, pædagogisk og anden støtte i hjemmet, jf. § 52, stk. 3, nr. 2	104.000 kr.
Familiebehandling / Behandling af barnets eller den unges problemer, jf. § 52, stk. 3, nr. 3	134.000 kr.
Døgnophold for familien, jf. § 52, stk. 3, nr. 4	713.000 kr.
Fast kontaktperson for den unge eller hele familien, jf. § 52, stk. 3, nr. 6	79.000 kr.
Anden hjælp (rådgivning, behandling og pædagogisk støtte), jf. § 52, stk. 3, nr. 9	215.000 kr.
Økonomisk støtte til forældremyndighedsindehaver mv., jf. § 52 a	50.000 kr.
Støtteperson til indehaveren af forældremyndigheden mv., jf. § 54	38.000 kr.
Aflastningsordning, jf. § 52, stk. 3, nr. 5	199.000 kr.
Rådgivning og forebyggende indsatser, jf. § 11	47.000 kr.
Formidling af praktikophold, jf. § 52, stk. 3, nr. 8	25.000 kr.

Anm.: 2018-pl. Opgjort som de samlede offentlige nettodrifudsudgifter pr. helårsperson på baggrund af aktivitetstal fra 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 1 (fortsat)**Udsatte børn og unge**

Anbringelser	Enhedsudgift, 2018-pl
Plejefamilie § 66, stk. 1, nr. 1	469.000 kr.
Kommunal plejefamilie § 66, stk. 1, nr. 2	691.000 kr.
Netværksplejefamilie § 66, stk. 1, nr. 3	130.000 kr.
Eget værelse, kollegie eller kollegielignende opholdssted § 66, stk. 1, nr. 4	356.000 kr.
Socialpædagogisk opholdssted § 66, stk. 1, nr. 5	1.122.000 kr.
Kost- og efterskoler § 66, stk. 1, nr. 7	400.000 kr.
Skibsprojekt § 66, stk. 1, nr. 5	1.022.000 kr.
Døgninstitution § 66, stk. 1, nr. 6	1.087.000 kr.
Sikret døgninstitution mv. § 66, stk. 1, nr. 6	3.269.000 kr.

Anm.: 2018-pl. Opgjort som de samlede offentlige nettodriftsudgifter pr. helårsperson på baggrund af aktivitetstal fra 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 2**Dokumentation af enhedsudgifter for udsatte børn og unge**

Forebyggende foranstaltninger	Modtagere (registervariable)	Bemærkninger
Praktisk, pædagogisk og anden støtte i hjemmet, jf. § 52, stk. 3, nr. 2 (5.28.21.002)	PGF = 415	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Familiebehandling / Behandling af barnets eller den unges problemer, jf. § 52, stk. 3, nr. 3 (5.28.21.003)	PGF = 225, 420	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Døgnoophold for familien, jf. § 52, stk. 3, nr. 4 (5.28.21.004)	PGF = 425	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Fast kontaktperson for den unge eller hele familien, jf. § 52, stk. 3, nr. 6 (5.28.21.007, 5.28.21.008)	PGF = 220, 230, 270, 271, 272, 290, 430	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Anden hjælp (rådgivning, behandling og pædagogisk støtte), jf. § 52, stk. 3, nr. 9 (5.28.21.010)	PGF = 440	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Økonomisk støtte til forældremyndigheds-indehaver mv., jf. § 52 a (5.28.21.011, 5.28.21.012)	PGF = 445, 450, 451	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Støtteperson til indehaveren af forældremyndigheden mv., jf. § 54 (5.28.21.013)	PGF = 245, 435	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Aflastningsordning, jf. § 52, stk. 3, nr. 5 (5.28.21.005, 5.28.21.006)	PGF = 210	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Rådgivning og forebyggende indsatser, jf. § 11 (5.28.21.015)	PGF = 401, 402, 403, 404, 405, 407, 452	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Formidling af praktikophold, jf. § 52, stk. 3, nr. 8 (5.28.21.009)	PGF = 240, 275	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Anbringelser		
Almindelig plejefamilie, jf. § 66, stk. 1, nr. 1 (5.28.22.001 5.28.22.002)	ANSTED_KLAS = 2, 3, 14, 19	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.22.092 og 5.28.22.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning)
Kommunal plejefamilie, jf. § 66, stk. 1, nr. 2 (5.28.22.003, 5.28.22.004)	ANSTED_KLAS = 4, 5, 15, 20	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.22.092 og 5.28.22.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på

		PGF=250 (udslusning)
Netværksplejefamilie, jf. § 66, stk. 1, nr. 3 (5.28.22.005).	ANSTED_KLAS = 1, 18	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.22.092 og 5.28.22.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning)
Eget værelse, kollegie eller kollegielignende opholdssted § 66, stk. 1, nr. 4 (5.28.20.005)	ANSTED_KLAS = 6	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning)
Socialpædagogisk opholdssted, jf. § 66, stk. 1, nr. 5 (5.28.20.003)	ANSTED_KLAS = 12	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning)
Kost- og efterskoler § 66, stk. 1, nr. 7 (5.28.20.004)	ANSTED_KLAS = 11	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning)
Skibsprojekt § 66, stk. 1, nr. 5 (5.28.20.006)	ANSTED_KLAS = 13	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning). Der er ganske få anbragte i skibsprojekt, hvorfor den beregnede enhedsudgift er relativt usikker.
Døgninstitution § 66, stk. 1, nr. 6 (5.28.23)	ANSTED_KLAS = 7, 9, 10, 16, 17	Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning).
Sikret døgninstitution mv. § 66, stk. 1, nr. 6 (5.28.24)	ANSTED_KLAS = 8	Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning).

Anm.: Modtagere bygger på registerdata fra Danmarks Statistik vedr. udsatte børn og unge, se følgende link: <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/udsatte-boern-og-unge>. Variablen PGF er dokumenteret i følgende link: <http://dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/boern-og-unge/pgf>, mens variablen ANSTED_KLAS er dokumenteret her: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/boern-og-unge/ansted-klas>. Udgifterne bygger på tal fra de kommunale regnskaber og omfatter kun driftsudgifter (dranst=1). En dokumentation af den kommunale kontoplan findes på følgende link: <http://budregn.sim.dk/budget-og-regnskabssystem-for-kommuner.aspx>. Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 3**Enhedsudgifter, voksenområdet**

Indsats	Enhedsudgift
Borgerstyret personlige assistance § 96	1.362.000 kr.
Socialpædagogisk støtte mv. §§ 85 og 102	184.000 kr.
Ophold på forsorgshjem/herberg § 110	426.000 kr.
Alkoholmisbrugsbehandling § 141 i sundhedsloven	30.000 kr.
Stofmisbrugsbehandling (dagbehandling) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven	77.000 kr.
Stofmisbrugsbehandling (døgn) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven	773.000 kr.
Længerevarende ophold § 108	996.000 kr.
Midlertidigt ophold § 107	869.000 kr.
Kontaktperson for døvblinde § 98	134.000 kr.
Ledsageordning § 97	29.000 kr.
Beskyttet beskæftigelse § 103	127.000 kr.
Aktivitets- og samværsydelse § 104	171.000kr.

Anm.: 2018-pl. Opgjort som de samlede offentlige nettodriftsudgifter pr. helårsperson i 2016, stofmisbrugsbehandling og alkoholbehandling dog i 2017 og ophold på forsorgshjem/herberg i 2015. Tal for alkoholbehandling samt herberg og forsorgshjem er baseret på nationale registerdata og udgifter på landsplan. Stofmisbrugsbehandling baseret på 79 kommuner, der godkendt data for 2017 til Danmarks Statistik. Øvrige indsatser er baseret på 55 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. De Kommunale Serviceindikatorer er indberettet af handlekommune, der ikke nødvendigvis er betalingskommune. Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifter kontoret på grp. 200 (ledelse og administration) og 999 (uautoriserede grupperinger) samt evt. egenbetaling for nogle ydelser.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 4

Dokumentation af enhedsudgifter for voksenområdet

Indsats	Modtagere (registervariable)	Bemærkninger
Borgerstyret personlige assistance § 96 (5.32.32.003)	MODT_YDELSE_KODE = 1.13.2	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.32.32.200 og 5.32.32.999.
Socialpædagogisk støtte mv. §§ 85 og 102 (metode 1) (5.32.33.004, 5.38.50.005, 5.38.52.005)	MODT_YDELSE_KODE = 1.12, 1.12.1-1.12.7, 1.3.1, 1.3.2, 1.3.4	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.32.33.200, 5.32.33.999, 5.38.50.200, 5.38.50.999, 5.38.52.200 og 5.38.52.999. Enhedsudgiften omfatter også udgifter og modtagere vedr. § 102. 50 pct. af udgifterne på 5.38.50.005 og 5.38.52.005 er medregnet, idet grupperingerne også omfatter udgifter til §§ 83, 84 og 86 for personer i botilbud. Dette har dog begrænset betydning for den beregnede enhedsudgift.
Socialpædagogisk støtte mv. §§ 85 og 102 (metode 2) (5.32.33.004)	MODT_YDELSE_KODE = 1.12, 1.12.1-1.12.7, 1.3.1, 1.3.2, 1.3.4	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.32.33.200, 5.32.33.999. Enhedsudgiften omfatter også udgifter og modtagere vedr. § 102.
Ophold på forsorgshjem/herberg § 110 (5.38.42.001)	Alle forløb i registeret	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.42.092 og 5.38.42.999.
Alkoholmisbrugsbehandling § 141 i sundhedsloven (5.38.44)	TXUDGIFT=01	Modtagerdata giver ikke mulighed for at adskille behandlingsforløbene i ambulant, dag- og døgnbehandling. Hovedparten af udgifterne går til ambulant behandling og dagbehandling.
Stofmisbrugsbehandling (dagbehandling) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven (5.38.45.001)	K-BEHINT = Ambulant behandlingsintensitet, Dagbehandlingsintensitet	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.45.092, 5.38.45.200 og 5.38.45.999.
Stofmisbrugsbehandling (døgn) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven (5.38.45.002)	K-BEHINT = Døgnbehandlingsintensitet	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.45.092, 5.38.45.200 og 5.38.45.999. Inkl. udgifter til §§ 83-86 samt § 102 ifm. behandlingen.
Længerevarende ophold § 108 (5.38.50 (ex. gruppering 005)) (metode 1)	MODT_YDELSE_KODE = 1.8.1 MODT_TILB_KODE = 3.1.0, 3.1.1	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.50.200 og 5.38.50.999.
Længerevarende ophold § 108 (5.38.50) (metode 2)	MODT_YDELSE_KODE = 1.8.1	Alle grupperinger
Midlertidigt ophold	MODT_YDELSE_KODE = 1.8.2	Inkl. en forholdsmæssig andel af

§ 107 5.38.52 (ex. gruppering 005) (metode 1)	MODT_TILB_KODE = 3.5	udgifterne på 5.38.52.200 og 5.38.52.999.
Midlertidigt ophold § 107 5.38.52 (metode 2)	MODT_YDELSE_KODE = 1.8.2	Alle grupperinger
Kontaktperson for døvblinde § 98 (5.38.53.004)	MODT_YDELSE_KODE = 1.13.3	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.53.999.
Ledsageordning § 97 (5.38.53.003)	MODT_YDELSE_KODE = 1.13.4	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.53.999.
Beskyttet beskæftigelse § 103 5.38.58	MODT_YDELSE_KODE = 1.4	Alle grupperinger
Aktivitets- og samværstilbud § 104 5.38.59	MODT_YDELSE_KODE = 1.1	Alle grupperinger

Følsomheden af enhedsudgifter

Beregningerne af enhedsudgifterne er ikke eksakte. De opgjorte enhedsudgifter er følsomme over for, hvordan de årlige udgifter til de forskellige typer af indsatser afgrænses i den kommunale kontoplan, og hvordan antallet af helårsmodtagere opgøres. Derfor er de behæftet med usikkerhed og skal tolkes varsomt.

Der knytter sig en særlig usikkerhed til opgørelsen af enhedsudgiften til botilbud og socialpædagogisk støtte. Det skyldes blandt andet, at den kommunale registreringspraksis for disse ydelser varierer betragteligt og at både udgifter og antallet af modtagere kan opgøres på flere måder (VIVE, 2017).

Tabel 5 nedenfor viser enhedsudgifter for socialpædagogisk støtte og botilbud opgjort på to forskellige måder (se tabel 4 for metoden). Der er suppleret med enhedsudgifter fra to undersøgelser som VIVE har gennemført delvist på baggrund af andre datakilder. Det centrale i denne forbindelse er ikke de specifikke opgørelsesmetoder, men det forhold, at enhedsudgiften kan opgøres på forskellige måder og at dette leder til forskellige resultater.

Tabel 5**Følsomhed af enhedsudgifter for botilbud og socialpædagogisk støtte**

	Metode 1	Metode 2	VIVE (a)	VIVE (b)
Socialpædagogisk støtte	184.000	177.000	147.000	174.000
Midlertidige ophold	869.000	717.000	566.000	743.000
Længerevarende ophold	996.000	584.000	854.000	921.000

Anm.: 2018-pl. VIVE (a): Kasper Lemvig 2018: *Udgifter, brugere og enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde. En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2014-2017*, VIVE 2018 (tabel 4.1). VIVE (b) Kasper Lemvig & Bo Panduro (2017): *Kobling af udgifter og aktiviteter på det specialiserede voksenområde - analyse af udfordringer og anbefalinger til forbedring af datagrundlaget* (tabel 3.8, vægtet gennemsnit). VIVE 2017. VIVE-tal pl-reguleret fra hhv. 2017-priser (VIVE a) og 2014-priser (VIVE b) til 2018-pl.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og VIVE.

Det skal bemærkes, at kommuneudvalget og opgørelsesåret ikke er det samme. Hvor metode 1 og 2 baseres på 2016-tal fra 55 kommuner fra seneste udgivelse af De Kommunale Serviceindikatorer, er VIVE (a) baseret på 2017-tal fra kommunerne i Region Sjælland, mens VIVE (b) bygger på 2014-tal fra 46 kommuner fra en tidligere udgivelse af De Kommunale Serviceindikatorer. Dette vil i sig selv give anledning til, at tallene ikke er direkte sammenlignelige.

I et bredere perspektiv er baggrunden for forskellene også, at man i den kommunale kontoplan og i registrene på voksenområdet før år 2018 ikke har kunnet adskille botilbudslignende boliger efter almenboligloven med tilknyttet socialpædagogisk støtte fra øvrige former for socialpædagogisk støtte i eget hjem. Der er tale om vidt forskellige støtteformer med betragtelige forskelle i intensitet. Hertil kommer, at der forskel på, hvordan kommunerne i praksis kombinerer og registrerer ydelserne relateret til botilbud og socialpædagogisk støtte, hvilket giver en vis usikkerhed, når der foretages en opgørelse på landsplan, hvor data fra kontoplanen kombineres med registerdata om fra Danmarks Statistiks register De Kommunale Serviceindikatorer.

Opgørelsen af enhedsudgifterne for socialpædagogisk støtte og botilbud vil fremadrettet blive revideret i forlængelse af, at både den kommunale kontoplan og De Kommunale Serviceindikatorer er blevet ændret.

Bilag 2 Udsatte børn og unge

Dette bilag giver en detaljeret beskrivelse af, hvordan udsatte børn og unge er afgrænset. Desuden viser bilaget fordelinger på køn, alder og herkomst for forskellige sociale foranstaltninger til udsatte børn og unge.

Udsatte børn og unge vedrører personer, der i 0-22-årsalderen modtager en social foranstaltning inden for rammerne af kapitel 3 (§ 11) samt kapitel 11 og 12 i serviceloven.

Børn og unge mellem 15 og 17 år kan også anbringes uden for hjemmet af strafferetlige årsager ved dom, når opholdet er led i afsoning, jf. § 78 i straffuldbyrdsloven, eller en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling på et anbringelsessted, jf. § 74 a i straffeloven (ungdomssanktion). Hertil kommer anbringelser ved kendelse i varetægtssurrogat på et anbringelsessted, jf. § 765 i retsplejeloven. Disse personer indgår også i målgruppen af udsatte børn og unge.

Der har siden 1977 været indsamlet registerdata (individdata) vedrørende anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger, jf. Danmarks Statistiks register for udsatte børn og unge. I 2014 er statistikken udbygget med individdata for modtagere af familierettede forebyggende foranstaltninger. Den sociale indsats efter serviceloven i forhold til udsatte børn og unge er dog ikke fuldt belyst af registerdata. Det drejer sig bl.a. om den forebyggende indsats under § 11, idet der ikke er pligt til en børnefaglig undersøgelse eller særskilt journalpligt i tilknytning hertil.

Anbringelser og forebyggende foranstaltninger

Hvis et barn eller en ung person under 18 år har brug for særlig støtte, skal kommunen undersøge forholdene og iværksætte en eller flere relevante foranstaltninger. En foranstaltning kan enten være i form af en forebyggende indsats eller en anbringelse uden for hjemmet. Eksempler på forebyggende indsatser er familiebehandling, aflastningsophold eller en fast kontaktperson. Anbringelser uden for hjemmet kan for eksempel være i en plejefamilie, på en døgninstitution eller på et socialpædagogisk opholdssted. Et behov for støtte kan skyldes forhold i familien, fx at forældrene af forskellige årsager ikke kan varetage omsorgen for barnet. Eller forhold, der knytter sig til barnet eller den unge selv, fx adfærdsproblemer eller en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Efterværn

Udsatte unge i alderen 18-22 år omfatter personer i et såkaldt efterværn. Her handler den sociale indsats primært om at sikre en god overgang til et selvstændigt voksenliv. Den unge kan fx få rådgivning og hjælp fra en fast støtte- eller kontaktperson, eller der kan være tale om en gradvis udslningsordning fra et tidligere anbringelsessted.

Tabel 1 viser det samlede antal udsatte børn og unge opdelt efter køn, alder og oprindelse.

Tabel 1**Udsatte børn og unge opdelt efter køn, alder og oprindelse, 2016**

	Udsatte børn og unge
Antal	67.100
	----- Pct. -----
Køn	
Mænd	55
Kvinder	45
Alder	
0-5 år	12
6-10 år	20
11-14 år	22
15-17 år	26
18-20 år	15
21-22 år*	5
Oprindelse	
Dansk oprindelse	82
Ikke-vestlig oprindelse	16
Vestlig oprindelse	2

Note: *) Alderen er opgjort ultimo året, hvorfor nogle i gruppen er fyldt 23 år ved opgørelsestidspunktet.

Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i 0-22-årsalderen var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i løbet af 2016 og indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Forebyggende foranstaltninger omfatter både familie- og personrettede forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 2 viser det samlede antal udsatte børn og unge opdelt efter type af foranstaltning, køn, alder og oprindelse.

Tabel 2**Udsatte børn og unge efter type af foranstaltning, køn, alder og oprindelse, 2016**

	Anbragt**	Forebyggende foranstaltninger, Personrettede**	Forebyggende foranstaltninger, Familierettede**	Efterværn
Antal	14.500	17.500	43.400	11.800
----- Pct. -----				
Køn				
Mænd	54	58	54	52
Kvinder	46	42	46	48
Alder				
0-5 år	11	5	16	-
6-10 år	19	18	25	-
11-14 år	24	28	25	-
15-17 år*	46	49	33	-
18-22 år*	-	-	-	100
Oprindelse				
Dansk oprindelse	86	84	80	84
Ikke-vestlig oprindelse	13	14	18	15
Vestlig oprindelse	1	2	2	1

Note: *) Alderen er opgjort ultimo året, hvorfor nogle i grupperne "15-17 år" og "18-22 år" er fyldt henholdsvis 18 og 22 år ved opgørelsestidspunktet. **) Anbringelser og forebyggende foranstaltninger omfatter kun personer, der har modtaget foranstaltninger inden de fyldte 18 år. Anbringelser og forebyggende foranstaltninger efter det fyldte 18. år er opgjort som efterværn.

Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i 0-22-årsalderen var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i løbet af 2016 og indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Forebyggende foranstaltninger omfatter både familie- og personrettede forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Bilag 3 Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Dette bilag viser antallet af modtagere af de sociale indsatser, hvor der findes registerdata, samt fordelinger på køn, alder og oprindelsesland for forskellige målgrupper og udvalgte typer af indsatser. Derudover gives en detaljeret beskrivelse af, hvordan modtagere af sociale indsatser på voksenområdet er opgjort i redegørelsen.

Målgrupper og indsatser

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet omfatter i redegørelsen udsatte voksne og personer med handicap på 18 år eller derover, der modtager en indsats efter serviceloven.

Der sondres mellem henholdsvis voksne med handicap og udsatte voksne. Udsatte voksne består af voksne med psykiske vanskeligheder og voksne med særlige sociale problemer.

Målgrupperne er opgjort på baggrund af de tilgængelige registre og afspejler delvist den begrebsbrug, der benyttes i De Kommunale Serviceindikatorer, hvor kommunerne skal indberette, hvilken målgruppe en borger tilhører, når vedkommende modtager en social indsats.

De fire overordnede målgrupper er:

- Fysisk funktionsnedsættelse
- Kognitiv funktionsnedsættelse
- Psykiske vanskeligheder (sindslidelse)
- Socialt problem

"Fysisk funktionsnedsættelse" omfatter blandt andet mobilitets- og kommunikationsnedsættelser. "Kognitiv funktionsnedsættelse" kan eksempelvis være hjerneskade, udviklingshæmning, autismspektrum eller opmærksomhedsforstyrrelse. Personer med fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse udgør tilsammen gruppen af voksne med handicap.

"Psykiske vanskeligheder" (benævnt "Sindslidelse" i statistikken) omfatter bl.a. angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse mv. "Socialt problem" kan være misbrug, kriminalitet, selvmordsforsøg eller selvmordstanker, overgreb, selvskadende adfærd mv. Begrebsbruken lægger sig op ad Voksenudredningsmetoden (VUM). Der skal som minimum

indberettes én målgruppe pr. ydelse og den samme borger kan derfor optræde i flere målgrupper.

Serviceoven opererer ikke med begrebet "kognitiv funktionsnedsættelse", men benytter det bredere begreb "psykisk funktionsnedsættelse". Personer, hvor den psykiske funktionsnedsættelse skyldes psykiske vanskeligheder, indgår, som nævnt, i gruppen af udsatte voksne.

Der er ved registreringen af personer i stofmisbrugs- og alkoholbehandling, samt personer på forsorgshjem og herberger ikke angivet en målgruppekategori. Disse personer er i redegørelsen opgjort som udsatte voksne med sociale problemer. Kvinder med ophold på kvindekrisecentre er endnu ikke medregnet i det samlede antal voksne modtagere af sociale indsatser, herunder opdelingen på målgrupper, da der kun findes registerdata for 2017.

Det samlede antal personer med henholdsvis fysisk funktionsnedsættelse, kognitiv funktionsnedsættelse og psykiske vanskeligheder er opgjort på baggrund af de 55 kommuner, der har godkendt indberetninger til De Kommunale Serviceindikatorer i hele perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan.

Antal personer i målgruppen med sociale problemer og det samlede antal af voksne indsatsmodtagere på tværs af alle fire målgrupper er opgjort på baggrund af de 52 kommuner, der både har godkendt deres indberetninger til registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere i perioden 2015-2016 og De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan. Se også nedenfor for yderligere om de enkelte registre og opregning af antallet af modtagere af sociale indsatser efter serviceoven til landsplan.

Tabel 1 viser antallet af voksne modtagere af indsatser opdelt efter målgruppe, herunder en fordeling af målgrupperne på køn, alder og oprindelsesland.

Tabel 1

Modtagere af indsatser på voksenområdet i 2016, opdelt efter målgrupper, køn, alder og oprindelse

	Fysisk handicap	Kognitivt handicap	Psyriske vanskeligheder	Sociale problemer	Samlet
Antal modtagere	12.700	42.900	31.200	42.400	111.700
<i>Pct.</i>					
Køn					
Mænd	50	58	48	70	59
Kvinder	50	42	52	30	41
Alder					
18-29 år	18	34	24	28	27
30-39 år	13	16	20	17	17
40-49 år	18	17	22	22	20
50-59 år	22	17	20	21	20
60 år eller derover	29	16	14	13	16
Oprindelse					
Dansk oprindelse	95	95	91	93	94
Ikke-vestlig oprindelse	4	3	7	5	5
Vestlig oprindelse	2	1	2	2	2

Anm.: Berørte personer i løbet af året afrundet til nærmeste 100. Personer kan modtage flere forskellige indsatser og kan indgå i flere målgrupper. Omfatter personer på 18 år eller derover, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Målgrupperne fysisk handicap, kognitivt handicap og psykiske vanskeligheder er opgjort på baggrund af de 55 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan på baggrund af antallet 18-64-årige i disse kommuner. Den samlede gruppe af voksne indsatsmodtagere og målgruppen med sociale problemer er opgjort på baggrund af de 52 kommuner, der både har godkendt deres indberetninger til registret Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere i perioden 2015-2016 og De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Se afsnit vedr. datagrundlag for yderligere information om opgørelsesmetoden.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Det følgende indeholder opgørelser for de indsatser, der fylder mest i datagrundlaget blandt voksne modtagere af indsatser.

Tabel 2 viser antallet voksne modtagere efter type af indsats, opdelt efter målgruppe. Fysisk og kognitivt handicap er set under et, da der for en række ydelser er meget få indsatsmodtagere blandt personer med fysisk handicap.

Tabel 2**Modtagere af indsatser på voksenområdet, opdelt efter målgrupper**

	Handicap	Psykiske vanskeligheder	Sociale problemer	Samlet
	----- Antal -----			
Dag- og døgnafstning (§ 84)	600	0	0	600
Socialpædagogisk støtte (§ 85) ¹⁾	20.200	21.300	5.100	41.000
Afløsning, personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp (§ 95)	500	0	0	500
Borgerstyret personlig assistance (§ 96)	1.600	0	0	1.600
Ledsageordning (§ 97)	9.000	200	100	9.100
Kontaktperson for døvblinde (§ 98)	300	0	0	300
Speciallægelig og psykologisk behandling samt terapi (§ 102)	100	100	100	300
Stofmisbrugsbehandling (§ 101) ⁵⁾	-	-	17.300	17.300
Alkoholbehandling (§ 141 sundhedsloven) ⁵⁾	-	-	14.500	14.500
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	8.400	1.600	400	9.800
Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	12.900	4.200	900	16.700
Midlertidigt ophold (§ 107)	5.800	3.100	1.500	8.900
Længerevarende ophold ²⁾	9.300	3.000	800	11.900
Socialpædagogisk støtte i botilbud ³⁾	4.300	1.500	600	5.900
Botilbud i alt ⁴⁾	17.900	7.100	2.800	24.700
Kvindekrisecentre (§ 109) ⁵⁾	-	-	1.500	1.500
Forsorgshjem og herberger (§ 110) ^{5,7)}	-	-	6.200	6.200
Modtagere i alt ⁶⁾	50.800	31.200	42.400	111.700

Note: ¹⁾ Opgjort eksklusiv, hvor der til ydelsen er registreret, at den leveres på et botilbud samt, hvor personen i samme kalenderår er registreret med et midlertidigt eller længerevarende botilbud. ²⁾ Længerevarende ophold omfatter §§ 108 og 192 i lov om social service og § 105 i lov om almene boliger samt lov om friplejeboliger. ³⁾ Socialpædagogisk støtte i botilbud omfatter socialpædagogisk støtte efter § 85, hvor der til ydelsen er registreret et botilbud. ⁴⁾ Botilbud i alt omfatter midlertidigt og længerevarende ophold samt socialpædagogisk støtte i botilbud. Registreringspraksis i forhold til socialpædagogisk støtte og botilbud varierer og der kan være usikkerhed forbundet med opgørelsen. ⁵⁾ Opgjort for 2017. ⁶⁾ Modtagere i alt er antal unikke personer på tværs af alle ydelser i 2016, inkl. ydelser det er frivilligt for kommunerne at indberette. ⁷⁾ Særtræk fra Danmarks statistik. Anm.: Berørte personer i løbet af året afrundet til nærmeste 100. Alkoholbehandling, kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger er baseret på nationale registre. Øvrige indsatser er baseret på kommuner, der har godkendt deres indberetninger til Danmarks Statistik og vægtet til landsplan på baggrund af antallet af 18-64-årige i disse kommuner, jf. afsnit om datagrundlag. Personer i stofmisbrugs- og alkoholbehandling samt personer på kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger er i redegørelsen opgjort som udsatte voksne med sociale problemer. Se tabel 1 for opgørelse af målgrupper. Kvindekrisecentre indgår ikke i "Modtagere i alt". Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Tabel 3 viser antallet voksne modtagere af indsatser, hvor der findes data for 2017, opdelt efter køn, alder og oprindelsesland.

Tabel 3

Modtagere af udvalgte indsatser på voksenområdet i 2017, opdelt efter køn, alder og oprindelse

	Alkohol- behandling	Stofmisbrugs- behandling	Forsorgshjem og herberger	Kvinde- krisecentre
Antal modtagere	14.500	17.300	6.200	1.500
----- Pct. -----				
Køn				
Mænd	69	75	76	-
Kvinder	31	25	24	100
Alder				
18-29 år	6	39	27	36
30-39 år	14	20	19	34
40-49 år	24	19	23	20
50-59 år	31	15	22	8
60 år eller derover	25	7	9	2
Oprindelse				
Dansk oprindelse	94	89	77	46
Ikke-vestlig oprindelse	3	8	19	49
Vestlig oprindelse	4	3	4	5

Anm.: Berørte personer i løbet af året afrundet til nærmeste 100. Omfatter personer på 18 år eller derover, der indgår i befolkningsregisteret i løbet af året. Alkoholbehandling, kvindekrisecentre og forsorgshjem og herberger er baseret på nationale registre. Stofmisbrugsbehandling er opgjort på baggrund af de 79 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til VBGS for perioden 2017 og opregnet til landsplan. Forsorgshjem og herberger er opgjort på baggrund af særtræk fra Danmarks Statistik.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Tabel 4 viser antallet voksne modtagere af socialpædagogisk støtte, botilbud og aktivitets- og samværsydelse opdelt efter køn, alder og oprindelsesland.

Tabel 4**Modtagere af udvalgte indsatser på voksenområdet i 2016, opdelt efter køn, alder og oprindelse**

	Socialpædagogisk støtte*	Botilbud**	Aktivitets- og samværsydelse
Antal modtagere	41.000	24.700	16.700
----- Pct. -----			
Køn			
Mænd	51	59	53
Kvinder	49	41	47
Alder			
18-29 år	27	34	25
30-39 år	20	15	16
40-49 år	20	17	19
50-59 år	19	18	21
60 år eller derover	14	16	18
Oprindelse			
Dansk oprindelse	93	95	95
Ikke-vestlig oprindelse	6	4	4
Vestlig oprindelse	2	1	1

Note: *) Opgjort eksklusiv, hvor der til ydelsen er registreret, at den leveres på et botilbud samt, hvor personen i samme kalenderår er registreret med et midlertidigt eller længerevarende botilbud. **) Botilbud i alt omfatter midlertidigt og længerevarende ophold samt socialpædagogisk støtte i botilbud. Registreringspraksis i forhold til socialpædagogisk støtte og botilbud varierer og der kan være usikkerhed forbundet med opgørelsen.

Anm.: Berørte personer i løbet af året afrundet til nærmeste 100. Omfatter personer på 18 år eller derover, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Opgjort på baggrund af de 55 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til De Kommunale Serviceindikatorer for perioden 2014-2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 5 viser antallet voksne modtagere af beskyttet beskæftigelse, ledsageordning og borgerstyret personlig assistance (BPA).

Tabel 5**Modtagere af udvalgte indsatser på voksenområdet i 2016, opdelt efter køn, alder og oprindelse**

	Beskyttet beskæftigelse	Ledsageordning	BPA
Antal modtagere	9.800	9.100	1.600
----- Pct. -----			
Køn			
Mænd	59	49	54
Kvinder	41	51	46
Alder			
18-29 år	23	16	18
30-39 år	20	11	12
40-49 år	23	16	19
50-59 år	23	24	25
60 år eller derover	10	32	26
Oprindelse			
Dansk oprindelse	95	94	96
Ikke-vestlig oprindelse	4	4	3
Vestlig oprindelse	1	2	1

Anm.: Berørte personer i løbet af året afrundet til nærmeste 100. Omfatter personer på 18 år eller derover, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Opgjort på baggrund af de 55 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til De Kommunale Serviceindikatorer for perioden 2014-2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Datagrundlag

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet baseres følgende på fem registre:

- De kommunale serviceindikatorer (KSI)
- Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere (VBGS)
- Kvindekrisecenterstatistikken
- Boformsstatistikken
- Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)

Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet er som udgangspunkt opgjort på baggrund af De Kommunale Serviceindikatorer, med undtagelse af personer i stofmisbrugsbehandling, personer med ophold på forsorgshjem og herberger, kvinder med ophold på kvindekrisecentre og personer i alkoholbehandling.

De kommunale serviceindikatorer

De Kommunale Serviceindikatorer er baseret på kommunale indberetninger på individniveau til Danmarks Statistik om ydelser efter serviceloven til borgere på 18 år eller derover med nedsat funktionsevne, psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer, som modtager en social indsats efter serviceloven.

En fuldstændig liste over ydelser, tilbud og målgrupper kan findes på Danmarks Statistiks hjemmeside under emnesiden Handicapområdet, ligesom der på statistikbanken kan trækkes en række fordelinger for antal af fuldtidsydelser. De ydelser, der fylder mest i datamaterialet fra De Kommunale Serviceindikatorer er socialpædagogisk støtte, ledsageordning, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværsydelse, midlertidige ophold på botilbud og længerevarende ophold på botilbud.

I analysen indgår alle registrerede ydelser, herunder også de ydelsestyper det er frivilligt for kommunen at indberette. Oplysninger om både ydelse, tilbud og målgruppe stammer fra handlekommunens registrering og er dermed kommunens vurdering. Hertil kommer det forhold, at kommunerne kan arbejde med forskellige servicestandarder, hvilket kan give en variation i, hvem der er inkluderet i målgruppen på tværs af kommuner.

Der benyttes data fra offentliggørelsen af registret fra efteråret 2017. I analysen indgår der 55 kommuner, der har godkendt data i hele perioden 2014-2016. Hvor der vises tal for det samlede antal modtagere er der opregnet til landsplan. Vægtene er dannet som forholdet mellem antallet af 18-64-årige indbyggere på landsplan og antallet af 18-64-årige indbyggere i de 55 kommuner.

Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere

"Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere" (VBGS) er baseret på løbende indberetninger fra kommuner og stofmisbrugsbehandlingssteder på individniveau om personer i stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101. Det er på baggrund af VBGS ikke muligt at opdele, hvem der har modtaget henholdsvis social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven og lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven. Det er muligt at undersøge, hvem der har modtaget lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142, men det kan ikke undersøges, hvor stor en del af denne gruppe, der samtidig har modtaget behandling efter serviceloven. Det vides dog fra praksis i kommunerne, at de fleste borgere, der har behov for lægelig behandling, også modtager social stofmisbrugsbehandling.

VBGS omfatter ikke personer i anonym stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101a, eller personer, som modtager stofmisbrugsbehandling ved Kriminalforsorgen, der således ikke indgår i analyserne.

I redegørelsens analyser indgår det antal kommuner, der har godkendt data i den periode, som analyseres. Hvor der vises tal for det samlede antal personer i stofmisbrugsbehandling er der opregnet til landsplan. Vægtene er dannet som forholdet mellem antallet af 18-64-årige indbyggere på landsplan og antallet af 18-64-årige indbyggere i disse kommuner. Personer i stofmisbrugsbehandling indgår i redegørelsen i målgruppen udsatte voksne med sociale problemer.

Kvindekrisecenterstatistikken

Oplysningerne om ophold på kvindekrisecentre kommer fra Børne- og Socialministeriets Kvindekrisecenterstatistik, der indsamles af Danmarks Statistik. Kvindekrisecenterstatistikken er en totaltælling, som dækker alle påbegyndte ophold på et kvindekrisecenter efter servicelovens § 109 i 2017. Statistikken indeholder derfor også oplysninger om opholdene på kvindekrisecentre for kvinder med anonymt ophold, jf. servicelovens § 109, stk. 2. Hvis borgeren opholder sig anonymt på krisecentret, indgår borgeren stadig i statistikken, men uden cpr-nummer. I redegørelsen er der imidlertid set bort fra kvinder med anonymt ophold og kvinder, der ikke kan findes i befolkningsregistret, da oplysninger om disse kvinder ikke kan kobles med andre registeroplysninger om fx alder, uddannelse og arbejdsmarkedstilknæthed.

Kvinder med ophold på kvindekrisecentre indgår ikke i målgruppeopgørelserne eller opgørelserne over det samlede antal voksne modtagere af indsatser efter serviceloven, da der kun findes data om kvinder med påbegyndt ophold på kvindekrisecentre i 2017, og det samlede antal voksne modtagere af sociale indsatser kun er opgjort i årene 2014-2016.

Boformsstatistikken

Oplysningerne om ophold på forsorgshjem og herberger kommer fra Børne- og Socialministeriets boformsstatistik, der indsamles af Danmarks Statistik. Statistikken er en individbaseret totaltælling, som dækker alle ophold på forsorgshjem og herberger efter servicelovens § 110.

Personer med ophold på forsorgshjem og herberger indgår i redegørelsen i målgruppen udsatte voksne med sociale problemer. Der findes ikke centralt tilgængelige oplysninger om opholdskommunen (eller tidligere opholdskommune) for personer med ophold på forsorgshjem og herberger. Til brug for opgørelsen over det samlede antal udsatte voksne med sociale problemer og det samlede antal voksne modtagere af sociale indsatser på tværs af målgrupper, hvor der opregnes til landsplan på baggrund af de 52 kommuner, der har godkendt deres indberetninger til VBGS og KSI, er kommunefordelingen opgjort på af personens bopælskommune. Det bemærkes, at det formentlig er en del usikkerhed forbundet ved personens bopælskommune sammenlignet med, hvor borgeren faktisk opholder sig.

Det Nationale Alkoholbehandlingsregister

Oplysninger om personer i alkoholbehandling efter sundhedslovens §141 er opgjort på baggrund af personer registreret i "Det Nationale Alkoholbehandlingsregister" (NAB), der også kan genfindes i befolkningsregisteret i løbet af året. Opgørelsen omfatter kun personer i offentligt finansieret, ikke-anonym alkoholbehandling.

Personer i alkoholbehandling indgår i denne redegørelse i målgruppen udsatte voksne med sociale problemer, med henblik på at anvende den begrebsbrug, der benyttes i De Kommunale Serviceindikatorer, hvor kommunerne skal indberette, hvilken målgruppe en borger tilhører, når vedkommende modtager en social indsats. Det skal dog bemærkes, at borgere i alkoholbehandling ikke nødvendigvis er socialt udsatte.

Bilag 4 Diagnosegrupper

Dette bilag præsenterer opgørelsen af diagnosegrupperne, der bruges i redegørelsens kapitler. Der sondres mellem diagnoser, der kan være forbundet med et handicap og diagnoser, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder, idet diagnosegrupperne er opgjort på forskellig vis.

Opgørelsen af diagnoser, der kan være forbundet med et handicap, er foretaget på baggrund af kontakter til både somatiske og psykiatriske sygehuse i forbindelse med indlæggelser, ambulante forløb eller skadestuebesøg i perioden 1995-2016. Kontakter til egen læge eller privatpraktiserende speciallæger indgår ikke. Diagnosegrupperne er baseret på alle aktions- og bidiagnoser.

For ADHD skal det bemærkes, at ADHD ikke er en selvstændig diagnose i det såkaldte ICD-10-system, der er det officielle diagnoseklassifikationssystem, der benyttes i Danmark. ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosen stammer fra det såkaldte DSM-klassifikationssystem, der bl.a. anvendes i USA, mens diagnosen findes ikke i det system, der benyttes i Danmark. I ICD-10 er den relevante diagnosegruppe de hyperkinetiske forstyrrelser. ICD-10 og DSM opererer imidlertid med forskellige diagnosekriterier, hvilket betyder, at det er 'sværere' at få diagnosen efter ICD-10. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer 'oversættes' ADHD med de to diagnoser: hyperkinetisk forstyrrelse og opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet, der indgår i opgørelse her.

Boks 1**Definition af diagnosegrupper, der kan være forbundet med et handicap**

	Definition	ICD10
Cerebral parese	Diagnosegruppen 'Cerebral parese'	DG80*
Udviklingshæmning	Diagnosegruppen 'Mental retardering'	DF70*, DF71*, DF72*, DF73*, DF78* og DF79*
Autismespektrum	Diagnosegruppen 'Gennemgribende mentale udviklingsforstyrrelser'	DF84*
ADHD	Diagnosegruppen 'Hyperkinetiske forstyrrelser' og opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet	DF90*, DF988C
Downs	Downs syndrom	DQ90*
Erhvervet hjerneskade	Målgruppe for Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for erhvervet hjerneskade. Omfatter 1) apopleksi, TCI, mv. samt 2) traumatisk hjerneskade, hjernehindeblødning, tumor i hjerne, infektion i centralnervesystemet mv.	1) For apopleksi, TCI mv. se: Sundhedsstyrelsen 2011: <i>Bilag til Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade - Apopleksi og TCI</i> , S. s. 101. 2) For traumatisk hjerneskade, hjernehindeblødning, tumor i hjerne, infektion i centralnervesystemet mv. se: Sundhedsstyrelsen 2011: <i>Bilag til Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati</i> , s. 167-169:
Epilepsi	Epilepsi	DG40* Epilepsi DG41* Status epilepticus
Sklerose	Dissemineret sklerose	DG35*
Muskelsvind og lignende	Indkredset med udgangspunkt i sygdomme nævnt af Muskelsvindfonden og i dialog med Sundhedsdatastyrelsen www.muskelsvindfonden.dk/om-muskelsvind/sygdomsbeskrivelser/	DG12* Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer DG70* Myasthenia gravis og andre neuromuskulære sygdomme DG71* Primære muskelsygdomme DG600* Arvelig motorisk-sensorisk neuropati DG111C Friedreichs ataksi

Diagnosegrupper, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder baseres på kontakter til de psykiatriske sygehuse. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser kan klassificeres i WHO's diagnosekodesystem ICD-10. I analysen benyttes kategoriseringen af diagnoser, som blev benyttet i forbindelse med analyserne i Delafrapportering 1 ved Styringsgennemgangen af psykiatrien (Sundheds- og Ældreministeriet, marts 2018). Diagnosegrupperne benævnes med de eksempler på diagnoser, der er nævnt med kursiv i boks 2. Det skal bemærkes, at eksemplerne ikke er udtømmende for hele gruppen. Eksempelvis indeholder diagnosegruppen "depression mv." ud over depression også bl.a. bipolar affektiv sindslidelse, ligesom "angst mv." bl.a. også omfatter posttraumatisk belastningsreaktion.

Opgørelsen er baseret på kontakter til psykiatriske sygehuse i perioden 2012-2016 og baseres på både aktions- og bidiagnoser.

Boks 2

Definition af diagnosegrupper, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder

Psykiske lidelser

Eksempler på diagnoser

F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre *psykoaktive stoffer*

Akut intoksikation, skadeligt brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand, psykotisk tilstand

F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser

Skizofreni

F30-39 Affektive sindslidelser

Manisk enkeltepisode, bipolar affektiv sindslidelse, depressiv enkeltepisode, tilbagevendende *depression*

F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer

Fobiske *angsttilstande*, andre angsttilstande, obsessiv-kompulsiv tilstand, reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner

F50-59 Adfærdssændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

Spiseforstyrrelser

F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd

Personlighedsforstyrrelser

Bilag 5 Vidensregnskab

For satspuljeaftalen for 2019 er der blevet udarbejdet et såkaldt vidensregnskab. Vidensregnskabet skal gøre det mere gennemskueligt, hvilken viden med nationale anvendelsesmuligheder mv., der opnås med et konkret satspuljeinitiativ, og skabe et samlet overblik, hvor mange midler der afsættes til vidensudvikling.

Vidensregnskabet kategoriserer de enkelte delinitiativer i satspuljeaftalen i forhold til hvilken type viden, der forventes at blive opnået eller udbredt med gennemførelsen af initiativerne.

Kategoriseringen er uddybet i tabel 1.

Tabel 1

Forklaring på kategorier i vidensregnskabet

1) Ny viden om sociale indsatser med nationale anvendelsesmuligheder	Indeholder initiativer, der følger kriterierne for 'Strategi for udvikling af sociale indsatser' og en udvidelse heraf for velbeskrevne organisationsformer mv. Det vil således være en forudsætning, at initiativet indeholder enten screening, modning eller afprøvning af indsatser eller metoder (0.-2. fase i strategi for udvikling af sociale indsatser).
2) Anden ny viden og udvikling af redskaber med nationale anvendelsesmuligheder	Indeholder videnssynteser af aktuelt bedste viden, generelle effektstudier, forskning i målgrupper, sociale problemer, risiko og beskyttelsesfaktorer mv., afdækninger af socialområdets indretning, ledelse, styring og organiseringsformer mv., vidensbaserede redskaber til sagsbehandlere og praktikere m.fl. på socialområdet, udarbejdelse af nationale retningslinjer og forløbsbeskrivelser, som bygger på videnssynteser.
3) Udbredelse af aktuelt bedste viden	Indeholder udbredelse af sociale indsatser (3. fase i strategi for udvikling af sociale indsatser samt anden metodeudbredelse), Socialstyrelsens rådgivninger, udbredelse via nationale retningslinjer og forløbsbeskrivelser, samt vidensportalformidling og anden generel formidling på højt fagligt niveau.
4) Lokalt forankret vidensudvikling mv. med begrænsede nationale anvendelsesmuligheder	Indeholder initiativer med lokal vidensudvikling eller opfølgninger med begrænsede nationale anvendelsesmuligheder. Der kan for eksempel være tale om ansøgningspuljer til lokale udviklingsprojekter med en begrænset erfaringsopsamling. I disse initiativer er udviklingen af lokale indsatser til en konkret lokal kontekst prioriteret over hensynet til at skabe generel viden, der er implementerbar i andre kontekster. Vidensopbygningen vil derfor være lokalt forankret og som udgangspunkt have begrænsede nationale anvendelsesmuligheder.
5) Øvrige initiativer	Indeholder dels initiativer på andre ministerområder, der forhandles som en del af Børne- og Socialministeriets aftale, dels initiativer, som ikke bidrager med ny viden eller understøtter udbredelse af den aktuelt bedste viden på området. Det sidste vil typisk omfatte finansiering af lovgivning og administrative omlægninger, driftsstøtte og aktivitetspuljer.

Litteraturliste

- Børne- og Socialministeriet (2017): "*Socialpolitisk Redegørelse 2017*".
- Børne- og Socialministeriet (2017): "*Strategi for udvikling af sociale indsatser*".
- Danmarks Statistik (2017): "*Metodenotat – registerbaseret NEET-indikator*", april 2017.
- Egmont Fonden (2017): "*Egmont Rapporten 2017 - Vi Kan Godt! - Styrk Anbragte Børns Læring Og Livsduelighed*".
- Etik.dk (2011): Poul Nyrup Rasmussen: "*Psykisk sårbar eller psykisk syg?*", Kristeligt Dagblad, Etik.dk, 17. maj 2011, <https://www.etik.dk/sprog-og-etik/psykisk-s%C3%A5rbar-eller-psykisk-syg>.
- Finansministeriet (2017): "*Bedre velfærd på tværs af sektorer*".
- Finansministeriet mfl. (2017): Kommunernes Landsforening, Børne- og Socialministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Finansministeriet: "*Styring af det specialiserede voksenområde – værktøjer og cases*", 1. udgave.
- Finansministeriet mv. (2009): "*Det specialiserede socialområde – redskaber til styring og prioritering*".
- Goldman-Mellor et al. (2015): "*Committed to work but vulnerable: self-perceptions and mental health in NEET 18-year olds from a contemporary British cohort*", The Journal of Child Psychology and Psychiatry, doi: 10.1111/jcpp.12459.
- Jensen, D.C. et al. (2017): "*Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*".
- Lemvig & Panduro (2017): "*Kobling af udgifter og aktiviteter på det specialiserede voksenområde*", KORA 2017.
- Lemvig, Kasper (2018): "*Udgifter, brugere og enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde. En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2014-2017*". VIVE 2018.
- Meulengracht Flachs et al. (2014): "*Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning*", Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- OECD (2018): "*Youth not in employment, education or training (NEET) (indicator)*". doi: 10.1787/72d1033a-en.
- Olsen, Rikke Fulgsang og Christopher Jamil de Montgomery (2017): "*Tidligere anbragte og uddannelsessystemet*", VIVE 2017.
- Olsen, Rikke Fulgsang og Christopher Jamil de Montgomery (2018): "*Revisiting out-of-home placed children's poor educational outcomes-Is school change part of the explanation?*", VIVE 2018.

- Ottosen, M. H., Berger, N. P. & Lindeberg, N. H (2018): *"Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel – En vidensoversigt"*, VIVE 2018.
- Ottosen, M. H., M. Lausten, S. Frederiksen, D. Andersen (2015): *"Anbragte børn og unges trivsel 2014"*, SFI 2015
- Partnerskabet bag Ungeprofilundersøgelsen (2015): *"Ungeprofilundersøgelsen 2015"*.
- Pleasence, Balmer and Hagell (2015): *"Health inequality and access to justice: young people, mental health and legal issues"*, Youth Access 2015.
- Rambøll (2015): *"Evaluerende af krisecentertilbuddene, Evalueringsrapport"*.
- Rambøll (2017): *"Frivillighedsundersøgelsen 2017"*.
- Regeringen (2018): *"Sammen med borgeren - en helhedsorienteret indsats"*.
- Rodwell et al. (2018): *"Adolescent mental health and behavioral predictors of being NEET: a prospective study of young adults not in employment, education or training"*, Psychol Med. 2018 Apr; 48(5):861-871.
- SFI (2014): Fridberg, Torben og Henriksen, Lars Skov (Red.): *"Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012"*, SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd 14:09, Rosendahls – Schultz Grafisk A/S.
- SFI (2016): *"Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde"*.
- SFI (2016): *"Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet (årgang 95 - forløbsundersøgelsen af børn født i 1995)"*, SFI 16:18.
- SFI (2017): Larsen, Malene Rode og Larsen, Mona: *"Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016"*.
- Socialstyrelsen (2015): *"Prostitutionens omfang og former 2013/2014"*, Socialstyrelsen, Kontoret for voksne med sociale problemer, 21. september 2015.
- Socialstyrelsen (2016): *"Håndbog for sociale tilbud i resultatdokumentation og evaluering"*.
- Socialstyrelsen (2017): *"Drejbog for national udvikling af sociale indsatser"*.
- Socialstyrelsen (2018): *"Årsstatistik 2017, Kvinder og børn på krisecenter"*.
- Statens Institut for Folkesundhed (2018): Deen, Laura; Johansen, Katrine Bindsbøl Holm; Møller, Sanne Pagh og Laursen, Bjarne: *"Vold og seksuelle krænkelser"*, 2. udgave.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2018a: *"Styringsgennemgang af psykiatrien"*, Delaf rapportering I.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2018b: *"Indblik i psykiatrien og sociale indsatser"*.
- Sundhedsstyrelsen (2017): *"Danskernes sundhed, Den National Sundhedsprofil 2017"*.
- Sundhedsstyrelsen (2018): *"Narkotikasituationen i Danmark 2018 – delrapport 4 – Sundhedsrelaterede konsekvenser"*.

- Undervisningsministeriet (2017): *"Evaluering af særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse"*.
- Vidensråd for forebyggelse (2014): *"Børn og unges mentale helbred"*.
- VISS (2016): Rikke Steensgaard: *"Psykisk sårbarhed – en almenmenneskelig tilstand?"*, Videnscenter Sølund Skanderborg, Tema Psykisk sårbarhed, nummer 23, maj 2016.
- VIVE (2017): *"Personer med handicap – hverdagsliv og levevilkår 2016"*.
- VIVE (2017a): Benjaminsen, Lars: *"Hjemløshed i Danmark 2017, National kortlægning"*.
- VIVE (2017b): Larsen, Mona & Rode Larsen, Malene: *"Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016"*. Rapport 17:15.
- VIVE (2018): *"Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksesocialområdet"*.
- VIVE/SFI (2014): *"Børn og unge i Danmark – Velfærd og Trivsel 2014"*, SFI 14:30.
- Økonomi- og Indenrigsministeriet (2017): *"Afrapportering vedr. adskillelse af udgifter til ældre og personer med handicap/udsatte voksne"*.

