

Social- og Ældreministeriet

Socialpolitisk Redegørelse 2020

Social- og Ældreministeriet

Socialpolitisk Redegørelse
2020

Socialpolitisk Redegørelse

2020

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

Henvendelse om publikationen

kan ske til:

Social- og Ældreministeriet

Holmens Kanal 22

1060 København K

T 72 28 24 00

Omslag: Socialpolitisk Redegørelse 2020

Tryk: Rosendahls a/s

Oplag: 500 eks.

Pris: 100 kr. inkl. moms

ISBN: 978-87-971298-5-2

Elektronisk Publikation:

ISBN: 978-87-971298-6-9

Publikationen kan hentes på

Social- og Ældreministeriets hjemmeside:

www.sm.dk

Forord

Med udspillet Børnene Først har regeringen taget de første ambitiøse skridt imod at skabe strukturelle og kulturelle forandringer, der skal sikre udsatte børn og unge en tryk barndom og en god fremtid. I dette års Socialpolitisk Redegørelse sætter vi derfor fokus på udsatte børn og unge og de udfordringer, som de står med. På den måde kan vi – igennem mere viden – bedre hjælpe børn og unge i udsatte familier.

Redegørelsen fortæller os desværre en dystre historie om, at udsatte børn og unge oftere kommer fra hjem, hvor en god eller normal opvækst ikke er en selvfølge. For eksempel har forældre til anbragte børn og unge oftere misbrugsproblemer og er oftere involveret i kriminalitet end øvrige forældre. Flere er også enlige mødre uden uddannelse og med en lav tilknytning til arbejdsmarkedet. Vi kan også se, at sundhedsplejersken i højere grad observerer noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning hos børn, der bliver udsatte i løbet af deres opvækst.

Selvom vi skriver 2021, er vi stadig for dårlige til at bryde den sociale arv. Svigt og ulige vilkår i barndommen bliver alt for ofte en dom over resten af livet. Det er den største uretfærdighed i vores samfund. Vi skal blive langt bedre til at sætte ind med tidlig hjælp i udsatte familier. Og når vi som samfund først har taget ansvaret for et barn eller en ung, må vi ikke give slip, før den unge er godt undervejs i voksenlivet.

Redegørelsen her viser, at der er stor forskel på, hvor ofte og hvor længe anbragte børn og unge får støtte, når de fylder 18 år, i form af efterværn i de enkelte kommuner. Det understreger behovet for, at vi får kigget efterværnsindsatsen grundigt efter, så ingen anbragte unge mister fodfæstet i den svære overgang til voksenlivet.

Skal vi lykkes bedre med at hjælpe vores sårbare og udsatte medmennesker, er det vigtigt, at vi hele tiden får mere viden. Det er dette års redegørelse et vigtigt bidrag til. Redegørelsen giver et samlet overblik over den socialpolitiske indsats i Danmark, herunder med resultater fra det omfattende arbejde med Evalueringen af det specialiserede socialområde og en landsdækkende undersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer.

I regeringen vil vi sætte børnene først. For det er i barndommen, at den sociale uretfærdighed begynder. Det er også derfor, at børnene for os er det vigtigste fokus i socialpolitikken. Mit håb er, at vi ved at følge børnene – fra de er helt små og ind i voksenlivet – kan bryde med den sociale arv.

God læselyst!



Astrid Krag
Social- og ældreminister



1. Sammenfatning	9
1.1 Målgrupper og indsatser på børne- og ungeområdet	12
1.2 Udgifter til sociale indsatser	14
1.3 Forældre til anbragte	16
1.4 Trivsel blandt anbragte	19
1.5 Geografiske forskelle i udsatte børn og unge	21
1.6 Udsatte unge i efterværn	23
1.7 Kan sundhedsplejerskers observationer forudsige udsathed?	27
1.8 Tilbudsbilledet på det specialiserede socialområde	29
1.9 Kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område	32
1.10 Investeringer i virksomme indsatser	33
1.11 Status på Udviklings- og Investeringsprogrammerne	33
1.12 Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM)	35
1.13 Den Sociale Investeringsfond (DSI)	37
1.14 Ny fondsstrategi	39
2. Målgrupper og sociale indsatser på børne- og ungeområdet	41
2.1 Målgrupper og sociale indsatser på børne- og ungeområdet	42
2.2 Anbringelser af børn og unge i Skandinavien	52
2.3 Underretninger om børn og unge	56
3. Udgifter til sociale indsatser	65
3.1 Indledning	66
3.2 De samlede udgifter til socialområdet	67
3.3 Udgifter til udsatte børn og unge	68
3.4 Udgifter til voksenområdet	72
3.5 Kommunale og geografiske variationer	73
3.6 Antal modtagere og udgifter til voksenområdet	77
3.7 Sammenhæng med kommunernes øvrige udgifter	80
4. Karakteristik af anbragte børn og unges forældre	87
4.1 Førstegangsanbringelser	88
4.2 Familiebaggrund for anbragte børn og unge	90
4.3 Forældres anbringelseshistorik	91
4.4 Teenageforældreskab blandt mødre til anbragte	92
4.5 Mødres uddannelse og beskæftigelse	93
4.6 Diagnoser blandt forældre	95
4.7 Misbrug og kriminalitet blandt forældre	97
4.8 Dødsfald i familien	99
4.9 Bilag	102

Indhold

5. Anbragte børn og unges trivsel	107
5.1 Trivsel blandt anbragte børn og unge	109
5.2 Trivsel på anbringelsesstedet	110
5.3 Psykisk mistrivsel blandt anbragte børn og unge	113
5.4 Sammenhæng mellem trivsel og faglige kompetencer	122
6. Geografiske forskelle blandt udsatte børn og unge	127
6.1 Udsathed blandt børn og unge	129
6.2 Anbringelser blandt børn og unge	130
6.3 Store kommunale forskelle i udvikling i anbragte	132
6.4 Alder ved første anbringelse	135
6.5 Anbringelse uden for kommunegrænser	139
6.6 Tilflyttere blandt anbragte børn og unge	143
6.7 Forhold mellem anbringelser og forebyggende foranstaltninger	145
6.8 Bilag	150
7. Efterværn til anbragte unge	155
7.1 Overgangen til voksenlivet	156
7.2 Hvor mange anbragte unge får efterværn?	159
7.3 Varighed af efterværn	165
7.4 Karakteristik af unge i efterværn	168
7.5 Hvordan går det anbragte unge som modtog efterværn	174
7.6 Bilag	178
8. Kan sundhedsplejerskers observationer forudsige udsathed?	181
8.1 Sundhedsplejerskernes observationer i det første leveår	183
8.2 Antal bemærkninger blandt udsatte børn	186
8.3 Betydning af baggrundskarakteristika for udsathed	190
8.4 Regressionsanalyse af antallet af bemærkninger i det første leveår	191
8.5 Typen af bemærkninger og deres betydning for udsathed	193
8.6 Betydning af forhold i hjemmet for udsathed	198
8.7 Handicap og misdannelser hos barnet	201
8.8 Underretninger tidligt i barnets liv	202
8.9 Bilag	207
9. Tilbudsbilledet på det specialiserede socialområde	213
9.1 Tilbud, afdelinger og pladser på det specialiserede socialområde	214
9.2 Tilbuddenes virksomhedsformer	218
9.3 Afdelingernes størrelse	220
9.4 Geografisk placering af afdelinger på voksenområdet	223
9.5 Geografisk placering af afdelinger på børne- og ungeområdet	227
9.6 Databehandling og opmærksomhedspunkter	230

10. Kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område.....	235
10.1 Undersøgelse af udfordringer på det sociale område	237
10.2 Udfordringer i arbejdet med specifikke målgrupper	239
10.3 Udfordringer på tværs af socialområdet.....	246
10.4 Bilag	251
Bilag 1 Udviklings- og Investeringsprogrammerne	255
Bilag 2 Udsatte børn og unge.....	258
Bilag 3 Dokumentation af enhedsudgifter	261
Bilag 4 Diagnosegrupper	267
Litteraturliste	271

Kapitel 1

Sammenfatning

Dette års socialpolitiske redegørelse sætter fokus på de børn og unge, der har særlig brug for hjælp eller støtte. Det er velbelyst, at anbragte børn og unge er en gruppe, der har det svært. I barndommen er der mange, der ikke trives ligeså godt som deres jævnaldrende. I skolen er der for mange blandt de anbragte, som ikke klarer sig på samme niveau som deres klassekammerater. Og i det tidlige voksenliv er der færre, der får en uddannelse, og flere, der står uden for arbejdsmarkedet.

I denne redegørelse belyses anbragte børn og unge fra flere perspektiver. For det første sættes der fokus på deres forældre og på årsager til anbringelserne. For det andet analyseres trivselen blandt anbragte børn og unge. For det tredje illustreres de relativt store geografiske forskelle, som vi ser på tværs af landet, blandt anbragte børn og unge. Og endelig ses der på overgangen til det tidlige voksenliv, og hvordan efterværn bliver brugt i overgangen.

Et gennemgående resultat er, at der er betydelige geografiske forskelle. Der er store forskelle i andelen af anbragte børn og unge imellem kommunerne, og disse forskelle er vokset i de senere år. Udover selve andelen, der er anbragte, er der også store geografiske forskelle i alderen ved første anbringelse, andelen som anbringes uden for kommunens grænser, og om barnet eller den unge anbringes i plejefamilie eller på institution. Også andelen af de anbragte, som efterfølgende modtager efterværn, er der relativt store kommunale forskelle i.

I løbet af året har der også været et omfattende arbejde med Evalueringen af det specialiserede socialområde. Et element i dette arbejde har været en bred afdækning af tilbud på det specialiserede socialområde. I årets redegørelse er der gengivet nogle af resultaterne fra dette arbejde, som kan findes i sin helhed på ministeriets hjemmeside. Denne kortlægning af tilbud skal sammen med en række andre analyser, afdækninger og undersøgelser udgøre vidensgrundlaget for specialeplanlægning på socialområdet.

En central opgave for Social- og Ældreministeriet er at understøtte den fortsatte udvikling af kvaliteten i den sociale indsats samt en effektiv og investeringsorienteret anvendelse af ressourcer på det sociale område. En vigtig del af vidensgrundlaget for dette er et systematisk og bredt overblik over kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på det sociale område. På den baggrund har Socialstyrelsen gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer, der dækker det specialiserede børne- og ungeområde samt voksensocialområdet, som er gengivet i årets redegørelse.

Hovedkonklusionerne i redegørelsen er:

- Omkring 70.200 børn og unge i 0-22-årsalderen modtog i 2019 en social foranstaltning i form af en tidlig forebyggende indsats, en forebyggende foranstaltning eller anbringelse uden for hjemmet. Det svarer til 4,6 pct. af alle børn og unge i Danmark.
- Der er flere anbragte børn og unge i plejefamilier end på døgninstitutioner og opholdssteder mv. Siden 2009 er antallet af anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv. faldet fra ca. 8.600 i 2009 til 5.300 i 2019. Samtidig er antallet af anbringelser i plejefamilier steget fra ca. 7.500 i 2009 til 8.600 i 2019.
- De samlede offentlige udgifter til sociale indsatser var 51,7 mia. kr. i 2019. Heraf udgjorde udgifterne til udsatte børn og unge 16,8 mia. kr. Over den seneste årrække har udgifterne til udsatte børn og unge ligget på omtrent samme niveau. Udviklingen dækker dog over, at udgifterne til anbringelser har været faldende, mens udgifterne til forebyggende foranstaltninger har været stigende.
- De samlede udgifter til sociale indsatser til voksne var 34,9 mia. kr. i 2019. Det omfatter udgifter til indsatser efter serviceloven til voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Over halvdelen af udgifterne på voksenområdet består af udgifter til botilbud, hvor de samlede udgifter var 18,7 mia. kr. i 2019. De samlede udgifter til voksenområdet er steget med knap 1 mia. kr. fra 2018 til 2019.
- Børn og unge, der anbringes uden for hjemmet, kommer ofte fra et hjem med en enlig mor uden uddannelse og med en lav tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt mødre til børn, der blev anbragt i 0-5-årsalderen, har omkring 80 pct. grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og 57 pct. havde kontanthjælp som væsentligste indkomstkilde. Blandt mødre til børn anbragt i alderen 12-17 år gælder det hhv. ca. 40 pct. og 30 pct. Til sammenligning havde under 20 pct. af mødre til øvrige børn og unge grundskolen som højeste uddannelse og under 10 pct. modtog kontanthjælp.
- Misbrugsproblemer og kriminalitet er hyppig blandt forældre til anbragte børn og unge. Tidligt anbragte børn har oftere forældre, som har haft tegn på misbrugsproblemer, end børn og unge, der er anbragt sent i barndommen. Omkring hver fjerde af de førstegangsanbragte 0-5-årige børn har mindst en forælder med tegn på misbrugsproblemer, mens det gælder ca. hver tiende af de 12-17-årige førstegangsanbragte unge.
- Langt de fleste børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, er glade for deres anbringelsessted og føler sig hjemme, hvor de bor. Blandt de 11-17-årige piger og drenge i plejefamilier er det i størrelsesorden 90-95 pct., som svarer, at

de har det godt, hvor de bor. På døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er det derimod mindre end 80 pct. blandt drengene og omkring 60 pct. af pigerne.

- Sent anbragte unge har flere emotionelle problemer end tidligt anbragte. Blandt de piger, som blev anbragt første gang uden for hjemmet i 0-5-årsalderen, er det lidt under 40 pct., som ligger uden for normalområdet i forhold til emotionelle problemer. Blandt de piger, som blev anbragt første gang uden for hjemmet i 12-17-årsalderen, er det derimod 60 pct. Der er en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og anbragtes faglige resultater i grundskolen. Fagligt svage anbragte børn og unge ser ud til at have færre af de personlige kompetencer, som kan være en vigtig forudsætning for at klare sig fagligt godt i skolen og i uddannelsessystemet. Det handler blandt andet om koncentrationsevne og adfærdsproblemer.
- Der er betydelige geografiske forskelle på, hvor ofte børn og unge anbringes. På tværs af kommunerne varierede andelen af anbragte børn og unge ved udgangen af 2019 således fra 2 ud af 1.000 børn og unge til 36 ud af 1.000 børn og unge. Størstedelen af de kommuner, der havde relativt mange anbragte børn og unge i 2019, har oplevet en stigning i andelen af anbragte børn og unge siden 2009. Omvendt har flere kommuner med relativt få anbragte oplevet et fald i andelen over de seneste 10 år.
- På tværs af kommunerne er der betydelige forskelle på, hvor stor en andel af anbringelserne der finder sted blandt små børn. Mens over 1 ud af 4 anbringelser i nogle kommuner finder sted blandt børn under 5 år, er det under 1 ud af 10 i andre kommuner. Forskellene, i hvor ofte kommuner anbringer børn i en tidlig alder frem for sent i barndommen, kan være med til at forklare de betydelige forskelle i andelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet.
- Der er også betydelig kommunal variation i forhold til hvor ofte, anbragte unge får efterværn. I kommuner hvor relativt flest unge får efterværn, modtager knap 80 pct. af de anbragte unge efterværn, når anbringelsen ophører som 18-årig, mens det blot er ca. 40 pct. i kommuner, hvor relativt færrest får efterværn.
- Efterværn varer i gennemsnit omkring 2 år, men på tværs af de enkelte efterværnsmodtagere og på tværs af kommuner er der betydelig forskel på varigheden. I enkelte kommuner varer efterværnsforløb over 2,5 år i gennemsnit, mens efterværnsforløb i andre kommuner i gennemsnit varede under 1,5 år.
- En analyse af sundhedsplejerskernes bemærkninger til de helt små børn viser, at der er en sammenhæng mellem sundhedsplejerskers bemærkninger og senere udsathed. I analysen er udsathed afgrænset til, om børnene har modtaget en social foranstaltning efter serviceloven, op til de er mellem 9 og 12 år. Børn,

der får registreret flere bemærkninger af sundhedsplejersken, har en oversandsynlighed for at blive udsatte. Men det betyder ikke, at et højt antal bemærkninger eller bestemte bemærkninger alene kan forudsige udsathed. Eksempelvis bliver omkring 3 ud af 4 af de børn, der modtager ni eller flere bemærkninger, ikke udsatte senere i deres liv. Resultaterne indikerer imidlertid samlet set, at sundhedsplejerskernes observationer kan bidrage med værdifuld information til tidlig opsporing af risikofaktorer, der kunne udvikle sig til udsathed senere i livet.

- Kortlægningen af tilbud på det specialiserede socialområde viser, at der i alt er 2.453 tilbud med 4.621 afdelinger. Blandt de 4.621 afdelinger henvender 86 pct. sig til voksne, mens 26 pct. henvender sig til børn og unge. 12 pct. af afdelingerne henvender sig til både voksne, børn og unge. Med enkelte undtagelser har afdelingerne til de forskellige tilbudstyper på både voksen- samt børne- og ungeområdet mellem 10 og 12 pladser til døgnophold i gennemsnit.
- Spørgeskemaundersøgelsen af kommunernes oplevede udfordringer viser bl.a., at en stor andel af kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med anbragte børn og unge. Udfordringerne relaterer sig blandt andet til at sikre det rette match mellem barn og anbringelsessted i forhold til udbuddet af relevante anbringelsessteder, der er placeret geografisk tæt på den unges nærmiljø. Her oplever 68 pct. af kommunerne i høj grad eller meget høj grad udfordringer. Udfordringerne angår også samarbejde med skoleområdet om at sikre en god skolegang, hvor 58 pct. af kommunerne i høj grad eller meget høj grad oplever udfordringer.

1.1 Målgrupper og indsatser på børne- og ungeområdet

I kapitel 2 i årets redegørelse gøres der status over den seneste udvikling i antallet af udsatte og anbragte børn og unge i Danmark. I løbet af 2019 modtog ca. 70.200 børn og unge i 0-22-årsalderen en social foranstaltning i form af en tidlig forebyggende indsats, en forebyggende foranstaltning eller anbringelse uden for hjemmet. Det svarer til 4,6 pct. af alle børn og unge i Danmark.

I 2019 var familierettede forebyggende foranstaltninger og indsatser den mest udbredte type af sociale foranstaltninger til børn og unge. Omkring 49.400 børn og unge var omfattet af en familierettet forebyggende foranstaltning eller indsats, mens ca. 18.800 modtog en personrettet forebyggende foranstaltning. Ca. 13.600 børn og unge var anbragt uden for hjemmet, og omkring 9.100 unge modtog en social foranstaltning i 18-22-årsalderen som led i et efterværn, enten i form af en anbringelse eller en forebyggende foranstaltning.

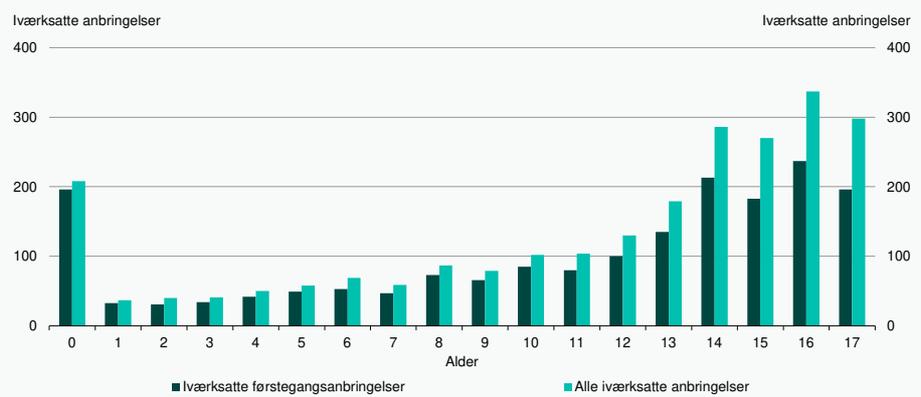
Antallet af børn og unge, der har været anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i løbet af året, er faldet fra ca. 15.700 i 2009 til ca. 13.600 i 2019. Også antallet af iværksatte anbringelser af børn og unge er faldet. Hvor der i 2009 blev iværksat ca. 3.400 anbringelser, var det i 2019 ca. 2.400 anbringelser. Siden 2009 er der sket et fald i antallet af

iværksatte anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv. fra ca. 2.400 til ca. 1.500 i 2019, mens antallet af iværksatte anbringelser i plejefamilie er faldet fra ca. 1.100 til knap 1.000.

Det er ikke alle iværksatte anbringelser, der er førstegangsanbringelser. Ses der udelukkende på førstegangsanbragte i 2019, var der ca. 1.900 børn og unge, der fik iværksat en anbringelse, som ikke tidligere havde været anbragt uden for hjemmet. Omkring 600 af dem var 15 år eller ældre, da anbringelsen blev iværksat. I 2019 var der således omkring syv gange så mange 16-årige som 1-årige, 2-årige eller 3-årige førstegangsanbragte, jf. figur 1.1. Når alle iværksatte anbringelser ikke er førstegangsanbringelser, skyldes det, at der kan iværksættes en ny anbringelse, hvis barnet eller den unge har været hjemgivet, og det efter en periode vurderes, at der er behov for, at barnet eller den unge anbringes uden for hjemmet igen. I nogle tilfælde registrerer kommunerne dog skift i anbringelsessted eller ændringer i lovgrundlaget for anbringelsen som en ny iværksættelse. I de tilfælde har der ikke været en hjemgivelse af barnet eller den unge forud for den nye iværksættelse, og anbringelsesstedet er ikke nødvendigvis ændret.

Figur 1.1

Antal iværksatte anbringelser af børn og unge, 2019



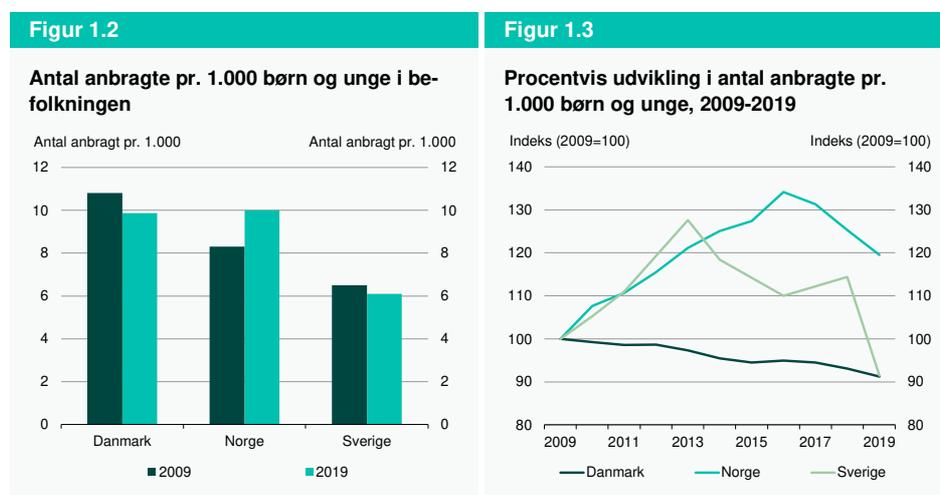
Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, der fik iværksat en anbringelse uden for hjemmet i 2019. Førstegangsanbringelse omfatter kun børn og unge, som fik iværksat en anbringelse, uden at de tidligere i deres liv har været anbragt uden for hjemmet. Alder er opgjort ved iværksættelsestidspunktet. Børn, hvor anbringelsen er registreret før fødslen, er opgjort som 0-årige. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.9 i kapitel 2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I kapitel 2 bliver antallet af anbragte børn i Danmark sammenholdt med antallet af anbragte i Norge og Sverige. Sammenholder man antallet af anbragte børn og unge med, hvor mange børn og unge der generelt er i befolkningen, så anbringer man betydeligt mindre i Sverige end i Danmark og Norge. For hver 1.000 børn og unge i alderen 0-17 år i Danmark er der ca. 10 børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet. Det er stort set identisk med niveauet i Norge, mens niveauet er lavere i Sverige, hvor der er ca. 6 anbragte for hver 1.000 børn og unge i befolkningen.

Tallene for Danmark omfatter dog alle anbringelser efter serviceloven, hvilket også inkluderer børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet som følge af en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, men som ikke nødvendigvis har sociale problemer. I Norge og Sverige er børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet på grund af en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, imidlertid ikke inkluderet i anbringelsestallene.

Samlet står det klart, at blandt de skandinaviske lande, så bliver der anbragt betydeligt færre børn og unge uden for hjemmet i Sverige end i Danmark og Norge. I forhold til anbringeshyppigheden af børn og unge med sociale problemer, så placerer Danmark sig et sted imellem Sverige og Norge, dog formentlig tættest på Norge, jf. figur 1.2.



Anm.: Antal anbragte pr. 1.000 børn og unge i befolkningen i alderen 0-17 år pr. 31. december. For Sverige er tallene opgjort pr. 1. november. Anbringelsestallene for Danmark omfatter også anbringelser af børn og unge med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Kilde: Danmark: Danmarks Statistik og egne beregninger. Norge: Statistisk sentralbyrå. Sverige: Socialstyrelsen.

Set over perioden 2009-2019 er antallet af anbragte pr. 1.000 børn og unge i Danmark faldet fra knap 11 til ca. 10, dvs. et fald på lidt under 10 pct. I Sverige er der ligeledes sket et fald på knap 10 pct. i samme periode, mens antallet af anbragte pr. 1.000 børn og unge i Norge derimod er steget fra lidt over 8 til 10, dvs. der er tale om en stigning på ca. 20 pct., jf. figur 1.3.

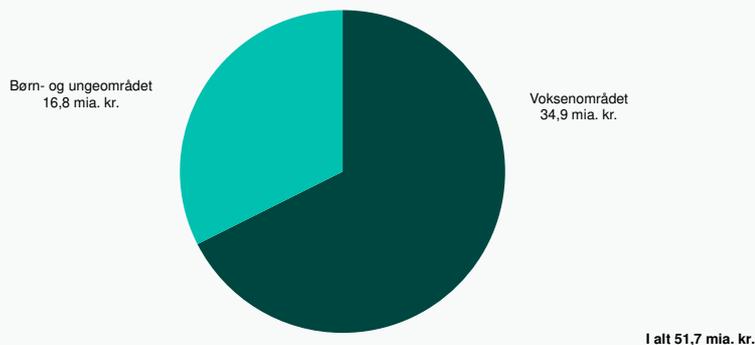
1.2 Udgifter til sociale indsatser

I kapitel 3 analyseres den seneste udvikling i udgifterne til sociale indsatser, og der dykkes ned i de kommunale forskelle i udgifter til voksne på det sociale område.

De samlede udgifter til sociale indsatser udgør ca. 51,7 mia. kr. i 2019. Udgifterne til udsatte børn og unge tegner sig for omkring en tredjedel af de samlede udgifter, mens udgifterne til voksenområdet tegner sig for omkring to tredjedele, jf. figur 1.4.

Figur 1.4

Udgifterne på det sociale område, 2019



Anm.: 2020-pl. Se i øvrigt boks 3.1 i kapitel 3.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Udgifterne til udsatte børn og unge omfatter 9,7 mia. kr. til anbringelser uden for hjemmet og 6,1 mia. kr. til forebyggende foranstaltninger. Herudover er der udgifter på 0,9 mia. kr. til særlige klub- og dagtilbud. Over den seneste årrække har udgifterne til udsatte børn og unge ligget på omtrent samme niveau. Udviklingen dækker dog over, at udgifterne til anbringelser har været faldende, mens udgifterne til forebyggende foranstaltninger har været stigende.

De samlede udgifter til sociale indsatser til voksne var 34,9 mia. kr. i 2019. Det omfatter udgifter til indsatser efter serviceloven til voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Over halvdelen af udgifterne på voksenområdet består af udgifter til botilbud, hvor de samlede udgifter var 18,7 mia. kr. i 2019. Udgifterne til voksenområdet er steget med knap 1 mia. kr. fra 2018 til 2019. Stigningen stammer bl.a. fra stigende udgifter til botilbud. Dele af stigningen kan dog også skyldes registreringsmæssige forhold i lyset af omlægning af kontoplanen i 2018.

De samlede udgifter til sociale indsatser til voksne med handicap og udsatte voksne opgjort pr. indbygger i alderen 18-64 år er 9.900 kr. på landsplan i 2019. Det dækker over en betydelig variation mellem kommunerne fra i størrelsesordenen ca. 8.000 kr. pr. indbygger i Odense, Frederiksberg og Vejle Kommune til omkring 17-18.000 kr. pr. indbygger i Lolland og Morsø Kommune. De fleste kommuner (91 pct.) ligger i intervallet mellem ca. 8.500 kr. pr. indbygger og ca. 14.000 kr. pr. indbygger i alderen 18-64 år.

Der er en samlet tendens til, at de sociale udgifter pr. indbygger er størst i yder- og landkommuner og lavest i bykommuner. I bykommuner er den gennemsnitlige udgift pr. indbygger 9.300 kr. pr. indbygger i alderen 18-64 år, mens den i yderkommuner er 11.700 kr. pr. indbygger, jf. tabel 1.1.

Tabel 1.1

Samlede udgifter til voksne på det sociale område pr. indbygger (18-64 år) efter landdistriktsgrad, 2019

	Udgift pr. indbygger (18-64 år)	Antal kommuner
Bykommune	9.300	35
Mellemkommune	9.700	17
Landkommune	10.900	30
Yderkommune	11.700	16
Hele landet	9.900	98

Anm.: 2020-pl. Befolkningen er opgjort som antal 18-64 årige pr. 1. januar i året. Afrundet til nærmeste 100 kr. Opførelsen af kommuner efter landdistriktsgrad følger Indenrigs- og Boligministeriets Kommunale Nøgletal, se noegletal.dk. Se i øvrigt boks 3.2 i kapitel 3.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er et vist geografisk sammenfald i kommunernes udgifter til børne- og voksenområdet, men også en række forskelle. På begge områder ser man, at nogle kommuner i Syd- og Vestsjælland har relativt høje udgifter pr. indbygger på begge områder. Omvendt har nogle kommuner i Østjylland og nord for København relativt lavere udgifter på begge områder. Men mønstrene er langt fra entydige, og der er mange kommuner, hvor udgifterne til de to områder ikke umiddelbart følges ad. Det er belyst nærmere i kapitel 3, hvor de kommunale forskelle i udgifterne på voksne på det sociale område også belyses.

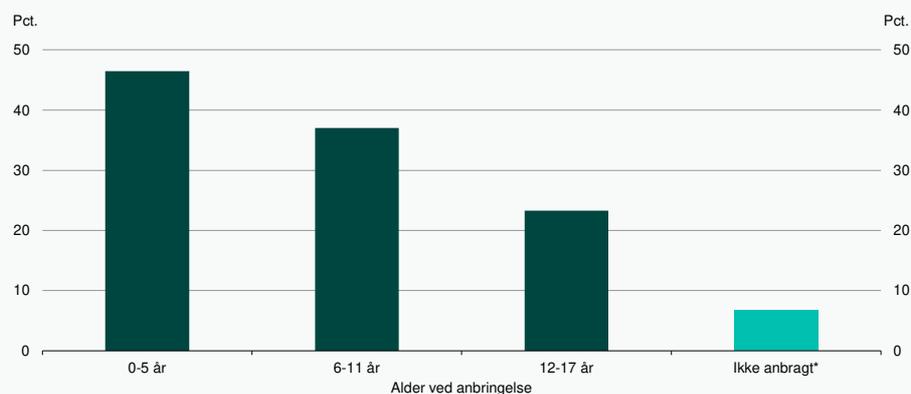
1.3 Forældre til anbragte

Anbragte børn og unges familiebaggrund adskiller sig betydeligt fra øvrige børn og unges. Anbragte børn og unge kommer ofte fra mindre ressourcestærke familier og hjem med betydelige problembelastninger. Derudover kommer børn, der anbringes tidligt i barndommen, oftere fra familier med færre ressourcer, end børn, der bliver anbragt senere i livet. Dette forhold bliver analyseret i kapitel 4.

Børn og unge, der bliver anbragt uden for hjemmet, har oftere forældre, som selv har været anbragt i løbet af barndommen, end øvrige børn og unge. Overhyppigheden af anbringelser hos forældre til anbragte børn og unge i forhold til befolkningen som helhed er særligt fremtrædende hos børn anbragt tidligt i barndommen. Knap halvdelen af børn, der blev anbragt i alderen 0-5 år i årene 2015-2019, har mindst en forælder, der har været anbragt som barn eller ung. Blandt børn, der blev anbragt i alderen 6-11 år, er det 37 pct., og 23 pct. af unge, der blev anbragt i alderen 12-17 år, har mindst en forælder, der har været anbragt. Blandt børn og unge i 2019, der ikke har været anbragt uden for hjemmet, er det imidlertid blot 7 pct., der har en eller to forældre, der har været anbragt i barndommen, jf. figur 1.5.

Figur 1.5

Andel af førstegangsanbragte børn og unge med forældre, der selv har været anbragt uden for hjemmet som barn eller ung



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

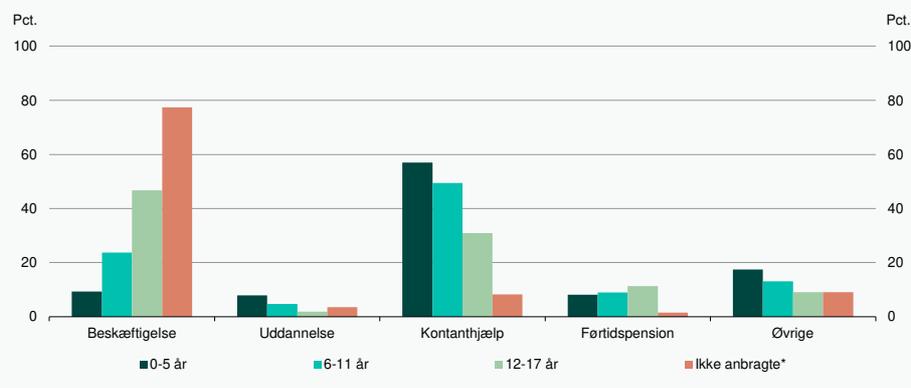
Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som findes i befolkningsregistret ultimo året. Hvis blot én forælder har været anbragt uden for hjemmet, indgår barnet eller den unge i andelen. Anbringelsesstatistikken går tilbage til 1980, hvormed anbringelser, der er ophørt inden år 1980, ikke indgår i opgørelsen af forældre, der selv har været anbragt uden for hjemmet som barn eller ung. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 10.970.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt mødre til anbragte børn og unge har en væsentlig større andel kontanthjælp som primær forsørgelsesgrundlag end blandt mødre til øvrige børn og unge. Denne andel varierer med barnets eller den unges alder ved første anbringelse. Blandt børn og unge, der blev anbragt som 0-5-årige, havde 57 pct. af mødrene kontanthjælp som væsentligste indkomstkilde i året op til anbringelsen. Blandt de, som blev anbragt for første gang som 12-17-årige, havde 31 pct. af mødrene kontanthjælp som væsentligste indkomstkilde, jf. figur 1.6.

Figur 1.6

Socioøkonomisk status blandt mødre til førstegangsanbragte børn og unge opdelt efter alder



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter alle 0-17-årige, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og for hvem der findes oplysninger om mors socioøkonomiske status. Mødres socioøkonomiske status er opgjort i året før barnets eller den unges anbringelse. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 9.679.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Diagnoser, der kan være relateret til et handicap eller en psykisk lidelse, er betydeligt overrepræsenteret blandt forældre til anbragte børn og unge. Der ses særligt en høj forekomst af diagnoser relateret til psykiske lidelser blandt mødre til de tidligt anbragte børn. Omkring 20 pct. af mødre til børn, der blev anbragt i 0-5-årsalderen, har en diagnose relateret til en psykisk lidelse, mens det er lidt under 10 pct. af mødrene til børn, der blev anbragt som 12-17-årige. Misbrugsproblemer er også relativt hyppigt blandt forældre til anbragte børn og unge. Tidligt anbragte børn har oftere forældre, som har haft tegn på misbrugsproblemer, end børn og unge, der er anbragt sent i barndommen. Omkring hver fjerde af de førstegangsanbragte 0-5-årige børn har mindst en forælder med tegn på misbrugsproblemer, mens det gælder ca. hver tiende af de 12-17-årige førstegangsanbragte unge.

Derudover viser analysen i kapitel 4, at anbragte børn og unge ofte anbringes – ifølge sagsbehandlerens registreringer – pga. omsorgsvigt eller anden bekymrende adfærd hos forældrene, fx kriminel adfærd eller misbrugsproblemer. Dette er særlig udtalt blandt tidligt anbragte børn. I ca. 85 pct. af alle førstegangsanbringelser af børn i 0-5-årsalderen er omsorgsvigt eller anden bekymrende adfærd hos forældre angivet som en udslagsgivende årsag til anbringelsen. Blandt førstegangsanbringelser af 12-17-årige unge er omsorgsvigt mv. angivet som årsag i lidt under 60 pct. af anbringelserne.

1.4 Trivsel blandt anbragte

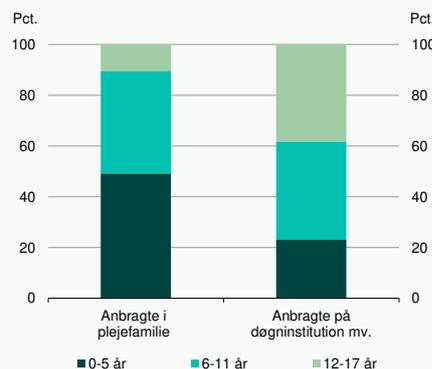
Børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, trives generelt dårligere på en række områder end jævnaldrende børn og unge. Det kan der være flere grunde til, og det skal ses i lyset af de sociale problemer, som har været en medvirkende årsag til, at kommunen har fundet det nødvendigt med en anbringelse uden for hjemmet. Derudover anbringes nogle børn og unge uden for hjemmet som følge af psykiske vanskeligheder. I kapitel 5 beskrives nogle af de mest centrale trivselsproblematikker i forhold til anbragte børn og unge, herunder hvad der karakteriserer de grupper af anbragte børn og unge, som viser tydelige tegn på mistrivsel. Analyserne tager afsæt i data fra trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i alderen 11-17 år i hhv. 2014, 2016 og 2018.

Langt de fleste børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, er glade for deres anbringelsessted og føler sig hjemme, hvor de bor. Blandt de 11-17-årige piger og drenge i plejefamilier er det i størrelsesorden 90-95 pct., som svarer, at de har det godt, hvor de bor. På døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er det derimod mindre end 80 pct. blandt drengene og omkring 60 pct. af pigerne.

En del af forklaringen ligger i, at børn og unge i plejefamilier oftest er anbragt i en tidligere alder, ligesom de oftest har boet det samme sted i længere tid. Blandt de 11-17-årige i plejefamilier er det ca. halvdelen, som er anbragt før 6-årsalderen, mens omkring 10 pct. er anbragt som 12-17-årig. Til sammenligning er det ca. 40 pct. blandt anbragte på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, der er anbragt som 12-17-årig, mens lidt over 20 pct. er anbragt før 6-årsalderen, jf. figur 1.7.

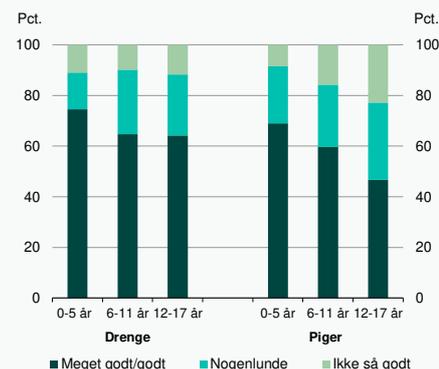
Figur 1.7

Alder ved første anbringelse efter anbringelsessted



Figur 1.8

Anbragte på døgninstitution mv., som har det godt, hvor de bor efter alder ved første anbringelse

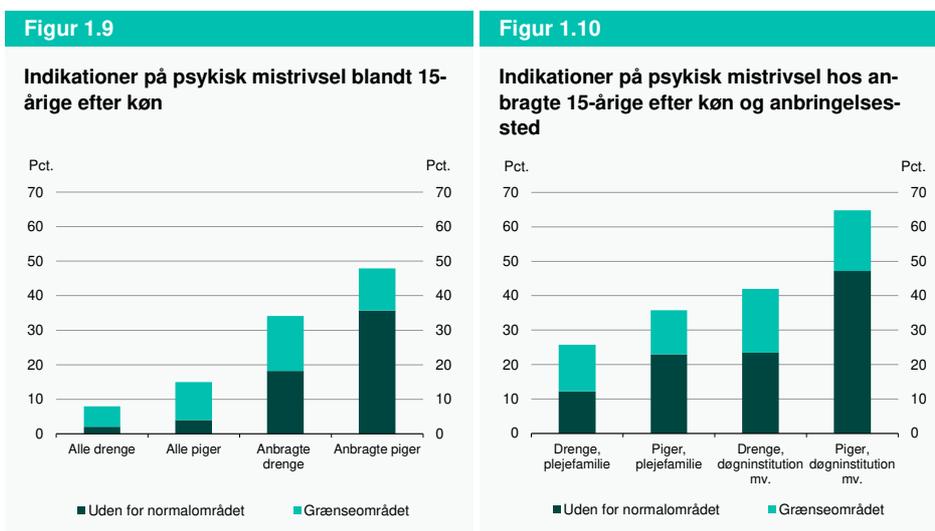


Anm.: Anbragte børn og unge på hhv. 11, 13, 15 og 17 år, som deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i 2018. Figur 5.4 er baseret på besvarelser fra 2014-2018. "Anbragte på døgninstitution mv." omfatter også anbringelser på socialpædagogiske opholdssteder. Børn og unge, som har svaret "Ved ikke" indgår ikke i opgørelsen grundet diskretionshensyn.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der ses også en sammenhæng mellem alder ved første anbringelse og andelen, som har det godt, hvor de bor. Blandt drenge på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, som er anbragt før 6-årsalderen, er det 75 pct., som har det godt, hvor de bor, mens andelen er lidt lavere omkring 65 pct. for drenge anbragt som 12-17-årig. Samme billede tegner sig hos pigerne, om end her ligger de sent anbragte piger endnu lavere i trivsel. Piger på døgninstitutioner mv. anbragt i 12-17-årsalderen er således den gruppe af anbragte børn og unge, som trives dårligst på deres anbringelsessted. Her er det mindre end halvdelen, som svarer, at de har det godt, hvor de bor, jf. figur 1.8.

Anbragte piger udgør en væsentlig mere sårbar gruppe end anbragte drenge på flere dimensioner af psykisk mistrivsel. Næsten 40 pct. blandt anbragte piger har som 15-årig indikationer på psykisk mistrivsel målt på SDQ (ligger uden for normalområdet). Det er omkring dobbelt så høj en andel som hos anbragte drenge, mens det kun er 2-4 pct. blandt alle 15-årige drenge og piger i Danmark, jf. figur 1.9.



Anm.: Indikationer på psykisk mistrivsel blandt 15-årige i 2018 målt ved SDQ-indekset. Figur 1.10 er opgjort for 15-årige i hhv. 2014, 2016 og 2018. En χ^2 -test bekræfter, at forskellen mellem anbragte drenge og anbragte piger på den samlede SDQ-score er statistisk signifikant ($P < 0,01$).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistik registerdata samt Børn og unge i Danmark 2018 (Ottosen et al., 2018).

Der ses også markante forskelle i psykisk mistrivsel hos hhv. anbragte drenge og anbragte piger, når man ser på tværs af anbringelsesstederne. Blandt 15-årige drenge i plejefamilier er det 12 pct., som ligger uden for normalområdet, mens det er 23 pct. hos jævnaldrende piger i plejefamilier. Ser man på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, er det også 23 pct. blandt drengene, som ligger uden for normalområdet på SDQ-indekset som 15-årig, mens det gælder knap halvdelen, 47 pct., af pigerne, jf. figur 1.10.

Når en markant højere andel hos anbragte piger viser tegn på psykisk mistrivsel, hænger det sammen med, at anbragte piger har flere emotionelle problemer. De er ofte mere bekymrede, ligesom de oftere føler sig ensomme og kede af det. Blandt 15-årige piger på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er det eksempelvis mere end 30 pct., som ofte eller meget ofte føler sig ensomme. Sent anbragte unge har samtidig flere emotionelle problemer end tidligt anbragte. Blandt de piger, som blev anbragt første gang uden for hjemmet i 0-5-årsalderen, er det lidt under 40 pct., som ligger uden for normalområdet i forhold til emotionelle problemer. Blandt de piger, som blev anbragt første gang uden for hjemmet i 12-17-årsalderen, er det derimod 60 pct.

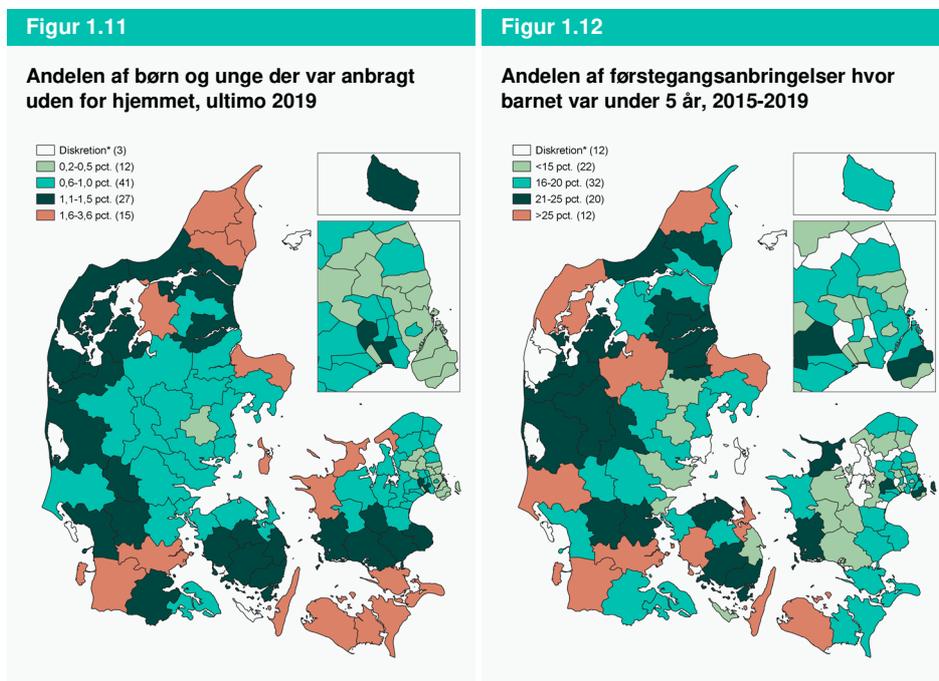
I kapitlet vises det også, at der er en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og anbragtes faglige resultater i grundskolen samt betydning i forhold til at påbegynde og gennemføre en ungdomsuddannelse. Fagligt svage anbragte børn og unge ser ud til at have færre af de personlige kompetencer, som kan være en vigtig forudsætning for at klare sig fagligt godt i skolen og i uddannelsessystemet. Det handler blandt andet om koncentrationssevne og adfærdsproblemer.

1.5 Geografiske forskelle i udsatte børn og unge

Ved udgangen af 2019 var knap 10 ud af 1.000 børn og unge anbragte, når man ser på landsplan. Der er dog en række forskelle i anbringelsesmønstret imellem kommunerne. I kapitel 6 i årets redegørelse dykkes der ned i en række af disse kommunale forskelle.

Der er en tendens til, at kommuner med relativt færrest anbringelser særligt koncentrerer sig omkring hovedstadsområdet, i Nordsjælland og i Østjylland, jf. figur 1.11. Her har de fleste kommuner en andel på under landsgennemsnittet. Kommuner med relativt flest anbringelser befinder sig særligt i Nordjylland, i Sønderjylland samt på Syd- og Vestsjælland, hvor flere af kommunerne har en andel på over 1,5 pct. Andelen af børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, er særlig høj i kommunerne Lolland, Guldborgsund, Vordingborg og Langeland, hvor over 2 pct. af alle børn og unge var anbragt uden for hjemmet ved udgangen af 2019.

Forskellene i hvor stor en andel af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, hænger sammen med demografiske forhold i kommunerne, herunder graden af udsathed blandt den voksne befolkning i kommunen.



Note: *) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af diskretionshensyn.

Anm.: I figur 1.11 er andelen af anbragte børn og unge i kommunerne opgjort pr. 31. december 2019 blandt alle 0-17-årige. Antallet af anbragte er opgjort på baggrund af handlekommune. Figur 1.12 omfatter iværksatte førstegangsanbringelser blandt 0-17-årige i perioden 2015-2019. Børn og unge, som har fået iværksat en anbringelse i perioden, men som tidligere har været anbragt uden for hjemmet, er således ikke med i opgørelsen. Antallet af anbringelser er opgjort på baggrund af handlekommune. Barnets eller den unges alder er opgjort på anbringelsestidspunktet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

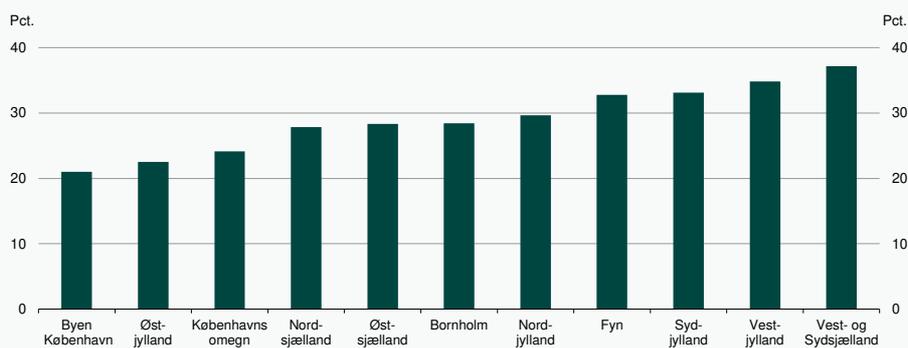
Der er også en tendens til, at særligt kommuner omkring hovedstadsområdet sjældnere anbringer helt små børn, end resten af landet gør. Under 15 pct. af førstegangsanbringelserne finder sted blandt børn under 5 år i landsdelene Københavns omegn, Østsjælland og Nordsjælland. I landsdelene Nordjylland, Vestjylland og Syddjylland anbringer kommunerne oftere helt små børn, da over 20 pct. af førstegangsanbringelserne her finder sted blandt børn under 5 år. Inden for de enkelte landsdele er der dog også kommunale forskelle på, i hvor høj grad førstegangsanbringelser finder sted blandt børn under 5 år. I enkelte kommuner er det under 9 pct. af anbringelserne, der er blandt børn under 5 år, mens det er over 27 pct. i enkelte andre kommuner, jf. figur 1.12.

Der tegner sig et billede af, at nogle af de kommuner, som har en høj andel anbragte børn og unge, oplever en højere grad af tilflytning af udsatte familier. I eksempelvis landsdelen Vest- og Sydsjælland, som har den højeste andel anbragte børn og unge, er det 37 pct. af de førstegangsanbragte børn og unge, som er tilflyttet den anbringende kommune i årene op til selve anbringelsen. Mens andelen, som er tilflyttere, er lavere i

eksempelvis Østjylland og i hovedstadsområdet, hvor andelen er under 25 pct., jf. figur 1.13.

Figur 1.13

Andel af førstegangsanbragte børn og unge som er tilflyttet den anbringende kommune i årene op til anbringelsen



Anm.: Omfatter alle førstegangsanbringelser blandt børn og unge i alderen 0-17 år i perioden 2015-2019. Figuren angiver, hvor stor en andel af førstegangsanbragte børn og unge inden for en enkelt landsdel, der op til 5 år inden anbringelsen er tilflyttet den anbringende kommune. For børn, der var under 5 år på anbringelsestidspunktet, er opgørelsen af tilflytninger til den anbringende kommune opgjort på baggrund af oplysninger om moren i årene op til barnets fødselsdag.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når kommunerne træffer afgørelse om at anbringe et barn eller en ung uden for hjemmet, er der betydelige forskelle med hensyn til, hvor ofte de forskellige kommuner vælger et anbringelsessted beliggende i en anden kommune. For langt de fleste kommuner omkring hovedstadsområdet, i Nordsjælland og i Østsjælland gælder det, at over 3 ud af 4 anbragte børn og unge er anbragt uden for kommunens grænser. Omvendt er det ofte en væsentlig mindre andel i landets øvrige kommuner, særligt i Sydjylland og på Fyn, hvor andelen i de fleste kommuner ligger på under 50 pct.

En væsentlig forklaring på de kommunale forskelle, i hvor ofte børn og unge anbringes uden for kommunens egne grænser, kan være mangel på plejefamilier i nogle kommuner. Der er således en sammenfaldende tendens til, at der er færre ledige plejefamilier i de kommuner, som ofte anbringer børn og unge uden for kommunens grænser. Dette ses særligt i hovedstadsområdet, hvor mange kommuner har enten få eller ingen ledige plejefamilier.

1.6 Udsatte unge i efterværn

Hensigten med efterværn er at give unge med behov for særlig støtte en mere glidende overgang til voksenlivet. Det er således ikke alle unge, der er anbragt op til det 18. år, som har behov for efterværn. Nogle anbragte unge har brug for anden støtte, end hvad kommunen kan tilbyde gennem efterværnsparagrafferne. Andre unge uden væsentligt

større problemer end deres jævnaldrene vil kunne træde ud i voksenlivet uden særlige behov for støtte.

I kapitel 7 ses der nærmere på, hvor mange unge, der er anbragt op til de fylder 18 år, som modtager efterværn, hvad der karakteriserer de unge, der får efterværn, samt hvordan de unge klarer sig, efter efterværnsstøtten ophører.

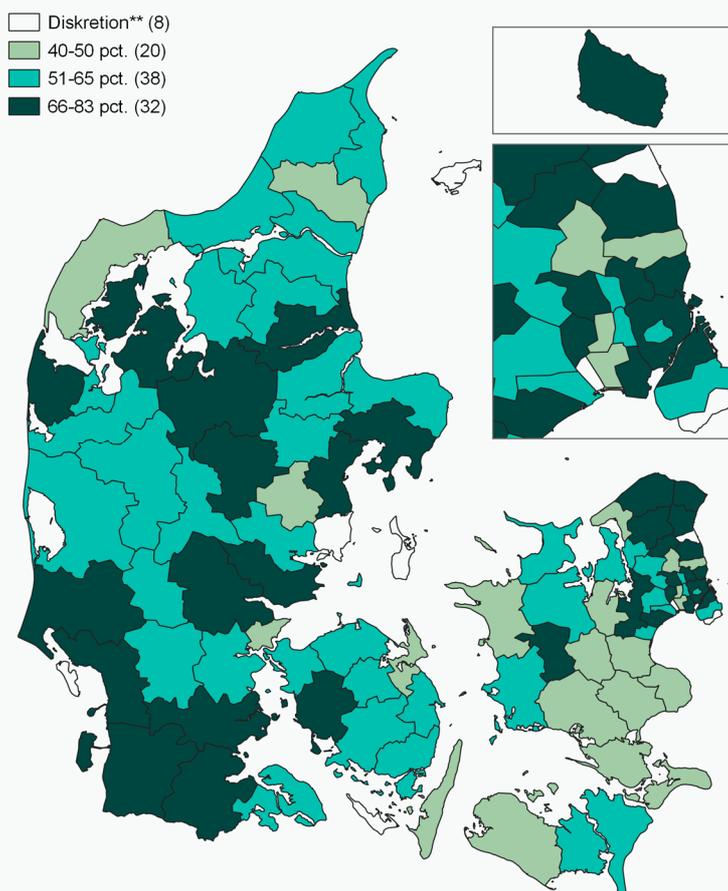
Det var ca. 60 pct. af de 23-25-årige unge ultimo 2018, som var anbragt op til, de fyldte 18 år, som modtog efterværnsstøtte i løbet af overgangen til voksenlivet. Omkring 65 pct. modtog efterværn blandt de unge i plejefamilier og på socialpædagogiske opholdssteder, mens det gælder 52 pct. blandt de unge på døgninstitutioner. Blandt unge anbragt på eget værelse eller på et kollegielignende tilbud er det imidlertid 70 pct., som modtog efterværn. Når færre på døgninstitution modtager efterværn, hænger det blandt andet sammen med, at der er flere af disse unge, som har betydelig eller varig funktionsnedsættelse, og derfor i stedet overgår direkte til at modtage støtte efter voksenbestemmelserne i serviceloven, fx i form af en plads i et botilbud eller socialpædagogisk støtte i hjemmet.

Der er betydelige forskelle mellem kommunerne i forhold til, hvor ofte anbragte unge modtager efterværn. I de kommuner, hvor relativt flest anbragte unge får efterværn, modtog knap 80 pct. af unge, der var anbragt op til det 18. år, efterværnsforanstaltninger, mens ca. 40 pct. modtog efterværnsforanstaltninger i kommuner, hvor færrest anbragte unge får efterværn, jf. figur 1.14.

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 i gruppen af unge, der er anbragt op til det 18. år i forhold til, om de unge har brug for og gavn af efterværnsstøtte.

Men de kommunale forskelle kan også være udtryk for, at kommunerne har forskellige tilgange, når de vurderer, om der er behov for at iværksætte efterværn til anbragte unge. Blandt andet finder Deloitte i en undersøgelse udarbejdet for Socialstyrelsen, at der på tværs af kommuner og sagsbehandlere er forskellige tilgange og strategier til tildelingen af efterværn (Deloitte, 2017). På tværs af kommunerne i Deloitte's undersøgelse giver flere kommunale ledere udtryk for, at det kan være vanskeligt at vurdere, om en ung skal tilbydes efterværn, da loven giver brede fortolkningsmæssige rammer.

Figur 1.14

Brug af efterværn blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, fordelt på kommuner, ultimo 2018


Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år. **) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af diskretionshensyn.

Anm.: Figuren angiver andelen af anbragte 17½-årige, som kommer i efterværn. Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, som var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig. Dragør, Fanø, Hørsholm, Læsø, Odder, Samsø, Vallengbæk og Ærø er ikke med i denne opgørelse pga. diskretionshensyn. Kommunen angiver handlekommunen. N=5.583.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

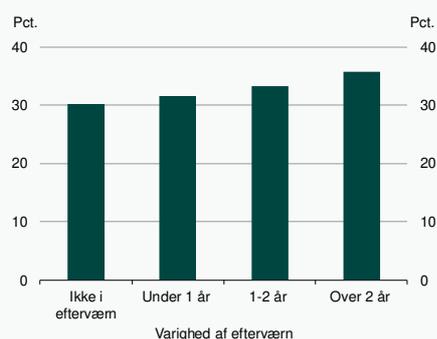
Samtidig er der også betydelige kommunale forskelle i, hvor længe unge får efterværn. I gennemsnit varede de unges efterværnsforløb 2 år, men i enkelte kommuner varede efterværnsforløbene over 2,5 år i gennemsnit, mens efterværnsforløb i andre kommuner i gennemsnit varede under 1,5 år.

I kapitlet undersøges det også, hvordan det går tidligere anbragte unge i starten af 20'erne. Størstedelen af de tidligere anbragte unge har som 23-25-årig ikke gennemført en kompetencegivende ungdomsuddannelse. Andelen, som har gennemført en ungdomsuddannelse, er imidlertid højere blandt de unge, der har modtaget efterværn, end blandt de, der ikke har modtaget efterværn. Endvidere ses der en tendens til, at jo længere den unge har modtaget efterværn, jo større er sandsynligheden for, at den unge har gennemført en kompetencegivende ungdomsuddannelse, jf. figur 1.15.

Forskellen i andelen af unge, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er primært drevet af, at flere gennemfører en gymnasial uddannelse blandt de unge med lange efterværnsforløb sammenlignet med unge uden efterværn eller med korte efterværnsforløb, jf. figur 1.16. Omvendt ses der ikke en tendens til at de unge efterværnsmodtagere sjældnere har fået en strafferetlig dom som voksne, end de tidligere anbragte unge, som ikke modtog efterværn.

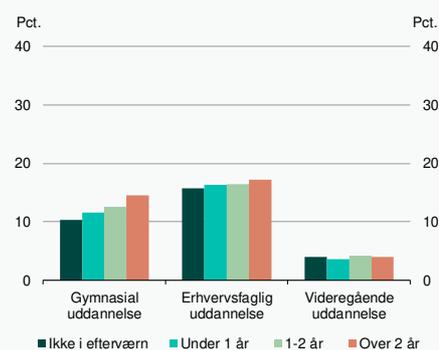
Figur 1.15

Andel der har gennemført en ungdomsuddannelse blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, ultimo 2018



Figur 1.16

Højest fuldførte uddannelse blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, ultimo 2018



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år, der *ikke* havde en diagnose, der kan være forbundet med et handicap jf. definitionen i boks 7.2 i kapitel 7.

Anm.: Figurerne omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, der har været anbragt som 17½-årig, og som indgår i befolkningsregistret ultimo året. Uddannelsesniveau og ungdomsuddannelsesstatus er opgjort pr. 30. september 2018. Højest fuldførte uddannelse blandt de unge, som ikke har gennemført en ungdomsuddannelse, er ikke vist i figur 1.16. N=4.482.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Resultaterne kan dog ikke bruges til at konkludere på, hvilken effekt efterværn har, da tildelingen bygger på en kommunal vurdering, ligesom efterværn er et tilbud til de unge, som det er muligt at afslå. Skulle der laves en egentlig effektvurdering af et efterværn, ville det metodisk kræve, at tildelingen ikke var baseret på et skøn, og at deltagelse var obligatorisk.

1.7 Kan sundhedsplejerskers observationer forudsige udsathed?

Sundhedsplejerskerne er nogle af de første fagpersoner, der møder nyfødte børn og deres familier. De har derfor en enestående mulighed for at give en tidlig vurdering af barnets sundhed, udvikling og trivsel og for at sætte ind med støtte og vejledning under deres besøg, hvis de vurderer, det er nødvendigt eller gavnligt.

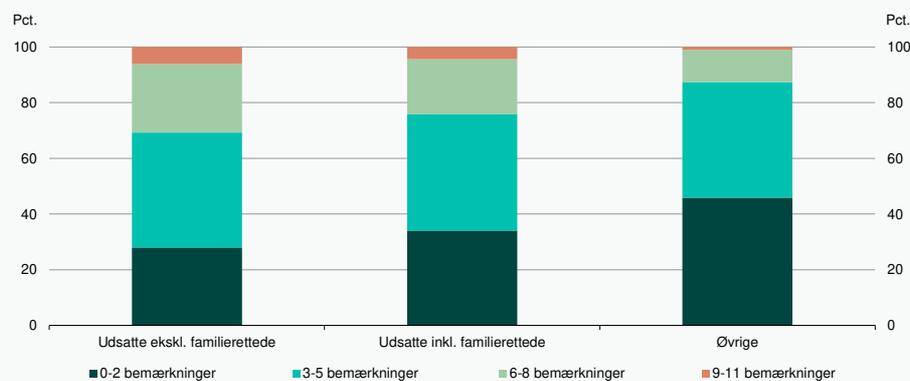
I kapitel 8 ses der på oplysninger fra sundhedsplejerskernes besøg for ca. 23.500 børn født i årene 2006-2009 fordelt over 14 kommuner primært fra hovedstadsområdet. Oplysningerne fra besøgene kobles med registeroplysninger om børnenes udsathed, der er defineret som at have modtaget en social foranstaltning efter serviceloven, op til børnene er mellem 9 og 12 år.

Analysen viser, at sundhedsplejerskerne kan observere opmærksomhedspunkter og risikofaktorer i børnenes første leveår, der senere kan udvikle sig til udsathed. Dog kan sundhedsplejerskernes observationer ikke alene forudsige, hvilke børn der senere bliver udsatte. Dette skyldes, at langt størstedelen af de børn, der modtager mange bemærkninger fra sundhedsplejersken, ikke senere bliver udsatte.

Over halvdelen af de børn, der indgår i analysen, har modtaget 3 eller flere bemærkninger. Der er dog indikationer på, at der er sammenhæng mellem antallet af bemærkninger, og om børn har modtaget sociale foranstaltninger. Sundhedsplejersken registrerer således flere bemærkninger hos børn, der modtager sociale foranstaltninger, hvor 66 og 72 pct. af de udsatte børn hhv. inkl. og ekskl. familierettede forebyggende foranstaltninger har fået 3 eller flere bemærkninger. For øvrige børn gælder det 54 pct. Det skal dog bemærkes, at blandt de udsatte børn har 28-34 pct. fået registreret 0-2 bemærkninger i løbet af det første leveår, jf. figur 1.17.

Figur 1.17

Antallet af bemærkninger i det første leveår opdelt efter om barnet er udsat



Anm.: Udsatte ekskl. familierettede omfatter børn, der på et tidspunkt fra deres fødsel og frem til 31. december 2018 har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning. Udsatte inkl. familierettede omfatter udsatte ekskl. familierettede samt børn, som har modtaget en familierettet forebyggende foranstaltning fra 2014 og frem til 31. december 2018. Se i øvrigt anmærkninger til tabel 8.1 i kapitel 8.
Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

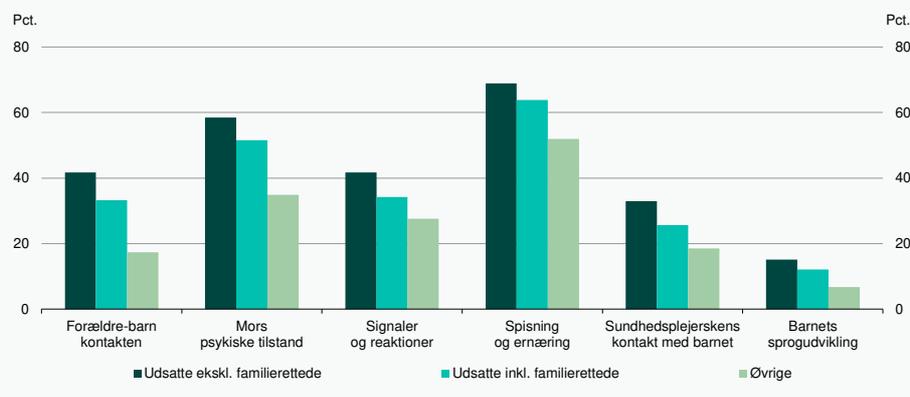
Udsatte børn ekskl. børn, der har modtaget familierettede forebyggende foranstaltninger, får samtidig registreret flere bemærkninger end udsatte børn inkl. børn, der har modtaget familierettede indsatser. Blandt de udsatte børn ekskl. familierettede forebyggende foranstaltninger får 25 pct. 6-8 bemærkninger, og 6 pct. får 9 eller flere bemærkninger. Tilsvarende er det hhv. 20 pct. og 4 pct. blandt de udsatte børn inkl. familierettede forebyggende foranstaltninger. Til sammenligning er det hhv. 12 pct. og 1 pct. blandt øvrige børn.

Når der korrigeres for en række bagvedliggende faktorer, er der en positiv sammenhæng mellem antallet af bemærkninger og risikoen for senere at blive udsat, som er statistisk signifikant. Børn, der har modtaget flere bemærkninger, har således en oversandsynlighed for at blive udsatte.

Udsatte børn adskiller sig især fra de øvrige børn i forhold til bemærkninger til forældre-barn kontakten og mors psykiske tilstand, hvor der er en oversandsynlighed for at modtage bemærkningerne blandt de udsatte børn. 33-42 pct. af de udsatte børn har fået en bemærkning til forældre-barn kontakten i mindst et af de fire besøg, mens det gælder 17 pct. af de øvrige børn. Ser man på bemærkninger til mors psykiske tilstand, har 52-59 pct. af de udsatte børn fået en bemærkning i mindst et af de fire besøg, mens det er 35 pct. af de øvrige børn, jf. figur 1.18.

Figur 1.18

Andelen af børn med specifikke bemærkninger i det første leveår efter om barnet er udsat



Anm.: Se bilag tabel 8.4 i kapitel 8 for en beskrivelse af de forskellige typer af bemærkninger. Se i øvrigt anmærkninger til figur 8.4 i kapitel 8.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Forskellene mellem udsatte og øvrige børn er betydeligt mindre for bemærkninger, der knytter sig til barnets fysik og motorik. For eksempel er andelen af de udsatte og øvrige børn, der har fået bemærkning til hud og navle, stort set ens, hvor der gives bemærkninger til ca. halvdelen af børnene.

Forhold i barnets hjem kan også have betydning for risikoen for at modtage en social foranstaltning i løbet af opvæksten. I kapitlet ses der også nærmere på betydningen af, om barnet har haft en forælder med nedsat omsorgsevne pga. et misbrug og problematiske forudsætninger for forældreskab og risikoen for senere udsathed. Eksempelvis vises det i kapitlet, at flere børn, hvis forældre har nedsat omsorgsevne grundet misbrug, modtager sociale foranstaltninger i løbet af deres opvækst. Blandt de børn, der har mindst en forælder med nedsat omsorgsevne grundet et alkohol- eller stofmisbrug, har 29 pct. modtaget en social foranstaltning, hvor det gælder 6 pct. af børnene med forældre uden nedsat omsorgsevne grundet misbrug.

1.8 Tilbudsbilledet på det specialiserede socialområde

I forbindelse med den igangværende Evaluering af det specialiserede socialområde har det daværende Social- og Indenrigsministerium og nu Social- og Ældreministeriet udarbejdet en række analyser, der har til formål at give et overordnet indblik i tilbudslandskabet.

I kapitel 9 i årets redegørelse gennemgås de overordnede resultater fra de første analyser af tilbudslandskabet. Analyserne tager udgangspunkt i data fra Tilbudsportalen. Det

belyses, hvor mange tilbud, afdelinger og pladser der findes af de forskellige tilbudstyper, hvilke virksomhedsformer tilbuddene har, hvor store afdelingerne er, samt hvor i landet afdelinger af de forskellige tilbudstyper ligger.

Overordnet kan tilbuddene på Tilbudsportalen opdeles i tilbud på voksenområdet og tilbud på børne- og ungeområdet. Af de i alt 4.621 afdelinger henvender 86 pct. sig til voksenområdet, mens 26 pct. henvender sig til børne- og ungeområdet. Et tilbud eller en afdeling kan også være registreret til at modtage både voksne samt børn og unge, hvilket gør sig gældende for omkring 12 pct. af afdelingerne, jf. tabel 1.2.

Tabel 1.2

Tilbud og afdelinger fordelt på om de er registreret til voksne, til børn og unge eller til både voksne samt børn og unge

	Tilbud	Afdelinger
Overordnet målgruppe	----- Antal -----	
Voksne	2.158	3.982
Børn og unge	747	1.182
Heraf både voksne samt børn og unge	452	543
I alt	2.453	4.621

Anm.: Tilbud og afdelinger på Tilbudsportalen pr. 31. december 2019, fordelt på om de er registreret til voksne, til børn og unge samt til både voksne og børn og unge. De 452 tilbud og 543 afdelinger, der er registreret til både voksne og børn og unge, indgår også i opgørelsen over tilbud og afdelinger til henholdsvis voksne og børn og unge. Der indgår ikke friplejeboliger og plejefamilier, og der er foretaget en frasortering af tilbud, som vurderes at tilhøre plejehjemsoversigten. Se boks 9.1 sidst i kapitel 9 for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

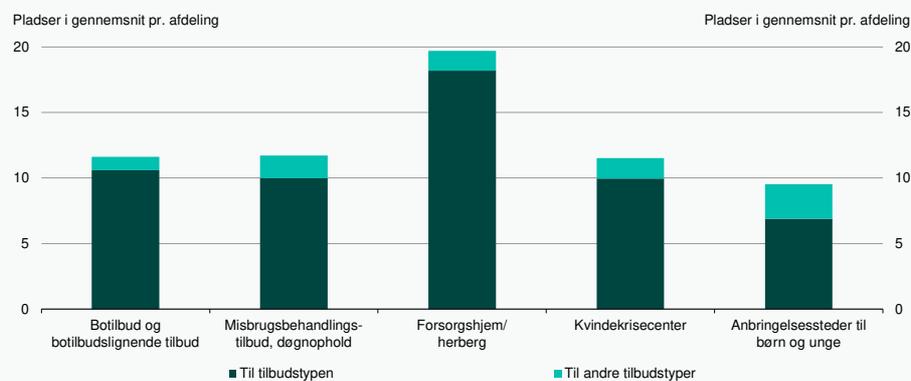
På Tilbudsportalen registreres der et antal pladser til hver tilbudstype på en afdeling. Summen af pladserne til hver tilbudstype på en afdeling udgør dermed det samlede antal pladser på afdelingen og kan således give et indblik i, hvor stor afdelingen er.

På afdelinger med døgnophold, der også tilbyder ambulante behandling eller dagtilbud, kan der være pladser, som er reserveret til beboerne. I kapitel 9 ses der alene på antallet af pladser til døgnophold. Pladser til henholdsvis døgnophold og dagophold lægges ikke sammen, da man dermed risikerer at overvurdere størrelsen på afdelingen, idet samme person kan optage to pladser.

Med undtagelse af afdelinger, der er godkendt som forsorgshjem og herberger, er der på både voksen- samt børne- og ungeområdet mellem 10 og 12 pladser til døgnophold i gennemsnit på en afdeling. På afdelinger, som er godkendt som forsorgshjem og herberger, er der i gennemsnit 20 pladser til døgnophold på en afdeling, jf. figur 1.19.

Figur 1.19

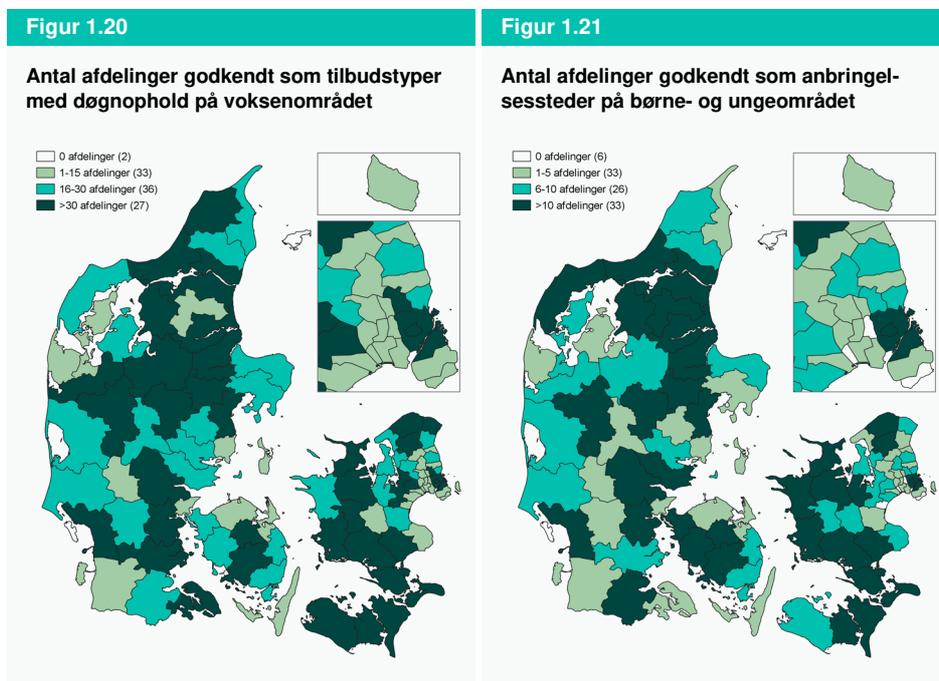
Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. afdeling, fordelt på tilbudstyper



Anm.: Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. afdeling pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Figuren viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. I figuren er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.6 og tabel 9.7 i kapitel 9 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se også boks 9.1 i kapitel 9 for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Derudover belyses den geografiske dækning af tilbuddene også i kapitlet. På voksenområdet ligger der i næsten alle landets kommuner mindst én afdeling, der er godkendt som en tilbudstype med døgnophold. Der er således blot to kommuner, hvor der ikke ligger afdelinger med døgnophold til voksne, mens der i 27 kommuner ligger mere end 30 afdelinger med døgnophold, jf. figur 1.20. På børne- og ungeområdet er der afdelinger, der er godkendt som anbringelsessteder, i 92 af landets kommuner, jf. figur 1.21.



Anm.: Antal afdelinger, der pr. 31. december 2019 er godkendt som tilbudstyper med døgnophold på hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet. Der er 37 afdelinger til døgnophold til voksenområdet og 6 anbringelsessteder, der har uoplyst adresse, og som ikke indgår i opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

1.9 Kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område

En central opgave for Social- og Ældreministeriet er at understøtte den fortsatte udvikling af kvaliteten i den sociale indsats samt en effektiv og investeringsorienteret anvendelse af ressourcer på det sociale område. En vigtig del af dette arbejde er at tilvejebringe et systematisk og bredt overblik over kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på det sociale område.

På den baggrund har Socialstyrelsen i efteråret 2020 gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer, der dækker det specialiserede børne- og ungeområde samt voksensocialområdet. Svarprocenterne er henholdsvis 97 pct. og 95 pct. for de to områder, og undersøgelsen giver således et dækkende billede af det oplevede kommunale udfordringsbillede.

I sidste kapitel i årets redegørelse præsenteres centrale resultater fra undersøgelsen. Resultaterne giver et billede af, hvor kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med socialt udsatte, personer med psykisk sårbarhed og personer med handicap.

1.10 Investeringer i virksomme indsatser

Et strategisk og systematisk arbejde med udvikling og udbredelse af virksomme sociale indsatser er omdrejningspunktet for en stor del af socialpolitikken. Sociale indsatser, der virker, er først og fremmest investeringer i mennesker – deres trivsel og livsmuligheder – men indsatserne kan også have et samfundsøkonomisk afkast, fx når den enkeltes støttebehov bliver nedbragt eller i form af positive effekter på beskæftigelse, uddannelse og sundhed.

For at potentialet i investeringstankegangen kan gøres til virkelighed, er der behov for, at kommuner, civilsamfund og øvrige aktører på socialområdet har redskaberne til at arbejde systematisk med sociale indsatser ud fra viden om indsatsernes effekt og afledte økonomiske konsekvenser.

På den baggrund gør dette afsnit status over en del af Social- og Ældreministeriets langsigtede og strategiske arbejde med at udvikle og udbrede virksomme sociale indsatser og investeringer på socialområdet. Hjørnestene i dette arbejde er Udviklings- og Investeringsprogrammerne (UIP) og Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM), og ministeriet har ligeledes et tæt samarbejde med Den Sociale Investeringsfond (DSI), der arbejder med investeringsdagsordenen bredt på velfærdsområderne. Som noget nyt lancerede det daværende Social- og Indenrigsministerium i 2020 en fondsstrategi, som skal styrke dialog og samarbejde med private fonde, hvor rammerne i høj grad er virksomme sociale indsatser.

1.11 Status på Udviklings- og Investeringsprogrammerne

Udviklings- og Investeringsprogrammerne (UIP'erne) blev politisk vedtaget i 2017 på voksenområdet og i 2019 på børne- og ungeområdet. Handicapområdet er dækket af begge programmer. Formålet med programmerne er at understøtte en mere vidensbaseret og effektiv socialpolitik, der fremmer metoder og indsatser, som virker og efterspørges i kommunerne. Der bliver årligt udmøntet 60-70 mio. kr. under hvert af de to programmer.

Ny viden om sociale indsatser, der genereres i regi af UIP'erne, kan ligeledes bidrage til videreudviklingen af SØM, hvor dokumenterede effekter fra blandt andet nye og velafprøvede metoder kan lægges ind i modellens vidensdatabase.

Der tages hvert år politisk stilling til udmøntningen af midlerne på hhv. børne- og voksenområdet. Prioriteringen af initiativer sker efter indstilling fra en faglig styregruppe, der blandt andet består af kommuner, faglige organisationer og vidensinstitutioner, som kvalificerer, at udviklings- og udbredelsesinitiativer modsvarer behov for ny viden og nye løsninger på socialområdet.

UIP'erne følger ”Strategi for udvikling af sociale indsatser”.

Strategien for udvikling af sociale indsatser sætter rammerne for Social- og Ældreministeriets systematiske og målrettede arbejde med at udvikle og udbrede virksomme indsatser på socialområdet – særligt i UIP'erne. Strategien blev lanceret i 2017 sammen med en drejebog, der beskriver, hvordan strategiens mål indfries på initiativniveau.

Strategien indeholder en fasemodel, som består af fire faser: Screeningsfasen, modningsfasen, afprøvningsfasen og udbredelsesfasen, jf. figuren nedenfor.

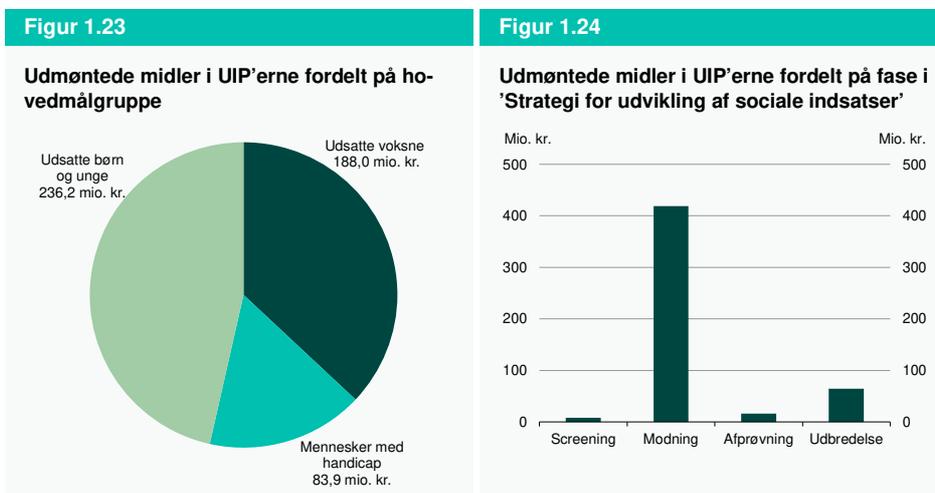
Figur 1.22**Faserne i Strategi for udvikling af sociale indsatser**

Kilde: Børne- og Socialministeriet (2017a).

En ny social indsats starter i screeningsfasen og bliver systematisk og målrettet modnet og afprøvet i en mindre aktørkreds, indtil den er klar til at blive udbredt på nationalt plan. Den systematiske tilgang til indsatsudvikling består i, at der ved faseovergang ud fra tydelige kriterier træffes beslutning om, hvorvidt et udviklingsarbejde kan fortsætte eller bør stoppes. Dette skal sikre effektiv anvendelse af de midler, der investeres i udvikling af nye virksomme indsatser. Kriterierne dækker over de foreløbige erfaringer i udviklingsarbejdet med indsatsens virkning, økonomi, implementering, efterspørgsel og realistisk drift.

Der er siden 2017 prioriteret 31 initiativer i UIP'erne fordelt på de fire faser i strategien for udvikling af sociale indsatser. 15 på voksenområdet, 9 på børne- og ungeområdet og 7 på handicapområdet, jf. tabel 1 og 2 i bilag 1.

Ved udgangen af 2020 var der samlet udmøntet ca. 508 mio. kr. til udvikling- og udbredelse af indsatser på tværs af voksenområdet samt børne- og ungeområdet. Figur 1.23 viser, hvordan midlerne fordeler sig på hovedmålgrupper, mens figur 1.24 viser fordelingen på faser i 'Strategi for udvikling af sociale indsatser'.



Anm.: Udmøntning af satspuljen for 2017-2020 og 2019-2022, udmøntning af Udviklings- og Investeringsprogrammet for 2017, 2018 og 2019 samt udmøntning af Udviklings- og Investeringsprogrammerne for 2020 og 2021.
 Kilde: Børne- og Socialministeriet (2016, 2017b, 2017c, 2018a, 2018b) og Social- og Indenrigsministeriet (2019, 2020e).

1.12 Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM)

SØM skal fremme investeringstankegangen på socialområdet. Modellen kan hjælpe kommuner med at skabe et overblik over omkostningerne ved en indsats og opgøre det budgetøkonomiske potentiale, der kan være ved investeringer i forebyggelse og virksomme sociale indsatser.

Erfaringer fra kommuner, der anvender SØM, viser samtidig, at SØM generelt kan bidrage til at styrke det tværfaglige samarbejde i kommunen samt det systematiske arbejde med at belyse indsatsers omkostninger og virkning samt direkte og afledte økonomiske konsekvenser af sociale indsatser.

Den første version af SØM blev offentliggjort i januar 2018 med målgrupper på voksenområdet, og de første børne- og ungemålgrupper blev lanceret i efteråret 2018, og der er løbende tilføjet nye målgruppen til modellen.

Boks 1.1. giver en kort beskrivelse af modellen.

Boks 1.1**Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM)**

Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) er et beregningsværktøj, der styrker beslutningsgrundlaget i en konkret lokal sammenhæng og sætter fokus på de budgetøkonomiske konsekvenser over tid, der kan være ved at investere i sociale indsatser. SØM består af to dele:

- En beregningsramme, der beregner det samlede nettoresultat ud fra brugerens input vedrørende indsatsens omkostninger og succesrate samt de økonomiske konsekvenser over tid.
- En vidensdatabase, der indeholder viden om effekter, priser og potentielle økonomiske konsekvenser for udvalgte målgrupper. Vidensdatabasen kan fx bruges som inspiration til kommunernes egne beregninger på konkrete indsatser.

Kvaliteten af en SØM-beregning afhænger af de antagelser og input, som brugerne selv indtaster i modellen. Input kan være brugerens egen viden og data eller kan stamme fra vidensdatabasen. Estimaterne i SØMs vidensdatabase er overordnede skøn baseret på registerdata. Disse skøn kan være mere eller mindre repræsentative for den konkrete lokale indsats og målgruppe, man vil undersøge. Gode SØM-beregninger kræver derfor både økonomfaglige og socialfaglige kompetencer samt et godt kendskab til den lokale kontekst, hvor den sociale indsats finder sted.

SØM er udviklet af VIVE og Incentive for Socialstyrelsen på baggrund af satspuljeaftalerne for 2016, 2017 og 2018. Modellen er frit tilgængelig på Socialstyrelsens hjemmeside.

Kilde: Social- og Ældreministeriet.

I 2020 er der tilføjet syv nye målgrupper. På børneområdet er målgrupperne børn med psykiske vanskeligheder (0-5 år), børn og unge anbragt på institution (6-13 år og 14-17 år) og kriminalitetstruede børn og unge (12-17 år) blevet tilføjet, og på voksenområdet er det målgrupperne modtagere af efterværn, der er under uddannelse (18-22 år), modtagere af efterværn, der ikke er under uddannelse (18-22 år), voksne med moderate psykiske lidelser (18-64 år) og voksne med svære psykiske lidelser (18-64 år), jf. boks 1.2.

Boks 1.2**Målgrupper i SØM**

SØMs vidensdatabase indeholder otte overordnede målgrupper på børne- og ungeområdet og elleve overordnede målgrupper på voksenområdet, som vedrører udsatte voksne og voksne med handicap. Da målgrupperne er underopdelt på bl.a. alder, indgår der samlet set viden om effekter af sociale indsatser, konsekvenser og priser for 18 målgrupper i modellen på børneområdet og 24 på voksenområdet.

Voksne 18-64 år:

- Voksne i hjemløshed
- Voksne med psykiske vanskeligheder
- Voksne med stofmisbrug
- Voksne med alkoholmisbrug
- Voksne med psykiske vanskeligheder og samtidig misbrug
- Modtagere af efterværn
- Voldsudsatte kvinder
- Voksne med ADHD
- Voksne med autisme
- Voksne med udviklingshæmning
- Voksne med erhvervet hjerneskade

Børn 0-5 år, 6-13 år og 14-17 år:

- Børn og unge med angst, depression eller anden affektiv lidelse
- Børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelse
- Børn og unge med psykiske vanskeligheder
- Børn og unge i forebyggende foranstaltninger efter servicelovens §52
- Børn og unge anbragt i plejefamilie
- Børn og unge anbragt på institution
- Børn og unge udsat for voldlige eller seksuelle overgreb
- Kriminalitetstruede børn og unge (12 – 17 år)

Hvis brugerne ønsker at regne på en målgruppe, som ikke indgår i SØM's vidensdatabase, kan de selv definere en målgruppe. Det kræver dog særlig viden om målgruppen og den konkrete indsats, der regnes på.

Kilde: Social- og Ældreministeriet.

Derudover er der løbende foretaget forbedringer af modellen. Senest er blandt andet metoden bag konsekvensestimaterne på voksenområdet forbedret, og datagrundlaget for de nuværende målgrupper af udsatte voksne, voksne med handicap samt udsatte børn og unge er opdateret, så der nu findes konsekvensestimater for op til 10 år i vidensdatabasen.

1.13 Den Sociale Investeringsfond (DSI)

Folketinget besluttede i december 2018 at etablere Den Sociale Investeringsfond med formålet om at modne og udvikle markedet for sociale investeringsprogrammer i Danmark.

I et socialt investeringsprogram går en myndighed, en leverandør med faglig ekspertise og en investor sammen om at gennemføre en indsats, der både kan skabe livsforbedringer for den enkelte og på sigt budgetøkonomiske gevinster for det offentlige. DSI's arbejde består således i at udvikle og udbrede indsatser på de store velfærdsområder for herigennem at skabe bedre liv, mindske de offentlige udgifter og danne grundlag for nye offentlige og private investeringer i velfærd.

Med etableringen af DSI blev der afsat 78 millioner kroner til arbejdet. I forbindelse med de årlige finanslovsforhandlingerne beslutter aftalepartierne bag fonden, hvilke investeringsområder DSI skal investere inden for. De aktuelt politisk fastlagte investeringsområder er:

- Børn og unge i udsatte positioner
- Trivsel
- Arbejds miljø
- Mennesker i risiko for livsstilssygdomme
- Ind på arbejdsmarkedet

I 2020 har DSI igangsat tre partnerskaber, der handler om at bekæmpe hjemløshed blandt unge, forebygge svær overvægt og type 2-diabetes, og at stoppe vold i familien og nedbringe antallet af voldsudsatte børn og voksne, jf. boks 1.3.

Boks 1.3

Tre nye partnerskaber fra Den Sociale Investeringsfond

DSI har igangsat tre udviklingspartnerskaber om at udvikle prototyper på sociale investeringer.

- DSI's første partnerskab har til formål at bekæmpe hjemløshed blandt unge med udgangspunkt i Housing First tilgangen. Her anvises de unge til en bolig, hvorefter de modtager en intensiv indsats, der hjælper dem med at tackle sociale problemer, indgå i fællesskaber og komme videre i uddannelse eller job. DSI samarbejder med Hjem til Alle alliancen, der er en national alliance bestående af kommunale aktører, civilsamfundsorganisationer, boligorganisationer m.fl.
- DSI's andet partnerskab skal forebygge svær overvægt og type 2-diabetes i samarbejde med Forebyggelsesalliancen. I løbet af 2020 arbejder partnerskabet for at kortlægge internationale erfaringer med virksomme indsatser, der kan forebygge udvikling og forværring af svær overvægt og type 2-diabetes. Endemålet er at kunne lave en plan for konkrete investeringer med relevante resultatmål.
- DSI's tredje partnerskab er indgået med AskovFonden, Aarhus kommune, Rådet for Sociale Investeringer og Den Sociale Kapitalfond, som skal hjælpe kommuner til at stoppe vold i familien og nedbringe antallet af voldsudsatte børn og voksne. Endemålet er at udvikle et socialt investeringsprogram baseret på psykologbehandling til udøvere af vold i nære relationer samt voldsudsatte partnere og børn, som Dialog mod Vold har erfaring med.

Kilde: Den Sociale Investeringsfond.

1.14 Ny fondsstrategi

I efteråret 2020 lancerede det daværende Social- og Indenrigsministerium en helt ny fondsstrategi. Formålet med strategien er at fremme en mere vidensbaseret socialpolitik gennem styrkelse af dialog og samarbejde med private fonde. Strategien skal blandt andet skabe bedre rammer for vidensdeling, der kan understøtte en god ressourceudnyttelse og generelt et tættere samarbejde mellem fonde, civilsamfundsaktører og myndigheder.

Private fonde udmøntede i 2018 mere end 1,4 mia. kr. på socialområdet, jf. tabel 1.3 og mange fonde arbejder også med udvikling, afprøvning og implementering af sociale indsatser og metoder. Derfor er der gode grunde til at sammentænke den sociale indsats og til at dele viden på tværs af fonde, myndigheder og civilsamfund.

Tabel 1.3

Fondes støtte til sociale formål, 2016-2018

	2016	2017	2018
	----- Mio kr. -----		
Bevilligede midler	1.709	1.010	1.431

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 Social- og Ældreministeriet generelt.

Kilde: Danmarks Statistiks fondsstatistik.

Et centralt initiativ i strategien er at etablere vidensalliancer, hvor ministeriet sammen med fonde stiller sine ressourcer til rådighed med henblik på at udbrede viden om effekter af sociale indsatser. Samtidig vil fonde kunne bidrage med data og viden fra deres projekter til ministeriets strategiske arbejde med en virksom socialpolitik.

Et andet initiativ i strategien vedrører ministeriets Udviklings- og Investeringsprogrammer. Her inviteres fondene med ind i, hvor de kan få mulighed for at bidrage med idéer til udmøntning af programmerne, og hvor det samtidig vil blive afsøgt, hvordan indsatser fra UIP'erne kan indgå i fondenes arbejde.

Samlet set lægger fondsstrategien op til styrket dialog og konkrete samarbejder mellem ministeriet og fondsverdenen. Visionen er, at der skabes et bedre vidensgrundlag og udvikles nye løsninger, der kan danne grundlag for investeringer i virksomme sociale indsatser, der giver en positiv effekt både for den enkelte og for samfundet.

Kapitel 2

Målgrupper og sociale indsatser på børne- og ungeområdet

Modtagere af sociale indsatser på børne- og ungeområdet dækker over børn og unge i alderen 0-22 år, der modtager hjælp og støtte efter serviceloven på grund af sociale problemer, psykiske vanskeligheder eller en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. I dette kapitel belyses målgrupperne på børne- og ungeområdet nærmere.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- I løbet af 2019 modtog ca. 70.200 børn og unge i alderen 0-22 år en social foranstaltning i form af en tidlig forebyggende indsats, en forebyggende foranstaltning eller anbringelse uden for hjemmet. Det svarer til 4,6 pct. af alle børn og unge i Danmark.
- I 2019 var familierettede forebyggende foranstaltninger og indsatser den mest udbredte type af sociale foranstaltninger til børn og unge. Omkring 49.400 børn og unge var omfattet af en familierettet forebyggende foranstaltning eller indsats, mens ca. 18.800 modtog en personrettet forebyggende foranstaltning. Ca. 13.600 børn og unge var anbragt uden for hjemmet, og omkring 9.100 unge modtog en social foranstaltning i alderen 18-22 år som led i et efterværn, enten i form af en anbringelse eller en forebyggende foranstaltning.
- Der er flere anbragte børn og unge i plejefamilier end på døgninstitutioner og opholdssteder mv. Siden 2009 er antallet af anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv. faldet fra ca. 8.600 i 2009 til 5.300 i 2019. Samtidig er antallet af anbringelser i plejefamilier steget fra ca. 7.500 i 2009 til 8.600 i 2019.
- I et nordisk perspektiv anbringer man betydeligt mindre i Sverige end i Danmark og Norge. Hvor der i Sverige er ca. 6 anbragte pr. 1.000 børn og unge, så er der omkring 10 anbragte pr. 1.000 børn og unge i både Danmark og Norge. Dog omfatter tallene for Danmark også børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet som følge af en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, men de indgår ikke i tallene for Norge og Sverige. Det skønnes, at i størrelsesorden 20 pct. af alle udsatte børn og unge i Danmark modtager en indsats efter serviceloven på baggrund af en funktionsnedsættelse.
- Der er kun små forskelle mellem de skandinaviske lande, når man sammenligner alderen blandt anbragte børn og unge. Ved udgangen af 2019 var 51 pct. af

alle 0-17-årige anbragte børn og unge i Danmark i alderen 13-17 år. Til sammenligning var det 49 pct. i Norge og 55 pct. i Sverige.

- Underretninger spiller en central rolle i kommunernes arbejde med tidlig opsporing af børn og unge, der kan have behov for særlig støtte som følge af sociale problemer. I 2019 modtog kommunerne ca. 138.000 underretninger om børn og unge, fordelt på 79.000 børn og unge. Størstedelen af underretningerne om bekymring for trivsel og udviklingen blandt børn og unge kommer fra fagpersoner i skoler og sundhedsvæsenet, herunder sundhedsplejerske og tandlæger.
- Der er store forskelle i udviklingen i andelen af registrerede underretninger fordelt på underretningsårsager mellem 2015 og 2019. Det kan formentlig forklares af forbedret data- og indberetningskvalitet efter 2015, hvor Danmarks Statistik overtog statistikken og intensiverede kvalitetssikringen markant. Eksempelvis er andelen af registrerede underretninger, hvor en af årsagerne er højt konfliktniveau eller vold i hjemmet, steget fra 1 pct. til 12 pct. fra 2015 til 2019. I 2015 var der 71 kommuner, der ikke havde angivet underretninger, hvor årsagen var højt konfliktniveau eller vold i hjemmet. I 2019 var der ingen kommuner, der ikke havde modtaget underretninger, med denne årsag.

2.1 Målgrupper og sociale indsatser på børne- og ungeområdet

Udsatte børn og unge er i denne redegørelse afgrænset til børn og unge i alderen 0-22 år, der modtager en social foranstaltning inden for rammerne af kapitel 3 (§ 11) samt kapitel 11 og 12 i serviceloven¹.

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. Det kan enten være en tidlig forebyggende indsats, en forebyggende foranstaltning eller en anbringelse uden for hjemmet.

Tidlige forebyggende indsatser er indsatser efter § 11 i serviceloven og dækker blandt andet over netværks- og samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning og økonomisk støtte til fritidsaktiviteter. Kommunernes indberetninger af tidlige forebyggende indsatser efter § 11 har frem til 1. juli 2020 været frivillig, og brugen vil derfor frem til denne dato være undervurderet i registrene. Eksempler på forebyggende foranstaltninger er familiebehandling, aflastningsophold og 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, eksempelvis at forældrene af forskellige årsager ikke kan varetage omsorgen

¹ Afgrænsningen indebærer, at redegørelsen ikke omfatter børn og unge, som alene får handicapkompenserende støtte efter bestemmelserne i servicelovens kapitel 7-10 som følge af en funktionsnedsættelse.

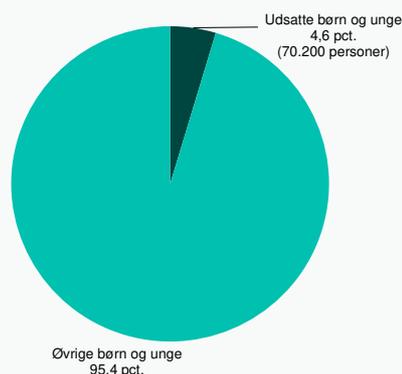
for barnet, eller forhold, der knytter sig til barnet eller den unge selv, for eksempel adfærdsmæssige vanskeligheder eller en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Udsatte unge, der modtager en social foranstaltning i alderen 18-22 år, omfatter personer i såkaldt efterværn. Efterværn er et tilbud om støtte til unge i alderen 18 til 22 år, der har haft en fast kontaktperson eller været anbragt uden for hjemmet umiddelbart op til deres 18. år. Her handler den sociale indsats primært om at sikre en god overgang til et selvstændigt voksenliv. Socialt udsatte unge kan for eksempel få rådgivning og hjælp fra en fast støtte- eller kontaktperson, eller der kan være tale om en gradvis udslusningsordning fra et tidligere anbringelsessted, mens støtten for unge med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse typisk vil have form af en opretholdt anbringelse hos en plejefamilie.

I 2019 modtog 4,6 pct. af alle børn og unge i alderen 0-22 år i Danmark en social foranstaltning eller indsats, jf. figur 2.1.

Figur 2.1

Udsatte børn og unge, 2019



Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i alderen 0-22 år var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning eller indsats i løbet af 2019, og som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Alderen er opgjort ultimo året, hvorfor nogle i gruppen er fyldt 23 år på opgørelsestidspunktet. Anbragte børn og unge med uoplyst anbringelsessted indgår ikke. Se i øvrigt bilag 2 for opgørelse af udsatte børn og unge.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Børn og unge med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, der modtager tidlige forebyggende indsatser, forebyggende foranstaltninger eller er anbragt uden for hjemmet, indgår også i opgørelsen over udsatte børn og unge, idet de kan modtage indsatser efter servicelovens § 11 samt nogle af de lovbestemmelserne i servicelovens kapitel 11 og 12, som primært er målrettet udsatte børn og unge.

Børn og unge med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse kan også modtage rent handicapkompenserende indsatser efter bestemmelserne i servicelovens kapitel 7-10, eksempelvis særlige dagtilbud, hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste eller hjælp til

dækning af nødvendige merudgifter. Disse indsatser indgår ikke i de data, som omtales i dette kapitel. Social- og Ældreministeriets datastrategi omfatter etablering af en ny registerbaseret statistik om børn og unge med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, der modtager en række indsatser efter serviceloven, jf. boks 2.1.

Boks 2.1

Sociale foranstaltninger til børn og unge med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse

Statistikkerne om børn og unge med særlige behov omtales i daglig tale som statistikker om udsatte børn og unge. Men børn og unge med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse kan modtage hjælp og støtte efter en række af de samme lovbestemmelser i serviceloven som udsatte børn og unge, for eksempel anbringelse uden for hjemmet efter § 52, og børn med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse indgår derfor også i grundlaget for statistikken om foranstaltninger til børn og unge med særlige behov.

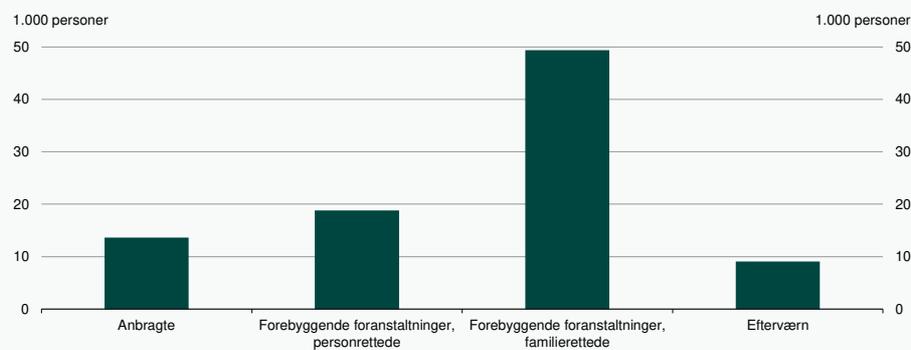
I kapitel 7 i Socialpolitisk Redegørelse 2019 skønnes det, at omkring 20 pct. af de børn og unge, der modtog sociale foranstaltninger i 2016, havde en indikation på handicap, og indsatsen kan være givet helt eller delvist på baggrund af en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Barnet eller den unge kan dog have sammenfaldende problematikker, og det er muligt, at indsatsen efter § 11 eller kapitel 11 og 12 er givet på grund af sociale årsager og ikke funktionsnedsættelsen.

Det indgår i Social- og Ældreministeriets datastrategi, at der skal etableres en ny national statistik over de indsatser, som børn og unge med psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse kan modtage efter serviceloven, og som allerede i vid udstrækning registreres lokalt i kommunerne, men som ikke i dag indberettes til national statistik. Det forventes, at der kan stilles krav om indberetning af disse indsatser fra 1. juli 2021.

Familierettede forebyggende foranstaltninger og indsatser var i 2019 den mest udbredte type af sociale foranstaltninger til børn og unge. Der var således ca. 49.400 børn og unge, der modtog en familierettet forebyggende foranstaltning eller indsats i 2019, mens omkring 18.800 børn og unge modtog en personrettet forebyggende foranstaltning. Omkring 13.600 børn og unge var anbragt uden for hjemmet, og ca. 9.100 unge modtog en social foranstaltning i alderen 18-22 år som led i et efterværn, enten i form af en anbringelse eller en forebyggende foranstaltning, jf. figur 2.2.

Figur 2.2

Antal udsatte børn og unge efter type af foranstaltning, 2019



Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i alderen 0-22 år var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning eller indsats i løbet af 2019, og som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Den samme person kan have modtaget flere forskellige typer af foranstaltninger i løbet af året. Det bemærkes, at opgørelsen af unge i efterværn er behæftet med en smule usikkerhed, idet kommunerne i nogle tilfælde har indberettet indsatser, som efter servicelovens bestemmelser kun kan tilbydes børn og unge under 18 år. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det høje antal familierettede forebyggende foranstaltninger og indsatser afspejler, at den sociale indsats til udsatte børn og unge ofte går gennem familien. Familierettede forebyggende foranstaltning og indsatser dækker blandt andet over familieorienteret rådgivning, ophold i dagtilbud og fast kontaktperson. Der kan være stor forskel på, hvor indgribende en forebyggende foranstaltning eller indsats er. Indsatserne kan også have til formål at understøtte barnets eller familiens udvikling, og dermed medvirke til at undgå, at små problemer vokser sig store.

Antallet af udsatte børn og unge, der modtager en social indsats efter serviceloven, stiger med alderen, og der er flest børn og unge i alderen 15-17 år, som i 2019 modtog en forebyggende foranstaltning eller var anbragt uden for hjemmet, jf. figur 2.3. Det relativt høje antal af børn og unge i alderen 15-17 år, der modtager sociale foranstaltninger, kan skyldes, at nogle sociale problemer først opstår eller bliver tydelige i teenageårene. Det kan eksempelvis være udadreagerende adfærd, psykiske vanskeligheder, misbrug eller kriminel adfærd. Det er ikke ensbetydende med, at barnet selv er årsagen til disse udfordringer. Den bagvedliggende årsag kan skyldes omsorgssvigt i barndommen, og i andre tilfælde kan den bagvedliggende årsag eksempelvis være en psykisk sygdom, som ikke er relateret til forældrenes omsorg for barnet. Ligeledes kan det høje antal udsatte børn og unge i alderen 15-17 år være udtryk for, at der indledningsvist har været iværksat tidlige indsatser på almenområdet eller støtte efter anden lovgivning end serviceloven, men at det efter en periode vurderes at være nødvendigt med særlig støtte efter serviceloven, eller at der ikke er blevet iværksat en indsats tidligt nok. Når børn får iværksat en social foranstaltning i en meget tidlig alder, kan det i mange tilfælde skyldes, at forældrene

ikke i tilstrækkelig grad kan sikre barnets omsorg, udvikling og trivsel, se også kapitel 4 om anbragte børn og unges forældre.

Figur 2.3

Antal udsatte børn og unge efter alder ultimo 2019



Anm.: Børn og unge i alderen 0-22 år, som har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en forebyggende foranstaltning eller indsats på et tidspunkt i løbet af 2019. Sociale foranstaltninger som et led i efterværn er medregnet, mens indsatser på voksenområdet ikke indgår. Alderen er opgjort ultimo året. Det bemærkes, at en stor del af de 18-årige ultimo 2019 har modtaget en foranstaltning eller indsats, før de fyldte 18 år i 2019. Der er i opgørelsen set bort fra omkring 500 personer, der har modtaget en indsats som 22-årige, men er fyldt 23 år ultimo 2019. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.1.

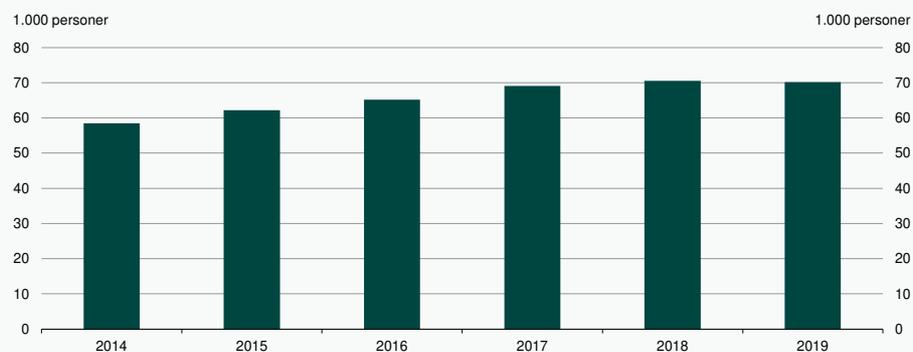
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

2.1.1 Udviklingen i antal udsatte børn og unge

Siden 2014 er antallet af børn og unge, der modtager sociale foranstaltninger, steget med ca. 11.800 børn og unge fra ca. 58.400 i 2014 til ca. 70.200 i 2019, jf. figur 2.4. De seneste tre år har antallet af udsatte børn og unge dog været nogenlunde uændret. Opgjort i forhold til alle børn og unge i aldersgruppen 0-22 år er andelen af udsatte steget fra 3,8 pct. i 2014 til 4,6 pct. i 2019.

Figur 2.4

Antal udsatte børn og unge, 2014-2019

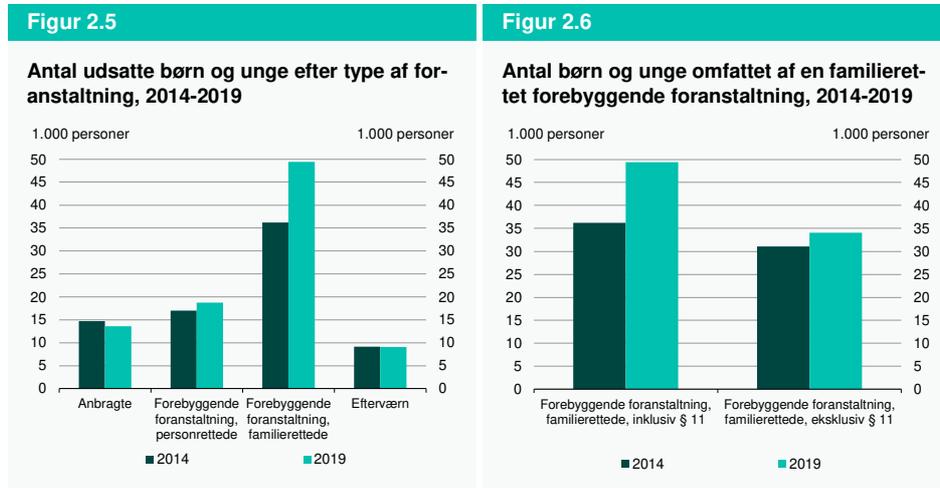


Anm.: Se anmærkningen til figur 2.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Den samlede udvikling i antallet af udsatte børn og unge kan ikke opgøres længere tilbage end til 2014, idet der ikke findes centralt tilgængelige registerdata for familierettede forebyggende foranstaltninger og indsatser før 2014.

Stigningen i antallet af udsatte børn og unge siden 2014 skyldes især en stigning i antallet af børn og unge, der modtager en familierettet forebyggende foranstaltning eller indsats. Antallet af børn og unge, der modtager en familierettet forebyggende foranstaltning eller indsats, er steget fra ca. 36.200 i 2014 til ca. 49.400 i 2019, jf. figur 2.5.



Anm.: Familierettede indsatser efter § 11 er tilbud, som kommunerne kan benytte i det tidlige forebyggende arbejde med børn og unge. En person kan have modtaget familierettede forebyggende foranstaltninger eller indsatser efter flere paragraffer i serviceloven i løbet af samme år. Forskellen i opgørelsen af familierettede foranstaltninger og indsatser inklusiv og eksklusiv § 11 er derfor ikke udtryk for det samlede antal personer, der har modtaget en familierettet indsats efter § 11. Opgørelsen af indsatser efter § 11 beror alene på kommunernes frivillige indberetninger. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

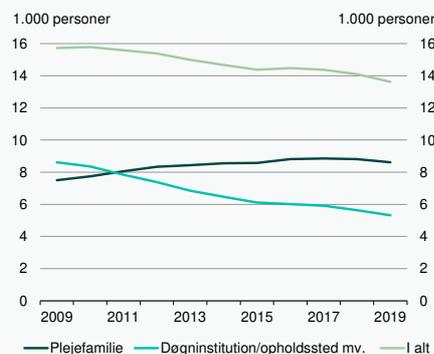
Stigningen i de familierettede forebyggende foranstaltninger og indsatser skyldes især en stigning i antallet af forebyggende indsatser efter servicelovens § 11. Disse indsatser omfatter eksempelvis familieorienteret rådgivning, herunder rådgivning og støtte til børn og unge, der vokser op i hjem med sociale problemer. Det kan imidlertid også omfatte støtte og hjælp til forældre med børn, der har en funktionsnedsættelse, eksempelvis i form af mestringskurser til forældre og søskende.

Kommunerne har ikke tidligere haft indberetningspligt, når de giver støtte efter servicelovens § 11. Fra 1. juli 2020 og fremefter er kommunerne forpligtet til at indberette de tidlige forebyggende indsatser til Danmarks Statistik, men opgørelser forud for den dato beror alene på kommunernes frivillige indberetninger. Udover at kommunerne i højere grad anvender forebyggende indsatser efter § 11 som led i det tidlige forebyggende arbejde med udsatte børn og unge, kan en del af stigningen fra 2014 til 2019 derfor også skyldes, at kommunerne i højere grad indberetter disse indsatser til Danmarks Statistik.

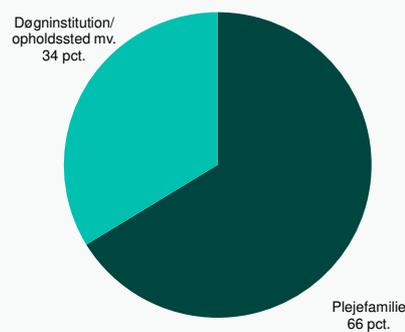
Når der ses bort fra indberetninger af indsatser efter § 11, er antallet af børn og unge, der har modtaget en familierettet forebyggende foranstaltning, steget fra ca. 31.100 børn og unge i 2014 til 34.100 børn og unge i 2019, jf. figur 2.6.

Det er muligt at følge udviklingen i antallet af anbragte børn og unge over en længere periode. Antallet af børn og unge, der har været anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i løbet af året, er faldet fra ca. 15.700 i 2009 til ca. 13.600 i 2019, jf. figur 2.7. Opgjort i forhold til alle børn og unge i alderen 0-17 år er andelen af anbragte børn og unge faldet fra 1,3 pct. i 2009 til 1,2 pct. i 2019.

Figur 2.7

Antal anbragte børn og unge efter type af anbringelsessted, 2009-2019


Figur 2.8

Anbragte børn og unge efter type af anbringelsessted ultimo 2019


Anm.: Figur 2.7 omfatter børn og unge, der har været anbragt uden for hjemmet i alderen 0-17 år i løbet af et givet år. Nogle børn og unge har både været anbragt i en plejefamilie og på en døgninstitution/opholdssted mv. i samme år og indgår således både i kategorien "Plejefamilie" og "Døgninstitution/opholdssted mv.," men indgår kun en gang i "I alt". Det gælder for ca. 300-400 børn og unge i hvert af årene. Figur 2.8 er opgjort pr. 31. december 2019.

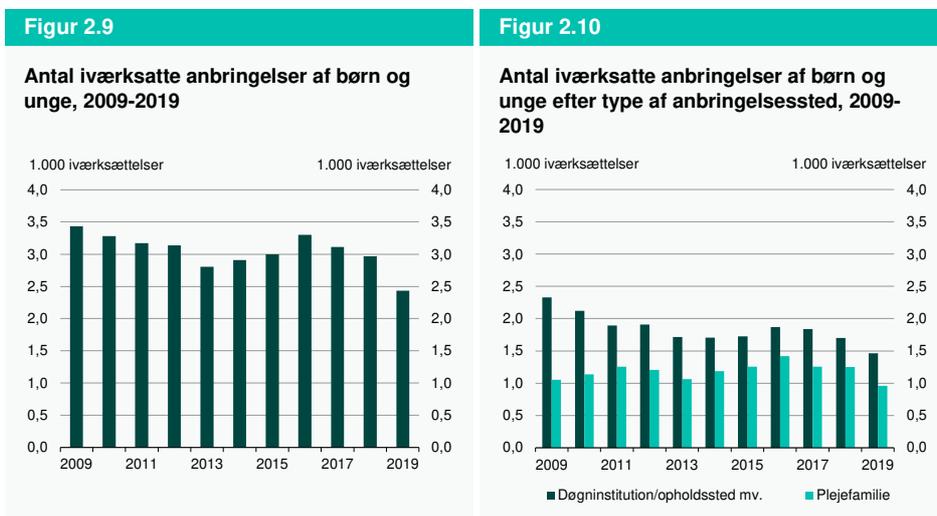
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Antallet af børn og unge, der er anbragt på døgninstitutioner og opholdssteder mv. er faldet fra ca. 8.600 til ca. 5.300 fra 2009 til 2019, mens der har været en stigning i antallet af børn og unge, der har været anbragt i plejefamilie fra ca. 7.500 til ca. 8.600 i samme periode.

Ved udgangen af 2019 var 66 pct. af de børn og unge, der var anbragt, således anbragt i en plejefamilie, mens 34 pct. var anbragt på døgninstitutioner og opholdssteder mv.², jf. figur 2.8.

Siden 2009 er der sket et fald i antallet af iværksatte anbringelser af børn og unge. Hvor der i 2009 blev iværksat ca. 3.400 anbringelser, var det i 2019 ca. 2.400 anbringelser, jf. figur 2.9. En iværksat anbringelse indikerer ikke nødvendigvis, at det er første gang barnet eller den unge bliver anbragt, og samme barn eller ung kan også få iværksat flere anbringelser i løbet af samme år. Siden 2009 er der sket et fald i antallet af iværksatte anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv. fra ca. 2.400 til ca. 1.500 i 2019, mens antallet af iværksatte anbringelser i plejefamilie er faldet fra ca. 1.100 til knap 1.000 fra 2009 til 2019, jf. figur 2.10.

² Døgninstitutioner og opholdssteder mv. omfatter også anbragte på kostskoler, efterskoler, eget værelse og skibsprojekter.

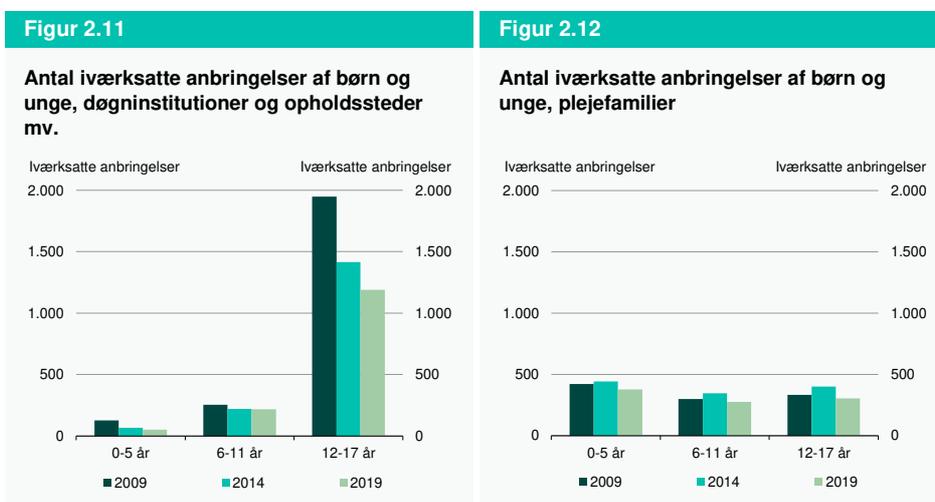


Anm.: Opgjort på baggrund af børn og unge med iværksat anbringelse, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Samme barn/ung kan have fået iværksat flere anbringelser i samme år. For enkelte iværksættelser er anbringelsesstedet ikke angivet, og disse indgår derfor ikke i figur 2.10.
 Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Årsagen til, at der er flest anbragte børn og unge i plejefamilie, når der iværksættes flest anbringelser på døgninstitutioner, er, at anbringelser i plejefamilier typisk har en længere varighed end anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv.

Langt størstedelen af de iværksatte anbringelser på døgninstitutioner og opholdssteder mv. er anbringelser af 12-17-årige. Det er også blandt denne gruppe, der ses det største fald i antallet af iværksatte anbringelser. I 2009 blev der iværksat ca. 1.900 anbringelser af 12-17-årige, mens det i 2019 var ca. 1.200, jf. figur 2.11.

Antallet af iværksatte anbringelser i plejefamilier er næsten ens for alle tre aldersgrupper, og der er sket et lille fald i antallet af iværksættelser fra 2009 til 2019. I 2019 blev der iværksat mellem ca. 300-400 anbringelser i plejefamilie for de 0-5-årige, 6-11-årige og 12-17-årige, jf. figur 2.12.



Anm.: Opgjort på baggrund af børn og unge med iværksat anbringelse, der indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Samme barn/unge kan have fået iværksat flere anbringelser i samme år. For enkelte iværksættelser er anbringelsesstedet ikke angivet, og disse indgår derfor ikke.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det er ikke alle iværksatte anbringelser, der er førstegangsanbringelser. Ses der udelukkende på førstegangsanbragte i 2019, var der ca. 1.900 børn og unge, der fik iværksat en anbringelse, som ikke tidligere havde været anbragt uden for hjemmet. Omkring 600 af dem var 15 år eller ældre, da anbringelsen blev iværksat. I 2019 var der således omkring syv gange så mange 16-årige som 1-årige, 2-årige eller 3-årige førstegangsanbragte, jf. figur 2.13. Når alle iværksatte anbringelser ikke er førstegangsanbringelser, skyldes det, at der kan iværksættes en ny anbringelse, hvis barnet eller den unge har været hjemgivet, og det efter en periode vurderes, at der er behov for, at barnet eller den unge anbringes uden for hjemmet igen. I nogle tilfælde registrerer kommunerne dog skift i anbringelsessted eller ændringer i lovgrundlaget for anbringelsen som en ny iværksættelse. I de tilfælde har der ikke været en hjemgivelse af barnet eller den unge forud for den nye iværksættelse, og anbringelsesstedet er ikke nødvendigvis ændret.

Figur 2.13

Antal iværksatte anbringelser af børn og unge, 2019



Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, der fik iværksat en anbringelse uden for hjemmet i 2019. Førstegangsanbringelse omfatter kun børn og unge, som fik iværksat en anbringelse, uden at de tidligere i deres liv har været anbragt uden for hjemmet. Alder er opgjort ved iværksættelsestidspunktet. Børn, hvor anbringelsen er registreret før fødslen, er opgjort som 0-årige. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.9.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

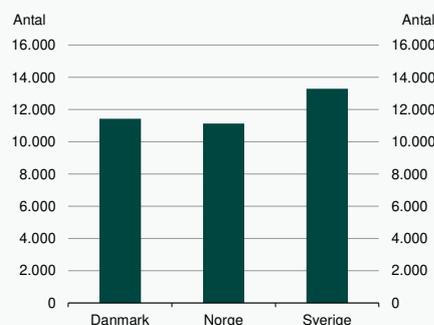
2.2 Anbringelser af børn og unge i Skandinavien

Dette afsnit ser nærmere på anbringelser af børn og unge uden for hjemmet i de skandinaviske lande. Danmark, Norge og Sverige ligner hinanden på mange parametre, hvilket giver muligheder for komparative analyser, blandt andet af indsatserne på socialområdet. Børn og unge, der har sociale problemer i Danmark, er i vid udstrækning sammenlignelige med de børn og unge, der har sociale problemer i henholdsvis Norge og Sverige. Anbringelsestal fra Norge og Sverige kan således være med til at belyse, om vi eksempelvis anbringer mange eller få børn og unge i Danmark i forhold til vores nordiske naboer. En anden klar fordel er, at der findes forholdsvis gode og sammenlignelige registerdata om anbragte børn og unge, som stort set er unikke for de nordiske lande.

Ser man på det samlede antal anbragte børn og unge i alderen 0-17 år, så ligger Danmark og Norge nogenlunde på niveau, mens lidt flere børn og unge er anbragt uden for hjemmet i Sverige. Ved udgangen af 2019 var ca. 11.500 børn og unge i alderen 0-17 år anbragt uden for hjemmet i Danmark. Til sammenligning var der ca. 11.100 anbragte børn og unge i Norge og ca. 13.300 i Sverige, jf. figur 2.14. Det skal dog ses i sammenhæng med forskelle i befolkningernes størrelse, hvilket beskrives i afsnittene nedenfor.

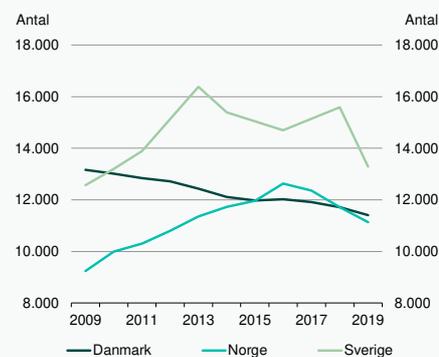
Figur 2.14

Antal anbragte børn og unge ultimo 2019



Figur 2.15

Antal anbragte børn og unge, 2009-2019



Anm.: Antal børn og unge anbragt uden for hjemmet i alderen 0-17 år ultimo året i perioden 2009-2019. For Danmark og Norge er tallene opgjort pr. 31. december, mens tallene for Sverige er opgjort pr. 1. november. For alle tre lande er alderen opgjort ultimo året. Tallene for Sverige forventes at være en smule underestimeret, da akutanbringelser (omedelbara omhændertaganden) ikke indgår. For Sverige er der heller ikke oplysninger om antal anbragte i årene 2012, 2015 og 2017, hvorfor opgørelsen skal tolkes med varsomhed.

Kilde: Danmark: Danmarks Statistik og egne beregninger. Norge: Statistisk sentralbyrå. Sverige: Socialstyrelsen.

Der tegner sig imidlertid et mere forskelligartet billede på tværs af de skandinaviske lande, når man ser på udviklingen over den seneste årrække. I Danmark er antallet af anbragte børn og unge gradvist faldet år for år siden 2009, så der i 2019 var ca. 1.800 færre anbragte børn og unge sammenlignet med i 2009. I Norge og Sverige har der omvendt været en kraftig stigning i antallet af anbragte børn og unge fra 2009 og frem, hvorefter antallet er faldet igen. Samlet set er antallet af anbragte børn og unge dog steget i både Norge og Sverige med henholdsvis 1.900 og 700 i perioden 2009-2019, jf. figur 2.15.

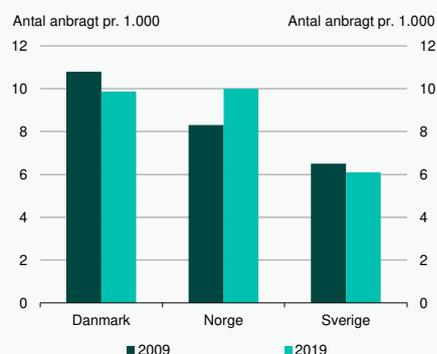
Sammenholder man antallet af anbragte børn og unge med, hvor mange børn og unge der generelt er i befolkningen, så anbringer man betydeligt mindre i Sverige end i Danmark og Norge. For hver 1.000 børn og unge i alderen 0-17 år i Danmark er der ca. 10 børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet. Det er stort set identisk med niveauet i Norge, mens niveauet er lavere i Sverige, hvor der er ca. 6 anbragte for hver 1.000 børn og unge i befolkningen.

Der er mange forhold, som er vigtige at holde sig for øje, når man sammenligner anbringelsestallene i de skandinaviske lande. Et særligt opmærksomhedspunkt er, at tallene for Danmark omfatter alle anbringelser efter serviceloven, hvilket også inkluderer børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet som følge af en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, men som ikke nødvendigvis har sociale problemer. I Norge og Sverige er børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet på grund af en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, imidlertid ikke inkluderet i anbringelsestallene. Det er ikke muligt at opgøre på baggrund af registerdata, hvor mange børn og unge i Danmark, der er anbragt

uden for hjemmet som følge af en funktionsnedsættelse. Analyser i Socialpolitisk Redegørelse 2019 viser imidlertid, at det er omkring 20 pct. af alle udsatte børn og unge i Danmark, som modtager en indsats efter serviceloven på baggrund af en funktionsnedsættelse. Samlet set står det dog klart, at blandt de skandinaviske lande bliver der anbragt betydeligt færre børn og unge uden for hjemmet i Sverige end i Danmark og Norge. I forhold til anbringeshyppigheden af børn og unge med sociale problemer, så placerer Danmark sig et sted imellem Sverige og Norge, dog formentlig tættest på Norge, jf. figur 2.16 og 2.17.

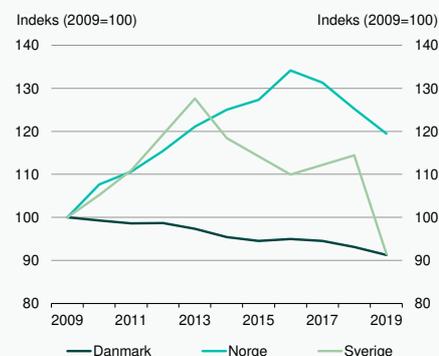
Figur 2.16

Antal anbragte pr. 1.000 børn og unge i befolkningen



Figur 2.17

Udvikling i antal anbragte pr. 1.000 børn og unge, 2009-2019



Anm.: Antal anbragte pr. 1.000 børn og unge i befolkningen i alderen 0-17 år pr. 31. december. For Sverige er tallene opgjort pr. 1. november. Anbringelsestallene for Danmark omfatter også anbringelser af børn og unge med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. For Sverige er der ikke oplysninger om antal anbragte i årene 2012, 2015 og 2017. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.14.

Kilde: Danmark: Danmarks Statistik og egne beregninger. Norge: Statistisk sentralbyrå. Sverige: Socialstyrelsen.

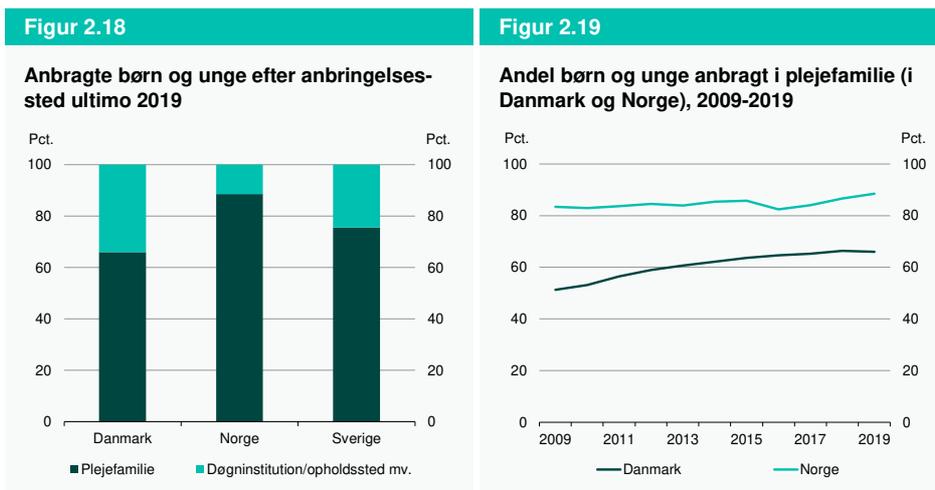
Set over perioden 2009-2019 er antallet af anbragte pr. 1.000 børn og unge i Danmark faldet fra knap 11 til ca. 10, det vil sige et fald på lidt under 10 pct. I Sverige er der ligeledes sket et fald på knap 10 pct. i samme periode, mens antallet af anbragte pr. 1.000 børn og unge i Norge derimod er steget fra lidt over 8 til 10, dvs. der er tale om en stigning på ca. 20 pct. jf. figur 2.16 og 2.17.

Omkring 2 ud af 3 af alle anbragte børn og unge i alderen 0-17 år i Danmark boede i en plejefamilie ved udgangen af 2019, mens den restende tredjedel var anbragt på en døgninstitution eller et opholdssted mv. I Norge er det næsten 90 pct. af alle anbragte børn og unge, der bor i en plejefamilie, mens det i Sverige er 76 pct., jf. figur 2.18.

Der kan være flere forklaringer på, hvorfor billedet varierer betydeligt på tværs af de skandinaviske lande ift. anbringelsessted. Men når andelen af anbragte børn og unge på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er højest i Danmark, skal det blandt andet ses i lyset af, at de danske anbringelsestale også inkluderer børn og unge

med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, som ofte har brug for socialpædagogisk støtte og hjælp, som en plejefamilie ikke nødvendigvis kan tilbyde.

Analysen af plejefamilieområdet i Danmark viser imidlertid også, at flere danske kommuner har svært ved at rekruttere nye plejefamilier, og at der er stor kommunal variation i andelen af anbragte i plejefamilie.

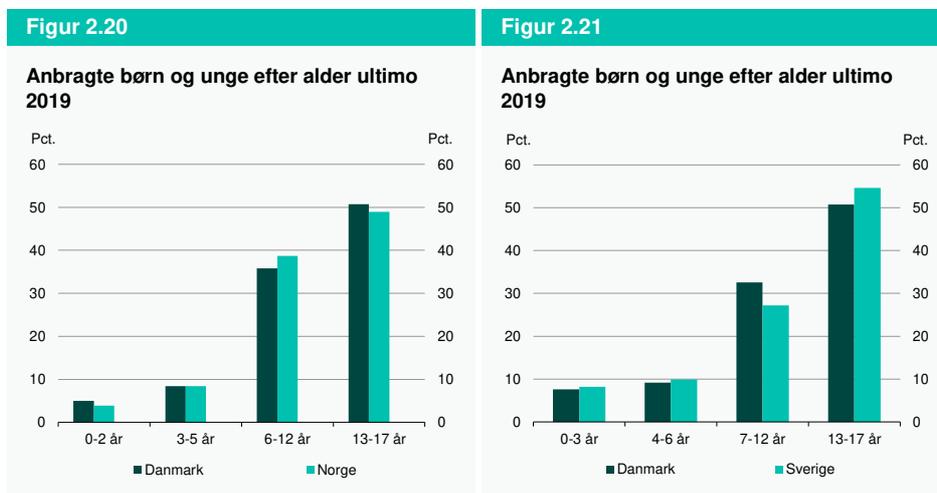


Anm.: Børn og unge anbragt uden for hjemmet i alderen 0-17 år efter anbringelsessted ultimo året i perioden 2009-2019. For Danmark og Norge er tallene opgjort pr. 31. december, mens tallene for Sverige er opgjort pr. 1. november. For alle tre lande er alderen opgjort ultimo året.

Kilde: Danmark: Danmarks Statistik og egne beregninger. Norge: Statistisk sentralbyrå. Sverige: Socialstyrelsen.

Tendensen i både Danmark og Norge er, at andelen af anbragte børn og unge i plejefamilier er steget. I Danmark er andelen af anbragte børn og unge i plejefamilier steget med 15 pct.-point i perioden 2009-2019, mens der i samme periode har været en stigning på 5 pct.-point i Norge. Grundet databrud foreligger der ikke sammenlignelige tal for Sverige for samme periode, jf. figur 2.19.

Sammenligner man alderen blandt anbragte børn og unge på tværs af de skandinaviske lande, så ser der kun ud til at være mindre forskelle. Af datamæssige årsager har det ikke været muligt at sammenligne anbragte børn og unge på de samme aldersintervaller. Det er dog en generel tendens, at langt de fleste anbragte børn og unge er teenagere. Ved udgangen af 2019 var det således ca. 51 pct. af alle 0-17-årige anbragte børn og unge i Danmark, som var i alderen 13-17 år. Til sammenligning var det 49 pct. i Norge og 55 pct. i Sverige, jf. figur 2.20 og 2.21.



Anm.: Antal børn og unge anbragt uden for hjemmet i alderen 0-17 år ultimo året i 2019. For Danmark og Norge er tallene opgjort pr. 31. december, mens tallene for Sverige er opgjort pr. 1. november. For alle tre lande er alderen opgjort ultimo året.

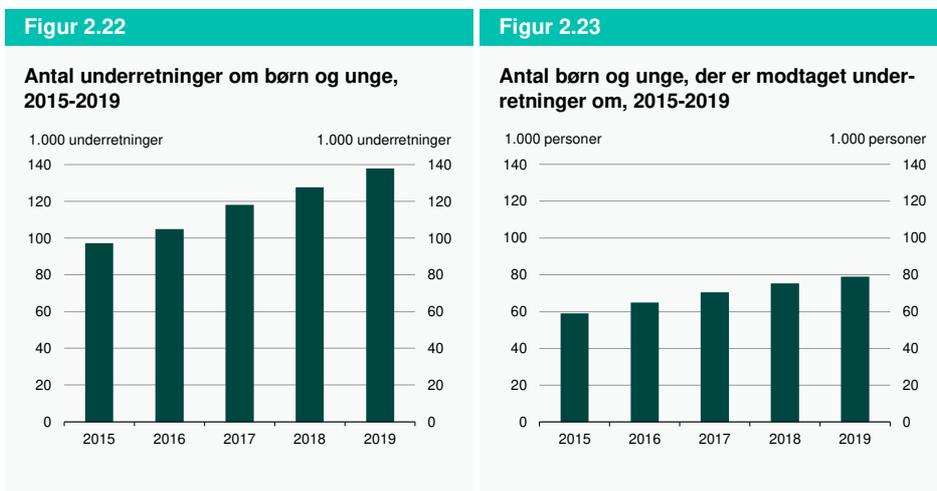
Kilde: Danmark: Danmarks Statistik og egne beregninger. Norge: Statistisk sentralbyrå. Sverige: Socialstyrelsen.

2.3 Underretninger om børn og unge

Alle borgere har pligt til at underrette kommunen, hvis de får kendskab til, at et barn eller ung lever under forhold, der bringer dets sundhed og udvikling i fare. Fagpersoner som eksempelvis lærere og sundhedsplejersker har skærpet underretningspligt, der går forud for deres tavshedspligt. De har pligt til at underrette kommunen, hvis de får kendskab til eller har grund til at antage, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte, jf. boks 2.2. Underretninger udgør derfor en central rolle i kommunernes arbejde med tidlig opsporing af børn og unge, der kan have behov for særlig støtte.

Når en kommune modtager en underretning, skal kommunen vurdere, om barnet eller den unge har behov for hjælp eller støtte af kommunen. Denne støtte kan gives med hjemmel i serviceloven, eksempelvis i form af en tidlig forebyggende indsats, en forebyggende foranstaltning eller anbringelse uden for hjemmet, men kommunen har også mulighed for at hjælpe børn og unge på andre måder end efter serviceloven. De kan blandt andet iværksætte støtte med hjemmel i dagtilbudsloven eller folkeskoleloven.

I 2019 modtog kommunerne ca. 138.000 underretninger om børn og unge. Det er en stigning på 42 pct. siden 2015, jf. figur 2.22. Den store stigning kan afspejle et øget fokus på tidlig opsporing, og skal samtidig ses i lyset af en løbende forbedring af datakvaliteten siden 2016, jf. boks 2.3.



Anm.: Underretninger om 0-18-årige børn og unge. Opgørelsen i figurerne 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 usikkerheden er faldet gradvist fra 2015 til 2019 som følge af intensivt validering. Derudover har Aalborg ikke godkendt data for 2017 og Aalborg, Gribskov, Horsens og Sønderborg kommuner har ikke godkendt data for 2018.

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken UND1 og UND2).

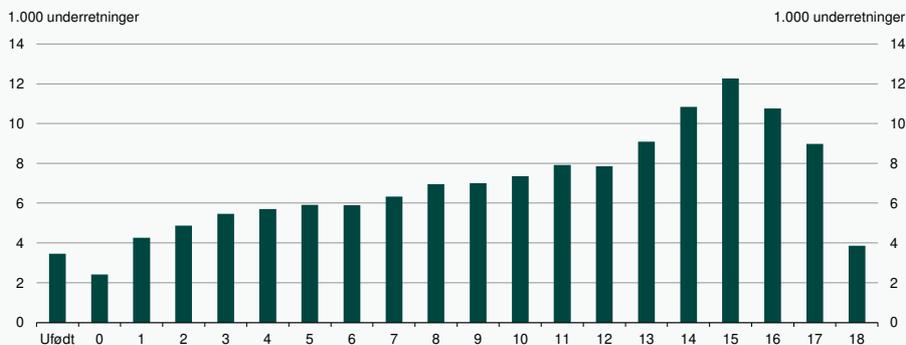
Der kan underrettes flere gange om samme barn eller ung, og de ca. 138.000 underretninger i 2019 var fordelt på 79.000 børn og unge. I 2019 blev der underrettet om ca. 20.000 flere børn og unge end i 2015, jf. figur 2.23.

Kommunerne har modtaget flest underretninger om børn og unge i alderen 13-17 år. Når der bliver underrettet mest om de 13-17-årige børn og unge, afspejler det blandt andet, at nogle problemer typisk optræder eller først bliver særligt tydelige i teenageårene. Der kan for eksempel være tale om udadreagerende adfærd, psykiske vanskeligheder, misbrug eller kriminel adfærd. Det kan også afspejle, at der er nogle problemer, som ikke er blevet løst, da barnet var yngre, eller som er sværere at få øje på, når barnet er lille.

I 2019 var der omkring 9.000-12.500 underretninger for hver årgang blandt børn og unge i alderen 13-17 år. Blandt børn i alderen 0-6 år var der mellem 2.500 og 6.000 underretninger for hver årgang, jf. figur 2.24.

Figur 2.24

Antal underretninger om børn og unge efter alder, 2019



Anm.: Opgørelsen omfatter ikke underretninger, hvor alderen er uoplyst (ca. 900 underretninger). Alder er opgjort ultimo året. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.22.

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken UND1).

De fleste underretninger om bekymringer for trivslen og udviklingen blandt børn og unge kommer fra fagpersoner fra skoler, dagtilbud, sundhedsvæsenet eller politi og domstole. Blandt børn i alderen 0-5 år er det især dagpleje, daginstitution mm. og sundhedsvæsenet, der underretter myndighederne, mens det blandt børn i skolealderen også i høj grad er skolerne, der underretter, jf. tabel 2.1.

Tabel 2.1

Andel underretninger om børn og unge i 2019 efter hvem, der har underrettet myndighederne

	0-5 år	6-11 år	12-18 år	0-18 år i alt
	----- Pct. -----			
Skole	1	28	26	21
Sundhedsvæsenet, herunder sundhedsplejerske el. tandlæge	22	15	20	19
Familie, barn selv eller bekendtskabskreds	7	9	6	7
Politi eller domstol	10	7	15	12
Dagpleje, daginstitution, fritidshjem klub eller SFO	16	5	1	6
Mellemkommunal underretning eller anden kommunal forvaltning	15	12	11	12
Forening, frivillig organisation eller krisecenter	3	2	1	2
Anbringelsessted	0	0	1	1
Anonym underretning	11	8	4	7
Øvrige	14	14	14	14
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. Eventuelle differencer skyldes afrundinger til nærmeste heltal. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.22.

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken UND1).

I 2019 var anden bekymrende adfærd ved barn/ung eller forældre de årsager, der oftest var angivet som en af årsagerne til underretningerne. Anden bekymrende adfærd hos barn/ung var i 2019 angivet som en af årsagerne ved hver fjerde underretning, mens anden bekymrede adfærd hos forældre var angivet som en af årsagerne ved hver femte underretning, jf. tabel 2.2.

Tabel 2.2

Andel underretninger om børn og unge, hvor den pågældende årsag er angivet som mindst én af årsagerne for underretningen

	2015	2019
Underretningsårsag	----- Pct. -----	
Misbrug hos barn, ung	2	2
Kriminalitet hos barn, ung	6	6
Skoleproblemer hos barn, ung fx fravær	7	9
Anden bekymrende adfærd hos barn, ung fx udadreagerende adfærd	17	24
Betydelig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne hos barn, ung	5	4
Sundhedsforhold hos barn, ung*	0	6
Overgreb mod barn, ung fx seksuelt eller voldeligt	9	9
Anden form for omsorgssvigt over for barn, ung	1	9
Misbrug hos forældre	8	8
Kriminalitet hos forældre	1	1
Anden bekymrende adfærd hos forældre*	0	19
Betydelig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne hos forældre	7	6
Højt konfliktniveau eller vold i hjemmet mellem voksne	1	12
Utilstrækkelig omsorg fra forældre	17	10
Fogedsag, hjemløshed eller udsættelse fra bolig	4	3
Andet	34	13
Uoplyst	3	0
Underretninger i alt	100	100

Note: *) Underretningsårsagen er først tilføjet til statistikken i 2017.

Anm.: Underretninger om børn og unge i hhv. 2015 og 2019. Der kan angives flere end én årsag til en underretning, hvorfor summen på tværs af underretningsårsager ikke svarer til 100 pct. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.22.

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken UND3).

De store forskelle i udviklingen i andelen af underretninger fordelt på underretningsårsager mellem 2015 og 2019 kan formentlig forklares af en forberedt data- og indberetningskvalitet efter 2015, hvor Danmarks Statistik overtog statistikken og intensiverede kvalitetssikringen markant, jf. boks 2.3.

Eksempelvis er andelen af underretninger, hvor en af årsagerne er anden bekymrende adfærd hos forældre samt højt konfliktniveau eller vold i hjemmet, steget fra henholdsvis 0 og 1 pct. til henholdsvis 19 og 12 pct. I 2015 var der 71 kommuner, der ikke havde angivet underretninger, hvor årsagen var højt konfliktniveau eller vold i hjemmet, hvor i 2019 var der ingen kommuner, der ikke havde modtaget underretninger med denne år-

sag, jf. tabel 2.3. Årsagerne sundhedsforhold hos barn, ung samt anden bekymrede adfærd hos forældre blev først tilføjet til statistikken i 2017, hvorfor kommunerne ikke har indberettet underretninger med disse årsager i 2015.

Tabel 2.3**Antal kommuner, der ikke har angivet underretninger med pågældende årsag, 2015-2019**

	2015	2019
Underretningsårsag	----- Antal -----	
Misbrug hos barn, ung	4	2
Kriminalitet hos barn, ung	2	2
Skoleproblemer hos barn, ung fx fravær	0	0
Anden bekymrende adfærd hos barn, ung fx udadreagerende adfærd	0	0
Betydelig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne hos barn, ung	1	0
Sundhedsforhold hos barn, ung*	97	2
Overgreb mod barn, ung fx seksuelt eller voldeligt	0	0
Anden form for omsorgssvigt over for barn, ung	75	1
Misbrug hos forældre	2	0
Kriminalitet hos forældre	15	4
Anden bekymrende adfærd hos forældre*	98	1
Betydelig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne hos forældre	3	1
Højt konfliktniveau eller vold i hjemmet mellem voksne	71	0
Utilstrækkelig omsorg fra forældre	0	0
Fogedsag, hjemløshed eller udsættelse fra bolig	7	7
Andet	1	0
Uoplyst	19	94

Note: *) Underretningsårsagen er først tilføjet til statistikken i 2017.

Anm.: Antal kommuner, der har indberettet 0 underretninger, med den pågældende underretningsårsag. Se i øvrigt anmærkningen til figur 2.22.

Kilde: Danmarks Statistik (Statistikbanken UND3).

Boks 2.2 **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 se ud, 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 udøver 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 unkladelse 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 for eksempel omfatte pædagogisk støtte, familiebehandling, psykologhjælp eller anbringelse uden for hjemmet i en plejefamilie eller på en institution.

Boks 2.3 **Bedre datakvalitet**

Danmarks Statistik overtog arbejdet med at udarbejde underretningsstatistikken i 2016, og siden da er kvalitetssikringen af data intensiveret og blevet mere omfattende. I dag pågår der således et stort arbejde med at hjælpe kommunerne til at indberette korrekt, præcist og ensartet. Danmarks Statistik påpeger i den forbindelse, at usikkerheden i statistikken gradvist er blevet mindre fra 2015 til 2019:

"Danmarks Statistik kan ikke kvantificere, hvor stor en andel af stigningen i underretninger der skyldes, at kommunerne har ryddet op i systemerne, men for årene 2017, 2018 og 2019 er vurderingen, at den samlede usikkerhed for data skønnes at være mindre end for 2016-data. Usikkerheden for 2016-data skønnes ligeledes at være mindre end for 2015-data."

Foruden en forbedret datakvalitet vurderer Danmarks Statistik, at stigningen også kan skyldes en fortsat øget opmærksomhed på underretninger blandt fagpersoner, der omgås børn og unge eksempelvis skolelærere og ansatte i sundhedsvæsenet, samt et øget fokus i kommunerne på både underretninger og tidlige, forebyggende indsatser. Den store mediebevågenhed på området er ligeledes med til at skabe opmærksomhed på bekymringstegn og tidlig opsporing blandt fagpersoner.

Kapitel 3

Udgifter til sociale indsatser

Dette kapitel giver et samlet overblik over de offentlige udgifter til sociale indsatser efter serviceloven. Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- De samlede offentlige udgifter til sociale indsatser var 51,7 mia. kr. i 2019. Heraf udgjorde udgifterne til udsatte børn og unge 16,8 mia. kr., mens udgifterne til voksenområdet var 34,9 mia. kr.
- Over den seneste årrække har udgifterne til udsatte børn og unge ligget på omtrent samme niveau. Udviklingen dækker dog over, at udgifterne til anbringelser har været faldende, mens udgifterne til forebyggende foranstaltninger har været stigende.
- Udgifterne til udsatte børn og unge omfatter 9,7 mia. kr. til anbringelser uden for hjemmet og 6,1 mia. kr. til forebyggende foranstaltninger. Herudover er der udgifter på 0,9 mia. kr. til særlige klub- og dagtilbud.
- For de mest almindelige forebyggende foranstaltninger varierer enhedsudgifterne fra lidt under 100.000 kr. om året til op mod 300.000 kr. om året. Til sammenligning koster en anbringelse i en almindelig plejefamilie omkring 480.000 kr. i gennemsnit om året, mens en anbringelse på en døgninstitution eller et socialpædagogisk opholdssted koster ca. 1,2 mio. kr. om året.
- De samlede udgifter til sociale indsatser til voksne var 34,9 mia. kr. i 2019. Det omfatter udgifter til indsatser efter serviceloven til voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Over halvdelen af udgifterne på voksenområdet består af udgifter til botilbud, hvor de samlede udgifter var 18,7 mia. kr. i 2019.
- De samlede udgifter til voksenområdet er steget med 0,8 mia. kr. fra 2018 til 2019. Stigningen stammer bl.a. fra stigende udgifter til botilbud. Dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i lyset af omlægning af konto-planen i 2018.
- De samlede offentlige udgifter til voksne, der modtager indsatser efter serviceloven opgjort pr. indbygger i alderen 18-64 år, er 9.900 kr. på landsplan i 2019. Det dækker over en betydelig variation mellem kommunerne fra i størrelsesordenen ca. 8.000 kr. pr. indbygger til omkring 17-18.000 kr. pr. indbygger.
- Udgifterne til voksenområdet pr. indbygger er højest i yder- og landkommuner og lavest i bykommuner.
- Der er en forventelig og meget stærk sammenhæng mellem kommunernes udgifter pr. indbygger i 2018 og de tilsvarende udgifter i 2019. Kommuner med

relativt høje udgifter pr. indbygger i 2018 har også relativt høje udgifter pr. indbygger i 2019.

- Der er en negativ sammenhæng mellem antallet af modtagere af sociale indsatser pr. indbygger i kommunen og den gennemsnitlige udgift pr. modtager i kommunen. Jo flere modtagere pr. indbygger i kommunen, jo lavere er den gennemsnitlige udgift pr. modtager.
- Kommuner med relativt højere udgifter til voksenområdet har en tendens til også at have højere udgifter til udsatte børn og unge pr. indbygger, ligesom relativt højere udgifter til voksenområdet hænger sammen med relativt højere udgifter til overførsler, herunder forsørgelsesydelse.

3.1 Indledning

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. Der er i kapitlet sondret mellem udgifter til dels udsatte børn og unge, dels voksne med særlige behov. Udgifter til udsatte børn og unge omfatter delvist også udgifter til børn og unge med handicap. Voksne med særlige behov omfatter voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, der modtager en indsats efter serviceloven.

Forsyningsansvaret indebærer, at kommunerne som udgangspunkt skal stille de nødvendige sociale tilbud til rådighed for borgerne. Kommunerne kan dog vælge at samarbejde med andre kommuner og regioner eller med en privat leverandør på det sociale område, fx et privat socialpædagogisk opholdssted for børn og unge eller et døgnbehandlingssted for personer med stofmisbrug om at levere tilbuddene.

Det er også kommunen, der på baggrund af serviceloven, herunder forsyningsforpligtelsen samt eventuelle politisk fastsatte lokale serviceniveauer og kvalitetsstandarder, træffer afgørelse om at yde en social indsats. Der kan derfor fra kommune til kommune være forskel på, hvilken støtte og hjælp borgere med lignende behov modtager. Samtidig har kommunerne 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 imidlertid ikke den fulde økonomiske byrde af udgifterne til sociale indsatser. Eksempelvis refunderer staten på nogle områder dele af kommunernes udgifter. Det gælder bl.a. udgifter til forsorgshjem og herberger for hjemløse. Desuden bliver kommunerne kompenseret af staten for særligt dyre enkeltsager. Her vil der ofte være tale om borgere, der fx modtager omfattende eller flere forskellige indsatser efter serviceloven på samme tid. Det er de samlede udgifter til den enkelte borger, der afgør, om der ydes statsrefusion. Der kan også ydes statsrefusion ved anbringelser af flere søskende.

Det kommunale udligningssystem bidrager til at udjævne forskelle mellem kommunerne. Det medvirker således til, at kommunerne uanset deres befolkningssammensætning og indtægtsgrundlag har mere ensartede muligheder for at tilbyde samme serviceniveau på de forskellige velfærdsområder, herunder socialområdet.

Der tages i kapitlet udgangspunkt i kommunernes regnskaber for 2019. Ved kobling til registerdata om sociale indsatser er udgangspunktet 2018.

Opgørelsen af udgifterne er uddybet i boks 3.1.

Boks 3.1

Opgørelse af udgifter til socialområdet

De samlede udgifter til socialområdet er opgjort på baggrund af kommunernes regnskaber fra den kommunale kontoplan. Udgifterne er opgjort som de samlede offentlige nettodrifudsudgifter (dranst 1 i kontoplanen) opgjort uden statsrefusion (dvs. uden dranst 2). Der er ikke korrigeret for meropgaver som følge af Det Udvildede Totalbalanceprincip (DUT). Udgifterne er opgjort ekskl. tjenestemandspensioner og refusion for særligt dyre enkeltstager.

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). Fra 2019 indgår også udgifter i regi af afgørelser efter lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet (5.28.26).

Udgifter til voksenområdet omfatter fra 2018 funktionerne 5.38.38-5.38.59. Det omfatter udgifter til hjælp til personer med handicap og udsatte voksne, herunder udgifter til personlig og praktisk hjælp og madservice (5.38.38), personlig støtte og pasning (5.38.39), rådgivning (5.38.40), hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring (5.38.41), 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 samt botilbudslignende tilbud (5.38.50-5.38.52), kontaktperson og ledsagerordninger (5.38.53), særlige pladser på psykiatrisk afdeling (5.38.54), beskyttet beskæftigelse (5.38.58) og aktivitets- og samværstilbud (5.38.59).

Administrative udgifter er medregnet i det omfang, at 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.

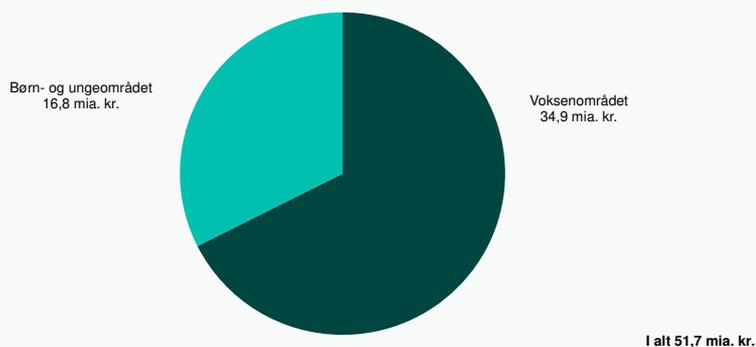
Nogle ydelser på socialområdet indgår ikke i opgørelsen. Det gælder eksempelvis nogle kontantydelse, herunder udgifter til dækning af merudgifter (§§ 41 og 100), udgifterne til tabt arbejdsfortjeneste (§ 42), der konteres under hovedfunktion 5.57 vedrørende kontante ydelser, og udgifter forbundet med 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.

3.2 De samlede udgifter til socialområdet

De samlede udgifter til sociale indsatser udgør ca. 51,7 mia. kr. i 2019. Udgifterne til udsatte børn og unge tegner sig for omkring en tredjedel af de samlede udgifter, mens udgifterne til voksenområdet tegner sig for omkring to tredjedele, jf. figur 3.1.

Figur 3.1

Udgifterne på det sociale område, 2019



Anm.: 2020-pl. Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

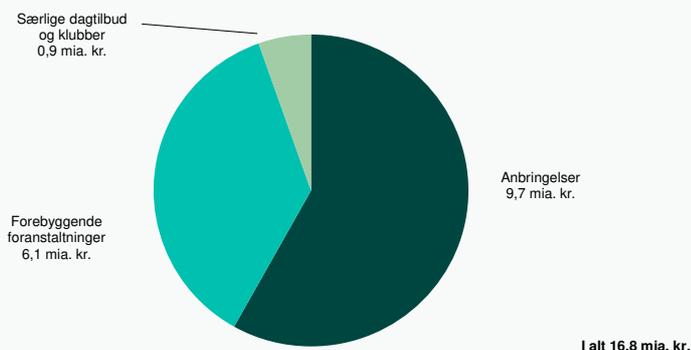
Udgifterne til børne- og ungeområdet omfatter udgifter til indsatsen til udsatte børn og unge, herunder delvist også udgifter til børn og unge med handicap. Udgifter til visse kontantydelse til bl.a. børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne mv. indgår ikke i tallene, jf. også boks 3.1

3.3 Udgifter til udsatte børn og unge

Udgifter til anbringelser udgør hovedparten af de samlede udgifter til udsatte børn og unge. Ud af de samlede udgifter på 16,8 mia. kr. blev der brugt 9,7 mia. kr. på anbringelser, mens udgifterne til forebyggende foranstaltninger udgjorde 6,1 mia. kr. i 2019, jf. figur 3.2.

Figur 3.2

Udgifter til udsatte børn og unge efter type af foranstaltning, 2019



Anm.: 2020-pl. Summen afviger fra totalen som følge af afrunding. Udgifter til børn og unge med handicap indgår delvist i udgifterne til udsatte børn og unge. Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De samlede udgifter til udsatte børn og unge har ligget på omtrent samme niveau i en længere årrække, men er dog steget med 0,6 mia. kr. over perioden 2013-2019. Udgifts-udviklingen dækker over, at udgifterne til anbringelser har været faldende, mens udgifter til forebyggende foranstaltninger har været stigende, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1

Udgifter til sociale foranstaltninger til børn og unge, 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	----- Mia. kr. -----						
Anbringelser	10,4	10,3	10,1	10,0	9,8	9,8	9,7
Forebyggende foranstaltninger	4,7	4,9	5,4	5,7	5,9	6,1	6,1
Særlige dagtilbud og klubber	1,1	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
Udsatte børn og unge i alt	16,2	16,2	16,5	16,6	16,6	16,8	16,8

Anm.: 2020-pl. 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 i øvrigt boks 3.1.

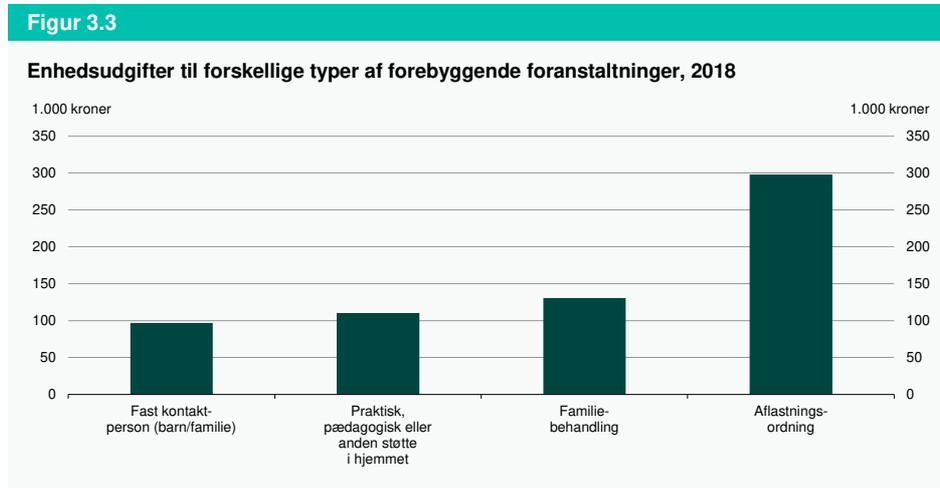
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De faldende udgifter til anbringelser og stigende udgifter til forebyggende foranstaltninger skal blandt andet ses i lyset af en omlægning i kommunerne over mod flere forebyggende foranstaltninger og færre anbringelser. Herudover anbringer kommunerne i mindre grad end tidligere på døgninstitutioner mv., som gennemsnitligt er den dyreste anbringelsesform, jf. også kapitel 2 om udviklingen i antal anbringelser af børn og unge.

3.3.1 Enhedsudgifter for børn og unge

Dette afsnit viser enhedsudgifterne for nogle af de mest anvendte sociale indsatser til udsatte børn og unge. Enhedsudgifterne angiver, hvad en indsats gennemsnitligt set koster pr. år. Der er tale om en beregnet udgift, som udtrykker, hvad en indsats i gennemsnit koster for en person, der modtager indsatsen et fuldt kalenderår. I bilag 3 er opgørelsen af enhedsudgifterne uddybet.

Ser man indledningsvist på nogle af de mest anvendte forebyggende foranstaltninger til udsatte børn og unge, så varierer enhedsudgifterne fra ca. 97.000 kr. om året for en fast kontaktperson, der enten kan være tilknyttet barnet eller hele familien, til ca. 298.000 kr. om året for et aflastningsophold på et anbringelsessted, jf. figur 3.3.



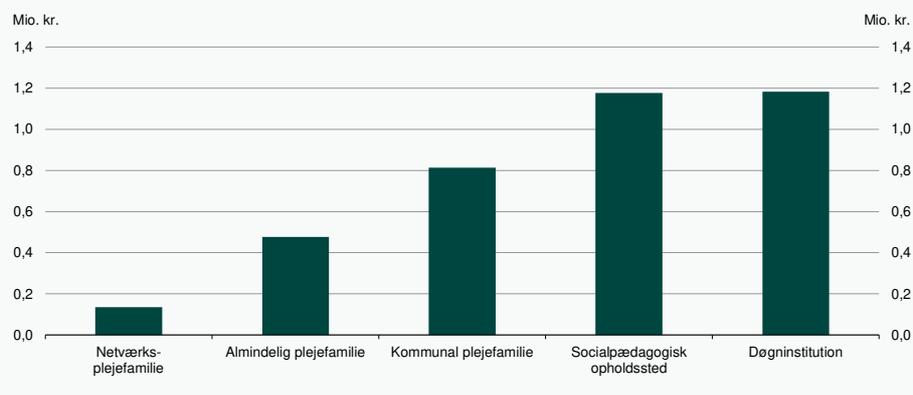
Anm.: 2020-pl. Enhedsudgiften er en opgørelse af de gennemsnitlige driftsudgifter til en given foranstaltning pr. år. Opgørelsen er baseret på forebyggende foranstaltninger i 2018. Det bemærkes, at de beregnede enhedsudgifter skal tolkes med varsomhed, da opgørelserne bl.a. er behæftet med usikkerhed som følge af datagrundlaget. Se bilag 3 for beregninger af enhedsudgifter. Se i øvrigt boks 3.1.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det bemærkes, at de gennemsnitlige enhedsudgifter kan dække over betydelig variation, og at de skal tolkes med varsomhed. Eksempelvis kan udgifterne til en aflastningsordning variere meget afhængigt af, om barnet er i aflastning i en plejefamilie eller på en døgninstitution.

Enhedsudgifterne til en anbringelse uden for hjemmet er generelt meget højere sammenlignet med de forebyggende foranstaltninger. Blandt de mest almindelige anbringelsesformer varierer enhedsudgifterne fra ca. 135.000 kr. for en anbringelse i en netværksplejefamilie til knap 1,2 mio. kr. om året for en anbringelse på en almindelig døgninstitution eller et socialpædagogisk opholdssted, jf. figur 3.4.

Figur 3.4

Enhedsudgifter til forskellige typer af anbringelser, 2018



Anm.: 2020-pl. Enhedsudgiften er en opgørelse af de gennemsnitlige driftsudgifter til en given foranstaltning pr. år. Opgørelsen er baseret på anbringelser i 2018. Det bemærkes, at de beregnede enhedsudgifter skal tolkes med varsomhed, da opgørelserne bl.a. er behæftet med usikkerhed som følge af datagrundlaget. Se bilag 3 for beregninger af enhedsudgifter. Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Når der er en markant variation i enhedsudgifterne til de forskellige typer af anbringelser, så skal det bl.a. ses i lyset af, at en netværksplejefamilie som hovedregel kun får dækket omkostninger til almindelige fornødenheder, herunder kost og logi. Almindelige plejefamilier får udbetalt et vederlag, mens døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder betales med en takst, der dækker lønudgifter til personale mv. Herudover er der forskel i alderssammensætning og problemtængden på tværs af anbringelsesstederne. De børn og unge, som har det største behov for hjælp og støtte, vil oftest være anbragt på en døgninstitution eller et socialpædagogisk opholdssted.

Forskellene i enhedsudgifterne til både forebyggende foranstaltninger og anbringelser uden for hjemmet betyder også, at der er meget stor variation i, hvor meget den sociale indsats koster fra person til person.

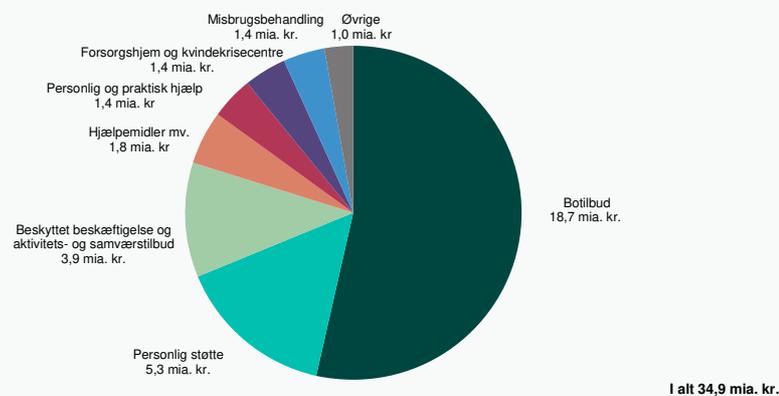
3.4 Udgifter til voksenområdet

Udgifter til voksenområdet omfatter udgifter til den kommunale indsats for voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og særlige sociale problemer. De samlede udgifter til voksenområdet var 34,9 mia. kr. i 2019.

Over halvdelen af udgifterne på voksenområdet består af udgifter til botilbud, hvor de samlede udgifter var 18,7 mia. kr. i 2019. Udgifter til personlig støtte udgjorde 5,3 mia. kr. i 2019 og omfatter bl.a. udgifter til socialpædagogisk støtte og borgerstyret personlig assistance, hvor borgeren selv ansætter handicaphjælpere, jf. figur 3.5.

Figur 3.5

Udgifter til sociale indsatser til voksne efter type, 2019



Anm.: 2020-pl. Botilbud er opgjort som funktionerne 5.38.50-5.38.52. Personlig støtte er opgjort som funktion 5.38.39. Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud er opgjort som funktionerne 5.38.58-5.38.59. Hjælpemidler mv. (inkl. forbrugsgoder, boligindretning og befordring) er opgjort som funktion 5.38.41. Personlig og praktisk hjælp er opgjort som funktion 5.38.38. Misbrugsbehandling er opgjort som funktionerne 5.38.44-5.38.45. Forsorgshjem og kvindekrisecentre er opgjort som funktion 5.38.42. Øvrige omfatter rådgivning (funktion 5.38.40), kontaktperson og ledsagerordninger (funktion 5.38.53) og særlige pladser på psykiatrisk afdeling (funktion 5.38.54). Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De samlede udgifter til voksenområdet er steget med 0,8 mia. fra 2018 til 2019. Stigningen kan bl.a. henføres til en stigning på 0,5 mia. på botilbudsområdet, jf. tabel 3.2.

Tabel 3.2

Udgifter til sociale indsatser til voksne efter type, 2018-2019

	2018	2019
	----- Mia. kr. -----	
Botilbud	18,2	18,7
Personlig støtte	5,3	5,3
Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværst	3,9	3,9
Hjælpe midler mv.	1,7	1,8
Personlig og praktisk hjælp	1,4	1,4
Forsorgshjem og kvindekrisecentre	1,3	1,4
Misbrugsbehandling	1,4	1,4
Øvrige	0,8	1,0
I alt	34,1	34,9

Anm.: 2020-pl. Se i øvrigt boks 3.1 og figur 3.6.

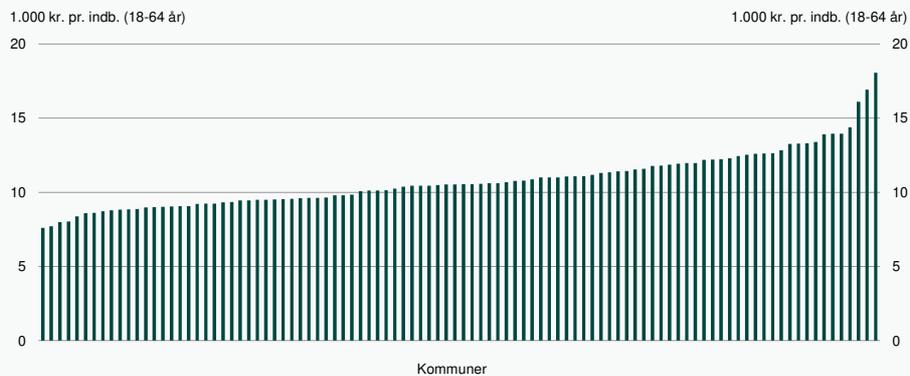
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der knytter sig dog visse forbehold til stigningen fra 2018 til 2019. Kontoplanen, der er den struktur kommunerne konterer deres udgifter efter, blev ændret med virkning fra budget 2018. Før 2018 blev dele af udgifterne til voksne med handicap mv. og ældreområdet konteret under de samme poster. I forbindelse med ændringen af kontoplanen i 2018 blev der bl.a. oprettet en ny post til udgifter til botilbudslignende tilbud til voksne med handicap mv. Det kan ikke umiddelbart afgøres, hvorvidt dele af stigningen i udgifterne til botilbud, herunder de botilbudslignende tilbud, fra 2018 til 2019 skyldes registreringsmæssige forhold som følge af, at nogle kommuner først fuldt ud implementerer ændringen af kontoplanen fra regnskab 2019.

3.5 Kommunale og geografiske variationer

De samlede udgifter til sociale indsatser til voksne med handicap og udsatte voksne opgjort pr. indbygger i alderen 18-64 år er 9.900 kr. på landsplan i 2019. Det dækker over en betydelig variation mellem kommunerne fra i størrelsesordenen ca. 8.000 kr. pr. indbygger i Odense, Frederiksberg og Vejle Kommune til omkring 17-18.000 kr. pr. indbygger i Lolland og Morsø Kommune. De fleste kommuner (91 pct.) ligger i intervallet mellem ca. 8.500 kr. pr. indbygger og ca. 14.000 kr. pr. indbygger i alderen 18-64 år, jf. figur 3.6.

Figur 3.6

Udgifter til sociale indsatser til voksne pr. indbygger (18-64 år) efter kommune, 2019

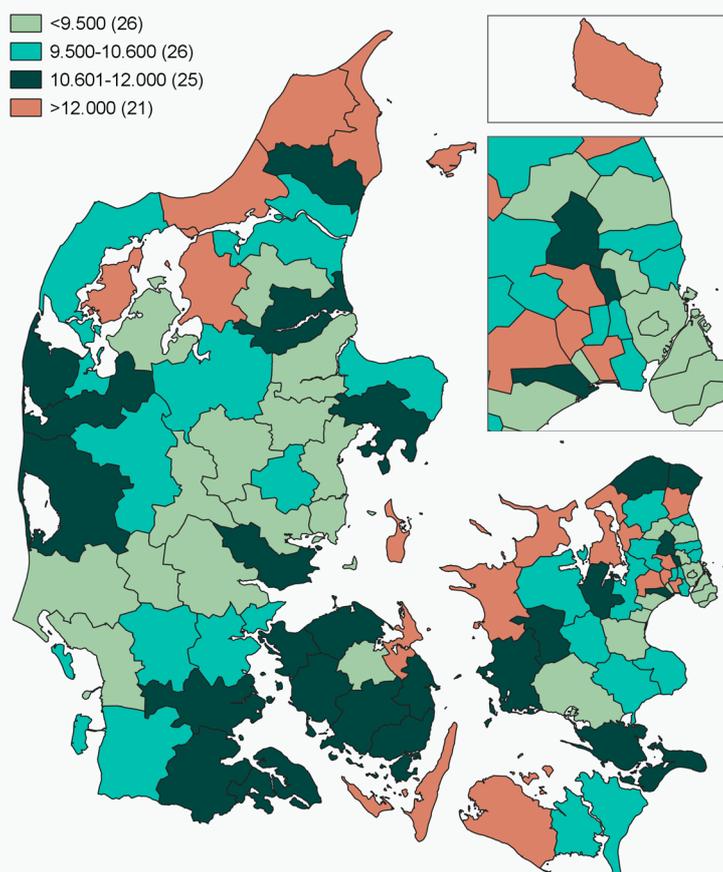
Anm.: 2020-pl. Befolkningen er opgjort som antal 18-64 årige pr. 1. januar i året. Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er en tendens til, at kommuner i dele af Vest- og Sydsjælland samt Vest- og Nordjylland samt en række ø-kommuner, har højere udgifter pr. indbygger i alderen 18-64 år sammenlignet med kommunerne i og omkring de store byer, særligt i Østjylland og nord for København, jf. figur 3.7.

Figur 3.7

Samlede udgifter til voksne på det sociale område, kr. pr. indbygger (18-64 år), 2019



Anm.: 2020-pl. Befolkningen er opgjort som antal 18-64 årige pr. 1. januar i året. Se i øvrigt boks 3.1.
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De sociale udgifter pr. indbygger er størst i yder- og landkommuner og lavest i bykommuner. I bykommuner er den gennemsnitlige udgift pr. indbygger 9.300 kr. pr. indbygger i alderen 18-64 år, mens den i yderkommuner er 11.700 kr. pr. indbygger, jf. tabel 3-3.

Tabel 3.3

Samlede udgifter til voksne på det sociale område pr. indbygger (18-64 år) efter landdistriktsgrad, 2019

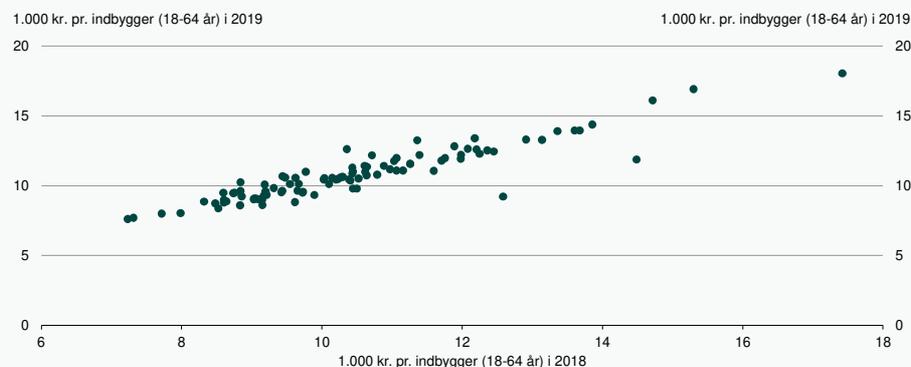
	Udgift pr. indbygger (18-64 år)	Antal kommuner
Bykommune	9.300	35
Mellemkommune	9.700	17
Landkommune	10.900	30
Yderkommune	11.700	16
Hele landet	9.900	98

Anm.: 2020-pl. Befolkningen er opgjort som antal 18-64 årige pr. 1. januar i året. Afrundet til nærmeste 100 kr. Opførelsen af kommuner efter landdistriktsgrad følger Indenrigs- og Boligministeriets Kommunale Nøgletal, se nøgletal.dk. Se i øvrigt boks 3.2.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er en forventelig og meget stærk sammenhæng mellem kommunernes udgifter pr. indbygger i 2018 og de tilsvarende udgifter i 2019. Der er kun to kommuner, der falder uden for med en markant lavere udgift i 2019 end i 2018. De resterende kommuner ligger alle på en næsten lige linje svarende til, at kommunerne med relativt høje udgifter i 2018 har tilsvarende relativt høje udgifter i 2019, jf. figur 3.8.

Figur 3.8

Sammenhæng mellem udgift pr. indbygger (18-64 år) i 2018 og 2019

Anm.: 2020-pl. Befolkningen er opgjort som antal 18-64 årige pr. 1. januar i året. Korrelationen er 0,93 ($p < 0,0001$). Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sammenhængen skal ses i lyset af, at kommunens borgere med behov for støtte efter serviceloven oftest har en nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer, der kan gøre det nødvendigt at modtage støtte over en længere periode.

Den stærke sammenhæng mellem kommunernes udgifter til voksenområdet i 2018 og 2019 skal også ses i lyset af, at kommunernes rammevilkår, fx i form af befolkningssammensætningen, typisk ikke udviser meget store udsving fra år til år.

3.6 Antal modtagere og udgifter til voksenområdet

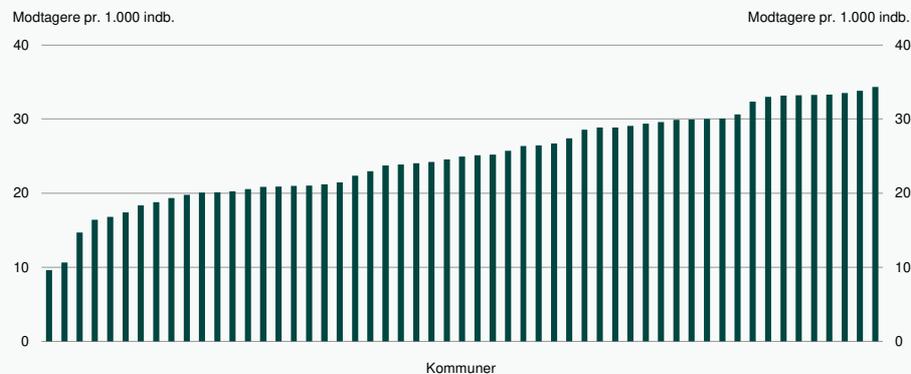
I dette afsnit ses på sammenhængen mellem antal modtagere af sociale indsatser og kommunernes udgifter til voksenområdet.

Det er muligt at koble kommunernes udgifter pr. indbygger med oplysninger om antallet af modtagere af sociale indsatser for 57 kommuner i 2018. Antallet af modtagere er her baseret på Danmarks Statistiks register Handicap og udsatte (voksne) og omfatter bl.a. botilbud, socialpædagogisk støtte, borgerstyret personlig assistance, aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelse. Der er i dette afsnit afgrænset til de udgifter fra kommunernes regnskaber, der hovedsageligt vedrører disse indsatser. Der er dog ikke fuld overensstemmelse mellem udgifter og modtagere.

Andelen af befolkningen pr. kommune, der modtager en social indsats varierer fra omkring 10 modtagere pr. 1.000 indbyggere til omkring 35 modtagere pr. 1.000 indbyggere i alderen 18-64 år, jf. figur 3.9.

Figur 3.9

Antal voksne modtagere af social indsats pr. 1.000 indbyggere (18-64 år) efter kommune, 2018



Anm.: Modtagere i 2018, der er over 18 år i befolkningen ultimo året. Antallet af modtagere er baseret på Danmarks Statistiks register om Handicap og udsatte (voksne), der indeholder data fra 57 kommuner. Befolkningen er opgjort som antal 18-64 årige 1. januar i året. Læsø og Ærø er udeladt, da antallet af indbyggere er lavt.

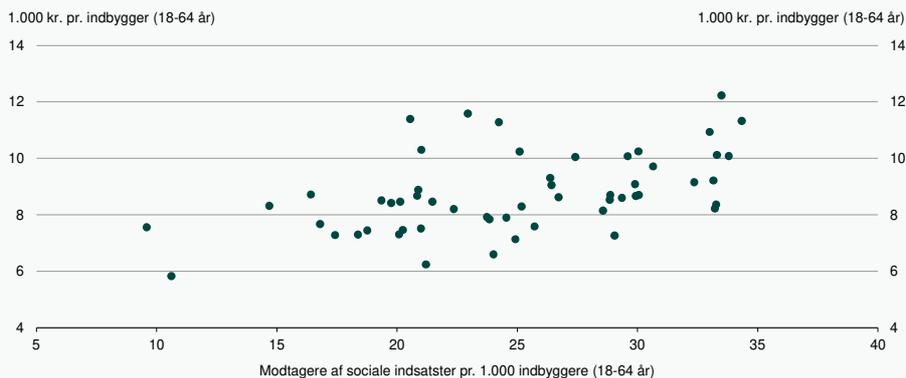
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er sammenhæng mellem antallet af modtagere af sociale indsatser pr. 1.000 indbyggere og kommunens udgifter pr. indbygger. Kommuner med flere modtagere pr. 1.000 indbyggere har gennemsnitligt set også en tendens til at have højere udgifter til voksenområdet pr. indbygger. Sammenhængen er dog langt fra entydig. Der er en betragtelig

variation i udgifterne for en bred gruppe af kommuner, der har omkring 20-35 modtagere af sociale indsatser pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 3.10.

Figur 3.10

Sammenhæng mellem antal modtagere pr. 1.000 indbyggere og udgifter pr. indbygger (18-64 år), 2018



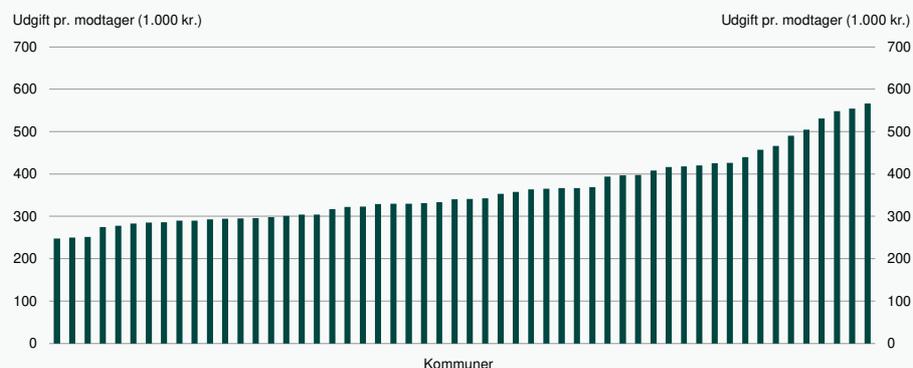
Anm.: 2020-pl. Modtagere i 2018, der er over 18 år i befolkningen ultimo året. Antallet af modtagere er baseret på Danmarks Statistiks register om Handicap og udsatte (voksne), der indeholder data fra 57 kommuner. Befolkningen er opgjort som antal 18-64 årige pr. 1. januar i året. Korrelationen er 0,49 ($p=0,0001$). Udgifterne er afgrænset til funktion 5.38.39, 5.38.50, 5.38.51, 5.38.52, 5.38.53, 5.38.58 og 5.38.59, der hovedsageligt vedrører indsatser, der indgår i Danmarks Statistiks register Handicap og udsatte (voksne). Der er ikke fuld overensstemmelse mellem udgifter og modtagere, der er baseret på hhv. kommunernes regnskaber og registerdata. Læsø og Ærø er udeladt, da antallet af indbyggere er lavt. Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er betydelige forskelle i den gennemsnitlige udgift pr. modtager mellem kommunerne, der varierer fra under 300.000 kr. pr. modtager til over 500.000 kr. pr. modtager, jf. figur 3.11 nedenfor. Den store variation skal ses i lyset af forskelle i borgernes behov og ydelsessammensætningen på tværs af kommuner. Eksempelvis vil forskelle i borgere med behov for botilbud have betydning for kommunens gennemsnitlige udgifter pr. modtager. Ved tolkningen af resultaterne skal det også bemærkes, at der ikke er fuld overensstemmelse mellem afgrænsningerne af udgifter på baggrund af kommunernes regnskaber og opgørelsen af antallet af modtagere fra registerdata.

Figur 3.11

Gennemsnitlig udgift til voksenområdet pr. modtager, 2018

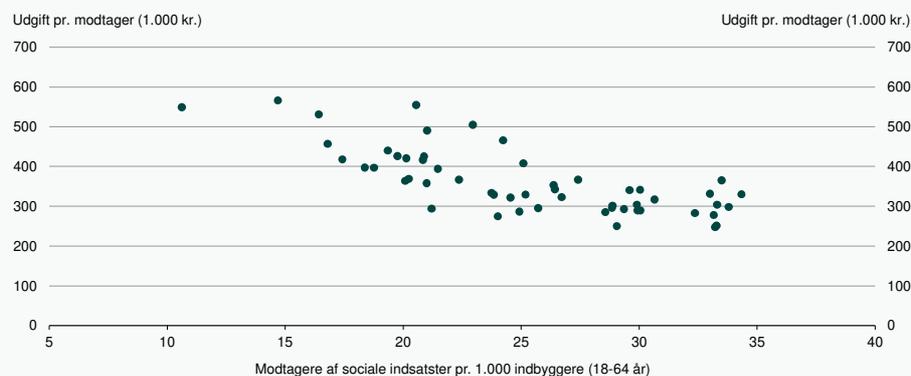


Anm.: 2020-pl. Udgifter er afgrænset til funktion 5.38.39, 5.38.50, 5.38.51, 5.38.52, 5.38.53, 5.38.58 og 5.38.59, der hovedsageligt vedrører indsatser, der indgår i Danmarks Statistiks register Handicap og udsatte (voksne). Der er ikke fuld overensstemmelse mellem udgifter og modtagere, der er baseret på hhv. kommunernes regnskaber og registerdata. Læsø og Ærø er udeladt, da antallet af indbyggere er lavt. Solrød er udeladt pga. en betydelig højere udgift pr. modtager end de resterende kommuner. Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er en negativ sammenhæng mellem antallet af modtagere af sociale indsatser pr. indbygger i kommunen og den gennemsnitlige udgift pr. modtager i kommunen. Jo flere modtagere pr. indbygger i kommunen, jo lavere er den gennemsnitlige udgift pr. modtager, jf. figur 3.12.

Figur 3.12

Sammenhæng mellem antal modtagere pr. indbygger (18-64 år) og den gennemsnitlige udgift pr. modtager, 2018

Anm.: 2020-pl. Udgifter afgrænset til funktion 5.38.39, 5.38.50, 5.38.51, 5.38.52, 5.38.53, 5.38.58 og 5.38.59, der hovedsageligt vedrører indsatser, der indgår i Danmarks Statistiks register Handicap og udsatte (voksne). Der er ikke fuld overensstemmelse mellem udgifter og modtagere, der er baseret på hhv. kommunernes regnskaber og registerdata. Læsø og Ærø er udeladt, da antallet af indbyggere er lavt. Solrød er udeladt pga. en betydelig højere udgift pr. modtager end de resterende kommuner. Korrelationen er -0,76 ($p < 0,0001$). Se i øvrigt boks 3.1.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sammenhængen i figur 3.12 kan udlægges på flere måder. Først og fremmest kan sammenhængen være et udtryk for forskelle i tyngden af problemer hos de personer, der visiteres til indsatser efter serviceloven. Hvis mange personer med et lettere støttebehov visiteres til en indsats efter serviceloven i nogle kommuner, vil det give anledning til et relativt højt antal modtagere pr. indbygger og en relativt lavere gennemsnitlig udgift pr. modtager. Omvendt vil en større brug af ikke-visiteret støtte og rådgivning samt hjælp efter andre sektorlovgivninger give anledning til et relativt lavt antal modtagere pr. indbygger og en højere gennemsnitlig udgift pr. modtager, idet de egentlige visiterede indsatser, der kun kan gives efter serviceloven, eksempelvis botilbud, er udgiftstunge.

Sammenhængen i figur 3.12 kan også være udtryk for andre forskelle mellem kommunerne, eksempelvis kommunernes serviceniveau. Det kan dog være vanskeligt at adskille betydningen af kommunernes praksis fra betydningen af evt. forskelle i serviceniveauet.

3.7 Sammenhæng med kommunernes øvrige udgifter

I dette afsnit undersøges sammenhængen mellem kommunernes udgifter til voksenområdet og kommunernes øvrige udgifter til andre sektorområder, herunder udgifter til udsatte børn og unge og overførsler. Formålet er at belyse, om der er en tendens til, at kommuner med højere udgifter til voksenområdet også har højere udgifter til andre områder.

I afsnittet er udgifterne opgjort pr. indbygger i alle alderskategorier, da udgifterne omfatter forskellige sektorområder, der samlet set berører kommunens befolkning bredt set. Blandt andet derfor er udgifterne pr. indbygger til voksenområdet ikke sammenlignelig med opgørelserne i de øvrige afsnit, hvor udgifterne er opgjort pr. indbygger i alderen 18-64 år. Boks 3.2 uddyber opgørelsen i dette afsnit.

Boks 3.2

Kommunernes samlede nettodriftsudgifter i alt og til sektorområder

I afsnittet ses der på kommunernes samlede nettodriftsudgifter i alt og på udvalgte sektorområder. Opgørelsen er foretaget på baggrund af de kommunale regnskaber for 2019 og følger definitionerne, der ligger til grund for Indenrigs- og boligministeriets kommunale nøgletal (noegletal.dk).

Kommunernes samlede nettodriftsudgifter er opgjort som hovedkonto 0 til 6 i kontoplanen, der omfatter byudvikling, bolig- og miljøforanstaltninger, forsyningsvirksomheder m.v., transport og infrastruktur, undervisning og kultur, sundhedsområdet, sociale opgaver og beskæftigelse samt fællesudgifter og administration m.v. Der er i afsnittet et særligt fokus på de to udvalgte områder:

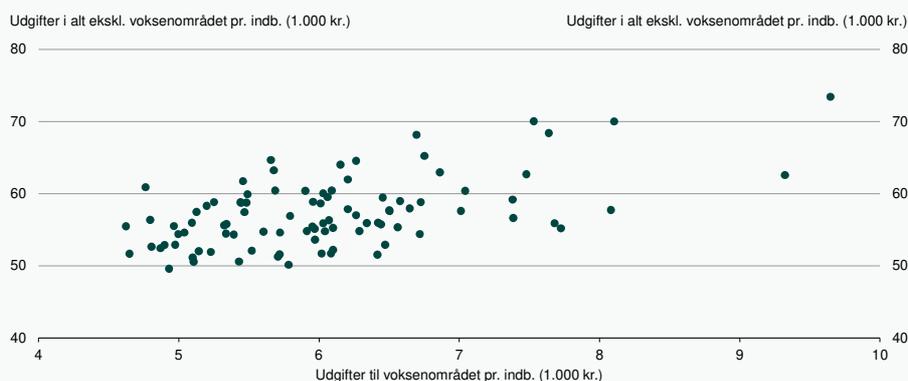
- Udsatte børn og unge
- Overførsler, herunder beskæftigelsesindsats

Alle udgifter er i afsnittet opgjort pr. indbygger i kommunen i alt, da udgiftsområderne samlet set vedr. alle aldersgrupper. Udgifterne er opgjort som nettodriftsudgifter fratrukket statsrefusion (dranst 1 og 2) og er inkl. tjenestemandspensioner. Afgrænsningen adskiller sig fra opgørelserne ovenfor beskrevet i boks 3.1, idet der i dette afsnit benyttes definitioner fra Indenrigs- og Boligministeriets nøgletal. Definitionen af sektorområderne fremgår i anmærkningen til de enkelte figurer. Se noegletal.dk og den autoriserede kommunale kontoplan for yderligere om, hvad der indgår i opgørelserne.

Der er en sammenhæng mellem kommunernes udgifter til voksenområdet pr. indbygger og kommunernes samlede udgifter til øvrige områder pr. indbygger, jf. figur 3.13 nedenfor. De øvrige kommunale områder omfatter her et meget bredt felt, der spænder fra byudvikling, bolig- og miljøforanstaltninger til eksempelvis overførsler og administration, jf. boks 3.2 ovenfor. På landsplan omfatter kommunernes samlede udgifter til øvrige områder udgifter på omkring 325 mia. kr.

Kommuner med relativt højere udgifter til voksenområdet har en tendens til også at have højere udgifter pr. indbygger til øvrige områder, jf. figur 3.13.

Figur 3.13

Sammenhæng mellem udgifter til voksenområdet pr. indbygger og kommunale udgifter i alt ekskl. voksenområdet pr. indbygger, 2019


Anm.: 2020-pl. Kommunale udgifter i alt ekskl. voksenområdet er opgjort som hovedkonto 0-6 ekskl. funktion 0.52.83, 3.41.80 og 6.48.61 fratrukket udgifter til voksenområdet. Udgifter til voksenområdet opgjort som funktion 5.38.38-5.38.59. Se Indenrigs- og Boligministeriets nøgletal (noegletal.dk) for yderligere. Udgifter er opgjort pr. indbygger pr. 1. januar i alle aldre. Korrelationen er 0,56 ($p < .0001$). Læsø, Fanø, Ærø, Samsø og Langeland er udeladt, da antallet af indbyggere er lavt. Se i øvrigt boks 3.2.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sammenhængen mellem udgifter til voksenområdet og udgifter til øvrige områder kan dels skyldes et personoverlap, hvor borgere med behov for sociale indsatser på voksenområdet også kan have behov for eksempelvis overførsler og sundhedsmæssig behandling med kommunal (med)finansiering. Men sammenhængen kan også afspejle nogle mere generelle forskelle i befolkningssammensætningen, der både giver anledning til relativt højere udgifter til voksenområdet og højere udgifter til en række øvrige områder for kommunerne. Det skal samtidigt understreges, at sammenhængen er langt fra entydig og dækker over betydelige variationer. Variationerne skal blandt andet ses i lyset af, at kommuner kan have forskellige politiske prioriteringer.

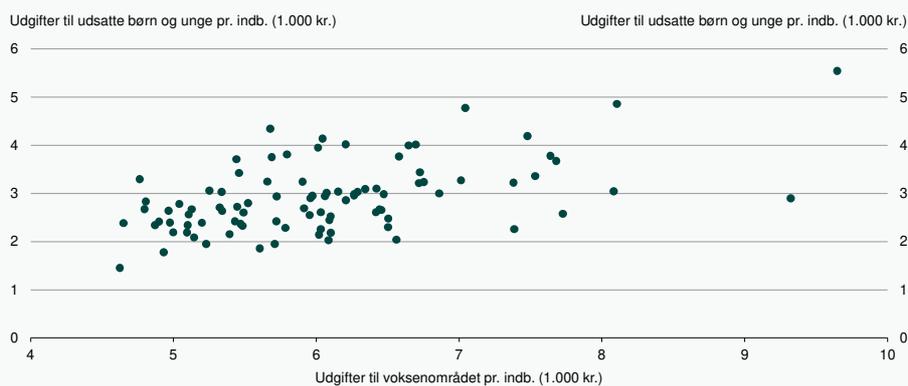
Der er en sammenhæng mellem udgifter til voksenområdet pr. indbygger og udgifter til udsatte børn og unge pr. indbygger, jf. figur 3.14 nedenfor. Udgifter til udsatte børn og unge omfatter udgifter til forebyggende foranstaltninger og anbringelser. Udgifter til børn og unge med handicap er delvist indeholdt i tallene.

Det skal understreges, at der er en betragtelig variation mellem kommunerne og at der langt fra er tale om en entydig sammenhæng. Eksempelvis er der et bredt midterfelt af kommuner, der har udgifter på omkring 6.000 kr. pr. indbygger til voksenområdet, hvor der ikke er en klar sammenhæng mellem udgifterne til de to områder. Den store variation skal ses i lyset af, at det er to separate områder til to forskellige målgrupper, henholdsvis børn og unge med særlige behov og voksne med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse eller særlige sociale problemer. At der samlet for kommunerne er en vis

sammenhæng kan ses som et udtryk for, at der er nogle generelle forskelle i befolknings-sammensætningen mellem kommunerne, som kan slå igennem på begge områder.

Figur 3.14

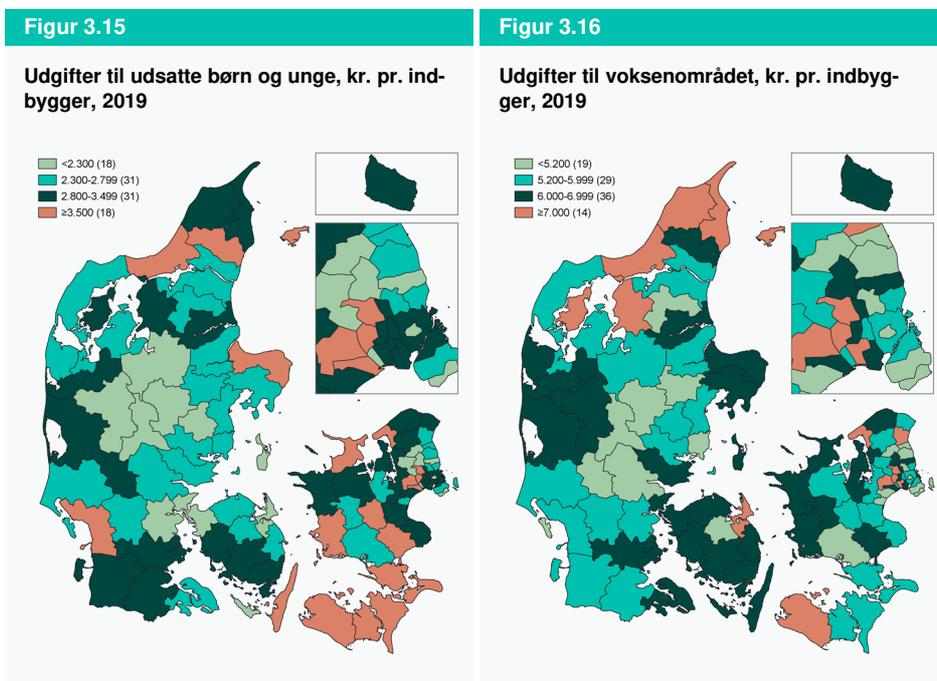
Sammenhæng mellem udgifter til voksenområdet pr. indbygger og udgifter til udsatte børn og unge pr. indbygger, 2019



Anm.: 2020-pl. Udgifter til voksenområdet opgjort som funktion 5.38.38-5.38.59. Udgifter til udsatte børn og unge er opgjort som funktion 5.28.20-5.28.26. Se Indenrigs- og Boligministeriets nøgletal (noegletal.dk) for yderligere. Udgifter opgjort pr. indbygger 1. januar i alle aldre. Korrelationen er 0,53 ($p < .0001$). Læsø, Fanø, Ærø, Samsø og Langeland er udeladt, da antallet af indbyggere er lavt. Se i øvrigt boks 3.2.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er et vist geografisk sammenfald i kommunernes udgifter til børne- og voksenområdet, men også en række forskelle. På begge områder ser man, at nogle kommuner i Syd- og Vestsjælland har relativt høje udgifter pr. indbygger på begge områder. Omvendt har nogle kommuner i Østjylland og nord for København relativt lavere udgifter på begge områder. Men mønstrene er langt fra entydige, og der er mange kommuner, hvor udgifterne til de to områder ikke umiddelbart følges ad, jf. figur 3.15 og 3.16.

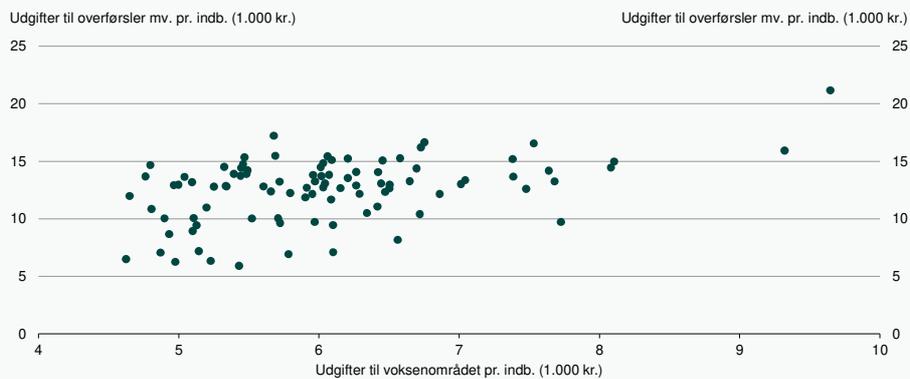


Anm.: 2020-pl. Udgifter til voksenområdet er opgjort som funktion 5.38.38-5.38.59. Udgifter til udsatte børn og unge er opgjort som funktion 5.28.20-5.28.26. Se Indenrigs- og Boligministeriets nøgletal (noegletal.dk) for yderligere. Udgifter er opgjort pr. indbygger pr. 1. januar i alle aldre. Figur 3.16 er ikke helt sammenlignelig med figur 3.7. Blandt andet er figur 3.7 opgjort som udgift pr. 18-64-årig, mens 3.16 er opgjort som udgift pr. indbygger i alle aldre. Se i øvrigt boks 3.2.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Endeligt er der sammenhæng mellem udgifter til voksenområdet pr. indbygger og udgifter til overførsler mv., jf. figur 3.17 nedenfor. Udgifter til overførsler mv. omfatter her kommunernes udgifter til overførselsindkomster fratrukket statsrefusion. Udgifterne vedrører tilbud til udlændinge, førtidspensioner og personlige tillæg, kontante ydelser, revalidering samt beskæftigelsesordninger.

Figur 3.17

Sammenhæng mellem udgifter til voksenområdet pr. indbygger og udgifter til overførsler mv. pr. indbygger, 2019

Anm.: 2020-pl. Udgifter til voksenområdet er opgjort som funktion 5.38.38-5.38.59. Udgifter til overførsler mv. er opgjort som funktion 3.30.45, 3.38.77, 5.46.60-5.46.61, 5.46.65, 5.48.66-5.48.68, 5.57.71-5.57.77, 5.57.79, 5.58.80 (ekskl. dr. 1, grp. 004 og 005), 5.58.81-5.58.83, 5.68.90 og 5.68.97-5.68.98. Se Indenrigs- og Boligministeriets nøgletal (noegletal.dk) for yderligere. Udgifter er opgjort pr. indbygger pr. 1. januar i alle aldre. Korrelationen er 0,45 ($p < 0,001$). Læsø, Fanø, Ærø, Samsø og Langeland er udeladt, da antal indbyggere er lavt. Se i øvrigt boks 3.2.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det skal understreges, at sammenhængen langt fra er entydig. Ser man på kommunerne med udgifter til voksenområdet i et bredt interval fra eksempelvis ca. 5.000 til 6.000 kr. pr. indbygger, er der en stor variation og ikke nogen umiddelbar klar sammenhæng mellem udgifter til voksenområdet og udgifter til overførsler pr. indbygger.

Kapitel 4

Karakteristik af anbragte børn og unges forældre

I dette kapitel ses der nærmere på anbragte børn og unges forældre, og det undersøges, om barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet hænger sammen med familiebaggrund: Er der forskel på forældre til børn, der bliver anbragt som små, i forhold til børn, der anbringes sent i barndommen?

Analysen viser, at anbragte børn og unges familiebaggrund adskiller sig betydeligt fra øvrige børn og unges: anbragte børn og unge kommer ofte fra mindre ressourcestærke familier og hjem med betydelige problembelastninger. Derudover viser analysen, at børn, der anbringes tidligt i barndommen, kommer fra familier med færre ressourcer, end børn, der bliver anbragt senere i livet. Dette viser sig blandt andet, når man ser på social arv i anbringelser. Halvdelen af anbragte 0-5-åriges forældre har selv været anbragt som børn, mens det er en fjerdedel af de anbragte 12-17-åriges forældre, der selv har været anbragt. Blandt børn og unge, der ikke er anbragt uden for hjemmet, er det 7 pct., som har forældre, der selv har været anbragt.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

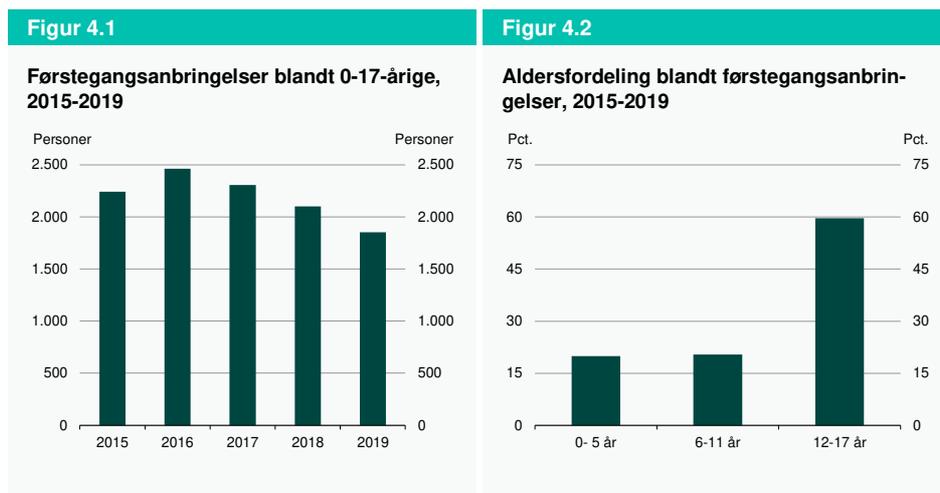
- Anbragte børn og unge anbringes ofte – ifølge sagsbehandlerne registreringer – pga. omsorgsvigt eller anden bekymrende adfærd hos forældrene, fx kriminel adfærd eller misbrugsproblemer. Dette er særlig udtalt blandt tidligt anbragte børn. I ca. 85 pct. af alle førstegangsanbringelser af børn i 0-5-årsalderen er omsorgsvigt eller anden bekymrende adfærd hos forældre angivet som en udslagsgivende årsag til anbringelsen. Blandt førstegangsanbringelser af 12-17-årige unge er omsorgsvigt mv. angivet som årsag i lidt under 60 pct. af anbringelserne.
- Børn og unge, der anbringes uden for hjemmet, kommer ofte fra et hjem med en enlig mor uden uddannelse og med en lav tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt mødre til børn, der blev anbragt i 0-5-årsalderen, har omkring 80 pct. grundskolen som højest fuldførte uddannelse, og 57 pct. havde kontanthjælp som væsentligste indkomstkilde. Blandt mødre til børn anbragt i alderen 12-17 år gælder det hhv. ca. 40 pct. og 30 pct. Til sammenligning havde under 20 pct. af mødre til øvrige børn og unge grundskolen som højeste uddannelse og under 10 pct. modtog kontanthjælp.
- Diagnoser, der kan være relateret til et handicap eller en psykisk lidelse, er betydeligt overrepræsenteret blandt forældre til anbragte børn og unge. Der ses særligt en høj forekomst af diagnoser relateret til psykisk lidelser blandt mødre til de tidligt anbragte børn. Omkring 20 pct. af mødre til børn, der blev anbragt

i 0-5-årsalderen, har en diagnose relateret til en psykisk lidelse, mens det er lidt under 10 pct. af mødrene til børn, der blev anbragt som 12-17-årige.

- Misbrugsproblemer og kriminalitet er hyppig blandt forældre til anbragte børn og unge. Tidligt anbragte børn har oftere forældre, som har haft tegn på misbrugsproblemer, end børn og unge, der er anbragt sent i barndommen. Omkring hver fjerde af de førstegangsanbragte 0-5-årige børn har mindst en forælder med tegn på misbrugsproblemer, mens det gælder ca. hver tiende af de 12-17-årige førstegangsanbragte unge.

4.1 Førstegangsanbringelser

Hvert år bliver omkring 2.000 børn og unge anbragt uden for hjemmet for første gang. Siden 2016 har der dog hvert år været et fald i antallet af børn og unge, der er blevet anbragt uden for hjemmet, jf. figur 4.1. Blandt disse børn og unge er størstedelen over 12 år på anbringelsestidspunktet. Således fandt 60 pct. af førstegangsanbringelser sted blandt 12-17-årige de seneste 5 år, mens 20 pct. fandt sted blandt 6-11-årige og 20 pct. blandt børn under 6 år, jf. figur 4.2.



Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, der fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af et givent år i perioden 2015-2019, som findes i befolkningsregistret ultimo året. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet ved første anbringelse. N= 10.970.

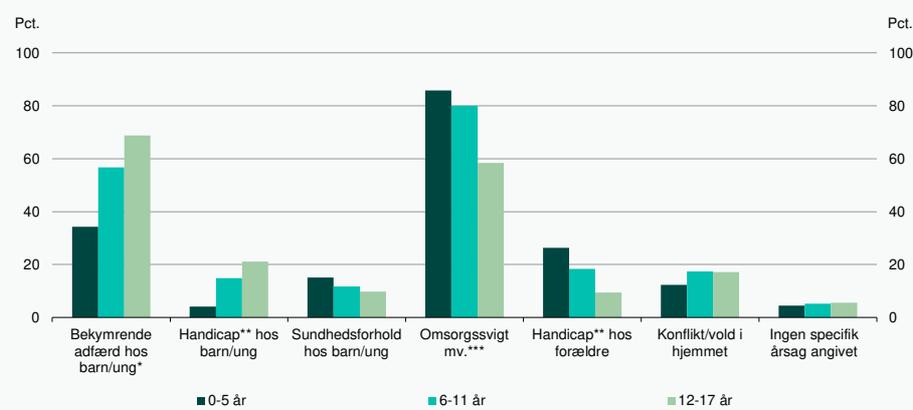
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der kan være forskellige årsager til, at børn og unge bliver anbragt uden for hjemmet, men fælles for dem alle er, at de pga. udsathed har brug for særlig støtte. Det kan eksempelvis være pga. sociale problemer i familien, som forhindrer barnet eller den unge i at udvikles og trives derhjemme, eller fysisk funktionsnedsættelse.

Ofte kommer børnene og de unge, der bliver anbragt uden for hjemmet, fra et hjem med betydelige problembelastninger. De seneste 5 år er mere end halvdelen af førstegangsanbragte børn og unge, ifølge sagsbehandlerne registreringer, blevet anbragt pga. omsorgssvigt fra forældrene eller anden bekymrende adfærd hos forældrene fx misbrugsproblemer, jf. figur 4.3.

Figur 4.3

Årsager til anbringelse blandt førstegangsanbringelser i 2015-2019, efter alder ved anbringelsen



Note: *) Bekymrende adfærd hos barn/ung inkl. skoleproblemer, misbrug og kriminalitet. **) Betydeligt eller varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. ***) Omsorgssvigt eller bekymrende adfærd hos forældre inkl. overgreb, stof/alkohol misbrug og kriminalitet.

Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som findes i befolkningsregistret ultimo året. Årsager til anbringelse er baseret på socialrådgivernes registreringer i forbindelse med afgørelsen om at anbringe et barn/ung. Socialrådgiverne kan angive flere udslagsgivende årsager. Alderen er opgjort på anbringelsestidspunktet. N=10.970.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Omsorgssvigt eller bekymrende adfærd hos forældre er oftere en udslagsgivende årsag for at anbringe små børn, jf. sagsbehandlerne registreringer, end for sent anbragte børn og unge. Blandt de 0-5-årige børn er det over 85 pct., som blandt andet er blevet anbragt pga. omsorgssvigt eller bekymrende adfærd hos forældrene, mens det er lidt under 60 pct. blandt de 12-17-årige. Sagsbehandlerne kan registrere flere overlappende årsager til at anbringe et barn eller ung, og eksempelvis kan et barn blive anbragt både på grund af et handicap og omsorgssvigt.

Generelt tegner der sig et billede af, at de bagvedliggende årsager til anbringelse blandt de yngste børn – registreret af sagsbehandlerne – i højere grad skyldes problemer ved forældrene (omsorgssvigt, misbrug, kriminalitet eller fysisk/psykisk funktionsnedsættelse). Blandt de ældste børn og unge er problemer hos forældrene stadig meget hyppige ifølge sagsbehandlerne registreringer, men her bliver der i større omfang *også* registreret selvstændige problemer, der kommer til udtryk hos barnet eller den unge, som årsag

til anbringelsen. Dette er ikke ensbetydende med, at barnet selv er årsagen til disse udfordringer. Eksempelvis er bekymrende adfærd hos barnet eller den unge angivet som årsag til anbringelse i 70 pct. af anbringelsessagerne vedrørende 12-17-årige, mens det gælder 34 pct. af anbringelserne af 0-5-årige. Ligeledes ses en højere forekomst af anbringelsesårsager vedrørende barnets eller den unges fysiske eller psykiske funktions- evne blandt de ældste børn og unge, som er blevet anbragt uden for hjemmet.

Det bemærkes, at den bagvedliggende årsag til bekymrende adfærd eller andre udfordringer hos barnet eller den unge i nogle tilfælde kan være omsorgssvigt i barndommen eller andre sociale problemer i hjemmet, mens i andre tilfælde kan den bagvedliggende årsag eksempelvis være psykisk sygdom, som ikke er relateret til forældrenes omsorg for barnet.

4.2 Familiebaggrund for anbragte børn og unge

I dette afsnit belyses, hvilken familiebaggrund børn og unge, der blev anbragt uden for hjemmet for første gang i løbet fra 2015 til 2019, kom fra, da deres anbringelse begyndte. Der ses blandt andet på, om der er forskel på børnenes og de unges familiebaggrund afhængig af deres alder på anbringelsestidspunktet.

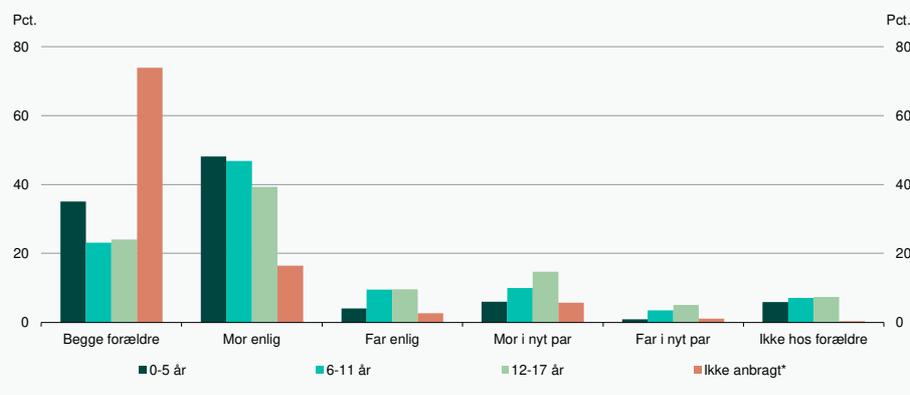
Inden første anbringelse uden for hjemmet kommer anbragte børn og unge ofte fra et hjem med en enlig mor. Således boede under en tredjedel af børn og unge, der blev anbragt for første gang, med begge biologiske forældre i tiden op til deres anbringelse. Til sammenligning boede lidt over 70 pct. af øvrige børn og unge under 18 år med begge forældre i 2019, jf. figur 4.4.

Alder på anbringelsestidspunktet hænger sammen med, hvorvidt barnet eller den unge bor med begge forældre. Det ses eksempelvis, at de yngste børn oftere boede med begge forældre op til deres anbringelse end de ældre børn og unge. Det skal ses i lyset af den generelle tendens, at en større andel af forældre er gået fra hinanden, jo ældre barnet er.

Udover at anbragte børn og unge sjældnere bor med deres far end øvrige børn og unge, er der større sandsynlighed for, at der ikke er registreret nogen far. Blandt de anbragte børn og unge i denne analyse er det knap 13 pct., som ikke har registreret en far, mens det er 7,5 pct. blandt øvrige børn og unge. Det betyder, at der for flere af de anbragte børn og unge ikke er oplysninger om farens socioøkonomiske forhold mv.

Figur 4.4

Hvem boede de førstegangsanbragte børn og unge hos i anbringelsesåret efter alder



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter alle 0-17-årige, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som har oplysninger om, hvem de boede hos 1. januar i anbringelsesåret. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 9.480.

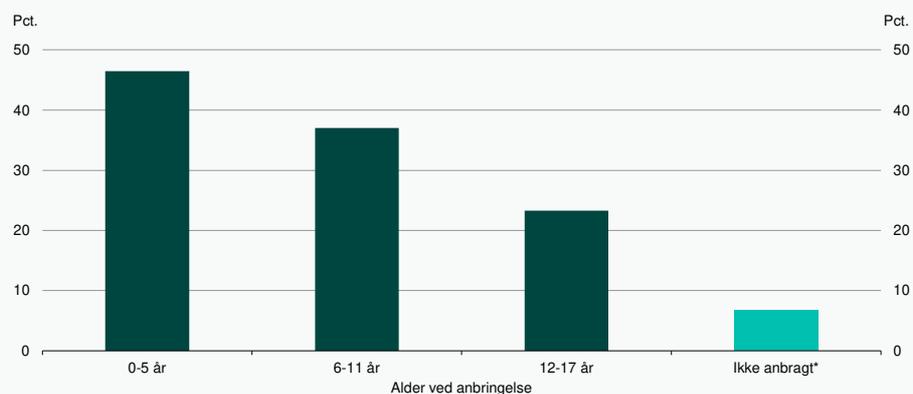
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

4.3 Forældres anbringelseshistorik

Børn og unge, der bliver anbragt uden for hjemmet, har oftere forældre, som selv har været anbragt i løbet af barndommen, end øvrige børn og unge. Overhyppigheden af anbringelser, hos forældre til anbragte børn og unge i forhold til befolkningen som helhed, er særligt fremtrædende hos børn anbragt tidligt i barndommen. Knap halvdelen af børn, der blev anbragt i alderen 0-5 år i årene 2015-2019, har mindst en forælder, der har været anbragt som barn eller ung. Blandt børn, der blev anbragt i alderen 6-11 år, er det 37 pct., og 23 pct. af unge, der blev anbragt i alderen 12-17 år, har mindst en forælder, der har været anbragt. Blandt børn og unge i 2019, der ikke har været anbragt uden for hjemmet, er det imidlertid blot 7 pct., der har en eller to forældre, der har været anbragt i barndommen, jf. figur 4.5.

Det bemærkes, at hyppigheden af anbringelser blandt forældre kan være en anelse underestimeret, særligt for de sent anbragte børn og unge, da anbringelsesstatistikken kun går tilbage til 1980. Anbringelser, som er ophørt inden 1980, er derfor ikke med i denne opgørelse. Derudover er det ikke muligt at sige noget om anbringelse blandt forældre, som ikke er vokset op i Danmark. Selvom der ikke er tvivl om tendensen, betyder det, at der er lidt usikkerhed omkring den helt præcise forskel i anbringelser hos forældre mellem tidligt og sent anbragte børn og unge.

Figur 4.5

Andel af førstegangsanbragte børn og unge med forældre, der selv har været anbragt uden for hjemmet som barn eller ung

Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som findes i befolkningsregistret ultimo året. Hvis blot én forælder har været anbragt uden for hjemmet, indgår barnet eller den unge i andelen. Anbringelsesstatistikken går tilbage til 1980, hvormed anbringelser, der er ophørt inden år 1980, ikke indgår i opgørelsen af forældre, der selv har været anbragt uden for hjemmet som barn eller ung. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 10.970.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Overrepræsentationen af anbringelser hos forældre til anbragte børn og unge hænger blandt andet sammen med, at tidligere anbragte børn og unge oftere er udsatte som voksne end befolkningen som helhed. Undersøgelser viser blandt andet, at tidligere anbragte børn og unge som voksne oftere ender i hjemløshed, har misbrugsproblemer og oftere begår kriminalitet end den øvrige befolkning.³

4.4 Teenageforældreskab blandt mødre til anbragte

Der er en betydelig overrepræsentation af teenageforældreskab, dvs. at moren fik sit første barn i teenageårene, blandt mødre til anbragte børn og unge i forhold til den generelle befolkning. Mens 5 pct. af ikke-anbragte børn og unge under 18 år i 2019 har en mor, som fik børn i teenagealderen, er det mellem 20-30 pct. af de førstegangsanbragte børn og unge. Særligt blandt de børn, der blev anbragt i en tidlig alder, er der relativt mange, der har en mor, der var under 20 år ved første barn, jf. tabel 4.1.

³ Se fx mere herom i det daværende Social- og Indenrigsministeriums Velfærdspolitiske Analyse nr. 23 – *Hvordan klarer anbragte sig som unge voksne?*, samt kapitel 8 om unge i hjemløshed i Socialpolitisk Redegørelse 2019, og i VIVE's forløbsundersøgelse af anbragte unge (2020a): *Tidligere anbragte unge – 18 år og på vej mod voksenlivet*.

Tabel 4.1

Mors alder blandt førstegangsanbragte børn og unge i 2015-2019, efter alder

	0-5 år	6-11 år	12-17 år	Ikke anbragte*
Mors alder ved 1. barns fødsel, gns.	22,7	23,4	24,3	27,3
Mor teenager ved 1. barn fødsel, pct.	30%	25%	20%	5%
Population	2.024	2.184	5.966	1.075.673

Note: *) Ikke anbragte omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter førstegangsanbragte børn og unge i alderen 0-17 år, der blev anbragt uden for hjemmet i perioden 2015-2019, som har oplysninger om en biologisk mor i fertilitetsregistret. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

4.5 Mødres uddannelse og beskæftigelse

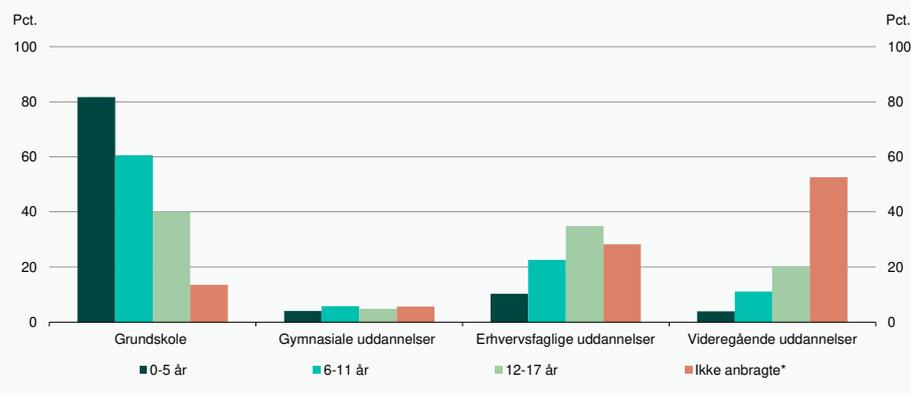
Størstedelen af mødre til anbragte børn og unge har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, jf. figur 4.6. Særligt har mødre til børn, der blev anbragt i en tidlig alder, grundskolen som højest fuldførte uddannelse. For børn, der blev anbragt mens de var 0-5 år, havde lidt over 80 pct. af mødrene grundskolen som højest fuldførte uddannelse, mens det samme gælder ca. 60 pct. af mødrene til børn, der blev anbragt i alderen 6-11 år, og 40 pct. af mødrene til børn, der blev anbragt i alderen 12-17 år.

Uddannelsesniveaulet blandt anbragte børns mødre er generelt markant lavere end øvrige børn og unges mødre. Særligt har mødre til børn, der har været anbragt uden for hjemmet sjældnere gennemført en videregående uddannelse. I 2019 havde omkring halvdelen af mødre til børn og unge, der ikke har været anbragt uden for hjemmet, gennemført en videregående uddannelse, det samme gælder færre end 20 pct. af de førstegangsanbragte børn og unges mødre.

Som tidligere nævnt kommer børn og unge, der bliver anbragt uden for hjemmet, ofte fra hjem med betydelige problembelastninger. Dette afspejler sig blandt andet også i, at deres forældre generelt har en dårligere tilknytning til arbejdsmarkedet end øvrige børn og unges forældre.

Figur 4.6

Uddannelsesniveau blandt mødre til førstegangsanbragte børn og unge efter alder



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter alle 0-17-årige, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og for hvem der findes oplysninger om mors uddannelse. Uddannelsesniveau angiver mødres højest fuldførte uddannelse, opgjort pr. 30. september i anbringelsesåret. 'Grundskole' inkluderer også manglende uddannelse. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 9.679.

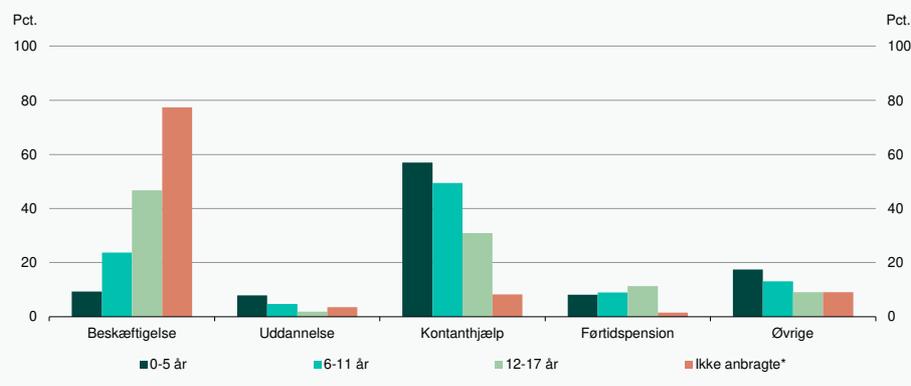
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt mødre til anbragte børn og unge har en væsentlig større andel kontanthjælp som primær forsørgelsesgrundlag end blandt mødre til øvrige børn og unge. Denne andel varierer med barnets eller den unges alder ved første anbringelse. Blandt børn og unge, der blev anbragt som 0-5-årige, havde 57 pct. af mødrene kontanthjælp som væsentligste indkomstkilde i året op til anbringelsen. Blandt de, som blev anbragt for første gang som 12-17-årige, havde 31 pct. af mødrene kontanthjælp som væsentligste indkomstkilde, jf. figur 4.7.

Fædrenes socioøkonomiske status og uddannelsesniveau ligner i høj grad mødrenes. Fædre til særligt de tidligt anbragte børn er ligeledes karakteriseret ved ofte at stå uden uddannelse og være marginaliseret i forhold til arbejdsmarkedet end fædre til jævnaldrene ikke-anbragte børn, jf. bilag figur 4.15 og 4.16.

Figur 4.7

Socioøkonomisk status blandt mødre til førstegangsanbragte børn og unge efter alder



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter alle 0-17-årige, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og for hvem der findes oplysninger om mors socioøkonomiske status. Mødres socioøkonomiske status er opgjort i året før barnets eller den unges anbringelse. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 9.679.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

4.6 Diagnoser blandt forældre

Betydeligt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne hos forældre kan være en udslagsgivende årsag til, at nogle børn og unge anbringes uden for hjemmet. I dette afsnit ses der nærmere på hvor stor en andel af forældre til børn og unge, der blev anbragt i årene 2015-2019, som har udvalgte diagnoser relateret til et handicap eller psykisk lidelse.

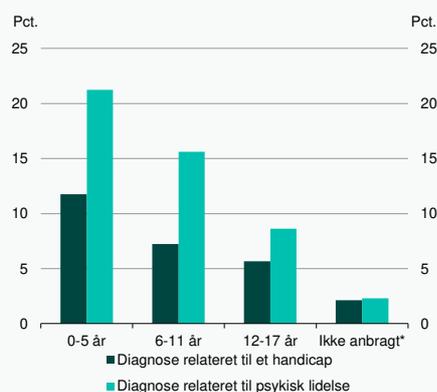
Diagnoser, der kan være relateret til et handicap, inkluderer i denne analyse autismespektrum, cerebral parese, Downs, erhvervet hjerneskade, og udviklingshæmning. Mens diagnoser relateret til psykiske lidelser i kapitlet inkluderer psykiske lidelser pga. alkohol eller stoffer, skizofreni, depression, angst, spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser. Se mere herom i boks 4.1.

Forældre til børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, har i langt højere grad en diagnose, der kan være relateret til et handicap eller en psykisk lidelse end befolkningen som helhed, særligt blandt forældre til børn anbragt tidligt i barndommen. Eksempelvis havde 12 pct. af mødre til børn, der blev anbragt i alderen 0-5 år, en diagnose relateret til et handicap, og 21 pct. havde en diagnose relateret til en psykisk lidelse. Blandt mødre til ikke tidligere anbragte børn og unge i 2019 havde 2 pct. en diagnose relateret til et handicap og 2 pct. en diagnose relateret til en psykisk lidelse, jf. figur 4.8.

Generelt har mødre til anbragte børn og unge i højere grad end fædre en diagnose relateret til en psykisk lidelse, mens fædre i lidt højere grad end mødre har en diagnose relateret til et handicap, jf. figur 4.8 og 4.9.

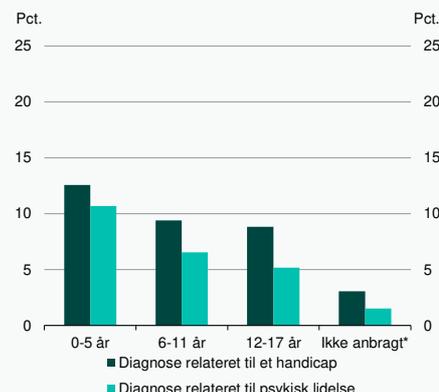
Figur 4.8

Udvalgte diagnoser blandt mødre til førstegangsanbragte børn og unge efter alder



Figur 4.9

Udvalgte diagnoser blandt fædre til førstegangsanbragte børn og unge efter alder



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, som fik iværksat en førstegangsbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som findes i befolkningsregistret ultimo året. Figur 4.8 omfatter kun børn og unge, som har oplysninger om en biologisk mor, N = 10.174. Figur 4.9 omfatter kun børn og unge, som har oplysninger om en biologisk far, N = 9.559. Diagnoser der kan være forbundet med et handicap omfatter autismespektrum, mental retardering, hjerneskade, muskelsvind, Downs, cerebral parese. Diagnoser forbundet med psykiske lidelse omfatter diagnosegrupperne psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer mv., depression mv., skizofreni mv., angst mv., personlighedsforstyrrelse mv., spiseforstyrrelse mv. Se mere i boks 4.1. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Listen af diagnoser inkluderet i denne analyse er langt fra udtømmende, idet der findes mange andre diagnoser og funktionsnedsættelser, der kan være forbundet med et handicap eller psykisk lidelse. Valget af diagnoser kan således diskuteres. Eksempelvis ville man identificere langt flere forældre med diagnoser relateret til et handicap, hvis en diagnose for ADHD blev inkluderet, jf. bilag figur 4.17 og 4.18.

Boks 4.1**Diagnoser i analysen**

Følgende diagnoser inddrages for at belyse handicaprelaterede diagnoser, der kan optræde blandt forældre til anbragte børn:

- Autismespektrum
- Cerebral parese (spastisk lammelse)
- Downs syndrom
- Erhvervet hjerneskade
- Udviklingshæmning (mental retardering)
- Muskelsvind

Listen er langt fra udtømmende, idet der findes mange andre diagnoser og funktionsnedsættelser, der kan være forbundet med et handicap. Diagnosegrupperne baserer sig på indlæggelser, ambulante besøg og skadestuekontakter på sygehuse i perioden 1995-2018.

Diagnoser, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder, baseres på kontakter til den regionale sygehuspsykiatri over en femårig periode (2015-2018). Der inddrages følgende diagnosegrupper:

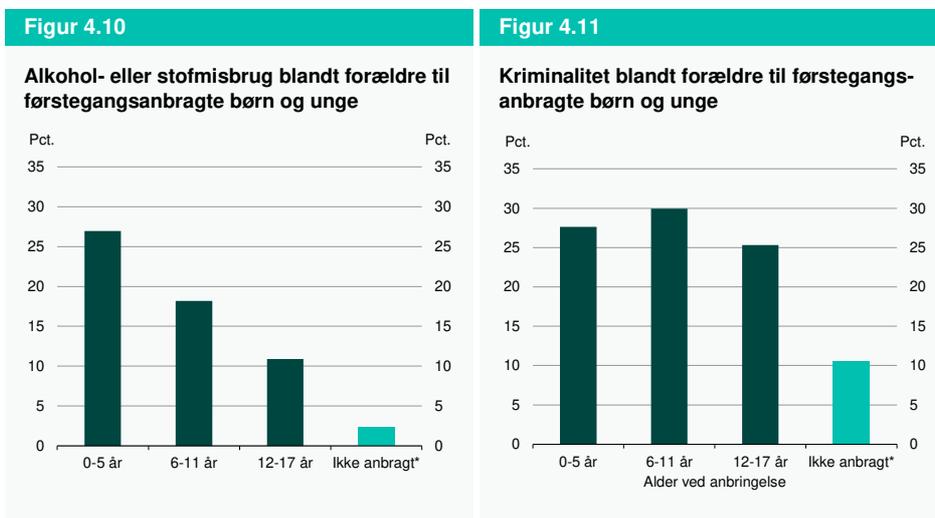
- Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer
- Skizofreni
- Depression mv.
- Angst mv.
- Spiseforstyrrelser mv.
- Personlighedsforstyrrelser mv.

4.7 Misbrug og kriminalitet blandt forældre

Misbrug af alkohol eller stoffer, og kriminel adfærd hos forældre har betydning for, hvorvidt forældre kan varetage omsorgen over for deres børn. Således kan misbrug og kriminalitet blandt forældre direkte være årsag til, at et barn eller en ung anbringes uden for hjemmet.

Oplysninger om, hvorvidt forældre har eller har haft et misbrugsproblem, bygger i denne analyse på, om forældrene på et tidspunkt har været i kontakt med social stofmisbrugsbehandling, at en af årsagerne til barnets anbringelse har været misbrug, eller om forældrene har haft en diagnose relateret til misbrug, jf. boks 4.2. Denne opgørelse er langt fra fuldt dækkende for antallet af forældre, som har eller har haft et misbrugsproblem, hvorfor andelen af forældre med alkohol- eller stofmisbrugsproblemer formentligt er væsentligt underestimeret.

Med disse forbehold viser tallene, at misbrugsproblemer hos forældre er hyppigere blandt tidligt anbragte børn end hos sent anbragte børn og unge. Blandt børn, der blev anbragt i alderen 0-5 år i årene 2015-2019, har over 25 pct. mindst en forælder med indikation på et misbrugsproblem, det samme gælder ca. 18 pct. af børn, der blev anbragt i alderen 6-11 år og 11 pct. af unge, der blev anbragt som 12-17-årig, jf. figur 4.10.



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som findes i befolkningsregistret ultimo året. Alkohol- og stofmisbrug blandt forældre bygger på data vedrørende social stofmisbrugsbehandling, årsager til anbringelse blandt de anbragte børn og unge, samt data vedrørende diagnoser relateret til misbrug, se mere herom i boks 4.2. Det bemærkes, at misbrug blandt de 'ikke anbragte' er underestimeret ift. blandt de anbragte børn, da det her ikke er muligt at anvende viden om årsager til anbringelse. Kriminalitet blandt forældre er opgjort på baggrund af om mindst én forælder har modtaget en fældende strafferetlig dom, opgjort på tidspunktet for barnet eller den unges anbringelse. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Anbragte børn og unge = 10.970.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Forældre til anbragte børn og unge begår derudover langt oftere kriminalitet end øvrige forældre, jf. figur 4.11. I alt havde mellem 25-30 pct. af børnene og de unge på anbringelsestidspunktet mindst én forælder, som havde modtaget en fældende strafferetlig afgørelse, blandt de ikke-anbragte børn og unge i 2019 var det ca. 10 pct. Det er i højere grad fædrene end mødrene, som har fået en dom, jf. bilag figur 4.20.

Der er imidlertid ingen tendens til, at forældre til tidligt anbragte børn er mere kriminelle end forældre til sent anbragte børn og unge, eller omvendt, når der ses på fældende strafferetlige afgørelser.

Boks 4.2**Opgørelse af alkohol- og stofmisbrug**

Oplysninger om stof- og alkoholmisbrug blandt forældre stammer fra register over personer i social stofmisbrugsbehandling (Stofmisbrugsdatabasen), Det psykiatriske centralregister, Landspatientregistret, samt Anbringelsesregistret.

Social stofmisbrugsbehandling

Kommunerne er ifølge serviceloven forpligtiget til at tilbyde social stofmisbrugsbehandling til borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug. Den sociale stofmisbrugsbehandling retter sig mod ophør, reduktion eller stabilisering af stofmisbruget med henblik på at afhjælpe og begrænse de sociale, fysiske og psykiske problemer, som følger af misbruget.

Kommunerne indberetter årligt alle behandlingsforløb til Stofmisbrugsdatabasen, herunder ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere. Opgørelsen af misbrug blandt forældre baserer sig således på oplysninger om personer, som har været visiteret til eller været i behandling for stofmisbrug.

De bemærkes, at kommunerne også er forpligtiget til at tilbyde anonym stofmisbrugsbehandling til personer med et behandlingskrævende stofmisbrug. Personer i anonym behandling indgår ikke i analysen, da der ikke findes centralt tilgængelige registeroplysninger om personer i anonym behandling. Analysen omfatter heller ikke personer, som modtager stofmisbrugsbehandling ved Kriminalforsorgen.

Diagnoser relateret til stof- eller alkoholmisbrug

Forældre, der optræder i enten Det psykiatriske centralregister eller Landspatientregistret med en diagnose relateret til stof- eller alkoholmisbrug, opgøres til at have eller have haft et misbrug. Diagnoser som opgøres som alkohol- eller stofmisbrug omfatter:

- Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af euforiserende stoffer mv.
- Psykofarmaka, morfika, kokain, hallucinogener eller andre narkotika i blodet
- Forgiftning med euforiserende stoffer mv.
- Alkoholinduceret pseudo-Cushings syndrom.
- Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol
- Nervesygdomme forårsaget af alkohol.
- Alkoholisk kardiomyopati.
- Fordøjelsessygdomme forårsaget af alkohol, inkl. alkoholiske leversygdomme.

Anbringelsesregistret

Når børn og unge anbringes uden for hjemmet, skal kommunerne indberette hvad, der er udslagsgivende årsag til anbringelsen. En af de årsager sagsbehandlerne kan angive er "misbrug hos forældre". Således anvendes oplysninger om anbringelsesårsager blandt de anbragte børn og unge til at opgøre misbrug blandt forældre.

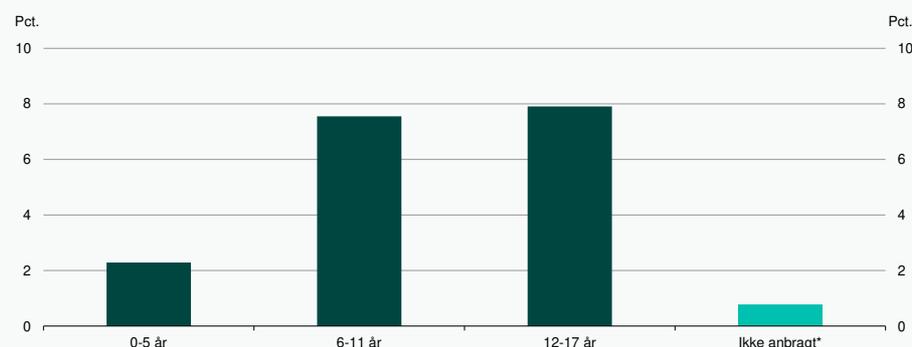
4.8 Dødsfald i familien

Børn og unge, der bliver anbragt uden for hjemmet, oplever i meget højere grad end øvrige børn og unge at miste en forælder pga. dødsfald tidligt i livet. Dette hænger blandt andet sammen med, at anbringelser kan være, men ikke nødvendigvis er, forårsaget af forældres død.

Der er en betydelig overdødelighed blandt forældre til de anbragte børn og unge, der blev anbragt i 6-17-årsalderen, i forhold til alle ikke-anbragte børn og unge i 2019, jf. figur 4.12. Knap 8 pct. af de børn og unge, som blev anbragt i alderen 6-17 år, havde på anbringelsestidspunktet mistet mindst én forælder pga. dødsfald, mens det var lidt under 1 pct. blandt de ikke-anbragte børn og unge i 2019.

Figur 4.12

Andel af førstegangsanbragte som har en forælder, der er død



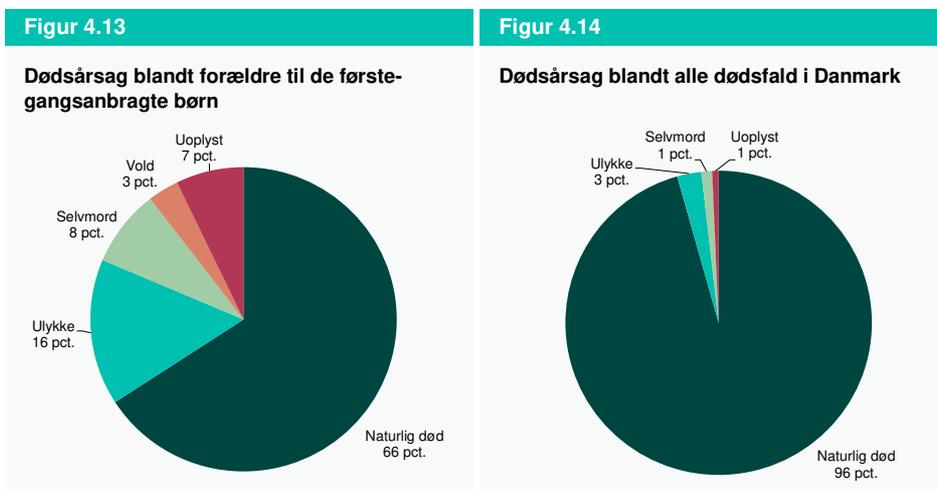
Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som findes i befolkningsregistret ultimo året. Forældres død er opgjort på tidspunktet for barnet eller den unges anbringelse. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 10.970.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tidlig død blandt forældre til anbragte børn og unge hænger blandt andet sammen med, at denne gruppe af forældre er mere udsatte end befolkningen som helhed. Flere undersøgelser viser, at udsathed i barndommen eller i voksenlivet er forbundet med tidligere død. Blandt andet har udsatte større risiko for at blive udsat for vold og for selvmordsforsøg.

Der er en betydelig overrepræsentation af ikke-naturlige dødsfald blandt forældre til førstegangsanbragte børn i forhold til dødsfald generelt, jf. figur 4.13 og 4.14. Ses der på forældrenes dødsårsager blandt de anbragte børn og unge, der har mistet forældre inden anbringelse uden for hjemmet, er 66 pct. af dødsfaldene registreret som 'naturlig død', mens 16 pct. er registreret som en ulykke, 8 pct. som selvmord og 3 pct. som voldsrelateret, jf. figur 4.13.



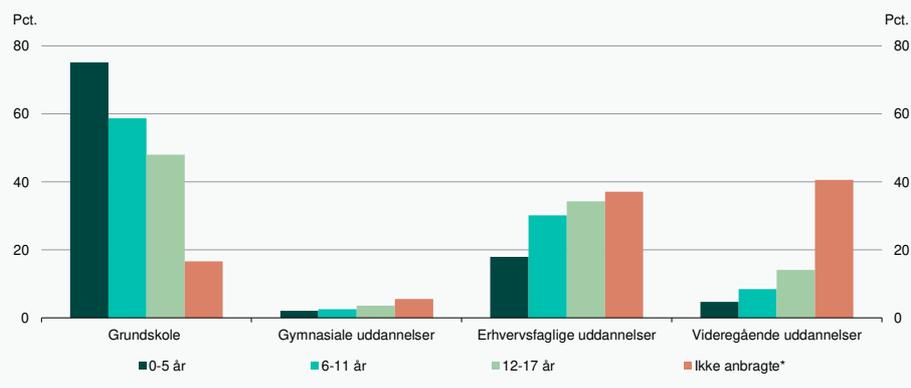
Anm.: Figur 4.13 omfatter afdøde forældre til førstegangsanbragte børn og unge, der blev anbragt uden for hjemmet i årene 2015-2019. Personer, som er døde i 2019, har ikke oplysninger om dødsårsager, da det seneste dødsårsagsregister kun går til ultimo 2018. Figur 4.14 omfatter alle registrerede dødsfald i Danmark i perioden 2015-2018. Figuren summerer ikke til 100 pct. pga. afrundinger.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

4.9 Bilag

Figur 4.15

Uddannelsesniveau blandt fædre til førstegangsanbragte børn og unge efter alder



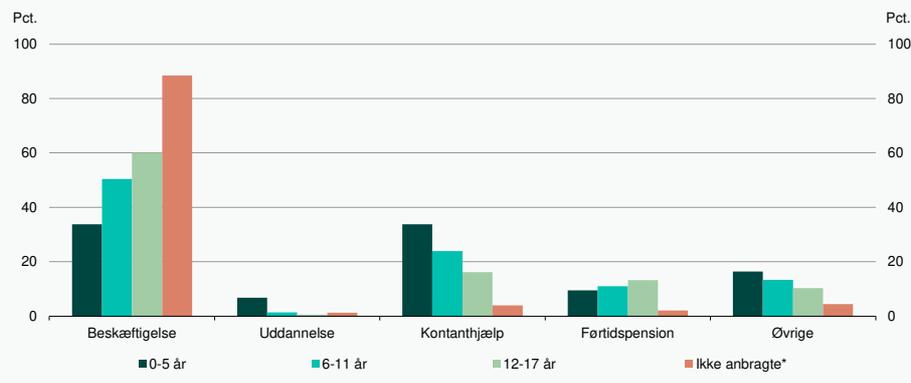
Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der ikke har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter alle 0-17-årige, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og for hvem der findes oplysninger om fars uddannelse. Uddannelsesniveau angiver fædres højest fuldførte uddannelse, opgjort pr. 30. september i anbringelsesåret. 'Grundskole' inkluderer også manglende uddannelse. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 9.559.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Figur 4.16

Socioøkonomisk status blandt fædre til førstegangsanbragte børn og unge efter alder

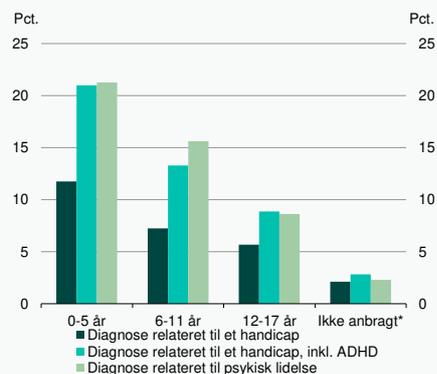


Anm.: Omfatter alle 0-17-årige, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og for hvem der findes oplysninger om fars socioøkonomiske status. Fædres socioøkonomiske status er opgjort i året før barnets eller den unges anbringelse. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Antal anbragte børn og unge = 8.964.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

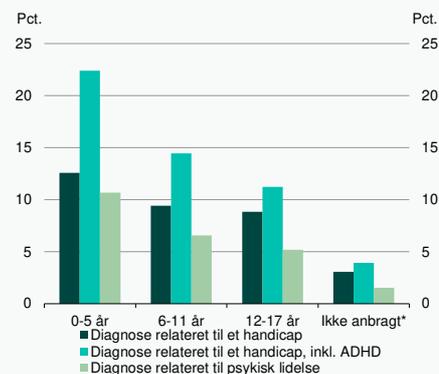
Figur 4.17

Udvalgte diagnoser blandt mødre til førstegangsanbragte børn og unge efter alder



Figur 4.18

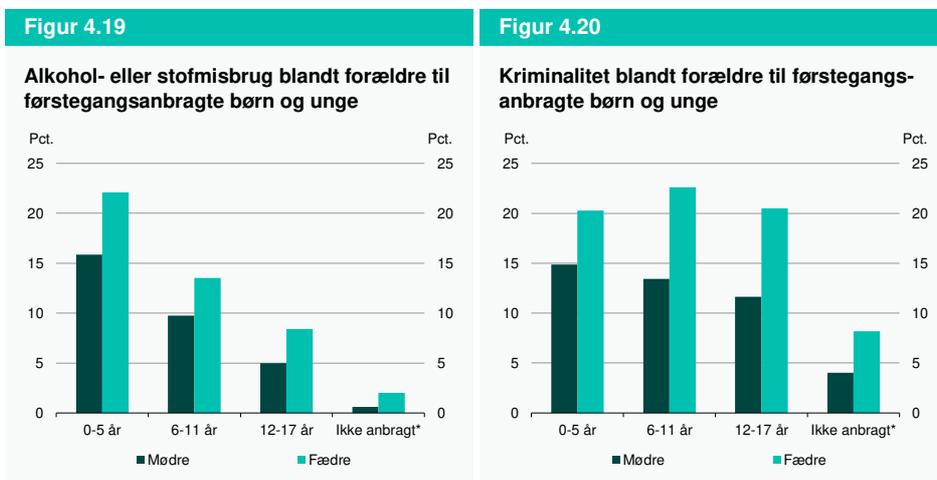
Udvalgte diagnoser blandt fædre til førstegangsanbragte børn og unge efter alder



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, som fik iværksat en førstegangsanbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som findes i befolkningsregistret ultimo året. Figur 4.17 omfatter kun børn og unge, som har oplysninger om en biologisk mor, N = 10.174. Figur 4.18 omfatter kun børn og unge, som har oplysninger om en biologisk far, N = 9.559. Diagnoser, der kan være forbundet med et handicap, omfatter autismespektrum, mental retardering, hjerneskade, muskelsvind, Downs, cerebral parese. Diagnoser forbundet med psykiske lidelse omfatter diagnosegrupperne psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer mv., depression mv., skizofreni mv., angst mv., personlighedsforstyrrelse mv., spiseforstyrrelse mv. Se mere i boks 4.1. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.



Note: *) Ikke anbragt omfatter 0-17-årige ultimo 2019, der *ikke* har været anbragt uden for hjemmet.

Anm.: Omfatter børn og unge i alderen 0-17 år, som fik iværksat en førstegangs-anbringelse uden for hjemmet i løbet af 2015-2019, og som findes i befolkningsregistret ultimo året. Alkohol- og stofmisbrug blandt forældre bygger på data vedrørende social stofmisbrugsbehandling, årsager til anbringelse blandt de anbragte børn og unge, samt data vedrørende diagnoser relateret til misbrug, se mere herom i boks 4.1. Kriminalitet blandt forældre er opgjort på baggrund af, om de har modtaget en fældende strafferetlig dom, opgjort på tidspunktet for barnet eller den unges anbringelse. Alderen angiver barnets eller den unges alder på anbringelsestidspunktet. Anbragte børn og unge = 10.970.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Kapitel 5

Anbragte børn og unges trivsel

Børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, trives generelt dårligere på en række områder end jævnaldrende børn og unge. Det kan der være flere grunde til, og det skal ses i lyset af de sociale problemer, som har været en medvirkende årsag til, at kommunen har fundet det nødvendigt med en anbringelse uden for hjemmet. Derudover anbringes nogle børn og unge uden for hjemmet som følge af psykiske vanskeligheder eller fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Det er imidlertid langt fra alle anbragte børn og unge, som trives dårligt. Når man ser på tværs af alder, køn, anbringelsessted mv., er der grupper af anbragte børn og unge, som trives rigtig godt, og som generelt oplever en høj livstilfredshed i hverdagen. Omvendt er der også grupper af anbragte børn og unge, som viser tegn på alvorlig mistrivsel som for eksempel selvskadende adfærd.

Formålet med dette kapitel er at beskrive nogle af de mest centrale trivselsproblematikker i forhold til anbragte børn og unge, herunder at få beskrevet, hvad der karakteriserer de grupper af anbragte børn og unge, som viser tydelige tegn på mistrivsel. Analyserne tager afsæt i data fra trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i alderen 11-17 år i henholdsvis 2014, 2016 og 2018.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Langt de fleste børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, er glade for deres anbringelsessted og føler sig hjemme, hvor de bor. Blandt de 11-17-årige piger og drenge i plejefamilier er det i størrelsesordenen 90-95 pct., som svarer, at de har det godt, hvor de bor. På døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er det derimod mindre end 80 pct. blandt drengene og omkring 60 pct. af pigerne.
- Når anbragte i plejefamilier generelt trives bedre på deres anbringelsessted, skal det ses i sammenhæng med, at det oftest er de børn og unge med de mest komplekse problemstillinger, som anbringes på døgninstitutioner mv. De vil i mange tilfælde have brug for mere socialpædagogisk støtte og hjælp, end en plejefamilie i udgangspunktet kan tilbyde. Dog skal det samtidig understreges, at børn og unge med funktionsnedsættelser med et stort pleje- og behandlingsbehov vil kunne have gavn af at være anbragt på en døgninstitution med specialiseret personale til at varetage deres komplekse behov. Da disse børn og unge desuden formodentlig er underrepræsenteret i denne undersøgelse, er det derfor ikke givet, at konklusionen om ringere trivsel på døgninstitutioner også gælder disse børn og unge.

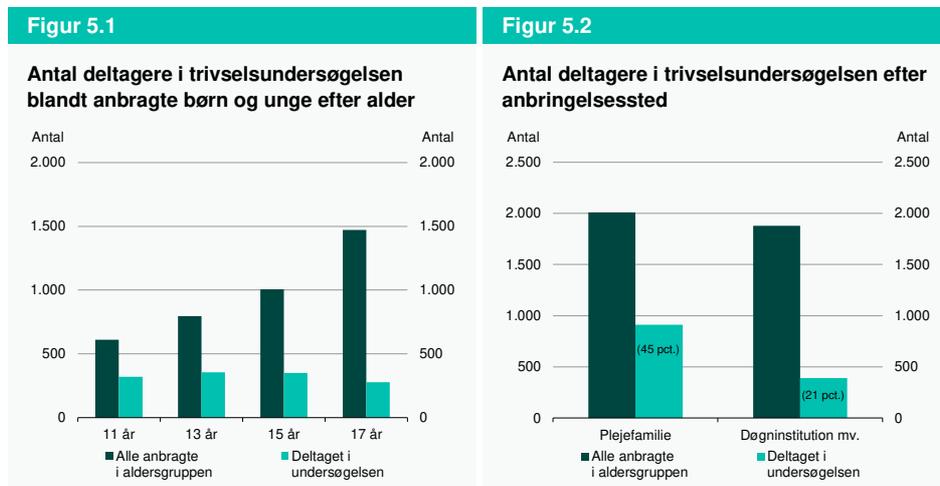
- En del af forklaringen ligger formentlig også i, at børn og unge i plejefamilier oftest er anbragt i en tidligere alder, ligesom de oftest har boet det samme sted i længere tid. Hvor det er omkring 45 pct. blandt de 11-17-årige på døgninstitutioner mv., som har boet det samme sted i mindre end 2 år, gælder det ca. 10 pct. blandt anbragte i plejefamilier.
- Anbragte piger udgør en væsentlig mere sårbar gruppe end anbragte drenge på flere dimensioner af psykisk mistrivsel. Næsten 40 pct. blandt anbragte piger har som 15-årige indikationer på psykisk mistrivsel (målt med redskabet SDQ). Det er ca. dobbelt så høj en andel som hos anbragte drenge, mens det kun er 2-4 pct. blandt alle 15-årige drenge og piger i Danmark generelt.
- Når en markant højere andel hos anbragte piger viser tegn på psykisk mistrivsel, hænger det sammen med, at anbragte piger har flere emotionelle problemer. De er oftere bekymrede, ligesom de oftere føler sig ensomme og kede af det. Blandt 15-årige piger på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er det eksempelvis mere end 30 pct., som ofte eller meget ofte føler sig ensomme.
- Sent anbragte unge har samtidig flere emotionelle problemer end tidligt anbragte. Blandt de piger, som blev anbragt første gang uden for hjemmet i 0-5-årsalderen, er det lidt under 40 pct., som ligger uden for normalområdet i forhold til emotionelle problemer. Blandt de piger, som blev anbragt første gang uden for hjemmet i 12-17-årsalderen, er det derimod 60 pct.
- Problemer med psykisk mistrivsel følger i høj grad anbragte børn og unge ind i det tidlige voksenliv, hvilket især ses hos pigerne. Som 18-årige har 11 pct. af anbragte piger fået stillet en diagnose for depression mv., mens 32 pct. har en diagnose for angst mv. Samtidig er det mere end 60 pct. af pigerne, som har udvist bevidst selvskadende adfærd eller haft tanker om selvskade, mens 40 pct. har forsøgt selvmord. Det skal også ses i lyset af, at nogle af anbringelserne netop er iværksat som følge af psykiske vanskeligheder, herunder selvskadende adfærd.
- Anbragte drenge udgør derimod en mere udsat gruppe end anbragte piger, når man ser på diagnoser som ADHD og autisme mv. samt særlige former for risikoadfærd. Eksempelvis er det 17 pct. blandt anbragte drenge i 17-årsalderen, der har røget hash inden for de seneste 30 dage, mens 13 pct. har brugt vold eller trusler om vold mod andre inden for de seneste 6 måneder. Brugen af rusmidler kan være udtryk for alvorlig mistrivsel, hvis de har til formål at slippe negative tanker.
- Resultaterne viser også, at der er en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel og anbragtes faglige resultater i grundskolen. Fagligt svage anbragte børn og unge ser ud til at have flere personlige udfordringer, som kan mindske forudsætningen for at klare sig fagligt godt i skolen og i uddannelsessystemet. Det handler blandt andet om koncentrationsevne og adfærdsproblemer.

5.1 Trivsel blandt anbragte børn og unge

Der er flere grunde til, at det er vigtigt at forholde sig til anbragte børn og unges trivsel. Som tidligere undersøgelser har vist, er der en sammenhæng mellem børn og unges trivsel og en række risikofaktorer i voksenlivet. Vedvarende mistrivsel og ensomhed hos børn og unge kan blandt andet resultere i depression og selvskadende adfærd (Vanhalst et al., 2018; Goosby et al., 2013).

Analyserne nedenfor tager afsæt i data fra trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i alderen 11, 13, 15 og 17 år og kombinerer surveydata fra de tre år, hvor undersøgelsen er gennemført i henholdsvis 2014, 2016 og 2018⁴. Fordelen ved at kombinere data for de tre undersøgelser er, at man får et større datagrundlag, og derved bliver den statistiske usikkerhed mindre, når man opdeler besvarelserne på forskellige undergrupper af anbragte børn og unge. Det betyder dog også, at der for nogle af opgørelserne vil være tale om trivsel målt på tværs af perioden 2014-2018.

I den seneste spørgeskemaundersøgelse fra 2018 deltog godt 1.300 anbragte børn og unge i alderen 11-17 år, hvilket svarer til 33 pct. af alle anbragte børn og unge i aldersgruppen. Besvarelserne fordeler sig nogenlunde lige på de fire alderstrin. Det betyder imidlertid også, at besvarelserne ikke er repræsentative for den fulde population af anbragte børn og unge, idet de ældre alderstrin er underrepræsenteret i besvarelserne, ligesom børn og unge i plejefamilier er en smule overrepræsenteret, jf. figur 5.1 og 5.2.



Anm.: Børn og unge på hhv. 11, 13, 15 og 17 år, som deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i 2018.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

⁴ For en uddybning af baggrund, datagrundlag og spørgsmål i de tre trivselsundersøgelser se SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2014, 2016) og Rambøll (2018).

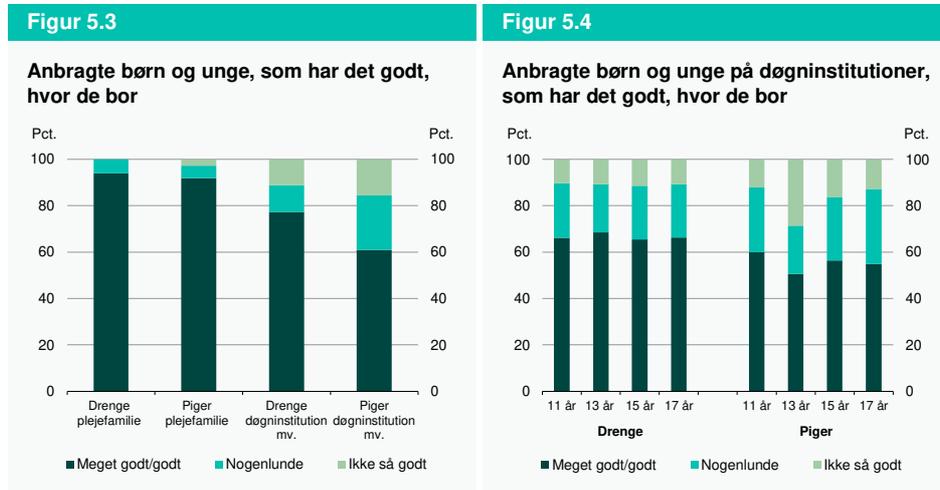
For at imødekomme udfordringer med manglende repræsentativitet i stikprøven og mindske målebias er resultaterne i analysen vægtet ud fra respondenternes alder, køn og anbringelsessted. Her skal det nævnes, at børn og unge med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse kan blive anbragt uden for hjemmet efter samme bestemmelser i serviceloven, som de børn og unge, der anbringes på grund af sociale problemer i hjemmet. Det er imidlertid ikke muligt at opgøre på baggrund af registerdata, i hvilken grad anbragte børn og unge med funktionsnedsættelser indgår i undersøgelsen. Det må dog forventes, at anbragte børn og unge med betydelige funktionsnedsættelser i nogen grad er underrepræsenteret i undersøgelsen.

5.2 Trivsel på anbringelsesstedet

Hvis en kommune træffer afgørelse om at anbringe et barn eller en ung person uden for hjemmet, eksempelvis i en plejefamilie, skal det altid bero på en konkret vurdering af barnets støttebehov og være af hensyn til barnets trivsel og udvikling. Her er det selvsagt afgørende, at plejefamilierne og de øvrige anbringelsessteder får skabt rammerne for en god og tryk opvækst og får hjulpet anbragte børn og unge til en hverdag i trivsel. Det handler blandt andet om, at anbragte børn og unge skal føle sig hjemme på deres anbringelsessted, og at de får opbygget nogle nære og tillidsfulde relationer til de voksne.

Spørger man de børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, hvad de selv synes om deres anbringelsessted, så er langt de fleste glade for deres anbringelsessted og føler sig hjemme, hvor de bor. Der ses imidlertid forskelle på tværs af anbringelsessted og køn. Anbragte børn og unge i plejefamilier trives generelt bedre end børn og unge på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, ligesom drenge generelt trives bedre end piger.

Blandt 11-17-årige drenge i plejefamilier svarer knap 95 pct., at de har det godt, hvor de bor, hvilket er en lidt større andel end hos piger i plejefamilier. På døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er det mindre end 80 pct. blandt drengene og kun omkring 60 pct. af pigerne, som har det godt, hvor de bor. Det gælder for alle alderstrin, at piger på døgninstitutioner mv. trives dårligere end drengene, jf. figur 5.3 og 5.4.



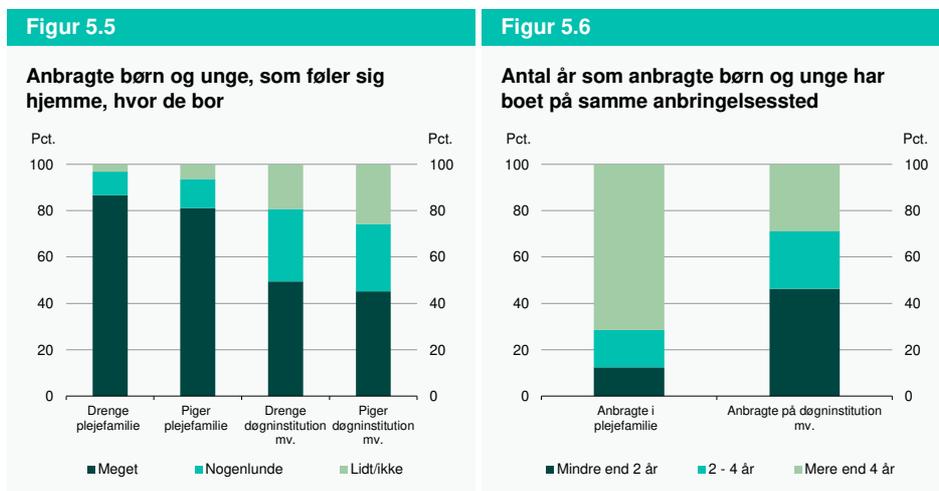
Anm.: Anbragte børn og unge på hhv. 11, 13, 15 og 17 år, som deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i 2018. Figur 5.4 er baseret på besvarelser fra 2014-2018. "Anbragte børn og unge på døgninstitution" omfatter også anbringelser på socialpædagogiske opholdssteder. Børn og unge, som har svaret "Ved ikke", indgår ikke i opgørelsen grundet diskretionshensyn.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der kan være flere forklaringer på, at børn og unge på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder ikke trives nær så godt, som børn og unge i plejefamilier. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at det oftest er de børn og unge med de mest komplekse problemstillinger, som visiteres til en anbringelse på en døgninstitution mv. Det kan blandt andet være udadreagerende børn og unge, som har en svær psykisk sygdom, eller børn og unge med funktionsnedsættelser. De vil i mange tilfælde have brug for en mere omfattende socialpædagogisk støtte og hjælp, end en plejefamilie i udgangspunktet kan tilbyde.

Dog skal det samtidigt bemærkes, at børn og unge med funktionsnedsættelser med et stort pleje- og behandlingsbehov, vil kunne have gavn af at være anbragt på en døgninstitution med specialiseret personale til at varetage deres komplekse behov. Da disse børn og unge desuden formodentlig er underrepræsenteret i denne undersøgelse, er det derfor ikke givet, at konklusionen om ringere trivsel på døgninstitutioner også gælder disse børn og unge.

Anbragte børn og unge på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er også den gruppe af anbragte børn og unge, som føler sig mindst hjemme på deres anbringelsessted. Hvor det er mere end 80 pct. blandt de 11-17-årige drenge og piger i plejefamilier, som føler sig meget hjemme, hvor de bor, er det i størrelsesorden 45-50 pct. blandt jævnaldrende piger og drenge på døgninstitutioner mv., jf. figur 5.5.



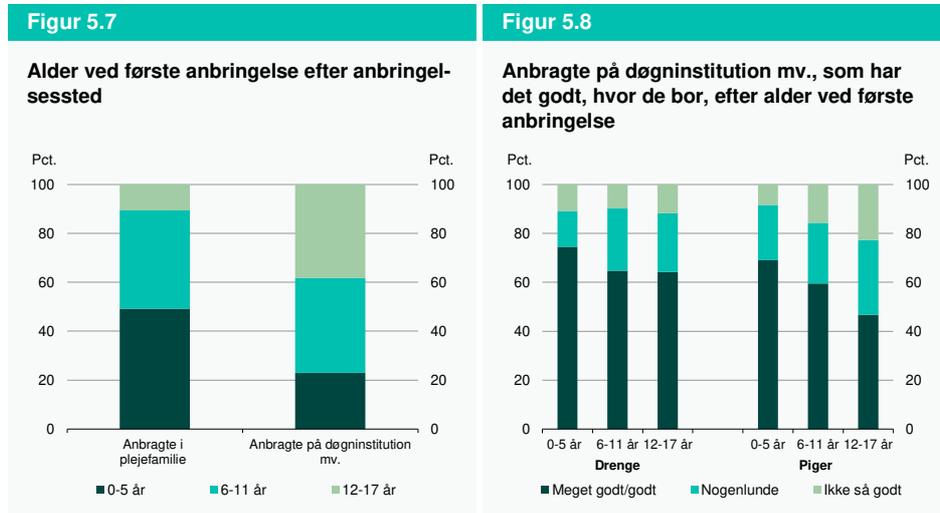
Anm.: Anbragte børn og unge på hhv. 11, 13, 15 og 17 år, som deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i 2018.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når anbragte børn og unge på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder føler sig mindre hjemme, skal det også ses i lyset af, at de oftest har boet på deres anbringelsessted i kortere tid end anbragte i plejefamilier. Hvor det er omkring 45 pct. blandt de 11-17-årige på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, som har boet det samme sted i mindre end 2 år, gælder det kun omkring 10 pct. blandt anbragte i plejefamilier, jf. figur 5.6.

Det hænger i nogen grad sammen med, at man oftest vil forsøge at flytte børn og unge fra en døgninstitution til en plejefamilie, hvis der sker en forbedring i deres støttebehov, for eksempel på grund af en omfattende socialpædagogisk indsats. Det hænger imidlertid også sammen med, at børn og unge på døgninstitutioner mv. oftest er anbragt i en senere alder.

Blandt de 11-17-årige i plejefamilier er det ca. halvdelen, som er anbragt før 6-årsalderen, mens omkring 10 pct. er anbragt som 12-17-årig. Til sammenligning er det ca. 40 pct. blandt anbragte på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, der er anbragt som 12-17-årig, mens lidt over 20 pct. er anbragt før 6-årsalderen, jf. figur 5.7.



Anm.: Anbragte børn og unge på hhv. 11, 13, 15 og 17 år, som deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i 2018. Figur 5.8 er baseret på besvarelser fra 2014-2018. "Anbragte på døgninstitution mv." omfatter også anbringelser på socialpædagogiske opholdssteder. Børn og unge, som har svaret "Ved ikke", indgår ikke i opgørelsen grundet diskretionshensyn.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der ses også en sammenhæng mellem alder ved første anbringelse og andelen, som har det godt, hvor de bor. Blandt drenge på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, som er anbragt før 6-årsalderen, er det 75 pct., som har det godt, hvor de bor, mens andelen er lidt lavere, omkring 65 pct., for drenge anbragt som 12-17-årige. Samme billede tegner sig hos pigerne, om end her ligger de sent anbragte piger endnu lavere i trivsel. Piger på døgninstitutioner mv. anbragt i 12-17-årsalderen er således den gruppe af anbragte børn og unge, som trives dårligst på deres anbringelsessted. Her er det mindre end halvdelen, som svarer, at de har det godt, hvor de bor, jf. figur 5.8.

5.3 Psykisk mistrivsel blandt anbragte børn og unge

Der findes ikke en klar definition af eller konsensus i litteraturen om, hvad psykisk mistrivsel dækker over. Fælles for de fleste tilgange er dog, at trivsel generelt beskrives som en flerdimensionel størrelse (Huppert & So, 2013). Derudover er der enighed om, at psykisk mistrivsel skal forstås bredere end psykiske lidelser, der bruges som en mere klinisk betegnelse om personer med en psykiatrisk diagnose (VIVE, 2020a).

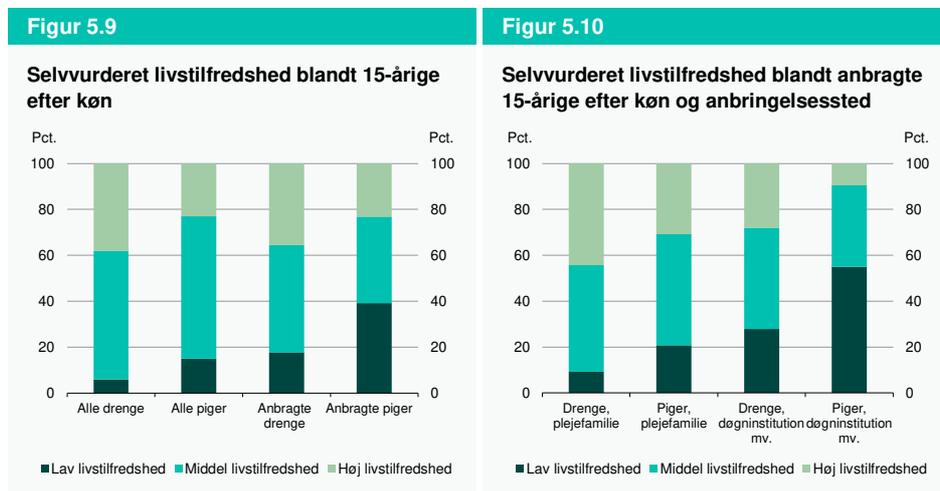
Analyserne nedenfor vil på den baggrund belyse forskellige dimensioner af psykisk mistrivsel hos anbragte børn og unge. Det vedrører blandt andet anbragtes selv vurderede livstilfredshed, indikationer på psykisk mistrivsel målt ved SDQ-indekset⁵, ensomhed samt visse former for risikoadfærd. Fordelen ved at se på disse dimensioner af psykisk mistrivsel er blandt andet, at man kan sammenligne trivslen hos anbragte børn og unge

⁵ The Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman et al., 2000).

med trivlsen hos børn og unge generelt, idet VIVE anvender mange af de samme spørgsmål i deres landsdækkende survey blandt børn og unge i Danmark (VIVE, 2018c).

Hvis man beder anbragte børn og unge om at vurdere deres egen livstilfredshed og sammenholder med børn og unge i Danmark generelt, er der særligt to iøjefaldende tendenser. Den første tendens er, at piger generelt trives dårligere end drenge. Hvor det er 6 pct. blandt 15-årige drenge i Danmark, som har en lav selvvalgt livstilfredshed, gælder det 15 pct. blandt jævnaldrende piger.

Den anden iøjefaldende tendens er, at anbragte piger trives betydeligt dårligere end anbragte drenge. Blandt anbragte piger i 15-årsalderen er det knap 40 pct., som har en lav selvvalgt livstilfredshed, hvilket er mere end dobbelt så stor en andel end hos anbragte drenge, jf. figur 5.9.



Anm.: Selvvalgt livstilfredshed blandt 15-årige i 2018. Figur 5.10 er opgjort for 15-årige i hhv. 2014, 2016 og 2018. Livstilfredshed er målt ved hjælp af Cantril's Ladder (Cantril, 1965). De unge har selv angivet deres tilfredshed med tilværelsen på en skala fra 0-10, hvor 0-5 opgøres som lav livstilfredshed, 6-8 som middel livstilfredshed, og 9-10 som høj livstilfredshed. En χ^2 -test bekræfter, at forskellen i selvvalgt livstilfredshed mellem anbragte drenge og anbragte piger er statistisk signifikant ($P < 0,01$).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata samt Børn og unge i Danmark 2018 (VIVE, 2018c).

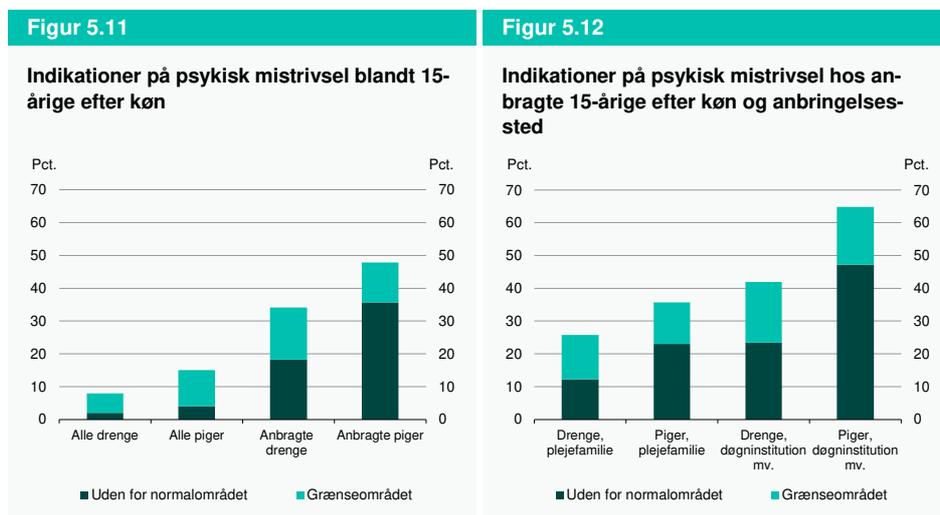
Der er også mærkbare forskelle i anbragtes selvvalgte livstilfredshed, når man ser på tværs af anbringelsessted og køn. Blandt anbragte i 15-årsalderen er det drenge i plejefamilier, som trives bedst. Her er det færre end 10 pct., som har en lav livstilfredshed. I den anden ende af spektret ligger anbragte piger på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder. Her er det 55 pct., der har en lav selvvalgt livstilfredshed som 15-årige, hvilket er ca. dobbelt så stor en andel som hos jævnaldrende drenge på døgninstitutioner mv., jf. figur 5.10.

Der tegner sig et lignende billede, når man ser på indikationer på psykisk mistrivsel målt ved SDQ-indekset. Det er et spørgeskemabaseret screeningsinstrument, som anvendes

til at identificere psykiske problemer og afvigende adfærd hos børn og unge. Ud fra besvarelser på 25 udsagn kan man kategoriseres i henholdsvis normalområdet, grænseområdet eller uden for normalområdet. Her skal normalområdet forstås som en statistisk normalitet, det vil sige, at det er i denne gruppe, hvor langt størstedelen af populationen vil placere sig (VIVE, 2018c).

Målt på SDQ-indekset har piger generelt flere indikationer på psykisk mistrivsel som 15-årige end jævnaldrende drenge. Det er imidlertid en lille andel, i størrelsesorden 2-4 pct. af alle piger og drenge, der som 15-årige placerer sig uden for normalområdet.

Ser man derimod på, hvordan anbragte børn og unge placerer sig på SDQ-indekset som 15-årige, er det en mærkbar større andel af både drenge og piger, som har indikationer på psykisk mistrivsel. Hvor det er 18 pct. blandt anbragte drenge, som ligger uden for normalområdet, gælder det 36 pct. blandt anbragte piger i 15-årsalderen, jf. figur 5.11.



Anm.: Indikationer på psykisk mistrivsel blandt 15-årige i 2018 målt ved SDQ-indekset. Figur 5.12 er opgjort for 15-årige i hhv. 2014, 2016 og 2018. En χ^2 -test bekræfter, at forskellen mellem anbragte drenge og anbragte piger på den samlede SDQ-score er statistisk signifikant ($P < 0,01$).

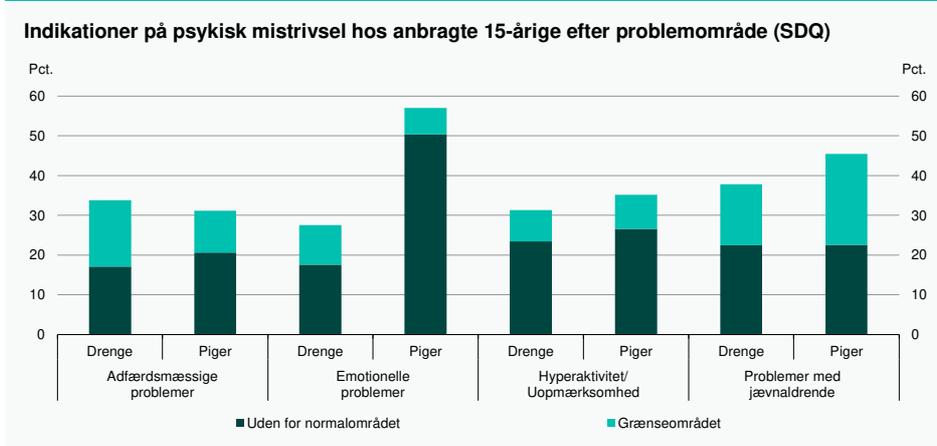
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata samt Børn og unge i Danmark 2018 (VIVE, 2018c).

Der ses også markante forskelle i psykisk mistrivsel hos henholdsvis anbragte drenge og anbragte piger, når man ser på tværs af anbringelsesstederne. Blandt 15-årige drenge i plejefamilier er det 12 pct., som ligger uden for normalområdet, mens det er 23 pct. hos jævnaldrende piger i plejefamilier. Ser man på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder, er det også 23 pct. blandt drengene, som ligger uden for normalområdet på SDQ-indekset som 15-årige, mens det gælder knap halvdelen, 47 pct., af pigerne.

SDQ-indekset kan inddeles i fire underliggende problemområder, hvilket kan være en hjælp til at konkretisere psykiske problemer og adfærdsvanskeligheder hos børn og

unge. Det kan ydermere give en indikation af, hvorfor der er så markante forskelle mellem anbragte piger og drenge i forhold til psykisk mistrivsel. Ser man på de fire problemområder af SDQ-indekset, ligger anbragte drenge og piger nogenlunde på niveau inden for de tre problemområder, som vedrører adfærdsmæssige problemer, hyperaktivitet eller uopmærksomhed samt problemer med jævnaldrende. Anbragte piger skiller sig imidlertid markant ud fra anbragte drenge på de emotionelle problemer⁶. Hvor det er mindre end 20 pct. blandt anbragte drenge i 15-årsalderen, som ligger uden for normalområdet i forhold til emotionelle problemer, gælder det derimod 50 pct. blandt anbragte piger, jf. figur 5.13.

Figur 5.13



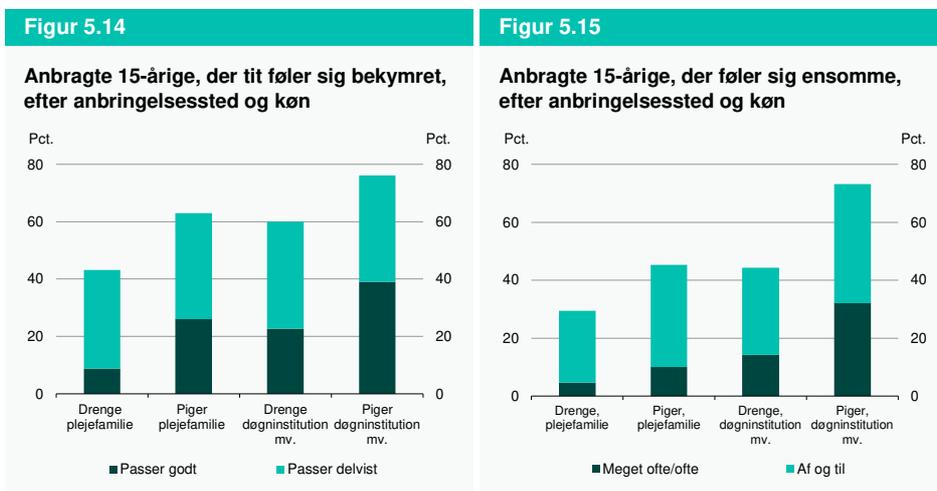
Anm.: Indikationer på psykisk mistrivsel blandt 15-årige i 2018 målt ved SDQ-indekset opgjort efter problemområde. En chi²-test viser, at forskellen mellem anbragte drenge og piger kun er statistisk signifikant ift. emotionelle problemer ($P < 0,01$).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når anbragte piger i langt større grad end anbragte drenge har indikationer på psykisk mistrivsel målt på SDQ-indekset, så skyldes det altså, at anbragte piger oftest har flere emotionelle problemer. Det betyder helt konkret, at anbragte piger langt oftere end anbragte drenge er bekymrede, at de langt oftere har psykosomatiske symptomer som ondt i maven eller hovedet, og at de langt oftere er kede af det.

Spørger man således anbragte unge i 15-årsalderen, om de tit føler sig bekymrede, giver mindre end 10 pct. blandt drenge i plejefamilier udtryk for, at det passer godt, mens det tilsvarende er lidt over 25 pct. blandt piger i plejefamilier. På døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder er det lidt over 20 pct. af de 15-årige drenge, der tit føler sig bekymret, mens det gælder næsten 40 pct. af pigerne, jf. figur 5.14.

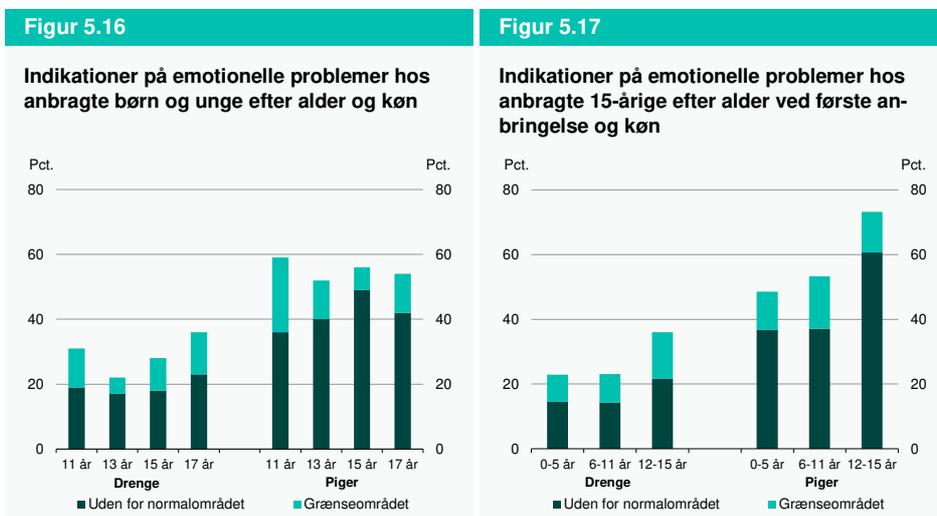
⁶ Emotionelle problemer er det eneste problemområde, hvor der ses en statistisk signifikant forskel mellem anbragte drenge og piger målt ved en chi²-test ($P < 0,01$).



Anm.: Anbragte børn og unge som 15-årige, der deltog i trivselsundersøgelsen i hhv. 2014, 2016 og 2018.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ensomhed er en anden vigtig indikator for psykisk mistrivsel, som kan have stor betydning for anbragte børn og unges generelle livstilfredshed. Også her er der en tendens til, at anbragte piger på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder udgør en særlig sårbar gruppe. Hos 15-årige drenge i plejefamilier er det omkring 5 pct., der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, mens det gælder 10 pct. blandt anbragte piger i plejefamilier. Til sammenligning er det knap 15 pct. blandt 15-årige drenge på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder og mere end dobbelt så stor en andel blandt pigerne, hvor 32 pct. ofte eller meget ofte føler sig ensomme, jf. figur 5.15.

Det gælder for alle alderstrin blandt anbragte børn og unge i 11-17-årsalderen, at pigerne i langt større grad end drengene har indikationer på emotionelle problemer. Hvor det er i størrelsesorden 17-23 pct. blandt anbragte drenge i 11-17-årsalderen, som ligger uden for normalområdet i forhold til emotionelle problemer, er det omkring 35-50 pct. blandt pigerne. For både anbragte drenge og piger er der desuden en lille tendens til, at omfanget af emotionelle problemer stiger med alderen, jf. figur 5.16.



Anm.: Anbragte børn og unge på hhv. 11, 13, 15 og 17 år, som deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i 2018. Figur 5.17: Anbragte børn og unge som 15-årige, der deltog i trivselsundersøgelsen i hhv. 2014, 2016 og 2018. Indikationer på emotionelle problemer er målt ved SDQ-indekset.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der ses samtidig en tydelig tendens til, at børn og unge anbragt i en sen alder i langt større grad har emotionelle problemer end de børn og unge, som blev anbragt i en tidlig alder. Det gælder både hos anbragte drenge og piger. Blandt piger, som blev anbragt første gang uden for hjemmet i 0-5-årsalderen, er det lidt under 40 pct., som ligger uden for normalområdet i forhold til emotionelle problemer. Blandt piger, som blev anbragt første gang uden for hjemmet i 12-17-årsalderen, er det derimod 60 pct., jf. figur 5.17.

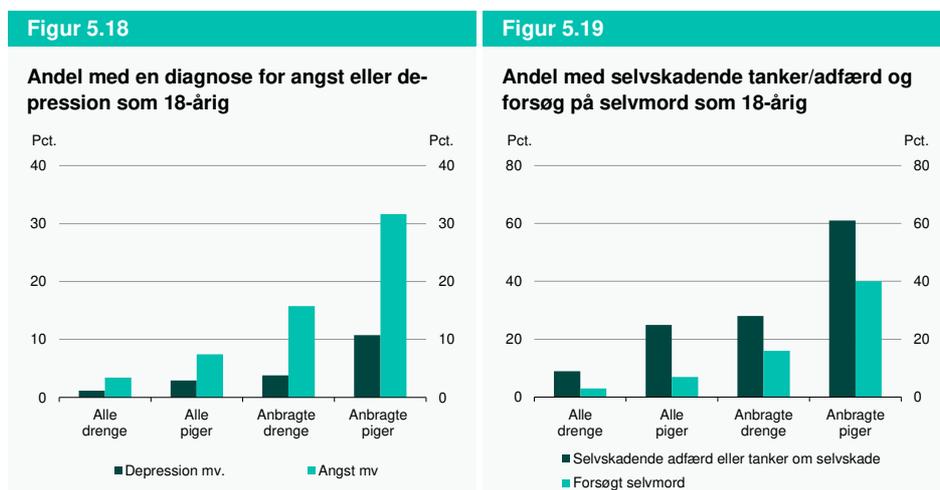
Afhængig af barnets alder vil en anbringelse uden for hjemmet alt andet lige være en stor følelsesmæssig omvæltning, som kan være forbundet med både sorg og stor frustration. Det gælder formentlig i særlig grad, hvis der er tale om en anbringelse uden forældrenes eller barnets samtykke. Det er måske også en del af forklaringen på, at man ser flere emotionelle problemer hos de 15-årige, som er anbragt uden for hjemmet i en sen alder, da de har haft kortere tid til at omstille sig til den nye hverdag.

Derfor er det også vigtigt at holde sig for øje, at trivselsundersøgelsen giver et øjebliksbillede af anbragte børn og unges trivsel. De fleste mennesker vil formentlig opleve forskellige grader af mistrivsel og ensomhed i perioder af deres liv, uden at det nødvendigvis har alvorlige konsekvenser til følge. Vedvarende mistrivsel og ensomhed er derimod et alvorligt problem, som blandt andet kan bidrage til udviklingen af depression og selvskadende adfærd (Vanhalst et al., 2018; Goosby et al., 2013).

Ser man på omfanget af psykiske lidelser som angst og depression samt selvskadende adfærd, herunder forsøg på selvmord, er der også markante forskelle mellem anbragte og øvrige unge. Det skal imidlertid også ses i lyset af, at børn og unge kan blive anbragt

uden for hjemmet netop 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. Kommunernes systematiske fokus på sundhed i den børnefaglige undersøgelse kan måske medvirke til, at man får opsporet og stillet flere diagnoser hos anbragte børn og unge, end man gør hos jævnaldrende børn og unge.

Blandt alle drenge i 18-årsalderen er det henholdsvis 1 pct. og 3 pct., som har fået stillet en diagnose for angst mv. eller en depression mv. inden for de seneste fem år. Blandt alle piger i 18-årsalderen ligger niveauerne højere på henholdsvis 3 pct. og 7 pct. Ser man derimod på de 18-årige unge, som er anbragt i efterværn, eller som har været anbragt på et tidligere tidspunkt i livet, er det henholdsvis 4 pct. og 16 pct. blandt drengene, som har fået stillet en diagnose for depression eller angst mv. inden for de seneste fem år, mens det gælder henholdsvis 11 pct. og 32 pct. blandt pigerne, jf. figur 5.18.



Anm.: 18-årige unge pr. 31.december 2018, som har fået stillet en diagnose for angst mv. eller depression mv. i perioden 2014-2018. "Anbragte" omfatter personer, som enten er anbragt som led i et efterværn, eller som har været anbragt på et tidligere tidspunkt i livet. Figur 5.19: Andel blandt 18-årige, som har udøvet bevidst selvskadende adfærd/haft tanker om selvskaede, eller forsøgt at begå selvmord på et tidspunkt i deres liv.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata samt Anbragte unges sundhed (VIVE, 2017).

Der tegner sig et lignende billede, når man ser på selvskadende adfærd og forsøg på selvmord. Blandt alle drenge i 18-årsalderen er det lidt under 10 pct., som på et tidspunkt i livet har udvist bevidst selvskadende adfærd, herunder haft tanker om selvskaede, mens 3 pct. har forsøgt selvmord. Blandt alle piger i 18-årsalderen ligger niveauerne for selvskaede og forsøg på selvmord højere på henholdsvis 25 pct. og 9 pct.

Spørger man derimod 18-årige drenge, som enten er anbragt uden for hjemmet som led i et efterværn, eller som har været anbragt tidligere i livet, så er det knap 30 pct., som på et tidspunkt i livet har udvist bevidst selvskadende adfærd, herunder haft tanker om

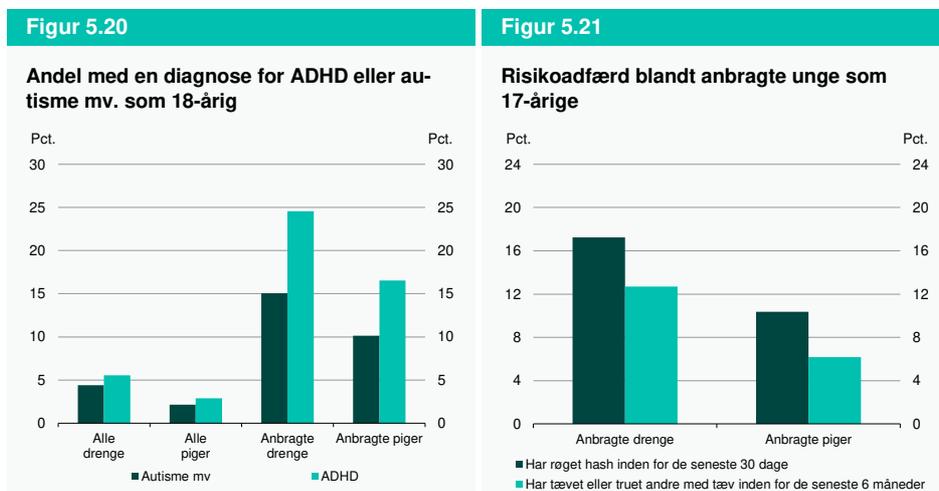
selvskade, mens 16 pct. har forsøgt selvmord. Til sammenligning er niveauerne mærkbart højere hos 18-årige piger, som enten er anbragt i efterværn, eller som har været anbragt tidligere i livet. Her er det mere end 60 pct., der har udvist bevidst selvskadende adfærd eller haft tanker om selvskade, mens 40 pct. har forsøgt selvmord, jf. figur 5.19.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at de alvorlige hændelser som selvskadende adfærd og forsøg på selvmord ikke nødvendigvis har fundet sted under anbringelsen. Der kan være tale om hændelser, som ligger forud for anbringelsen, og i nogle tilfælde har det formentlig været en medvirkende årsag til, at de blev anbragt uden for hjemmet.

Resultaterne ovenfor viser dog samlet set, at anbragte piger udgør en væsentlig mere udsat gruppe end anbragte drenge, når man ser på forskellige dimensioner af psykisk mistrivsel. Det gælder i særlig grad piger på døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder.

Anbragte drenge ser derimod ud til at være mere udsatte end anbragte piger, når man ser på andre diagnosegrupper. Eksempelvis er der en betydeligt større andel hos anbragte drenge, som har fået stillet en diagnose for ADHD eller autisme mv. Det er vigtigt at være opmærksom på, at der ikke kan laves en entydig kobling mellem en diagnose og en persons konkrete funktionsevne eller trivsel. Diagnoser som ADHD og autisme mv. er imidlertid indikationer på en udviklingsforstyrrelse, som kan give udfordringer i forskellige henseender i livet, som for eksempel i forhold til koncentrationsniveau og indlæring i skolen samt ens relationer til andre børn og unge.

Blandt alle drenge i 18-årsalderen er det henholdsvis 4 pct. og 6 pct., som har fået stillet en diagnose for autisme mv. eller ADHD. Blandt alle piger i 18-årsalderen ligger niveauerne en smule lavere på 2-3 pct. Ser man derimod på de 18-årige, som er anbragt i efterværn, eller som har været anbragt på et tidligere tidspunkt i livet, så er det henholdsvis 10 pct. og 17 pct. blandt pigerne, som har fået stillet en diagnose for autisme mv. eller ADHD, mens det gælder henholdsvis 15 pct. og 25 pct. blandt drengene, jf. figur 5.20.



Anm.: Andel blandt 18-årige pr. 31. december 2018, som har fået stillet en diagnose for ADHD eller autisme mv.
 "Anbragte" omfatter børn og unge, som har været anbragt uden for hjemmet på et tidspunkt i livet. Figur 5.21:
 Baseret på besvarelser fra 17-årige, der deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge i 2018.
 Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Anbragte drenge ser også ud til at være mere udsatte end anbragte piger, når man ser på forskellige former for risikoadfærd. Med risikoadfærd menes der en særlig type af adfærd, som øger ens risiko for at opleve negative hændelser i livet. Det kan eksempelvis være kriminalitet eller brug af rusmidler, som dels kan få alvorlige konsekvenser senere i livet (VIVE, 2018c; VIVE, 2020a).

Blandt anbragte unge i 17-årsalderen er det 17 pct. af anbragte drenge, som har røget hash inden for de seneste 30 dage, mens 13 pct. enten har brugt vold eller trusler om vold inden for de seneste 6 måneder. Til sammenligning gælder det henholdsvis 10 pct. og 6 pct. af anbragte piger, jf. figur 5.21.

Anbragte børn og unge har generelt et større forbrug af rusmidler end andre unge, hvilket øger deres risiko for at ende i et misbrug som voksne (SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2013; Berlin et al., 2011). Brugen af rusmidler kan desuden være et udtryk for alvorlig mistrivsel, idet nogle børn og unge anvender rusmidlerne for at slippe for negative tanker (VIVE, 2020a).

En kriminel løbebane kan også udgøre en barriere for et selvstændigt liv med uddannelse og arbejde. Hvis en ung person har begået gentagende eller alvorlig kriminalitet, kan kommunen eller ungdomskriminalitetsnævnet beslutte at iværksætte en social foranstaltning, eksempelvis i form af en fast støtte- eller kontaktperson, som skal støtte op om og hjælpe den unge ud af kriminalitet. I andre tilfælde kan en anbringelse være nødvendig, hvis kriminaliteten kan relateres til alvorlige sociale problemer i hjemmet. En anbringelse kan også iværksættes som led i en strafferetlig afgørelse for unge mellem 15 og 17 år som et alternativ til varetægtsfængsling i et arresthus eller afsoning i et fængsel. Når der således er tale om en relativt stor andel af anbragte både drenge og piger, som

enten har brugt vold eller trusler om vold, skal det også ses i lyset af, at de kan være blevet anbragt uden for hjemmet som følge af kriminalitet.

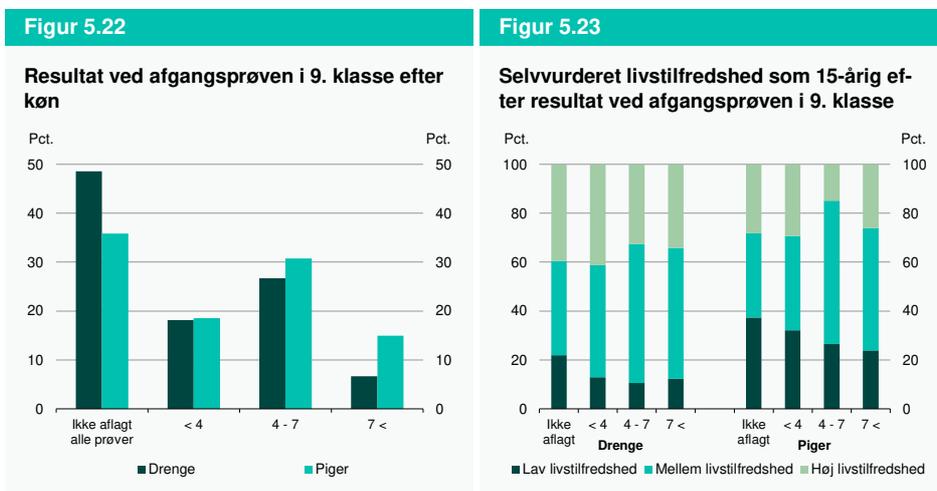
5.4 Sammenhæng mellem trivsel og faglige kompetencer

Som tidligere undersøgelser har vist, er der ofte en sammenhæng mellem børn og unges trivsel og deres faglige resultater i grundskolen. Det ses også hos anbragte børn og unge, som generelt trives dårligere, ligesom de ofte klarer sig markant dårligere rent fagligt i grundskolen sammenlignet med øvrige børn og unge (Børne- og Socialministeriet, 2018c). Det vil i mange tilfælde være de samme bagvedliggende faktorer, som kan forklare, at anbragte børn og unge både har en dårligere trivsel og lavere faglige resultater i grundskolen.

Dårlige resultater i grundskolen kan også resultere i dårligere trivsel og mindre selvværd hos børn og unge, hvis man eksempelvis får følelsen af, at man ikke er i stand til at lykkes rent fagligt, eller at man ikke kan løse de opgaver eller nå de mål, man sætter sig for.

Ser man på de faglige resultater i grundskolen blandt anbragte børn og unge, klarer anbragte piger sig oftest bedre end drengene ved afgangsprøven i 9. klasse til trods for, at pigerne generelt har flere indikationer på psykisk mistrivsel. Hvor det er næsten 50 pct. blandt anbragte drenge, som ikke har aflagt prøve i alle de bundne prøvfag i dansk og matematik ved afgangsprøven i 9. klasse, gælder det 36 pct. blandt anbragte piger. Samtidig er det blot 7 pct. blandt anbragte drenge, som havde et samlet karaktergennemsnit over 7 i dansk og matematik, mens det gælder 15 pct. blandt anbragte piger, jf. figur 5.22.

Der ses også en lille sammenhæng mellem de faglige resultater ved afgangsprøven i 9. klasse og anbragte unges selvvaluerede livstilfredshed som 15-årige. Eksempelvis er det 37 pct. blandt de anbragte piger, som ikke har aflagt alle bundne prøver i dansk og matematik, som har en lav selvvalueret livstilfredshed. Til sammenligning er det 24 pct. blandt anbragte piger, som havde et samlet karaktergennemsnit over 7, jf. figur 5.23.



Anm.: Resultat ved folkeskolens 9. classes afgangsprøve i de bundne prøvafag i dansk og matematik blandt anbragte børn og unge, der deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge som 15-årig i hhv. 2014, 2016 og 2018, og som har aflagt prøve i alle seks bundne prøvafag. Karaktergennemsnittet er beregnet som et simpelt gennemsnit (ikke-vægtet gennemsnit), og er enten opgjort i samme år, de deltog i trivselsundersøgelsen eller i det efterfølgende sommerhalvår, hvor deltagerne var hhv. 16 år eller 17 år.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det bemærkes, at opgørelsen ovenfor er baseret på de anbragte børn og unge, som deltog i trivselsundersøgelsen som 15-årige i henholdsvis 2014, 2016 og 2018. Af datamæssige årsager tager opgørelsen ikke højde for alle tilfælde, hvor de bundne prøvafag i dansk og matematik er aflagt efter, de er fyldt 17 år. Derudover kan der være usikkerhed omkring skolernes indberetninger, herunder fritagelser af fag, hvorfor opgørelsen i nogen grad forventes at overestimere andelen, som ikke aflægger afgangsprøven i 9. klasse.

For både anbragte drenge og anbragte piger ses der også en sammenhæng mellem psykisk mistrivsel, målt ved SDQ-indekset, og karaktergennemsnit i dansk og matematik ved afgangsprøven i 9. klasse. Nogle problemområder af SDQ-indekset ser imidlertid ud til at have en større betydning for de faglige resultater i grundskolen.

Hos anbragte piger ses den største forskel i forhold til de adfærdsmæssige problemer. De piger, som var anbragt uden for hjemmet som 15-årige, og som lå uden for normalområdet, målt på adfærdsmæssige problemer, klarede sig i gennemsnit 1,5 karakter dårligere i de bundne prøvafag i dansk og matematik i 9. klasse end de piger, som lå inden for normalområdet. Adfærdsmæssige problemer kommer blandt andet til udtryk ved, at man har lettere ved at blive vred eller hidsig, at man i mindre grad gør, ”*hvad man får besked på*”, og at man er mere tilbøjelig til at slås med andre børn og unge.

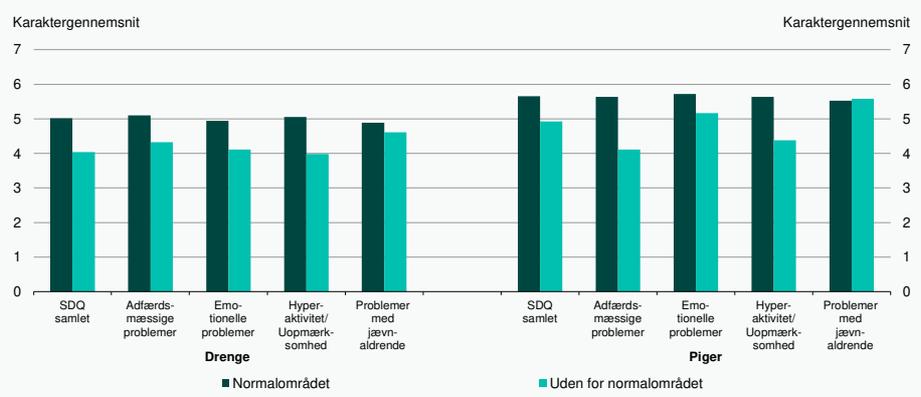
Hos anbragte drenge ses den største karakterforskel inden for problemområdet hyperaktivitet og uopmærksomhed, hvor der i gennemsnit var en karakterforskel på 1,1 ved afgangsprøven i 9. klasse for de drenge, der lå henholdsvis inden for og uden for normalområdet. Hyperaktivitet og uopmærksomhed kommer blandt andet til udtryk ved, at

man ofte føler en uro i kroppen, at man nemt bliver distraheret samt har svært ved at koncentrere sig i en længere periode.

Problemer med jævnaldrende ser, som det eneste problemområde, ikke ud til at have nogen betydning for ens faglige resultater i grundskolen, hvilket både gælder anbragte drenge og piger, jf. figur 5.24.

Figur 5.24

Karaktergennemsnit i dansk og matematik ved afgangsprøven i 9. klasse efter indikationer på psykisk mistrivsel og problemområde (SDQ)



Anm.: Karaktergennemsnit ved folkeskolens 9. classes afgangsprøve blandt anbragte børn og unge, der var 15 år i hhv. 2014, 2016 og 2018. Se i øvrigt anmærkningen til figur 5.23.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Resultaterne underbygger således de tidligere undersøgelser, som viser, at fagligt svage anbragte børn og unge i større grad har personlige udfordringer, der kan mindske forudsætning for at klare sig fagligt godt i skolen. Det handler blandt andet om evnen til at koncentrere sig i længere tid af gangen (Børne- og Socialministeriet, 2018c; VIVE, 2018d; Tordön et al. 2014).

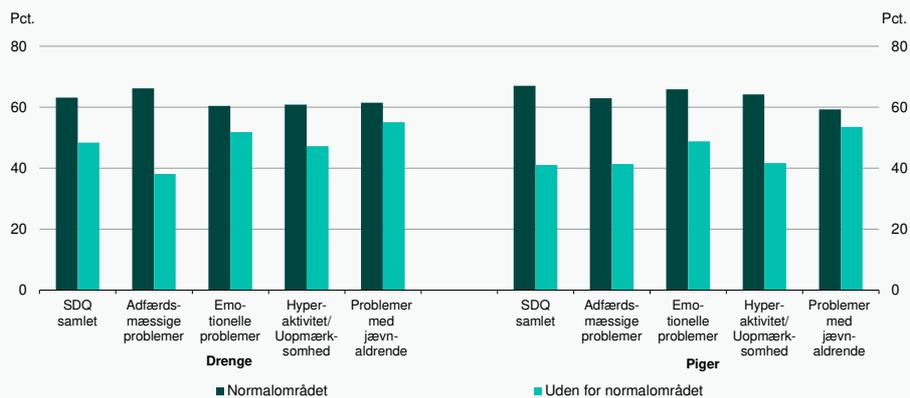
Det er samtidig iøjefaldende, at anbragte piger, som ligger uden for normalområdet på det samlede SDQ-indeks, klarer sig omtrent lige så godt som anbragte drenge, der ligger inden for normalområdet. Anbragte piger med indikationer på emotionelle problemer klarer sig faktisk gennemsnitligt bedre end anbragte drenge generelt.

Der ses også en tydelig sammenhæng mellem psykisk mistrivsel målt ved SDQ-indekset og andelen, der påbegynder og gennemfører en ungdomsuddannelse. Dog er sammenhængen størst blandt anbragte piger. Blandt de piger, som var anbragt uden for hjemmet som 15-årige, og som lå inden for normalområdet på det samlede SDQ-indeks, var 67 pct. enten i gang med eller havde gennemført en ungdomsuddannelse fem år senere. Til sammenligning var det omkring 40 pct. blandt de 20-årige piger, som lå uden for normalområdet på SDQ-indekset som 15-årige. Blandt anbragte drenge er forskellen

mindre. Her er det henholdsvis 63 pct. og 48 pct., som enten var i gang med eller havde gennemført en ungdomsuddannelse fem år senere, jf. figur 5.25.

Figur 5.25

Andel der har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse som 20-årig efter indikationer på psykisk mistrivsel (SDQ) som 15-årig



Anm.: Anbragte børn og unge, der deltog i trivselsundersøgelsen blandt anbragte børn og unge som 15-årige i 2014, og som enten er i gang med, eller som har gennemført en ungdomsuddannelse som 20-årig (opgjort pr. 1. oktober 2019, hvor en stor andel er fyldt 21 år). Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) indgår i opgørelsen. Personer i grænseområdet indgår ikke.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der ser også ud til at være forskel på, hvilke problemområder der har størst betydning i forhold til igangværende/gennemført ungdomsuddannelse, når man ser på tværs af anbragte drenge og piger. For anbragte både drenge og piger ses en klar sammenhæng mellem igangværende/gennemført ungdomsuddannelse og adfærdsmæssige problemer samt hyperaktivitet. Adfærdsmæssige problemer er uden sammenligning det problemområde hos anbragte drenge, hvor der er den største forskel set i forhold til igangværende/gennemført ungdomsuddannelse. Her er der en forskel på næsten 30 pct.-point for anbragte drenge, der lå henholdsvis inden for normalområdet og uden for normalområdet som 15-årige.

Hos anbragte piger er forskellen i forhold til igangværende/gennemført ungdomsuddannelse imidlertid størst på det samlede SDQ-indeks, hvor der er en forskel på 26 pct.-point. Her skal det bemærkes, at man godt kan ligge inden for normalområdet på det samlede SDQ-indeks, selvom man eksempelvis ligger uden for normalområdet på adfærdsmæssige problemer.

Endelig ser de emotionelle problemer ud til at have større betydning for anbragte pigers videre uddannelse sammenlignet med anbragte drenge. Her er der en forskel på 17 pct.-point i forhold til igangværende/gennemført ungdomsuddannelse for anbragte piger, der lå henholdsvis inden for normalområdet og uden for normalområdet som 15-årige. Til sammenligning er forskellen 6 pct.-point hos anbragte drenge.

Kapitel 6

Geografiske forskelle blandt udsatte børn og unge

I 2019 modtog ca. 70.200 børn og unge i alderen 0-22 år en social indsats eller social foranstaltning. Det svarer til knap 1 ud af 20 børn og unge i 2019. Andelen af udsatte børn og unge på landsplan dækker dog over en betydelig variation mellem kommunerne fra omkring 2 pct. til knap 12 pct.

Dette kapitel ser nærmere på de kommunale forskelle i andelen af udsatte børn og unge og med et særligt fokus på anbringelsesområdet.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Ved udgangen af 2019 var omkring 11.400 børn og unge i alderen 0-17 år anbragt uden for hjemmet, svarende til knap 10 ud af 1.000 børn og unge. Men på tværs af kommuner er der betydelig forskel på, hvor ofte børn og unge anbringes. På tværs af kommunerne varierede andelen af anbragte børn og unge ved udgangen af 2019 således fra 2 ud af 1.000 børn og unge til 36 ud af 1.000 børn og unge.
- Der er en tendens til, at kommuner med relativt færrest anbringelser koncentrerer sig særligt omkring hovedstadsområdet, i Nordsjælland og i Østjylland. Omvendt befinder kommuner med relativt flest anbringelser sig særligt i Nordjylland, i Sydjylland, samt på Vest- og Sydsjælland.
- Størstedelen af de kommuner, der havde relativt mange anbragte børn og unge i 2019, har oplevet en *stigning* i andelen af anbragte børn og unge siden 2009. Omvendt har flere kommuner med relativt få anbragte oplevet et *fald* i andelen over de seneste 10 år.
- De kommuner, som oplevede den *største* stigning i andelen af anbragte børn og unge, er også de kommuner, som har relativt flest anbragte børn og unge. I 8 ud af de 10 kommuner, som har haft den største stigning i andelen af anbragte børn og unge siden 2009, var således også på listen over de 10 kommuner med den højeste andel anbragte børn og unge i 2019.
- Det er ikke alle kommuner, der har haft en stigning i andel anbragte børn og unge, som har haft en absolut stigning i antal anbragte børn og unge. Dette ses eksempelvis for Lolland og Samsø, som er blandt de 10 kommuner, der oplevede den *største* stigning i andelen af anbragte børn og unge. For disse to kom-

muner er det samlede antal børn bosat i kommunen faldet så markant, at andelen af anbragte børn og unge er steget, selvom der er kommet færre anbragte børn og unge i perioden.

- På tværs af kommunerne er der betydelige forskelle på, hvor stor en andel af anbringelserne der finder sted blandt små børn. Mens over 1 ud af 4 anbringelser i nogle kommuner finder sted blandt børn under 5 år, er det under 1 ud af 10 i andre kommuner. Forskellene, i hvor ofte kommuner anbringer børn i en tidlig alder frem for sent i barndommen, kan være med til at forklare de betydelige forskelle i andelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet.
- Når kommunerne træffer afgørelse om at anbringe et barn eller en ung uden for hjemmet, er der betydelige forskelle med hensyn til, hvor ofte de forskellige kommuner vælger et anbringelsessted beliggende i en anden kommune. For langt de fleste kommuner omkring København, i Nordsjælland og i Østsjælland gælder det, at over 3 ud af 4 anbragte børn og unge er anbragt uden for kommunens grænser. Omvendt er det ofte en væsentlig mindre andel i landets øvrige kommuner, særligt i Syddjælland og på Fyn, hvor andelen i de fleste kommuner ligger på under 50 pct.
- En væsentlig forklaring på de kommunale forskelle, i hvor ofte børn og unge anbringes uden for kommunens egne grænser, kan være mangel på plejefamilier i nogle kommuner. Der er således en sammenfaldende tendens til, at der er færre ledige plejefamilier i de kommuner, som ofte anbringer børn og unge uden for kommunens grænser. Dette ses særligt i hovedstadsområdet, hvor mange kommuner har enten få eller ingen ledige plejefamilier.
- Der tegner sig et billede af, at nogle af de kommuner, som har en høj andel anbragte børn og unge, oplever en højere grad af tilflytning af udsatte familier. I eksempelvis Vest- og Syddjælland, som har den højeste andel anbragte børn og unge, er 37 pct. af førstegangsanbragte børn og unge tilflyttet kommunen i årene op til selve anbringelsen. Mens det samme gør sig gældende for under 25 pct. af førstegangsanbragte i Østjylland og i København og Københavns omegn, som har relativt færrest anbringelser.

6.1 Udsathed blandt børn og unge

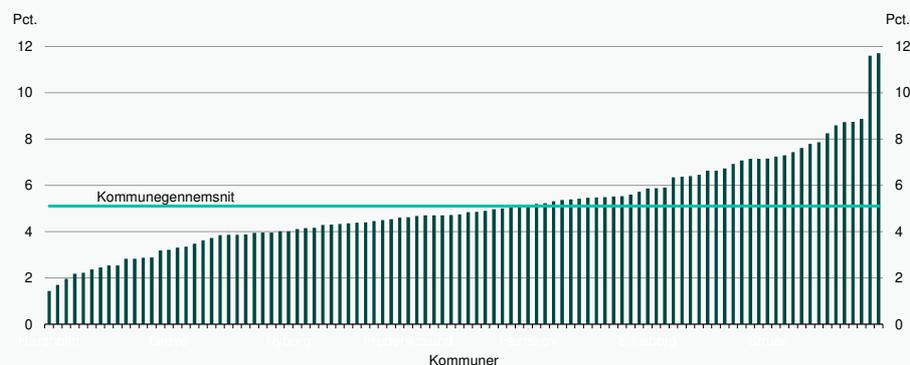
Der findes ikke en entydig definition af udsathed blandt børn og unge. I dette kapitel dækker udsatte børn og unge over personer i 0-22-årsaldren, der modtager en social indsats eller foranstaltning efter servicelovens bestemmelser om særlig støtte til børn og unge. Se mere om målgruppeopgørelsen i kapitel 2.

Udsatte børn og unge udgjorde i 2019 4,6 pct. af alle børn og unge, jf. kapitel 2. Men på tværs af kommunerne varierer andelen betydeligt – fra lidt under 2 pct. til knap 12 pct., jf. figur 6.1.

Disse kommunale forskelle hænger sammen med demografiske forhold, herunder graden af udsathed og støttebehovet blandt børn og unge i kommunerne. Forskellene i andelen af børn og unge, som modtager en social foranstaltning, kan dog også skyldes elementer, som den enkelte kommune har mulighed for at påvirke, fx visitationspraksis og indsatsstilrettelæggelse. Eksempelvis viser kapitel 7 om efterværn⁷, at der er tegn på betydelige forskelle på kommunernes praksis i forhold til visitation til efterværn for unge anbragt uden for hjemmet.

Figur 6.1

Andelen af udsatte børn og unge i kommunerne, 2019



Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i alderen 0-22 år har modtaget en social indsats eller foranstaltning inden for rammerne af kapitel 3 (§ 11) samt kapitel 11 og 12 i serviceloven i løbet af 2019, og som er i befolkningsregistret ultimo året. Antallet af udsatte børn og unge er opgjort på baggrund af handlekommune, som er kommunen, der har pligt til at yde hjælp eller støtte til barnet eller den unge.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udsatte børn og unge er en bred og meget forskelligartet gruppe, som har brug for forskellig grad og type af støtte og hjælp. Nogle modtager støtte som følge af fysisk eller

⁷ Efterværn er et tilbud om overgangsstøtte til unge i alderen 18 til 22 år, der op til deres 18. år var anbragt uden for hjemmet, eller havde en fast kontaktperson.

psykisk funktionsnedsættelse, mens andre modtager støtte som følge af sociale problemer i hjemmet, eller pga. sociale problemer eller psykiske udfordringer hos barnet eller den unge selv, eller en kombination af disse.

Når et barn eller en ung har brug for særlig støtte, skal kommunen iværksætte den støtte, som på mindst indgribende vis imødekommer barnets behov for støtte. De mindst indgribende indsatser under serviceloven er tidlige forebyggende indsatser efter § 11, fx netværks- og samtalegrupper, efterfulgt af hjemmebaserede forebyggende foranstaltninger, primært givet efter § 52 – det kan fx være familiebehandling eller en fast kontaktperson. For nogle af de mest udsatte børn og unge er en forebyggende indsats eller foranstaltning ikke tilstrækkelig til at imødekomme barnets eller den unges behov for særlig støtte. For disse børn og unge er en anbringelse uden for hjemmet den rette hjælp.

I det følgende fokuseres der på de geografiske forskelle i antallet af anbringelser blandt børn og unge samt på forskelle i kommunernes anbringelsesmønstre. Det er i denne sammenhæng vigtigt at være opmærksom på, at de kommunale forskelle i anbringelsesmønstre skal ses i lyset af andre sociale indsatser og foranstaltninger, som kommunerne kan iværksætte, samt i lyset af indsatser på almenområdet – i skolerne og i dagtilbudene.

6.2 Anbringelser blandt børn og unge

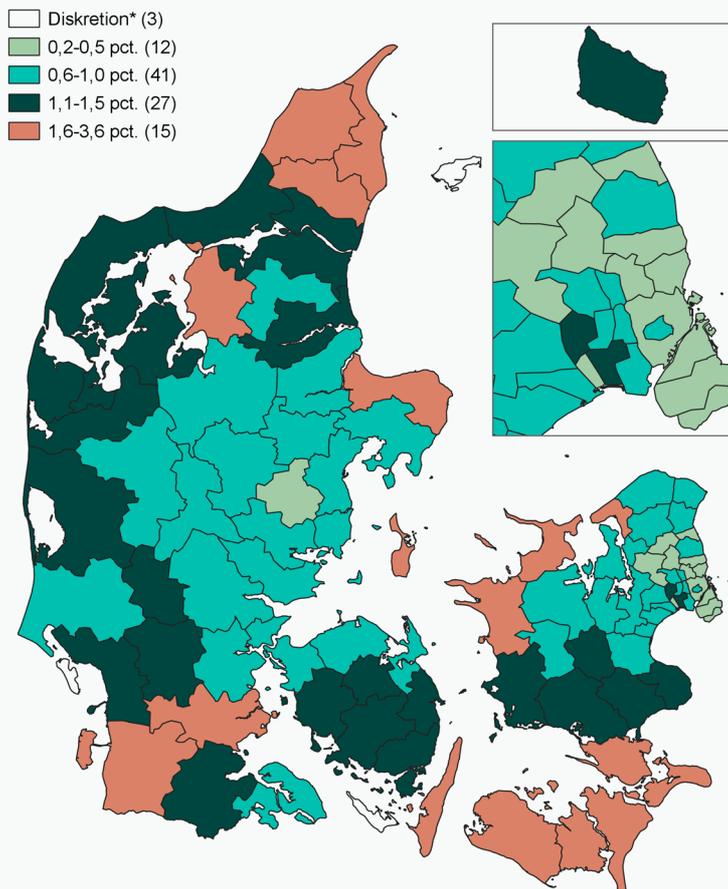
Ved udgangen af 2019 var omkring 11.400 børn og unge i alderen 0-17 år anbragt uden for hjemmet, svarende til knap 1 ud af 100 børn og unge. Der er dog betydelig forskel på, hvor ofte kommunerne anbringer børn og unge uden for hjemmet. På tværs af kommunerne varierer andelen af anbragte børn og unge således fra 2 ud af 1.000 børn og unge til 36 ud af 1.000 børn og unge ved udgangen af 2019.

Der er en tendens til, at kommuner med færrest anbringelser blandt børn og unge særligt koncentrerer sig omkring hovedstadsområdet, i Nordsjælland og i Østjylland, jf. figur 6.2. Her er de fleste kommuners andel af anbragte børn og unge under landsgennemsnittet på 1 pct. Kommuner med flest anbringelser blandt børn og unge, befinder sig særligt i Nordjylland, i Sydjylland samt på Vest- og Sydsjælland inkl. Lolland-Falster, hvor flere af kommunerne har en andel på over 1,5 pct. Andelen af børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, er særlig høj i kommunerne Lolland, Guldborgsund, Vordingborg og Langeland, hvor over 2 pct. af alle børn og unge var anbragt uden for hjemmet ved udgangen af 2019. Se bilag tabel 6.3 for en oversigt over andelen af børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet i de enkelte kommuner.

Forskellene i hvor stor en andel af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, hænger i høj grad sammen med demografiske forhold i kommunerne, herunder graden af udsathed blandt den voksne befolkning.

Figur 6.2

Andelen af børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet, ultimo 2019



Note: *) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Andelen af anbragte børn og unge inden for de enkelte kommuner er opgjort pr. 31. december 2019 blandt alle 0-17-årige. Antallet af anbragte børn og unge er opgjort på baggrund af handlekommune, som er kommunen, der har pligt til at yde hjælp eller støtte til barnet eller den unge.

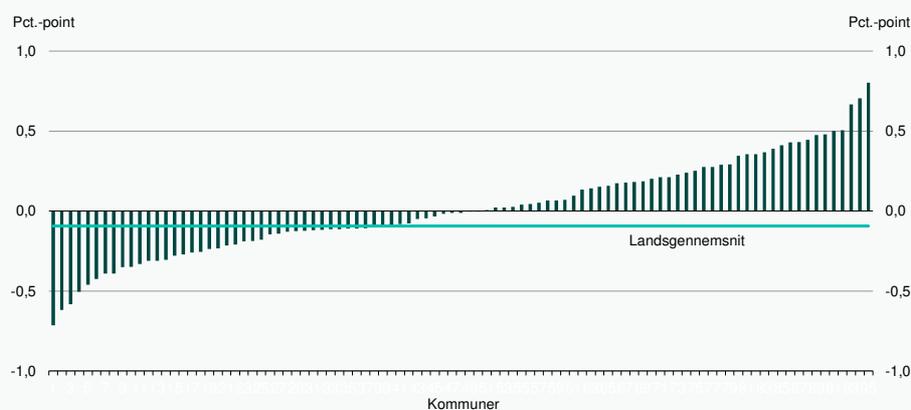
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

6.3 Store kommunale forskelle i udvikling i anbragte

De seneste år har der på landsplan været et fald i antallet og andelen af anbragte børn og unge i 0-17-årsalderen, fra ca. 13.000 anbragte børn og unge ultimo 2009 til ca. 11.400 ultimo 2019. Udviklingen dækker dog over en betydelig kommunal variation, og det er langt fra alle kommuner, der har oplevet et fald i andelen af anbragte børn og unge, jf. figur 6.3.

Figur 6.3

Udvikling i kommunernes andel af anbragte børn og unge fra 2009 til 2019



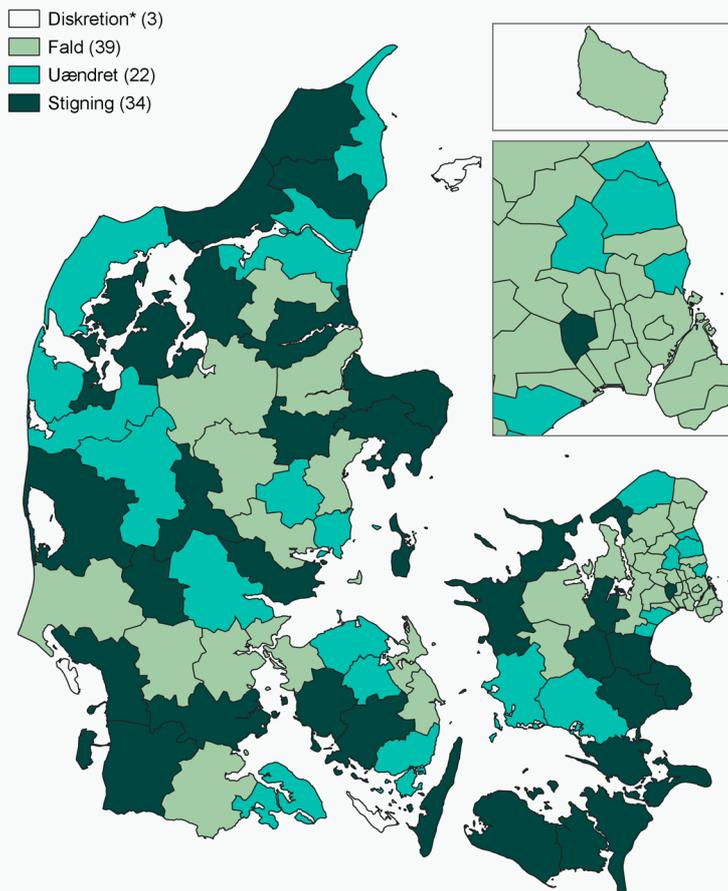
Anm.: Andelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, er opgjort pr. 31. december i årene 2009 og 2019 blandt alle 0-17-årige. Antallet af anbragte børn og unge er opgjort på baggrund af handlekommune. Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata. Således er kommunerne Ærø, Fanø og Læsø er ikke med i opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Fra 2009 til 2019 har 39 kommuner oplevet et fald i andelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, mens 34 kommuner har oplevet en stigning. I 22 kommuner har andelen været nogenlunde uændret. Der ses blandt andet en tendens til, at kommuner i hovedstadsområdet og Nordsjælland har oplevet et fald i andelen af anbragte børn og unge, mens eksempelvis kommuner i Vest- og Sydsjælland har oplevet en stigning, jf. figur 6.4.

Figur 6.4

Udvikling i andelen af børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet fra 2009 til 2019



Note: *) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Udviklingen i andelen af anbragte børn og unge i kommunerne fra 2009 til 2019 er opgjort pr. 31. december blandt alle 0-17-årige. Uændret er defineret som ændring i andelen på under +/- 0,1 pct.-point. Antallet af anbragte er opgjort på baggrund af handlekommune.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Sammenholdes udviklingen i antallet af anbragte børn og unge med figur 6.2 over kommunernes andel af anbragte børn og unge ses en overordnet tendens til, at kommuner med relativt mange anbragte børn og unge i 2019 har oplevet en *stigning* i andelen af anbragte børn og unge. Omvendt har flere kommuner med relativt få anbragte oplevet et *fald* i andelen over de seneste 10 år.

Derudover er der en overordnet tendens til, at de kommuner, som oplevede den *største* stigning i andelen af anbragte børn og unge, også har relativt flest anbragte børn og unge. 8 ud af de 10 kommuner, som har haft den største stigning i andelen af anbragte børn og unge, var således også blandt de 10 kommuner med den højeste andel anbragte børn og unge i 2019. Dette gælder alle kommunerne med den største stigning, vist i tabel 6.1, med undtagelse af Halsnæs og Assens.

Tabel 6.1

Ti kommuner med største *stigning* i andelen af anbragte børn og unge fra 2009 til 2019

	Andel anbragte børn og unge, pct.	Udvikling i andel anbragte børn og unge, pct. point	Absolut ændring i antal anbragte børn og unge	Absolut ændring i antal børn og unge i alt
	--- Status 2019 ---	----- Udvikling fra 2009 til 2019 -----		
1. Vordingborg	2,2	0,8	40	-1.691
2. Brønderslev	1,9	0,7	49	- 498
3. Norddjurs	2,0	0,7	23	-1.558
4. Halsnæs	1,8	0,5	14	-1.111
5. Lolland	3,6	0,5	-36	-2.248
6. Haderslev	1,9	0,5	27	-1.825
7. Odsherred	1,8	0,5	9	-1.169
8. Assens	1,5	0,4	18	-1.758
9. Samsø	1,9	0,4	-1	-225
10. Guldborgsund	2,2	0,4	12	-1.799

Anm.: Opgjort pr. 31. december i årene 2009 og 2019 blandt 0-17-årige. Antallet af anbragte børn og unge er opgjort på baggrund af handlekommune. Se tabel 6.3 i bilag for en opgørelse af udviklingen i alle kommuner.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udviklingen i andelen af anbragte børn og unge i kommunerne består af to komponenter: antallet af børn og unge i alderen 0-17 år bosat i kommunen, og antallet af anbragte børn og unge i kommunen. Således er det ikke nødvendigvis alle de kommuner, som har oplevet en stigning i *andelen* af anbragte børn og unge, der også har oplevet en stigning i *antallet* af anbragte børn og unge – og omvendt.

Blandt de 10 kommuner, der har oplevet den største stigning i andelen af anbragte børn og unge, har størstedelen også oplevet en absolut stigning, med undtagelse af Lolland og Samsø. For disse to kommuner er det samlede antal børn og unge, der er bosat i kommunen, altså faldet så markant, at andelen af anbragte børn og unge er steget, selvom der er kommet færre anbragte børn og unge i perioden. Stigningen i andelen af anbragte børn og unge er for alle kommunerne forstærket af et fald i antallet af børn og unge bosat i kommunerne, og for Lolland og Samsø medfører et fald i antallet af børn og unge bosat i kommunen altså hele stigningen i andelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, jf. tabel 6.1.

I de 10 kommuner med den største stigning i andelen af anbragte børn og unge er der generelt bosat færre børn og unge end tidligere, og blandt disse børn og unge er der flere, som er anbragt uden for hjemmet.

Blandt kommuner, som har oplevet et *fald* i andelen af anbragte børn og unge, er det iøjnefaldende, at 7 ud af de 10 kommuner med det *største fald* ligger i hovedstadsområdet, jf. tabel 6.2 nedenfor.

Tabel 6.2

Ti kommuner med største *fald* i andelen af anbragte børn og unge fra 2009 til 2019

	Andel anbragte børn og unge, pct.	Udvikling i andel anbragte børn og unge, pct. point	Absolut ændring i antal anbragte børn og unge	Absolut ændring i antal børn og unge i alt
	--- Status 2019 ---	----- Udvikling fra 2009 til 2019 -----		
1. København	0,5	-0,7	-553	18.968
2. Brøndby	1,1	-0,6	-46	-42
3. Høje-Taastrup	0,9	-0,6	-69	-359
4. Herlev	0,8	-0,5	-25	603
5. Sorø	0,7	-0,5	-38	-788
6. Rødovre	0,8	-0,4	-26	949
7. Hvidovre	0,7	-0,4	-38	749
8. Ishøj	1,0	-0,4	-18	134
9. Fredericia	1,0	-0,4	-48	-846
10. Kerteminde	1,0	-0,3	-28	-861

Anm.: Opgjort pr. 31. december i årene 2009 og 2019 blandt 0-17-årige. Antallet af anbragte børn og unge er opgjort på baggrund af handlekommune. Se tabel 6.3 i bilag for en opgørelse af udviklingen i alle kommuner.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Alle 10 kommuner, som har haft det største fald i andelen af anbragte børn og unge, har også oplevet et absolut fald i antal anbragte børn og unge. Det er dog ikke entydigt på tværs af kommunerne, om udviklingen i antallet af børn og unge bosat i kommunerne har bidraget til faldet i andelen eller ej, jf. tabel 6.2.

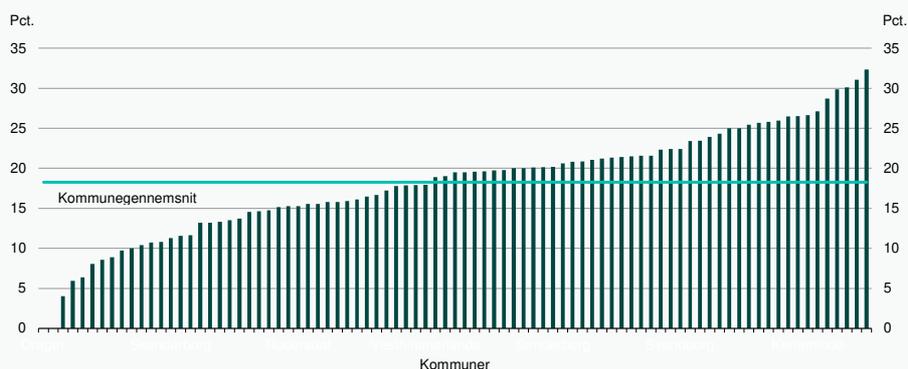
6.4 Alder ved første anbringelse

Målgruppekapitlet (kapitel 2) viser, at de fleste førstegangsanbringelser sker blandt 12-17-årige (57 pct. i 2019). Til sammenligning var ca. 20 pct. af de førstegangsanbragte i 2019 i alderen 0-5 år, jf. kapitel 2 figur 2.13.

På tværs af kommunerne er der betydelige forskelle i, hvor stor en andel af anbringelserne der finder sted blandt små børn. Mens over 1 ud af 4 anbringelser i nogle kommuner finder sted blandt børn under 5 år, er det under 1 ud af 10 i andre kommuner, jf. figur 6.5.

Figur 6.5

Andel af førstegangsanbringelser i kommunerne, hvor barnet var under 5 år, 2015-2019



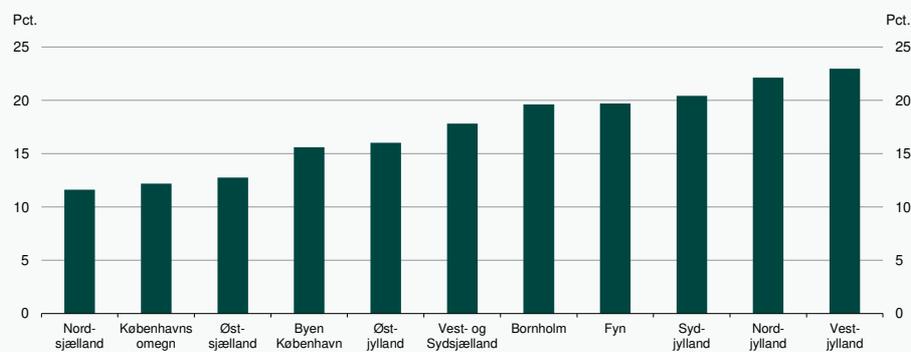
Anm.: Omfatter iværksatte førstegangsanbringelser blandt 0-17-årige i perioden 2015-2019. Børn og unge, som har fået iværksat en anbringelse i perioden, men som tidligere har været anbragt uden for hjemmet, er således ikke med i opgørelsen. Antallet af anbringelser inden for kommunerne er opgjort på baggrund af handlekommune. Kommunerne Albertslund, Rødovre, Allerød, Hørsholm, Frederikssund, Solrød, Lejre, Fanø, Lemvig, Odder, samsø og Læsø er ikke med i opgørelsen pga. diskretionshensyn. Barnets eller den unges alder er opgjort på anbringelsestidspunktet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der ses en tendens til, at særligt kommuner omkring hovedstadsområdet sjældnere anbringer helt små børn, end kommunerne i resten af landet gør. Under 15 pct. af førstegangsanbringelserne finder sted blandt børn under 5 år i landsdelene Københavns omegn, Østsjælland og Nordsjælland. I landsdelene Nordjylland, Vestjylland og Sydjylland anbringer kommunerne oftere helt små børn, da over 20 pct. af førstegangsanbringelserne her finder sted blandt børn under 5 år, jf. figur 6.6.

Figur 6.6

Andelen af førstegangsanbringelser, hvor barnet var under 5 år, 2015-2019



Anm.: Omfatter iværksatte førstegangsanbringelser blandt 0-17-årige i perioden 2015-2019. Børn og unge, som har fået iværksat en anbringelse i perioden, men som tidligere har været anbragt uden for hjemmet, er således ikke med i opgørelsen. Antallet af anbringelser inden for kommunerne er opgjort på baggrund af handlekommune. Barnets eller den unges alder er opgjort på anbringelsestidspunktet.

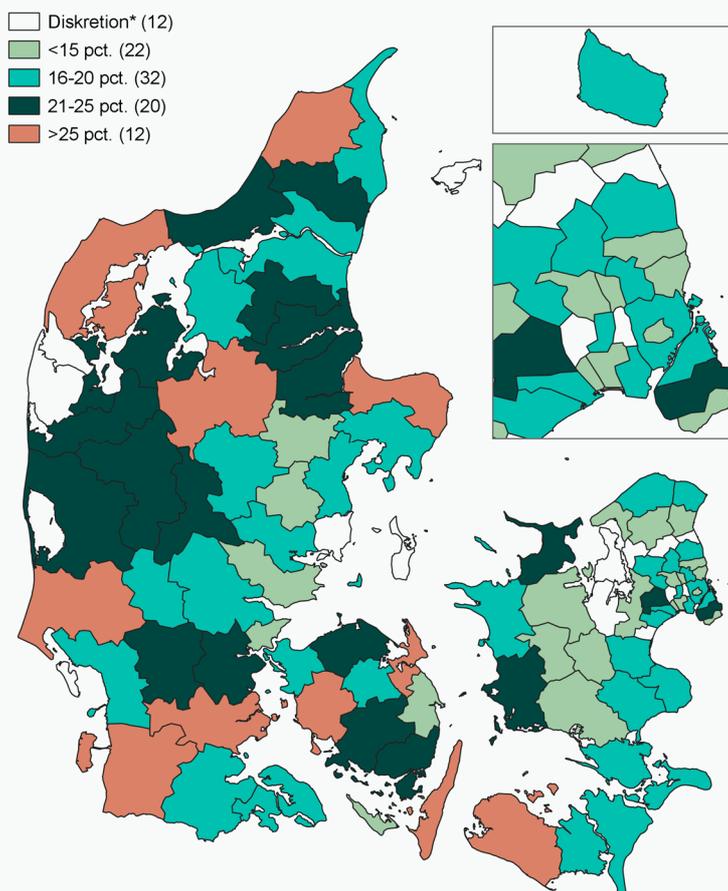
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Inden for de enkelte landsdele er der dog også betydelige kommunale forskelle på, i hvor høj grad førstegangsanbringelser finder sted blandt børn under 5 år, jf. figur 6.7.

For en række kommuner har der de seneste år været så få anbringelser blandt børn under 5 år, at andelen ikke er opgjort. Dette gælder blandt andet nogle af ø-kommunerne, samt enkelte kommuner omkring hovedstadsområdet.

Figur 6.7

Andelen af førstegangsanbringelser, hvor barnet var under 5 år, 2015-2019



Note: *) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Omfatter iværksatte førstegangsanbringelser blandt 0-17-årige i perioden 2015-2019. Børn og unge, som har fået iværksat en anbringelse i perioden, men som tidligere har været anbragt uden for hjemmet, er således ikke med i opgørelsen. Antallet af anbringelser inden for kommunerne er opgjort på baggrund af handlekommune. Barnets eller den unges alder er opgjort på anbringelsestidspunktet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

De kommunale forskelle, med hensyn til i hvor høj grad anbringelser finder sted blandt små børn, kan være med til at forklare de betydelige forskelle på tværs af kommunerne i andelen af børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet.

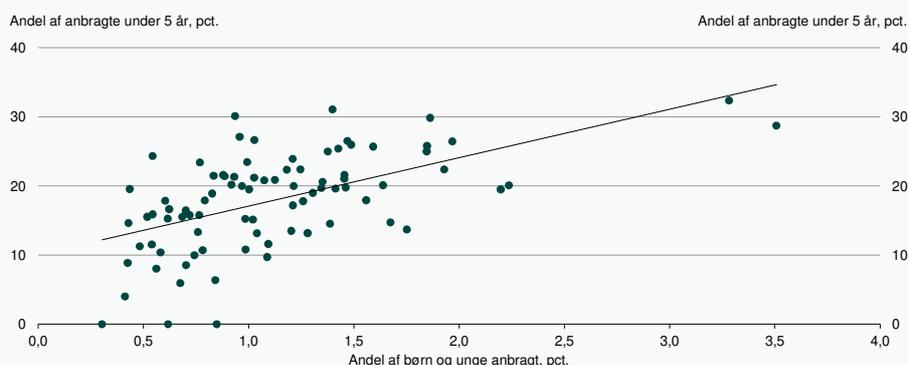
Anbringelser af små børn er ofte karakteriseret ved at være af længere varighed end anbringelser blandt ældre børn og unge. Således vil mange anbringelser blandt små børn

sammenlignet med mange anbringelser blandt unge trække i retning af et højere antal anbragte børn og unge, når der slås ned på et givent tidspunkt. Der kan være flere forklaringer på, at nogle kommuner anbringer en relativ stor andel små børn. En af forklaringerne kan blandt andet være forskelle i graden af udsathed i familierne bosat i kommunerne, jf. kapitel 4, der giver en karakteristik af forældre til anbragte børn og unge samt årsager til anbringelser opdelt på alder ved første anbringelse.

Der er en tendens til, at kommuner, som ligger højt i forhold til andelen af anbragte børn og unge, også ligger højt i forhold til, hvor ofte anbringelser finder sted blandt børn under 5 år – og omvendt, jf. figur 6.8. Med andre ord har kommuner, der oftere anbringer børn som små, også oftere en højere andel anbragte børn og unge.

Figur 6.8

Sammenhæng mellem kommunernes andel af anbragte børn og unge i 2019 og andelen af førstegangsanbringelser blandt børn under 5 år



Anm.: Andelen af anbragte børn og unge er opgjort pr. 31. december 2019 blandt alle 0-17-årige. Andelen af førstegangsanbringelser, som er blandt børn under 5 år, er opgjort blandt alle iværksatte anbringelser i perioden 2015-2019. Antallet af anbringelser inden for kommunerne er opgjort på baggrund af handlekommune. Kommunerne Albertslund, Rødovre, Allerød, Hørsholm, Frederikssund, Solrød, Lejre, Fanø, Lemvig, Odder, Samsø, Ærø og Læsø er ikke med i opgørelsen pga. diskretionshensyn. Barnets alder er opgjort på anbringelsestidspunktet. Korrelation er 0,56 ($p < 0,0001$).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

6.5 Anbringelse uden for kommunegrænser

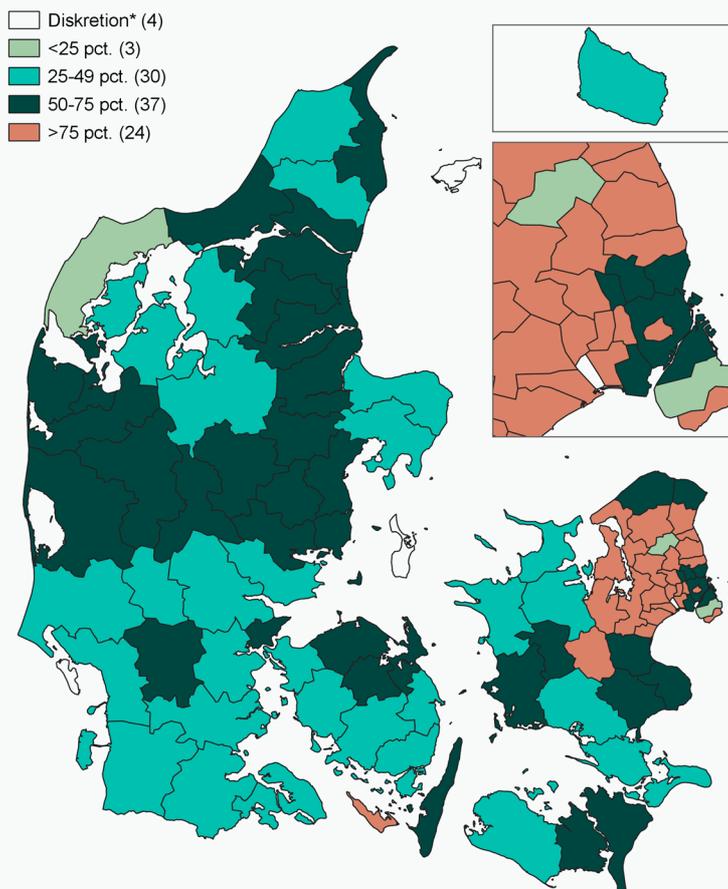
Når kommunerne træffer afgørelse om at anbringe et barn eller en ung uden for hjemmet, er der betydelige forskelle mellem kommunerne i forhold til, hvor ofte de vælger et anbringelsessted beliggende i en anden kommune.

Der er en klar tendens til, at kommuner omkring hovedstadsområdet, i Nordsjælland og i Østsjælland oftere træffer afgørelse om at anbringe uden for kommunens egne grænser. Det gælder for langt de fleste af disse kommuner, at over 3 ud af 4 anbragte børn og unge ultimo 2019 var anbragt uden for kommunens grænser. Omvendt er det ofte en

mindre andel i landets øvrige kommuner, særligt i Sydjylland og på Fyn, hvor de fleste kommuner ligger på under 50 pct., jf. figur 6.9.

Figur 6.9

Andelen af anbringelser uden for kommunens grænser, ultimo 2019



Note: *) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Andelen af anbragte børn og unge, der er anbragt uden for kommunens egne grænser, er opgjort pr. 31. december 2019 blandt alle anbragte børn og unge i alderen 0-17 år. Børn og unge, som har bopæl i en anden kommune end handlekommunen, indgår i gruppen af børn og unge der er 'anbragt uden for kommunens grænser'.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

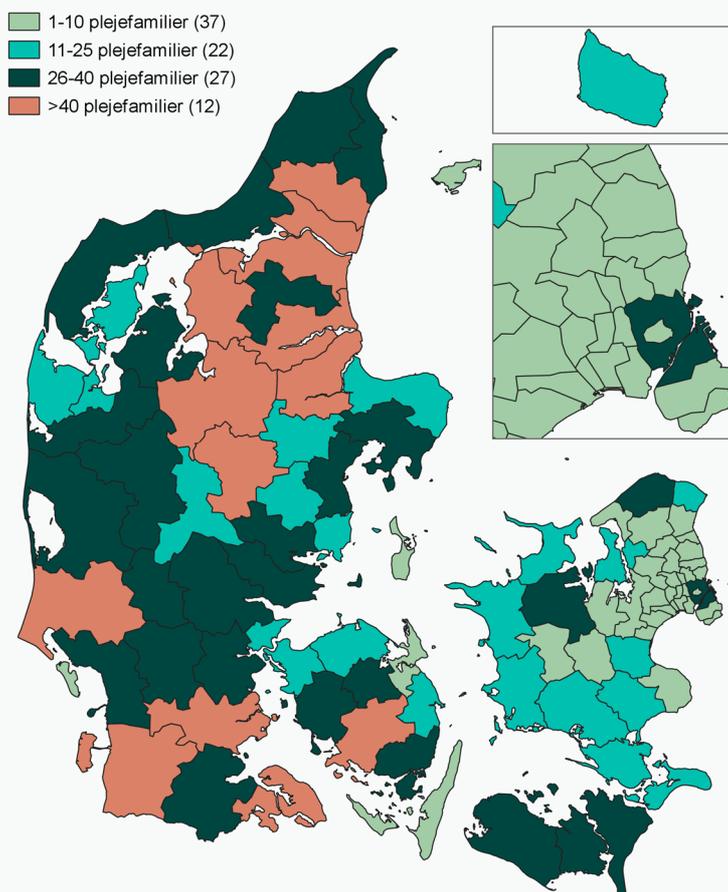
Der kan være flere forklaringer på, at kommunerne omkring hovedstadsområdet, i Nordsjælland og i Østsjælland oftere vælger et anbringelsessted beliggende i en anden kommune. Når kommunerne træffer afgørelse om anbringelsessted, skal der altid tages

hensyn til barnets eller den unges tarv, herunder støttebehov. Når der ses forskelle i, hvor ofte børn og unge er anbragt uden for kommunernes egne grænser på tværs af kommuner og landsdele, så kan en del af forklaringen være, at der er forskelle på de anbragte børn og unges støttebehov. Blandt andet kan der være tilfælde, hvor et barn har behov for specialiseret støtte og hjælp, men hvor kommunen ikke selv har et tilbud, der matcher barnets behov. Dette vil eksempelvis ofte gælde anbringelser på sikrede eller delvist sikrede døgninstitutioner.

En væsentlig forklaring på de markante kommunale forskelle kan være mangel på plejefamilier i kommunerne. Der er således en sammenfaldende tendens til, at der er færre ledige plejefamilier i de kommuner, som ofte anbringer børn og unge uden for kommunens grænser. Dette ses særligt i hovedstadsområdet, hvor mange kommuner har få ledige plejefamilier, jf. figur 6.10. Derudover kan det hænge sammen med den geografiske beliggenhed af døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder mv., jf. kapitel 9.

Figur 6.10

Antal plejefamilier med ledige pladser i kommunerne, ultimo 2019



Anm.: Antallet af plejefamilier i kommunen, der ifølge Tilbudsportalen havde mindst én ledig plads registreret pr. 31. december 2019.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

6.6 Tilflyttere blandt anbragte børn og unge

Forrige afsnit så nærmere på, hvor ofte kommunerne træffer afgørelse om at anbringe et barn eller en ung på et anbringelsessted beliggende uden for kommunens egne grænser.

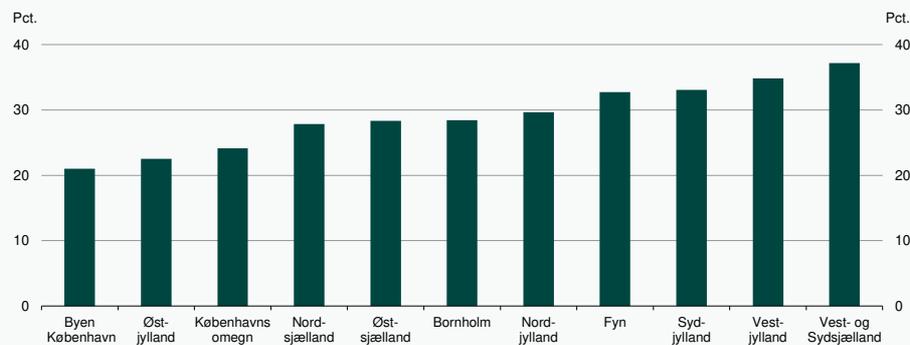
Dette afsnit ser nærmere på flyttemønstre *forud* for en anbringelse, og det undersøges dermed, om nogle kommuner i større grad end andre oplever en tilflytning af familier med udsatte børn. Dette undersøges konkret ved at kigge nærmere på andelen af børn og unge, som er anbragt for første gang i perioden 2015 til 2019, og som desuden er tilflyttet den anbringende kommune inden for de *forudgående 5 år* op til barnets eller den unges anbringelse.

Der tegner sig et billede af, at nogle af de kommuner, som har en høj andel anbragte børn og unge, oplever en højere grad af tilflytning af udsatte familier. I eksempelvis landsdelen Vest- og Sydsjælland, som har den højeste andel anbragte børn og unge, er det 37 pct. af de førstegangsanbragte børn og unge, som er tilflyttet den anbringende kommune i årene op til selve anbringelsen. Mens andelen, som er tilflyttere, er lavere i eksempelvis Østjylland og i hovedstadsområdet, hvor andelen er under 25 pct., jf. figur 6.11.

Når kommuner i Vest- og Sydsjælland i højere grad oplever tilflytning af udsatte familier end kommuner i Østjylland og hovedstadsområdet, kan dette eksempelvis hænge sammen med adgangen til billige boliger.

Figur 6.11

Andel af førstegangsanbragte børn og unge som er tilflyttet den anbringende kommune i årene op til anbringelsen, 2015-2019



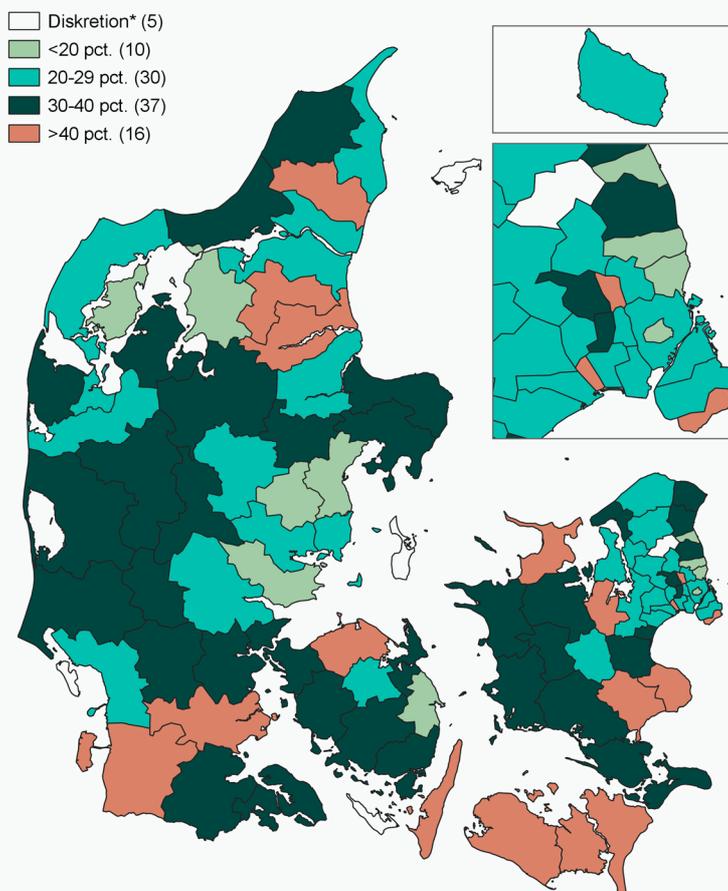
Anm.: Omfatter alle førstegangsanbringelser blandt børn og unge i alderen 0-17 år i perioden 2015-2019. Figuren angiver, hvor stor en andel af førstegangsanbragte børn og unge inden for en enkelt landsdel, der op til 5 år inden anbringelsen er tilflyttet den anbringende kommune. For børn, der var under 5 år på anbringelsestidspunktet, er opgørelsen af tilflytninger til den anbringende kommune opgjort på baggrund af oplysninger om moren i årene op til barnets fødselsdag.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når andelen af tilflyttere blandt førstegangsanbragte opgøres på kommuneniveau, ses det imidlertid, at der inden for de enkelte landsdele er store forskelle på tværs af kommunerne. Andelen af tilflyttere blandt førstegangsanbragte varierer således fra under 20 pct. til over 40 pct. i de forskellige kommuner, jf. figur 6.12.

Figur 6.12

Andel af førstegangsanbragte børn og unge, som er tilflyttet den anbringende kommune



Note: *) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Omfatter alle førstegangsanbringelser blandt børn og unge i alderen 0-17 år i perioden 2015-2019. Figuren angiver hvor stor en andel af førstegangsanbragte børn og unge inden for en enkelt kommune, der op til 5 år inden anbringelsen er tilflyttet den anbringende kommune. For børn, der var under 5 år på anbringelsestidspunktet, er opgørelsen af tilflytninger til den anbringende kommune opgjort på baggrund af oplysninger om moren i årene op til barnets fødselsdag.

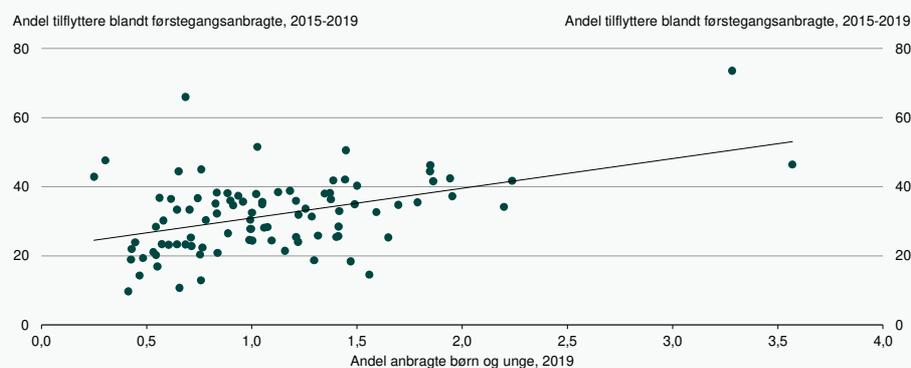
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Sammensætningen af fraflyttere i kommunerne har også afgørende betydning for niveauet af anbragte børn og unge. Men sammenholder man alene kommunernes andel af tilflyttere blandt førstegangsanbragte børn og unge med kommunernes samlede andel af anbragte børn og unge i 2019 (vist i figur 6.2), ses der en tendens til, at kommuner med relativt mange tilflyttere, som senere anbringes, også har en relativ høj samlet andel af anbragte børn og unge. Dette bekræftes, når der ses på sammenhængen mellem andel anbragte børn og unge og andelen af tilflyttere blandt førstegangsanbragte, jf. figur 6.13.

Dette indikerer, at en høj andel anbragte børn og unge i nogle kommuner kan hænge sammen med sammensætningen af tilflyttere.

Figur 6.13

Sammenhæng mellem kommunernes andel af anbragte børn og unge i 2019 og tilflytninger blandt førstegangsanbragte



Anm.: Kommunernes andel af anbragte børn og unge er opgjort pr. 31. december 2019 blandt alle 0-17-årige. Andelen, der er tilflyttere, er opgjort på baggrund af antallet af førstegangsanbragte børn og unge i perioden 2015-2019, som er tilflyttet den anbringende kommune op til fem år inden anbringelsestidspunktet. Korrelationen er 0,44 ($p < 0,0001$).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

6.7 Forhold mellem anbringelser og forebyggende foranstaltninger

Analysen af antal anbringelser og anbringelsesmønstre i kommunerne viser, at der er betydelige forskelle på, hvor ofte børn og unge anbringes uden for hjemmet samt på de anbragte børns og unges alder. I dette afsnit ses der nærmere på, om forskellene også afspejles i andelen af børn og unge, som får forebyggende foranstaltninger, eller om nogle af de kommunale forskelle i anbringelser hænger sammen med, hvorvidt nogle kommuner i højere grad anvender forebyggende foranstaltninger frem for anbringelser.

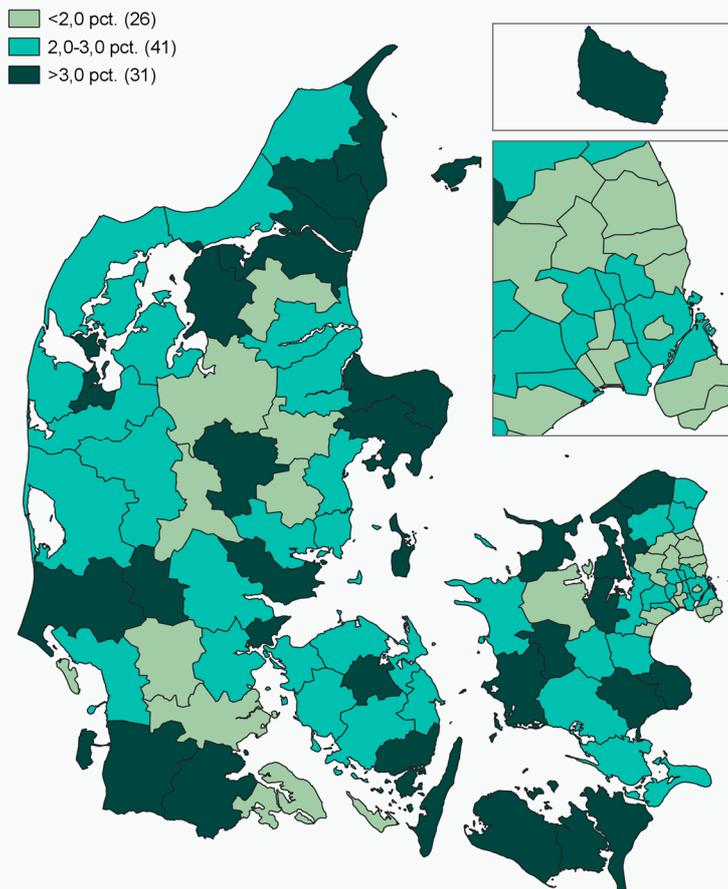
Det varierer betydeligt fra kommune til kommune, hvor stor en andel af børn og unge der modtog en forebyggende foranstaltning ved udgangen af 2019. I enkelte kommuner med færrest modtagere af forebyggende foranstaltninger modtog under 1 ud af 100 børn

og unge forebyggende foranstaltninger, mens det i enkelte andre kommuner er op mod 6 ud af 100 børn og unge.

Ligesom for anbringelser ses der en tendens til, at andelen af børn og unge, som modtager forebyggende foranstaltninger, er lavere i og omkring hovedstadsområdet, i Østsjælland, i Nordsjælland samt i Østjylland, mens andelen særlig er høj i Vest- og Sydsjælland samt i Nordjylland, jf. figur 6.14. Således er der en overordnet tendens til, at kommuner med mange anbragte børn og unge også har en høj andel børn og unge, som modtager en forebyggende foranstaltning.

Figur 6.14

Andel af børn og unge, der modtog forebyggende foranstaltninger, ultimo 2019

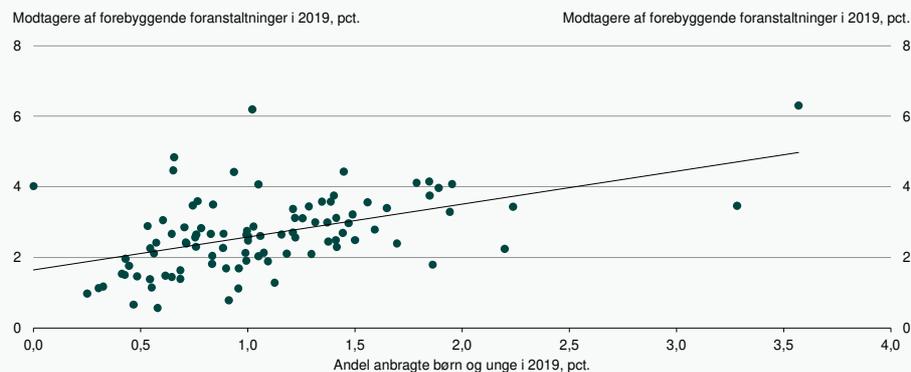


Anm.: Andelen af børn og unge i alderen 0-17 år der modtog en forebyggende foranstaltning inden for rammerne af kapitel 11 og 12 i serviceloven den 31. december 2019, og som er i befolkningsregistret ultimo året. Forebyggende indsatser efter servicelovens § 11 (kapitel 3) indgår ikke i opgørelsen, da det frem til d. 1. juli 2020 var frivilligt for kommunerne at indberette disse til Danmarks Statistik – brugen af § 11 er derfor i flere af kommunerne undervurderet i registrene.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tendensen fremgår også af figur 6.15, der viser en positiv sammenhæng mellem at have mange anbragte børn og unge og mange børn og unge, der modtager forebyggende foranstaltning. Der er dog også eksempler på, at nogle få kommuner, som ligger højt i forhold til modtagere af forebyggende foranstaltninger, omvendt ligger lavt i forhold til antallet af anbragte børn og unge – og omvendt, jf. figur 6.15.

Figur 6.15

Sammenhæng mellem kommunernes andel af anbragte børn og unge og andel af børn og unge, der modtager forebyggende foranstaltninger, ultimo 2019

Anm.: Kommunernes andel af børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet, er opgjort pr. 31. december 2019 blandt alle 0-17-årige. Andelen af børn og unge, der modtog forebyggende foranstaltninger, er opgjort pr. 31. december 2019 blandt alle 0-17-årige. Forebyggende foranstaltninger inkluderer forebyggende foranstaltning inden for rammerne af kapitel 11 og 12 i serviceloven. Forebyggende indsatser efter servicelovens § 11 (kapitel 3) indgår ikke i opgørelsen, da det frem til d. 1. juli 2020 var frivilligt for kommunerne at indberette disse til Danmarks Statistik. Brugen af § 11 er i flere af kommunerne derfor undervurderet i registrene. Korrelationen er 0,53 ($p < 0,0001$).

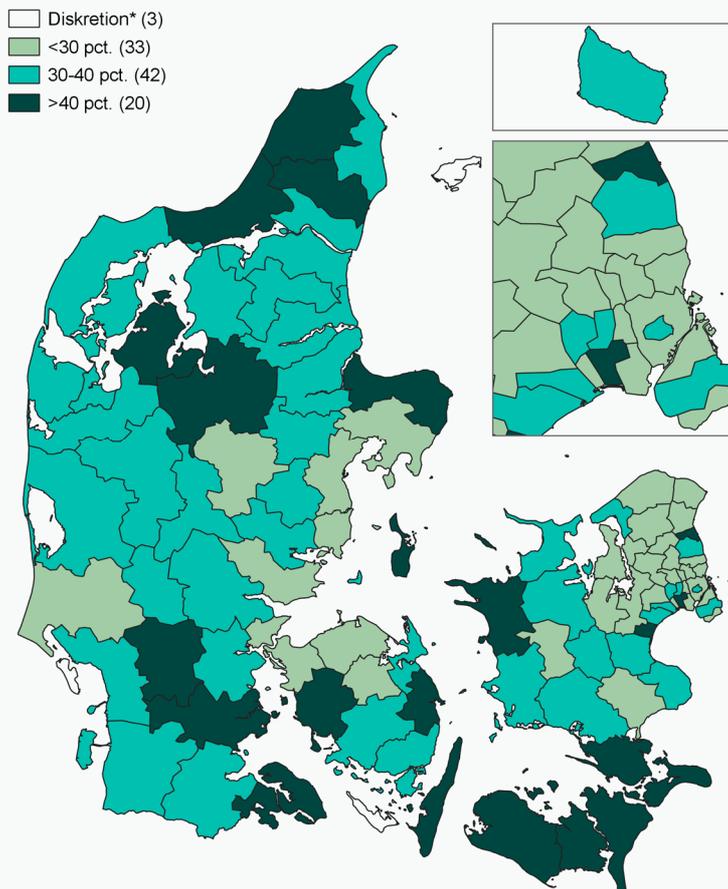
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

For størstedelen af landets kommuner udgør anbragte børn og unge mellem 30 til 40 pct. af alle børn og unge, der får en social foranstaltning, mens den resterende andel alene modtager forebyggende foranstaltninger. Der er dog også kommuner, som har en andel væsentligt under landsgennemsnittet. Dette gælder særligt kommuner omkring hovedstaden, i Nordsjælland og i Østsjælland. I kommuner med den laveste andel udgør anbragte lidt under 15 pct. af alle udsatte børn og unge. Omvendt udgør anbragte lidt over 60 pct. af alle børn og unge, der får en social foranstaltning, i kommuner med de højeste andele. Kommuner, hvor andelen af anbragte børn og unge ud af det samlede antal børn og unge, der modtager sociale foranstaltninger, er over landsgennemsnittet, ligger ligeledes fordelt ud over landet, jf. figur 6.16.

Opgørelsen af udsatte børn og unge i kommunerne, som fremgår af figur 6.16, inkluderer ikke tidlige forebyggende indsatser efter servicelovens § 11 (kapitel 3), da det frem til d. 1. juli 2020 var frivilligt for kommunerne at indberette disse til Danmarks Statistik. Brugen af § 11 er for flere af kommunerne derfor underrapporteret i registrene. Udeladelse af § 11 i opgørelsen af udsatte i kommunerne giver bedre sammenlignelighed på tværs af kommunerne, men det medfører naturligvis, at andelen af udsatte børn og unge er undervurderet.

Figur 6.16

Andelen af udsatte børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet, ultimo 2019



Note: *) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretions hensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i alderen 0-17 år har modtaget en social foranstaltning inden for rammerne af kapitel 11 og 12 i serviceloven i løbet af 2019, og som er i befolkningsregistret ultimo året. Forebyggende indsatser efter servicelovens § 11 (kapitel 3) indgår ikke i opgørelsen, da det frem til d. 1. juli 2020 var frivilligt for kommunerne at indberette disse til Danmarks Statistik. Brugen af § 11 er derfor undervurderet i registrene. Antallet af udsatte børn og unge er opgjort på baggrund af handlekommune.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

6.8 Bilag

Tabel 6.3

Kommunernes andel af anbragte børn og unge ultimo 2019 og udvikling fra 2009 til 2019

	Andel anbragte børn og unge, pct.	Udvikling i andel anbragte børn og unge, pct. -point	Absolut ændring i antal anbragte børn og unge	Absolut ændring i antal børn og unge
	--- Status 2019 ---	----- Udvikling fra 2009 til 2019 -----		
Aabenraa	1,3	-0,3	-67	-1.932
Aalborg	1,2	0,0	-7	-442
Aarhus	0,8	-0,2	-111	2.367
Albertslund	1,2	0,2	4	-679
Allerød	0,3	-0,1	-8	-323
Assens	1,5	0,4	18	-1.758
Ballerup	0,8	-0,3	-39	-433
Billund	1,3	0,4	15	-597
Bornholm	1,4	-0,1	-36	-1.702
Brøndby	1,1	-0,6	-46	-42
Brønderslev	1,9	0,7	49	-498
Dragør	0,3	-0,2	-7	149
Egedal	0,4	-0,2	-24	-917
Esbjerg	1,3	0,3	41	-2.504
Faaborg-Midtfyn	1,4	0,2	-3	-1.538
Fanø	-	-	-	-
Favrskov	0,8	0,2	16	-812
Faxe	1,4	0,3	8	-1.079
Fredensborg	0,6	-0,3	-34	-854
Fredericia	1,0	-0,4	-48	-846
Frederiksberg	0,6	-0,3	-35	1.926
Frederikshavn	1,6	0,1	-29	-2.166
Frederikssund	0,8	-0,1	-24	-1.399
Furesø	0,4	0,0	2	-136
Gentofte	0,4	0,0	7	49
Gladsaxe	0,5	-0,1	-13	687
Glostrup	0,6	-0,1	-3	354
Greve	0,7	0,0	-5	-525

Tabel 6.3 (fortsat)

Kommunernes andel af anbragte børn og unge ultimo 2019 og udvikling fra 2009 til 2019

	Andel anbragte børn og unge, pct.	Udvikling i andel anbragte børn og unge, pct. -point	Absolut ændring i antal anbragte børn og unge	Absolut ændring i antal børn og unge
	--- Status 2019 ---	----- Udvikling fra 2009 til 2019 -----		
Gribskov	0,8	0,0	-16	-1.553
Guldborgsund	2,2	0,4	12	-1.799
Haderslev	1,9	0,5	27	-1.825
Halsnæs	1,8	0,5	14	-1.111
Hedensted	0,7	0,2	9	-1.467
Helsingør	0,7	-0,3	-47	-1.662
Herlev	0,8	-0,5	-25	603
Herning	0,9	0,0	-14	-1.205
Hillerød	0,6	-0,1	-18	-777
Hjørring	1,6	0,3	14	-2.352
Holbæk	1,0	-0,1	-37	-1.605
Holstebro	1,1	0,0	-14	-705
Horsens	1,0	-0,1	-14	786
Hvidovre	0,7	-0,4	-38	749
Høje-Taastrup	0,9	-0,6	-69	-359
Hørsholm	0,5	-0,1	-6	-371
Ikast-Brande	0,9	0,3	18	-729
Ishøj	1,0	-0,4	-18	134
Jammerbugt	1,4	0,4	15	-1.205
Kalundborg	1,7	0,2	-8	-1853
Kerteminde	1,0	-0,3	-28	-861
Kolding	0,8	-0,3	-69	-672
København	0,5	-0,7	-553	18.968
Køge	1,0	0,3	26	-1.261
Langeland	3,3	0,3	-13	-589
Lejre	0,7	0,2	8	-569
Lemvig	1,4	0,0	-18	-1.388
Lolland	3,6	0,5	-36	-2.248
Lyngby-Taarbæk	0,4	-0,2	-17	900
Læsø	-	-	-	-97

Tabel 6.3 (fortsat)

Kommunernes andel af anbragte børn og unge ultimo 2019 og udvikling fra 2009 til 2019

	Andel anbragte børn og unge, pct.	Udvikling i andel anbragte børn og unge, pct. -point	Absolut ændring i antal anbragte børn og unge	Absolut ændring i antal børn og unge
	--- Status 2019 ---	----- Udvikling fra 2009 til 2019 -----		
Mariagerfjord	1,4	0,2	0	-1.629
Middelfart	0,8	-0,2	-29	-1.013
Morsø	1,5	0,2	-4	-866
Norddjurs	2,0	0,7	23	-1.558
Nordfyns	1,0	-0,1	-17	-1.014
Nyborg	1,3	-0,2	-24	-701
Næstved	1,2	0,1	-9	-1.786
Odder	0,6	0,0	0	-359
Odense	1,2	0,0	-28	-1.260
Odsherred	1,8	0,5	9	-1.169
Randers	1,0	-0,1	-44	-1.434
Rebild	0,7	-0,1	-10	-130
Ringkøbing-Skjern	1,2	0,4	23	-2.253
Ringsted	1,1	0,1	5	-562
Roskilde	0,7	-0,1	-22	-429
Rudersdal	0,6	0,1	11	-252
Rødovre	0,8	-0,4	-26	949
Samsø	1,9	0,4	-1	-225
Silkeborg	0,6	-0,3	-63	-751
Skanderborg	0,5	0,0	3	402
Skive	1,2	0,2	-1	-2.190
Slagelse	1,5	0,0	-26	-1.999
Solrød	0,6	-0,1	-3	227
Sorø	0,7	-0,5	-38	-788
Stevns	1,4	0,4	13	-468
Struer	1,4	0,4	4	-1.141
Svendborg	1,3	0,0	-17	-1.326
Syddjurs	1,0	0,1	2	-1.047
Sønderborg	0,9	0,0	-28	-2.849

Tabel 6.3 (fortsat)

Kommunernes andel af anbragte børn og unge ultimo 2019 og udvikling fra 2009 til 2019

	Andel anbragte børn og unge, pct.	Udvikling i andel anbragte børn og unge, pct. -point	Absolut ændring i antal anbragte børn og unge	Absolut ændring i antal børn og unge
	--- Status 2019 ---	----- Udvikling fra 2009 til 2019 -----		
Thisted	1,4	0,1	-15	-1.543
Tårnby	0,5	-0,1	-6	672
Tønder	1,8	0,2	-13	-1.711
Vallensbæk	0,2	-0,2	-5	581
Varde	0,9	-0,1	-28	-1.701
Vejen	1,1	-0,3	-42	-1.342
Vejle	1,0	0,1	14	-302
Vesthimmerlands	1,6	0,2	-6	-1.518
Viborg	1,0	-0,1	-35	-1.122
Vordingborg	2,2	0,8	40	-1.691
Ærø	-	-	-	-291

Note: -) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af de diskretionshensyn, Danmarks Statistik underlægger brugen af registerdata.

Anm.: Opgjort pr. 31. december i årene 2009 og 2019 blandt 0-17-årige. Antallet af anbragte børn og unge er opgjort på baggrund af handlekommune. Kommunerne Ærø, Fanø og Læsø er ikke med i opgørelsen pga. diskretionshensyn.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Kapitel 7

Efterværn til anbragte unge

For at lette udsatte unges overgang til et mere selvstændigt voksenliv kan unge, der er anbragt uden for hjemmet, eller som har en fast kontaktperson tilbydes efterværn, når den unge fylder 18 år. Efterværn kan blandt andet bestå i opretholdelse af et døgnophold på et anbringelsessted eller støtte i form af en fast kontaktperson, frem til den unge fylder 23 år.

I dette kapitel ses der nærmere på, hvor mange unge, der er anbragt op til de fylder 18 år, som modtager efterværn, hvad der karakteriserer de unge, der får efterværn, samt hvordan de unge klarer sig efter efterværnsstøtten ophører. Analyserne ser udelukkende på 23-25-årige unge i 2018, som var anbragt op til det fyldte 18. år, og dermed var i målgruppen for at få efterværn.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Omkring 60 pct. af unge, der er anbragt op til det 18. år, får efterværnsstøtte i overgangen til voksenlivet. Andelen, som modtager efterværn, er i imidlertid højere blandt unge, der var anbragt i plejefamilier eller på socialpædagogiske opholdssteder (65 pct.) end blandt unge, der var anbragt på døgninstitutioner (52 pct.).
- Der er betydelig kommunal variation i forhold til hvor ofte, anbragte unge får efterværn. I kommuner hvor relativt flest unge får efterværn, modtager knap 80 pct. af de anbragte unge efterværn, når anbringelsen ophører som 18-årig, mens det blot er ca. 40 pct. i kommuner, hvor relativt færrest får efterværn.
- Efterværn varer i gennemsnit omkring 2 år, men på tværs af de enkelte efterværnsmodtagere og på tværs af kommuner er der betydelig forskel på varigheden. I enkelte kommuner varer efterværnsforløb over 2,5 år i gennemsnit, mens efterværnsforløb i andre kommuner i gennemsnit varede under 1,5 år.
- Unge der har været anbragt op til det 18. år, med og uden efterværn, er relativt ens, når der ses på forhold som alder ved første anbringelse, hvor de har været anbragt, anbringelsesgrundlag og resultater i skolen. Til gengæld ses der en højere forekomst af en række diagnoser, der kan være forbundet med et handicap blandt de unge, som ikke modtager efterværn, ligesom der er flere i denne gruppe, som ikke aflægger afgangsprøve i dansk og matematik i 9. klasse.

- Når der tages højde for, at der er en højere forekomst af en række udvalgte diagnoser, der kan være relateret til handicap blandt de unge, som ikke får efterværn, klarer disse unge sig stadig lidt dårligere i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet end efterværnsmodtagerne. Derudover klarer de unge med lange efterværnsforløb sig i gennemsnit bedre end unge med korte efterværnsforløb. Eksempelvis har 32 pct. af de unge med efterværnsforløb på under 1 år gennemført en ungdomsuddannelse som unge voksne, mens det gælder 36 pct. af de unge med efterværnsforløb på over 2 år.
- At de unge, som modtager efterværn, i lidt højere grad gennemfører en ungdomsuddannelse og oftere er i beskæftigelse end de tidligere anbragte unge, som ikke modtager efterværn, kan imidlertid *ikke* bruges til at konkludere på, hvilken effekt efterværn har, da tildeling af efterværn ikke er tilfældig. Tildeling af efterværn bygger derimod på en kommunal vurdering, på baggrund af den unges behov.

7.1 Overgangen til voksenlivet

Når anbragte unge fylder 18 år, ophører deres anbringelse i en plejefamilie, på en døgninstitution eller opholdssted mv., og de unge skal som udgangspunkt ud og stå på egne ben.

For at lette anbragte unges overgang til et mere selvstændigt voksenliv kan kommunerne tilbyde de unge efterværn, når anbringelsen ophører som 18-årig. Efterværn kan enten gives efter § 76 eller § 76 a. Efterværn efter § 76 kan gives til alle unge, som har været anbragt uden for hjemmet, uanset om de har diagnoser, der kan være relateret til handicap eller ej. Det kan bestå i fire forskellige overordnede sociale indsatser: 1) opretholdelse af et døgnophold på et anbringelsessted, 2) udslusningsordning på et anbringelsessted, 3) fast kontaktperson eller 4) anden støtte. *Anden støtte* kan eksempelvis være psykologsamtaler, netværks- eller samtalegrupper, der har til formål at bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse.

Tilbuddet om efterværn efter § 76 kan tilbydes frem til, den unge fylder 23 år, og gives, når det har væsentlig betydning for den unges behov for støtte i overgangen til voksenlivet. Se mere om reglerne for efterværn i boks 7.1.

Boks 7.1**Efterværn**

Efterværn gives til 18-22-årige unge efter servicelovens § 76, og er knyttet til § 46 om formålet med at yde støtte til børn og unge med særlige behov, for at de kan opnå samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrene. Støtten skal bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse og herunder understøtte den unges uddannelse og beskæftigelse, samt øvrige relevante forhold fx anskaffelse af selvstændig bolig.

Efterværnsbestemmelsen i § 76 giver kommunen mulighed for at etablere fire typer af sociale foranstaltninger, til unge som er anbragt uden for hjemmet umiddelbart op til det 18. år: 1) opretholdelse af døgnophold på et anbringelsessted, 2) udslusningsordning på hidtidige anbringelsessted, 3) etablering eller opretholdelse af fast kontaktperson eller 4) anden støtte. *Anden støtte* kan være forskellige former for støtte, med formål at bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse, fx psykologsamtaler, netværks- eller samtalegrupper. Derudover har kommunen mulighed for at tilbyde unge, som har en fast kontaktperson op til det 18. år, at bevare sin kontaktperson.

Hensigten med efterværn er at give unge med behov for særlig støtte, en mere glidende overgang til voksenlivet. Det væsentligste kriterium ved vurderingen af, om der skal iværksættes efterværn, er, om støtten vil kunne bidrage til, at den unge får en bedre overgang til voksenlivet.

Tilbuddet om efterværn kan som udgangspunkt ikke tidsbegrænses, men skal ophøre, når tilbuddet ikke længere opfylder sit formål i forhold til den unges behov for støtte, eller når den unge fylder 23 år.

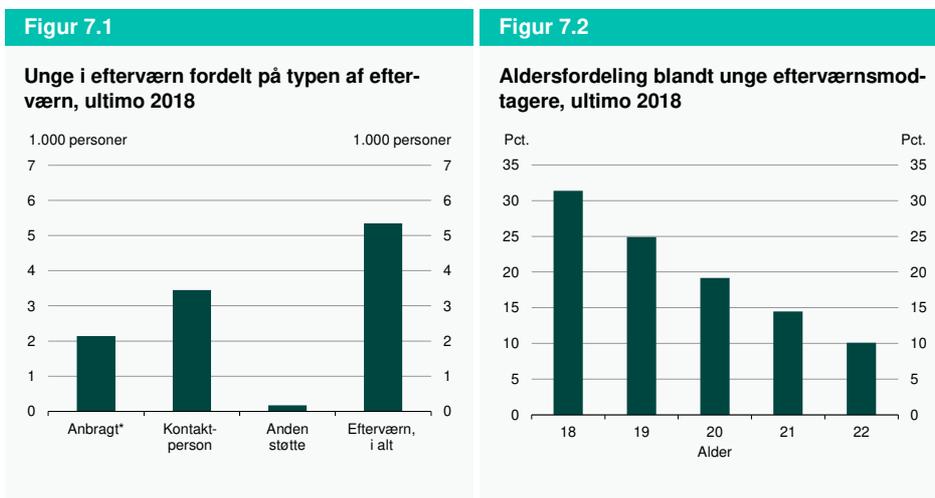
Unge med betydelig eller varig nedsat funktionsevne

Som alternativ til efterværnsbestemmelsen i § 76 kan anbragte unge med betydeligt eller varig fysisk eller psykisk funktionsevne tilbydes opretholdt døgnophold i en plejefamilie, når den unge fylder 18 år, jf. § 76 a i serviceloven. Støtten skal tilbydes til unge i alderen 18 til 22 år, når det må anses for at være af væsentlig betydning for den unges behov for støtte, og skal bidrage til en god overgang til voksenlivet og herunder have fokus på omsorg og forberedelse til den unges næste boform.

I dette kapitel ses der mere generelt på overgangsstøtte til unge anbragt uden for hjemmet op til det 18. år, hvorfor støtte efter § 76a til unge med handicap også er med, når der ses på efterværn. Det bemærkes dog, at kun 9 ud af de ca. 3.500 23-25-årige unge i undersøgelsen har modtaget støtte efter § 76a, hvorfor undersøgelsens resultater primært relaterer til efterværnsindsatser efter § 76.

Ved udgangen af 2018 var ca. 5.300 unge i alderen 18-22 år i efterværn. Det svarer til 1,5 pct. af alle 18-22-årige i Danmark. Ud af disse unge var omkring 2.100 unge i efterværn på et anbringelsessted eller i en udslusningsordning, ca. 3.400 havde en fast kontaktperson, og knap 200 fik *anden støtte*, jf. figur 7.1.

Antallet af unge i figur 7.1 omfatter alle unge i efterværn, uanset om de var anbragt uden for hjemmet op til, de fyldte 18 år eller ej.



Note: *) Anbragt omfatter unge, der havde ophold på et anbringelsessted eller en udslningsordning som led i efterværn efter § 76 eller et opretholdt døgnophold i en plejefamilie efter § 76 a. Ca. 7 pct. af disse unge er unge med betydelig og varigt nedsat funktionsevne, som er i forlænget anbringelse i en plejefamilie jf. § 76 a.

Anm.: Omfatter alle 18-22-årige som var i efterværn eller fik opretholdt døgnophold efter § 76 a. d. 31. december 2018. Nogle unge kan modtage flere typer af efterværnsstøtte, hvorfor antallet af unge som er på et anbringelsessted, har en kontaktperson, eller modtager anden støtte ikke summerer til antallet af unge som modtager efterværn i alt.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

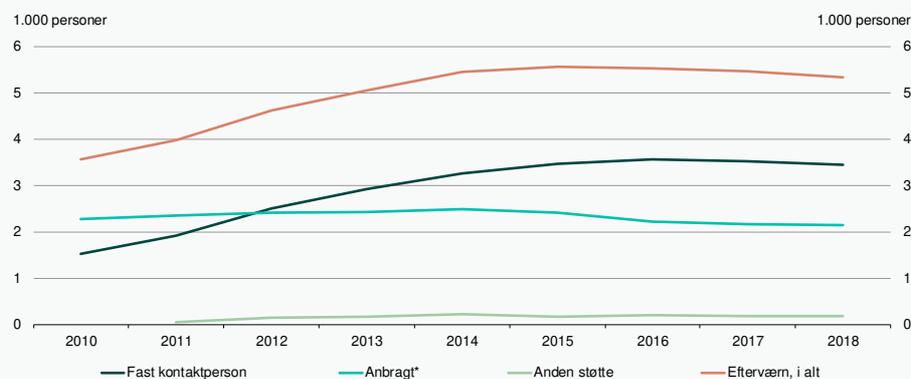
Antallet af unge, der er i efterværn, falder gradvist med alderen, jf. figur 7.2. Dette skyldes at efterværnsstøtte kun opretholdes så længe, at der vurderes behov for det, og kun så længe at den unge selv har et ønske om efterværnsstøtte. Efterværnsstøtte efter § 76 kan dog også etableres eller genetableres efter det fyldte 18. år, fx hvis den unge fortryder at have afvist støtte, og behovet fortsat er til stede, eller den unges situation ændrer sig, så der senere opstår behov for støtte.

Der er sket en betydelig stigning siden 2010 i antallet af unge, der modtager efterværn, jf. figur 7.3. Fra 2010 frem til 2015 er antallet af efterværnsmodtagere steget med knap 2.000 unge, svarende til en stigning på 56 pct. Fra 2015 frem til 2018 har antallet af efterværnsmodtagere derimod været nogenlunde stabilt. Udviklingen i antallet, der modtager efterværn, er primært drevet af en betydelig stigning i unge, der har en fast kontaktperson

Stigningen i antallet af efterværnsmodtagere fra 2010 til 2015 skal blandt andet ses i lyset af Barnets Reform, der trådte i kraft 1. januar 2011. Reformen havde blandt andet til formål at styrke efterværnsindsatsen med forskellige initiativer, blandt andet en tydeliggørelse af muligheden for at genetablere eller tildele efterværn efter det fyldte 18. år, samt en ret til kontaktperson for unge, der har været anbragt *uden* samtykke.

Figur 7.3

Antal unge i efterværn efter type af efterværn, 2010-2018



Note: *) Anbragt omfatter unge, der havde ophold på et anbringelsessted eller en udslningsordning som led i efterværn efter § 76 eller et opretholdt døgnophold i en plejefamilie efter § 76 a. Ca. 7 pct. af disse unge er unge med betydelig og varigt nedsat funktionsevne, som er i forlænget anbringelse i en plejefamilie jf. § 76 a.

Anm.: Omfatter unge i alderen 18-22 år, der modtog efterværn pr. 31. december 2010-2018, og som indgår i befolkningsregistret ultimo året.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I dette kapitel ses der nedenfor udelukkende på de 23-25-årige unge i 2018, der var anbragt op til, de fyldte 18 år⁸, og således var i målgruppen for at modtage efterværn i overgangen til voksenlivet. Der ses på de 23-25-årige unge, da efterværnsstøtte kan gives frem til det fyldte 23. år, og da analyserne ser nærmere på, hvordan unge, der har modtaget efterværn, klarer sig som unge voksne.

7.2 Hvor mange anbragte unge får efterværn?

Hensigten med efterværn er at give unge med behov for særlig støtte en mere glidende overgang til voksenlivet. Det er således ikke alle unge, der er anbragt op til det 18. år, som har behov for efterværn. Nogle anbragte unge har brug for anden støtte, end hvad kommunen kan tilbyde gennem efterværnsparagrafferne, det kan eksempelvis være midlertidige eller længerevarende botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108, eller socialpædagogisk støtte efter servicelovens §§ 83 og 85. Andre unge uden væsentligt større problemer end deres jævnaldrene vil kunne træde ud i voksenlivet uden særlige behov for støtte.

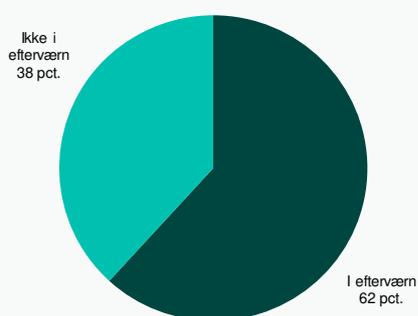
Det var ca. 60 pct. af de 23-25-årige unge ultimo 2018, som var anbragt op til, de fyldte 18 år, som modtog efterværnsstøtte i løbet af overgangen til voksenlivet, jf. figur 7.4. Omkring 65 pct. modtog efterværn blandt de unge i plejefamilier og på socialpædagogiske opholdssteder, mens det gælder 52 pct. blandt de unge på døgninstitutioner. Blandt unge anbragt på eget værelse eller på et kollegielignende tilbud er det imidlertid 70 pct.

⁸ Opgjort som unge der var anbragt som 17½-årige.

som modtog efterværn, jf. figur 7.5. Når færre på døgninstitution modtager efterværn, hænger det blandt andet sammen med, at der er flere af disse unge, som har betydelig eller varig funktionsnedsættelse, og derfor i stedet overgår direkte til at modtage støtte efter voksenbestemmelserne i serviceloven, fx i form af en plads i et botilbud eller socialpædagogisk støtte i hjemmet.

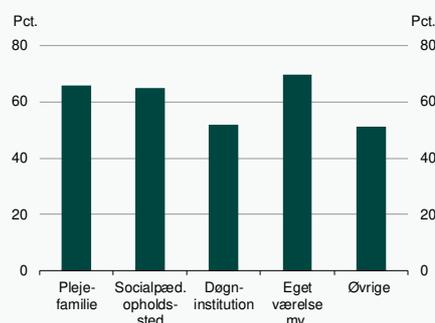
Figur 7.4

Brug af efterværn blandt tidligere anbragte* i alderen 23-25 år, ultimo 2018



Figur 7.5

Andel af 23-25-årige tidligere anbragte* unge, som har været i efterværn, efter type anbringelsessted, ultimo 2018



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, der var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig. Efterværn omfatter overgangsstøtte jf. §§ 76 og 76 a i serviceloven. N=5.643.

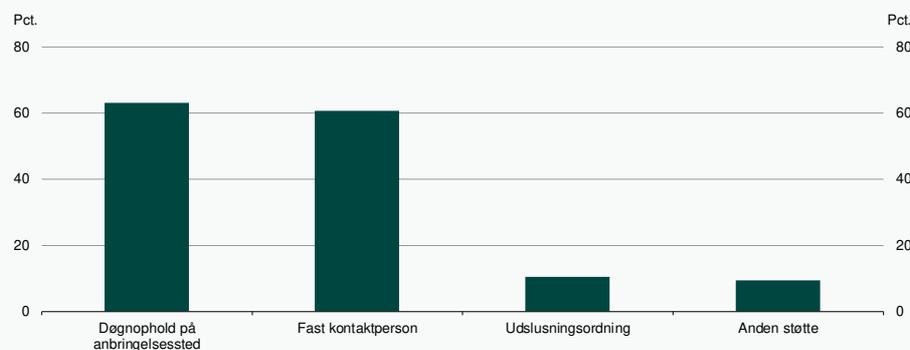
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

De unge fortsætter ofte i efterværn på deres anbringelsessted eller får en fast kontaktperson, mens der i mindre omfang gives udslusningsordning og *anden støtte* jf. figur 7.6.

De unge efterværnsmodtagere kan have haft flere efterværnsforanstaltninger samtidig eller i forlængelse af hinanden. Det kan eksempelvis være et ophold på et anbringelsessted kombineret med en fast kontaktperson eller en fast kontaktperson i forlængelse af ophold på et anbringelsessted. Størstedelen modtager dog blot én type efterværnsforanstaltning (over 60 pct.), mens under 7 pct. modtager mere end to typer foranstaltninger, jf. bilag figur 7.26.

Figur 7.6

Typer af efterværn, blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, ultimo 2018



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, som var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig og som har modtaget efterværn. N=3.488.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

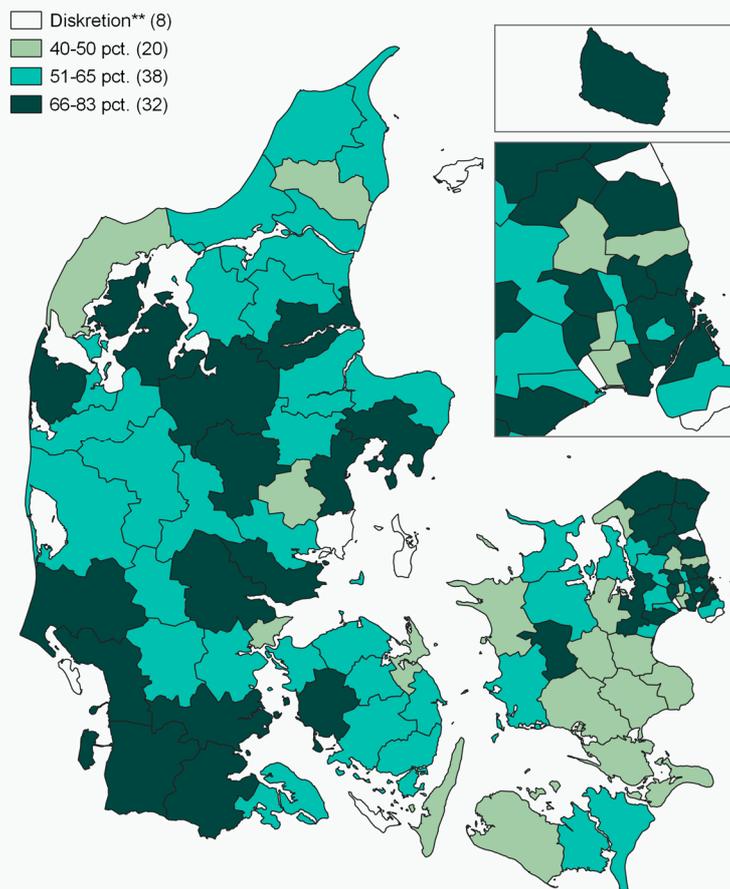
7.2.1 Kommunale forskelle i andelen som får efterværn

Der er betydelige forskelle mellem kommunerne i forhold til, hvor ofte anbragte unge modtager efterværn. I de kommuner, hvor relativt flest anbragte unge får efterværn, modtog knap 80 pct. af unge, der var anbragt op til det 18. år, efterværnforanstaltninger, mens ca. 40 pct. modtog efterværnforanstaltninger i kommuner, hvor færrest anbragte unge får efterværn, jf. figur 7.7.

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 i gruppen af unge, der er anbragt op til det 18. år, i forhold til, om de unge har brug for og gavn af efterværnsstøtte.

Men de kommunale forskelle kan også være udtryk for, at kommunerne har forskellige tilgange, når de vurderer, om der er behov for at iværksætte efterværn til anbragte unge. Blandt andet finder Deloitte i en undersøgelse udarbejdet for Socialstyrelsen, at der på tværs af kommuner og sagsbehandlere er forskellige tilgange og strategier til tildelingen af efterværn (Deloitte, 2017). På tværs af kommunerne i Deloitte's undersøgelse giver flere kommunale ledere udtryk for, at det kan være vanskeligt at vurdere om, en ung skal tilbydes efterværn, da loven giver brede fortolkningsmæssige rammer.

Figur 7.7

Brug af efterværn blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, fordelt på kommuner, ultimo 2018


Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år. **) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af diskretionshensyn.

Anm.: Figuren angiver andelen af anbragte 17½-årige, som kommer i efterværn. Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, som var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig. Dragør, Fanø, Hørsholm, Læsø, Odder, Samsø, Vallengbæk og Ærø er ikke med i denne opgørelse pga. diskretionshensyn. Kommunen angiver handlekommunen. N=5.583.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

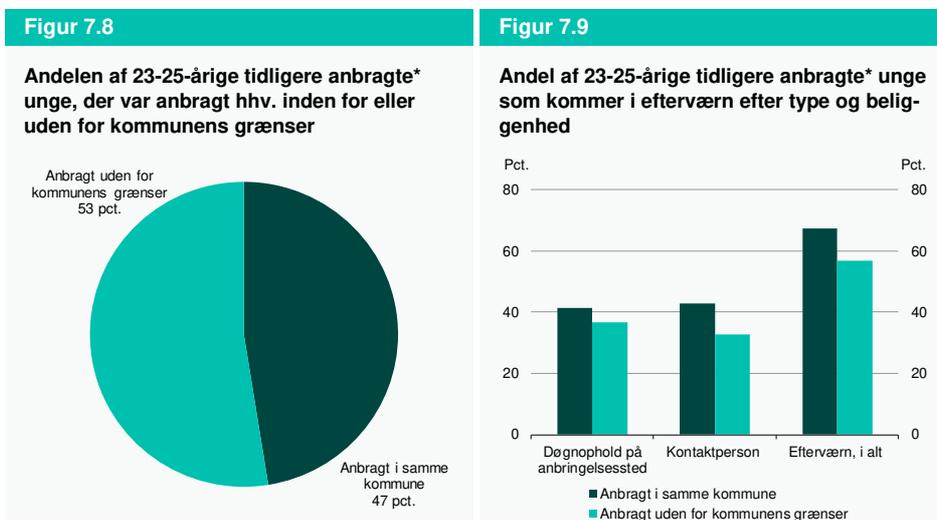
7.2.2 Unge anbragt uden for kommunens grænser modtager sjældnere efterværn

Når kommunerne træffer afgørelse om at anbringe et barn eller en ung uden for hjemmet, sker det ofte, at de vælger et anbringelsessted, der er beliggende i en anden kommune. Blandt de 23-25-årige unge i denne analyse, der var anbragt uden for hjemmet op til det 18. år, var det omkring halvdelen, som boede på et anbringelsessted, der lå uden for kommunens grænser, jf. figur 7.8.

Uanset om den unge er anbragt inden for eller uden for kommunen, skal den anbringende kommune (opholdskommunen) tage stilling til, om den unge har behov for efterværn. Men bliver den unge boende uden for den anbringende kommunes grænser efter det fyldte 18. år, så skifter den unge som udgangspunkt opholdskommune, til kommunen hvor den unge har bopæl.⁹ I dette tilfælde skal den anbringende kommune sende handleplanen vedrørende efterværn til den nye kommune, som skal træffe endelig afgørelse om, hvorvidt den unge skal have efterværnsstøtte – og i så fald, hvilken form for støtte. Se mere omkring reglerne i boks 7.3 i bilag.

Det forhold, at nogle af de anbragte unge skifter opholdskommune ved det 18. år, og at det dermed som udgangspunkt er en ny kommune, som ikke har fulgt den unge gennem anbringelsen, der skal træffe afgørelse om efterværn, kan have en betydning for, hvor stor en andel der får efterværn. Der er dog kun en mindre forskel på disse grupper, og unge, der er anbragt uden for kommunens grænser, kommer lidt sjældnere i efterværn, end unge anbragt inden for kommunen, jf. figur 7.9. Blandt de unge, der var anbragt inden for kommunen op til det fyldte 18. år, kom 67 pct. i efterværn, mens det samme gælder 57 pct. blandt de unge, der var anbragt uden for kommunens grænser.

⁹ Det gælder dog ikke i de tilfælde, hvor kommunen træffer afgørelse om, at den unge ved det 18. år skal flytte i et botilbud efter servicelovens §§ 107-108 m.fl. i en anden kommune, fx pga. betydelig eller varigt nedsat funktions- evne. I de tilfælde bevarer den oprindelige opholdskommune pligten til at yde hjælp.



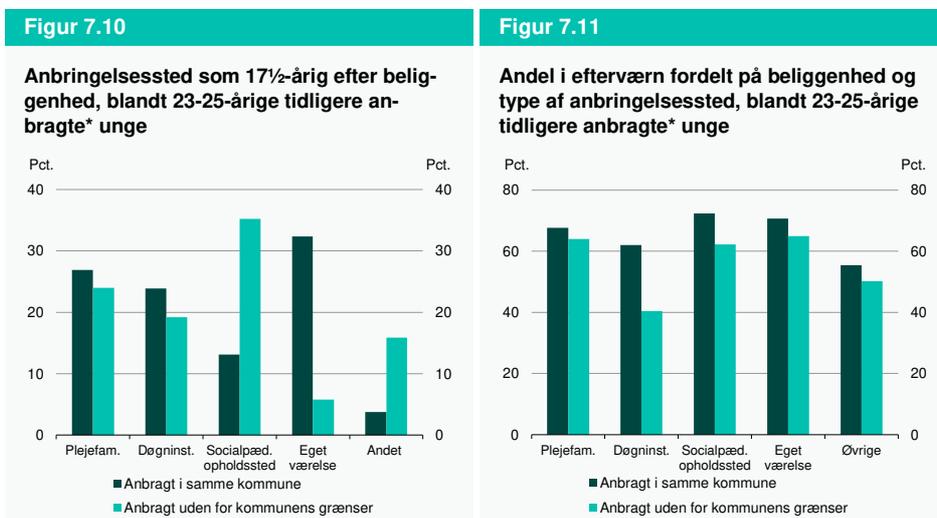
Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Figureerne omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, som var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig.

Hvorvidt, den unge er anbragt uden for kommunens grænser, er opgjort da de unge fyldte 17½ år. N=5.643.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det er også muligt at forskellen i andelen, som modtager efterværn, delvist kan forklares af, at unge anbragt uden for kommunens grænser adskiller sig fra unge anbragt inden for kommunen fx i forhold til deres støttebehov. Eksempelvis ses der en væsentlig forskel i, hvor de unge er anbragt op til det fyldte 18. år. Der er blandt andet en tendens til, at unge, der er anbragt inden for kommunen, i langt højere grad er anbragt på eget værelse, end unge anbragt uden for kommunens grænser. Omvendt er de unge anbragt inden for kommunen langt sjældnere anbragt på et socialpædagogisk opholdssted, jf. figur 7.10.



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Figurerne omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, som var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig. Hvorvidt, den unge er anbragt uden for kommunens grænser, er opgjort, da de en unge fyldte 17½ år. Anbringelse på eget værelse inkluderer anbringelse på kollegium eller kollegielignende anbringelsessted.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tages der højde for forskellen i, hvor de unge er anbragt, ses der imidlertid stadig en forskel i andelen, som modtager efterværn blandt henholdsvis unge anbragt inden for kommunen og unge anbragt uden for kommunens grænser, jf. 7.11. Dette ses særligt for unge anbragt på døgninstitution, hvor 62 pct. blandt unge anbragt inden for kommunen modtog efterværn, mens kun 40 pct. modtog efterværn blandt unge anbragt uden for kommunens grænser. En forklaring på denne forskel kan også være, at nogle af døgninstitutionerne er specialiserede tilbud for børn og unge med betydelige og varige funktionsnedsættelser, som i stedet for efterværn ved det 18. år får tilbud om ophold i et botilbud eller lignende for voksne.

Overordnet betyder sammenhængen mellem andelen, der modtager efterværn og anbringelser på tværs af kommunegrænser, at der er en svag tendens til, at kommuner, hvor en høj andel af anbragte unge er anbragt uden for kommunens grænser, har en lavere andel af unge, som kommer i efterværn.

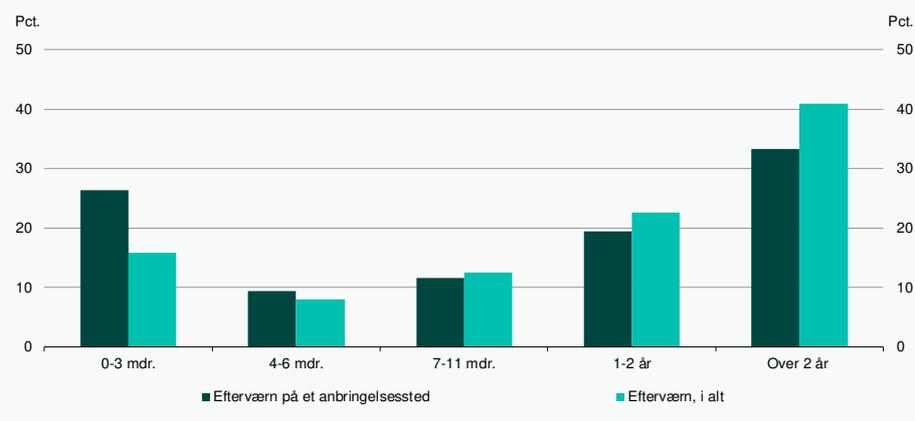
7.3 Varighed af efterværn

Der er stor spredning i efterværnsforløbenes varighed. Blandt tidligere anbragte 23-25-årige, som har modtaget efterværn, er det stort set lige så normalt, at efterværnsstøtte samlet varer mellem én til tre måneder, som at det varer mellem ca. et halvt til et helt år. For størstedelen varer efterværnsforløbet dog samlet over ét år, jf. figur 7.12.

At gennemsnitsvarigheden af efterværn i alt er længere end efterværn på et anbringelsessted, hænger blandt andet sammen med, at flere efterværnsmodtagere først modtager efterværn i form af et døgnophold på deres anbringelsessted, efterfulgt af støtte i form af en fast kontaktperson eller anden støtte.

Figur 7.12

Varighed af efterværn blandt 23-25-årige tidligere anbragte* efterværnsmodtagere, ultimo 2018



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Omfatter 23-25-årige ultimo 2018, der var anbragt som 17½-årig. og som har modtaget efterværn. N= 3.488.

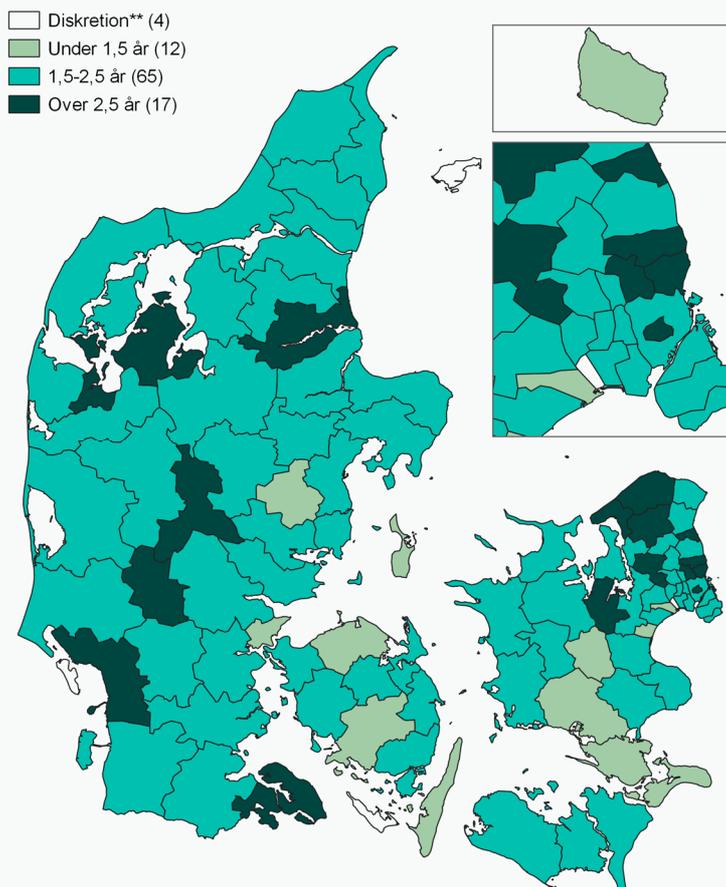
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I gennemsnit varede de unges efterværnsforløb 2 år, men på tværs af kommunerne er der betydelige forskel på efterværnsforløbenes varighed. I enkelte kommuner varede efterværnsforløbene over 2,5 år i gennemsnit, mens efterværnsforløb i andre kommuner i gennemsnit varede under et 1,5 år, jf. figur 7.13.

Forskellene i varighed kan afspejle forskellige tilgange til efterværn i kommunerne, men kan også være drevet af enkeltsager i kommuner med få unge i efterværn.

Figur 7.13

Kommunefordelt opgørelse af gennemsnitlig varighed af efterværn blandt 23-25-årige tidligere anbragte* efterværnsmodtagere, ultimo 2018



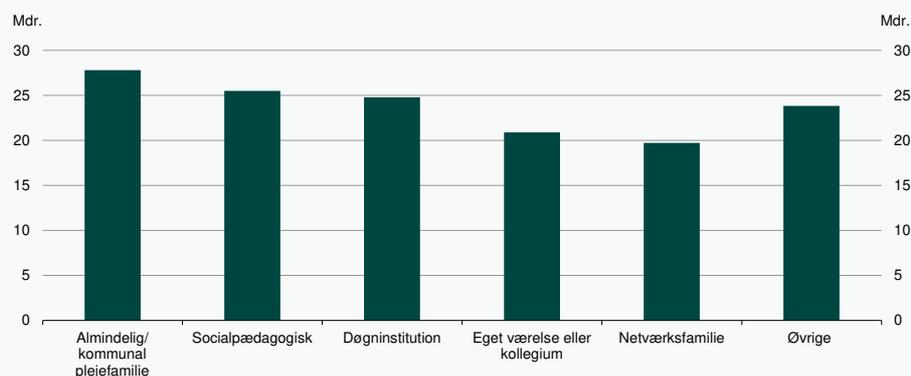
Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år. **) Når data for en kommune omfatter 4 personer eller derunder, vises opgørelsen ikke for kommunen som følge af diskretionshensyn.

Anm.: Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, som var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig, og som har været i efterværn.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Varigheden af efterværn hænger også i nogen grad sammen med typen af anbringelsessted. Unge, der op til det fyldte 18. år var anbragt i en almindelig eller kommunal plejefamilie, har i gennemsnit de længste efterværnsforløb, efterfulgt af anbragte på socialpædagogiske opholdssteder, mens unge anbragt i netværkspleje har de korteste efterværnsforløb, jf. figur 7.14. Dette mønster betyder, at der er en svag tendens til at kommuner, som oftere anbringer børn og unge i plejefamilier frem for på døgninstitution mv., i gennemsnit har længere efterværnsforløb.

Figur 7.14

Gennemsnitlig varighed af efterværn blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, efter type af anbringelsessted

Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Omfatter 23-25-årige ultimo 2018, der var anbragt som 17½-årig, og som har modtaget efterværn. Anbringelsesstedet er opgjort da den unge fyldte 17½ år. N=3.488.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

7.4 Karakteristik af unge i efterværn

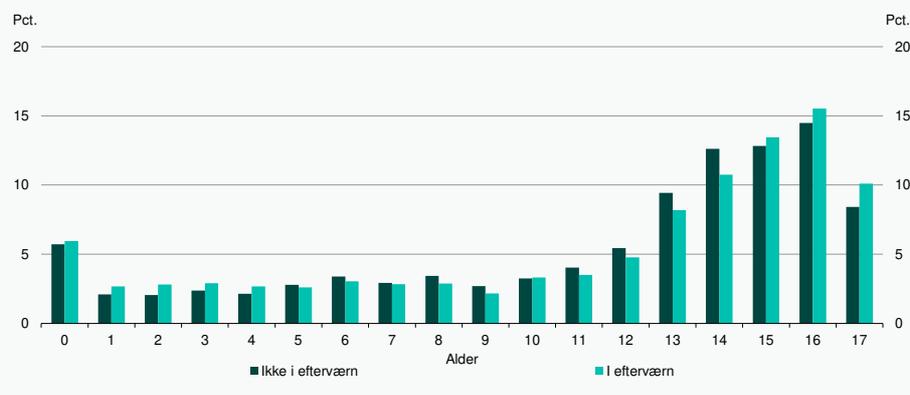
Unge anbragt op til det 18. år, med og uden efterværn, er relativt ens, når der ses på forhold som alder ved første anbringelse, hvor de har været anbragt, anbringelsesgrundlag og resultater i skolen. Til gengæld ses der en højere forekomst af en række diagnoser, der kan være forbundet med handicap blandt de unge, som ikke modtager efterværn, ligesom der er flere i denne gruppe, som ikke aflægger afgangsprøve i dansk og matematik i 9. klasse.

7.4.1 Alder på anbringelsestidspunktet

Alder ved første anbringelse er nogenlunde ens blandt de unge, der var i efterværn, og de unge, der ikke modtog efterværn. Der ses dog en svag tendens til, at unge, der blev anbragt inden de var 5 år, eller efter de er fyldt 15 år, i lidt højere grad kommer i efterværn, end unge anbragt i alderen 5-14 år, jf. figur 7.15.

Figur 7.15

Alder ved første anbringelse blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, ultimo 2018



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, som var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig. Alderen er opgjort på tidspunktet for første anbringelse. N=5.643.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

7.4.2 Anbringelsessted

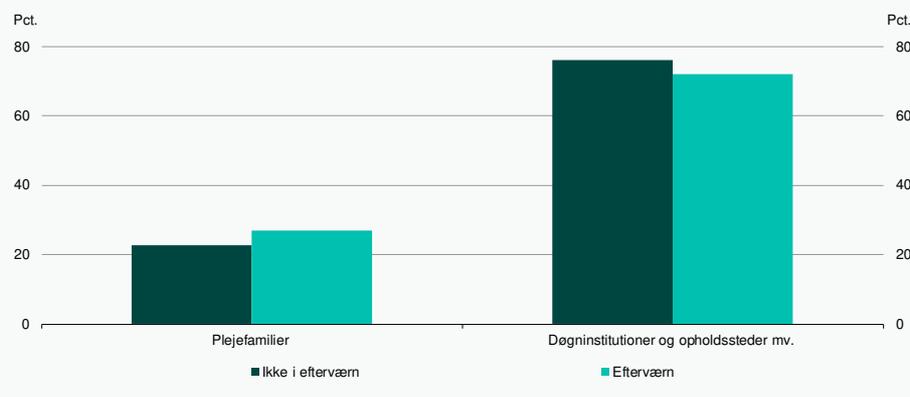
Blandt de 23-25-årige i denne analyse, var størstedelen anbragt på en døgninstitution eller socialpædagogisk opholdssted mv. fremfor i en plejefamilie op til de fyldte 18 år. Omkring 75 pct. var anbragt på en døgninstitution eller opholdssted mv., mens ca. 25 pct. var anbragt hos en plejefamilie, jf. figur 7.16

Blandt de unge, der har modtaget efterværn, boede en lidt større andel i plejefamilie, end blandt de unge der ikke modtog efterværn. Dette hænger sammen med, at sandsynligheden for at få tildelt efterværn er lidt højere blandt unge i plejefamilier end unge på døgninstitution jf. figur 7.5. I en tidligere analyse af efterværnsområdet for Socialstyrelsen, finder Deloitte, at selv når der kontrolleres for socioøkonomiske forskelle, kriminalitetsfrekvens og psykiske problemer, har de unge, der har været anbragt i en plejefamilie *større* sandsynlighed for at modtage efterværn end øvrige anbragte (Deloitte, 2017). Dette kan blandt andet hænge sammen med, at plejeforældrene kæmper aktivt for, at den unge skal i efterværn. En opfattelse som blandt andet fremkommer i Deloitte's interview med unge i målgruppen for efterværn.

Derudover hænger forskellen i sandsynligheden for at modtage efterværn sammen med forskelle på de unges støttebehov.

Figur 7.16

Anbringelsessted blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, ultimo 2018



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Opgjort på baggrund af 23-25-årige ultimo 2018, der var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig. N=5.643.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

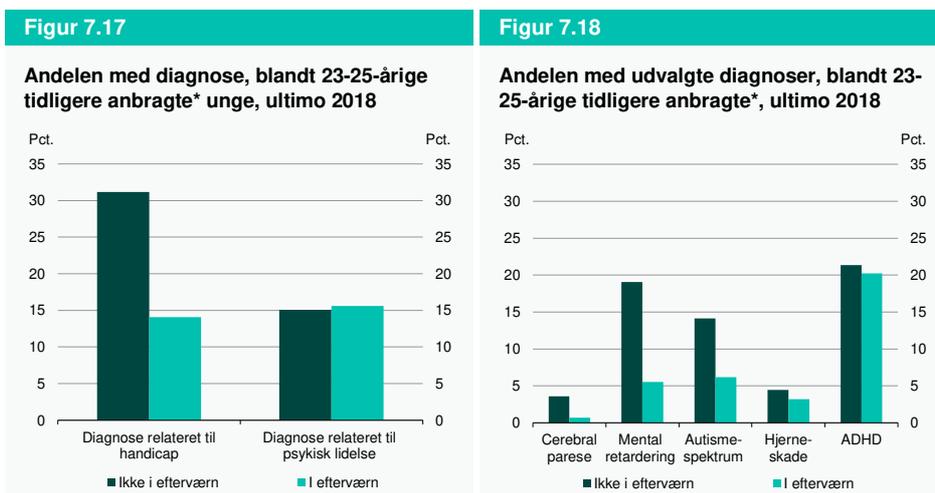
7.4.3 Diagnoser

Unge, som har et ekstra stort behov for støtte, eksempelvis på grund af et handicap, kan i nogle tilfælde have mere gavn af at få støtte efter servicelovens voksenbestemmelser umiddelbart efter, de fylder 18 år, frem for efterværn eller overgangsstøtte efter § 76 a. Det kan eksempelvis være i form af midlertidige eller længerevarende botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108, eller socialpædagogisk støtte efter § 85. Dette er en del af forklaringen på den højere forekomst af diagnoser, der kan være forbundet med et handicap blandt anbragte unge, som ikke modtager efterværn, da denne gruppe oftere modtager støtte efter voksenbestemmelserne.

I denne opgørelse inkluderer gruppen af 'unge med en diagnose relateret til et handicap' unge, som har en af følgende udvalgte diagnoser: autisme, mental retardering, hjerne-skade, sklerose, muskelsvind, Downs, cerebral parese. Det er væsentligt at pointere, at det ikke er en forudsætning for at få hjælp og støtte på grund af handicap, at man har en diagnose i det sundhedsfaglige system. Herudover har det konkrete valg af inkluderede diagnoser betydning for størrelsen af gruppen. Eksempelvis ville man identificere flere med diagnoser relateret til et handicap, hvis ADHD blev inkluderet i opgørelsen. For en uddybning af metoden og forbehold i forbindelse med opgørelsen af diagnoser, se boks 7.2.

Blandt 23-25-årige i 2018, der var anbragt op til det fyldte 18. år, og som *ikke* modtog efterværn, havde knap 30 pct. en diagnose, der kan være forbundet med et handicap, jf. figur 7.17. Således havde over dobbelt så mange af de unge, som ikke modtog efterværn,

en diagnose, der kan være relateret til et handicap, end blandt de unge der modtog efterværn. I forhold til fx mental retardering og cerebral parese er forekomsten over tre gange så høj blandt de unge, som ikke får efterværn, jf. figur 7.18.



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Opgjort på baggrund af 23-25-årige ultimo 2018, der var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig. Diagnoser, der kan være forbundet med et handicap, omfatter autismespektrum, mental retardering, hjerneskade, sklerose, muskelsvind, Downs, cerebral parese. Diagnoser forbundet med psykiske lidelser omfatter diagnosegrupperne psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer mv., depression mv., skizofreni mv., angst mv., personlighedsforstyrrelse mv., spiseforstyrrelse mv. Se boks 7.2 for metode og forbehold ved opgørelsen af diagnoser. N=5.643.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I modsætning til diagnoser, der kan være forbundet med et handicap, ses der imidlertid ingen betydelige forskelle på andelen af unge, som har en diagnose relateret til en psykisk lidelse eller ADHD, afhængig af brugen af efterværn. Diagnoser forbundet med psykiske lidelser omfatter diagnosegrupperne psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer mv., depression mv., skizofreni mv., angst mv., personlighedsforstyrrelse mv., spiseforstyrrelse mv.

Forekomsten af psykiske lidelser og ADHD er generelt høj blandt de tidligere anbragte unge. Omkring 15 pct. af de tidligere anbragte unge har en diagnose for en psykisk lidelse, fx depression eller angst, mens omkring 20 pct. har ADHD.

Boks 7.2**Diagnoser i analysen**

Følgende diagnoser inddrages for at belyse handicaprelaterede diagnoser, der kan optræde blandt de anbragte unge:

- Autismespektrum
- Cerebral parese (spastisk lammelse)
- Downs syndrom
- Erhvervet hjerneskade
- Udviklingshæmning (mental retardering)
- Muskelsvind

Listen er langt fra udtømmende, idet der findes mange andre diagnoser og funktionsnedsættelser, der kan være forbundet med et handicap. Diagnosegrupperne baserer sig på indlæggelser, ambulante besøg og skadestuekontakter på sygehuse i perioden 1995-2018.

Diagnoser, der kan være forbundet med psykiske vanskeligheder, baseres på kontakter til den regionale sygehuspsykiatri over en femårig periode (2015-2018). Der inddrages følgende diagnosegrupper:

- Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol el. stoffer
- Skizofreni
- Depression mv.
- Angst mv.
- Spiseforstyrrelser mv.
- Personlighedsforstyrrelser mv.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der ikke kan laves en entydig kobling mellem en diagnose og borgernes konkrete funktionsnedsættelse. Og endelig skal man være opmærksom på, at der ikke indgår kontakter til og behandling hos egen læge og privatpraktiserende speciallæge, samt brug af lægemidler i opgørelsen over diagnoser. Derfor kan forekomsten af nogle af diagnoserne være undervurderet.

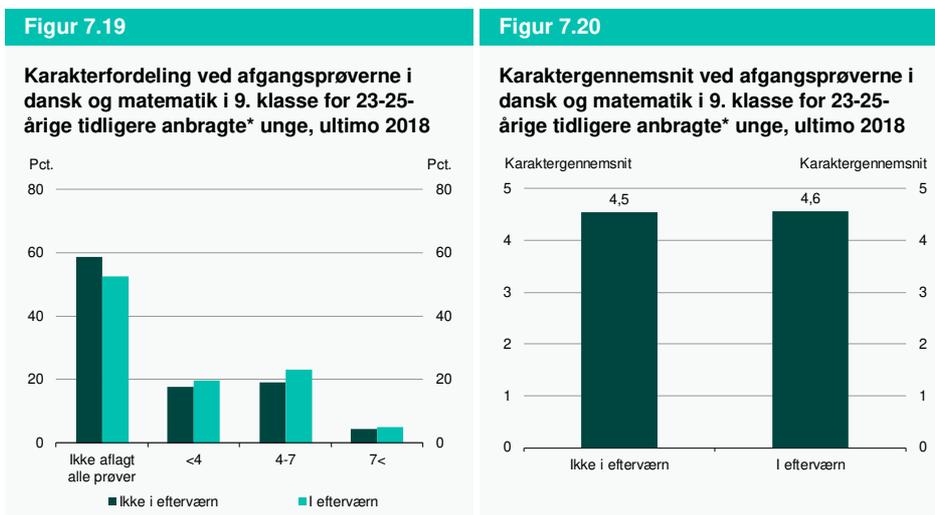
7.4.4 Resultater i folkeskolen

Unge, der har været anbragt i løbet af deres opvækst, klarer sig generelt markant dårligere i skolen sammenlignet med øvrige unge. Det hænger eksempelvis sammen med, at anbragte børn og unge har et større støttebehov i skolen, hvilket blandt andet er analyseret i Socialpolitisk Redegørelse 2019, kapitel 4.

Hvis man går tilbage og ser på, hvordan de tidligere anbragte unge, som ikke har en diagnose¹⁰, der kan være forbundet med et handicap, klarede sig i folkeskolen, *inden* de modtog efterværn, så ses en tendens til, at lidt færre aflægger de bundne prøver blandt de unge, som senere ikke modtog efterværn, jf. figur 7.19. Blandt de unge, der senere modtog efterværn, aflagde 52 pct. ikke afgangsprøverne i dansk og matematik, mens det var 59 pct. blandt de unge, som ikke modtog efterværn. Inkluderes unge med diagnoser, der kan være relateret til et handicap, er forskellen i andelen som aflægger folkeskolens afgangsprøve imidlertid større.

¹⁰ Jf. definitionen i boks 7.2.

Blandt de unge, som aflagde afgangsprøven, er der ikke store forskelle på, hvor gode resultater de unge fik afhængig af, om de senere kom i efterværn eller ej, jf. figur 7.20.



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år, der *ikke* havde en diagnose, der kan være forbundet med et handicap jf. definitionen i boks 7.2.

Anm.: Resultater i de bundne prøver i dansk og matematik ved folkeskolens 9. classes afgangsprøver blandt 23-25-årige ultimo 2018, der har været anbragt uden for hjemmet som 17½-årig, og var indskrevet i en almindelig grundskoleklasse. Karaktergennemsnit er beregnet som et simpelt gennemsnit for elever, der har aflagt alle bundne afgangsprøver i dansk og matematik. N=4.482.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

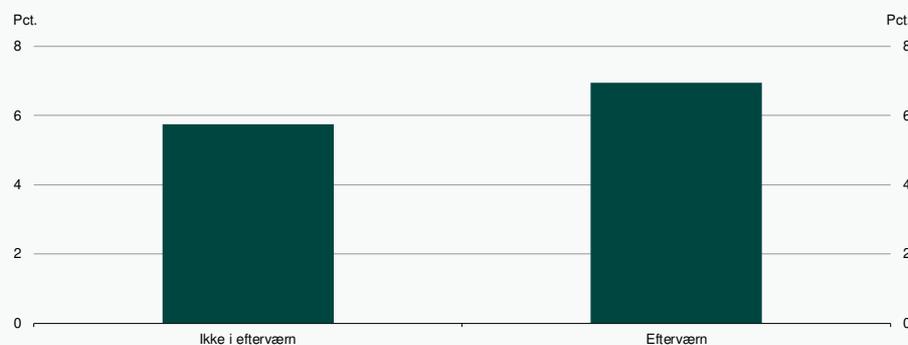
7.4.5 Kriminalitet som ung

Unge, som har været anbragt i barndommen eller i ungdommen, har oftere en dom efter straffeloven end unge, som ikke har været anbragt. Hvis et barn eller en ung begår gentagen eller alvorlig kriminalitet, kan det i nogle tilfælde medføre en anbringelse uden for hjemmet. Men en anbringelse uden for hjemmet på et anbringelsessted efter serviceloven kan også iværksættes som led i en strafferetlig afgørelse for unge mellem 15-17 år, som et alternativ til varetægtsfængsling i et arresthus eller afsoning i et fængsel, ligesom unge kan anbringes uden for hjemmet efter afgørelse i Ungdomskriminalitetsnævnet.

Der ses en tendens til, at en lidt højere andel af de unge efterværnsmodtagere har fået en strafferetlig dom i alderen 15-17 år, end de tidligere anbragte unge, som ikke modtog efterværn, jf. figur 7.21.

Figur 7.21

Andelen af 23-25-årige tidligere anbragte* unge, som havde fået en dom inden det fyldte 18. år



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Angiver andelen af 23-25-årige unge i 2018, der var anbragt uden for hjemmet op til det fyldte 18. år, som havde fået en strafferetlig dom, inden de fyldte 18 år. N=5.643.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

7.5 Hvordan går det anbragte unge som modtog efterværn

I dette afsnit undersøges det, hvordan unge i alderen 23-25 år, der var anbragt op til det 18. år, klarer sig på en række parametre, i forhold til om de har modtaget efterværnsstøtte eller ej, samt i forhold til varigheden af efterværnsstøtte. For at have mere sammenlignelige grupper af unge, inkluderer afsnittet ikke unge, som har udvalgte diagnoser, der er kan være forbundet med et handicap.¹¹

Resultaterne kan dog ikke bruges til at konkludere på, hvilken effekt efterværn har, da tildelingen bygger på en kommunal vurdering, ligesom efterværn er et tilbud til de unge, som det er muligt at afslå. Skulle der laves en egentlig effektvurdering af et efterværn, ville det metodisk kræve, at tildelingen ikke var baseret på et skøn, og at deltagelse var obligatorisk.

7.5.1 Uddannelse og beskæftigelse

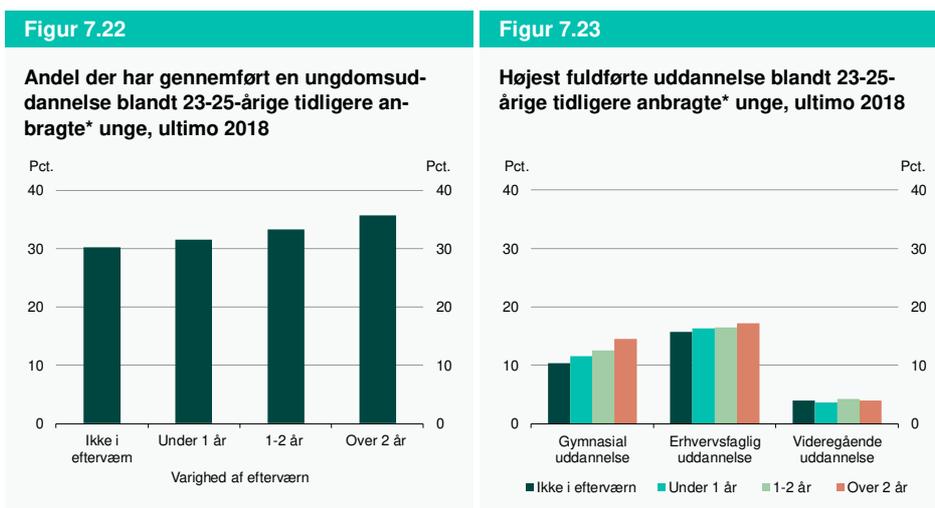
Anbragte unge er udsatte i forhold til befolkningen generelt, og skiller sig blandt andet ud ved at have flere sociale og psykiske problemer. Som unge voksne er der også en større andel, der klarer sig dårligere i uddannelsessystemet og ikke får en fast tilknytning til arbejdsmarkedet.

¹¹ Se boks 7.2 for en gennemgang af udvalgte diagnoser.

For at støtte anbragte unge i overgangen til en selvstændig tilværelse skal efterværn gives med fokus på at understøtte den unge blandt andet i forhold til uddannelse og beskæftigelse og andre forhold, der kan være relevante i overgangen til voksenlivet, som fx at anskaffe egen bolig.

Størstedelen af de tidligere anbragte unge har som 23-25-årig ikke gennemført en kompetencegivende ungdomsuddannelse. Andelen, som har gennemført en ungdomsuddannelse, er imidlertid højere blandt de unge, der har modtaget efterværn, end blandt de, der ikke har modtaget efterværn. Endvidere ses der en tendens til, at jo længere den unge har modtaget efterværn, jo større er sandsynligheden for, at den unge har gennemført en kompetencegivende ungdomsuddannelse, jf. figur 7.22.

Forskellen i andelen af unge, der har gennemført en ungdomsuddannelse, er primært drevet af, at flere gennemfører en gymnasial uddannelse blandt de unge med lange efterværnsforløb, sammenlignet med unge uden efterværn eller med korte efterværnsforløb, jf. figur 7.23.



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år, der ikke havde en diagnose, der kan være forbundet med et handicap jf. definitionen i boks 7.2.

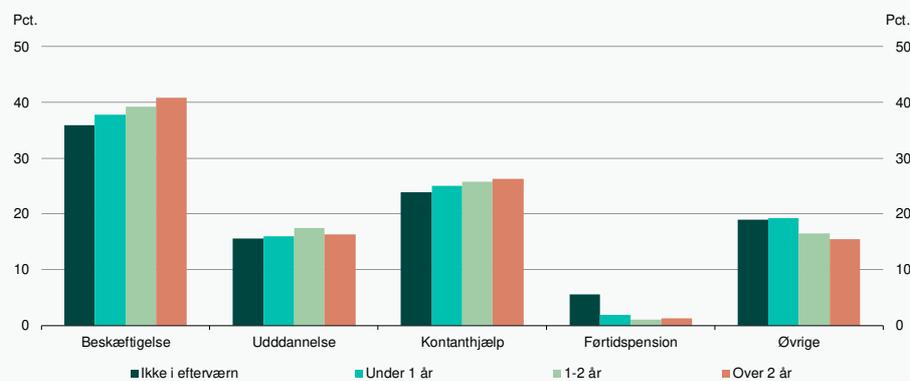
Anm.: Figureerne omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, der har været anbragt som 17½-årig, og som indgår i befolkningsregistret ultimo året. Uddannelsesniveau og ungdomsuddannelsesstatus er opgjort pr. 30. september 2018. Højest fuldførte uddannelse blandt de unge, som ikke har gennemført en ungdomsuddannelse er ikke vist i figur 7.23. N=4.482.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Unge, der har modtaget efterværn, er i højere grad i beskæftigelse eller under uddannelse sammenlignet med de unge, der ikke har modtaget efterværn. Dette skyldes særligt, at en betydeligt højere andel er på førtidspension blandt de unge, som ikke har modtaget efterværn, jf. figur 7.24. Jo længere de unge har modtaget efterværn, jo større er andelen, som er i beskæftigelse.

Figur 7.24

Socioøkonomisk status blandt 23-25-årige tidligere anbragte* unge, ultimo 2018



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år, der *ikke* havde en diagnose, der kan være forbundet med et handicap jf. definitionen i boks 7.2.

Anm.: Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, der har været anbragt som 17½-årig, og som indgår i befolkningsregistret ultimo året. Socioøkonomisk status er opgjort på baggrund af primær forsørgelse i løbet af 2018. Kategorien "øvrige" indeholder personer, hvis socioøkonomiske status er angivet til "andre" i Danmarks Statistiks register, samt få personer, der har været arbejdsløse over halvdelen af året eller modtaget sygedagpenge mv. N=4.482.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

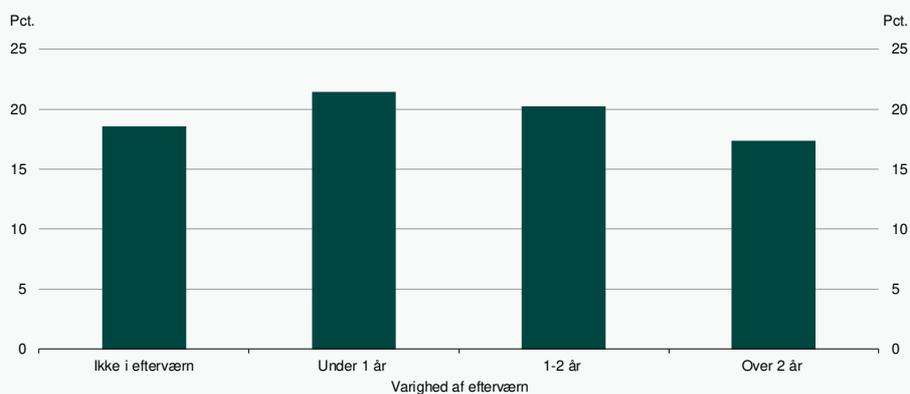
7.5.2 Kriminalitet

Som det fremgik tidligere, har unge, som har været anbragt i barndommen eller i ungdommen, oftere en strafferetlig dom end unge, som ikke har været anbragt. Blandt de tidligere anbragte 23-25-årige i analysen, har over 16 pct. som voksen fået en dom for brud på straffeloven. Blandt ikke tidligere anbragte unge i alderen 23-25 år, er det imidlertid under 4 pct.

Der er en tendens til, at jo længere en ung har været i efterværn, des færre har fået en strafferetlig dom – 21 pct. blandt unge med efterværnsforløb på under ét år og 17 pct. blandt unge med efterværnsforløb på over 2 år. Andelen, som har begået kriminalitet, er nogenlunde den samme blandt de unge, der ikke har fået efterværn, som blandt de unge, der fået efterværn, jf. figur 7.25.

Figur 7.25

Andelen af 23-25-årige tidligere anbragte* efterværnsmodtagere der som voksne har fået en strafferetlig dom efter varighed af efterværn, 2018**



Note: *) Omfatter kun unge, der var anbragt i alderen 17½ år, der *ikke* havde en diagnose, der kan være forbundet med et handicap jf. definitionen i boks 7.2. **) Domme er baseret på perioden 1995-2018, og omfatter udelukkende fældende strafferetlige afgørelser, som de unge har fået *efter de er fyldt 18 år*.

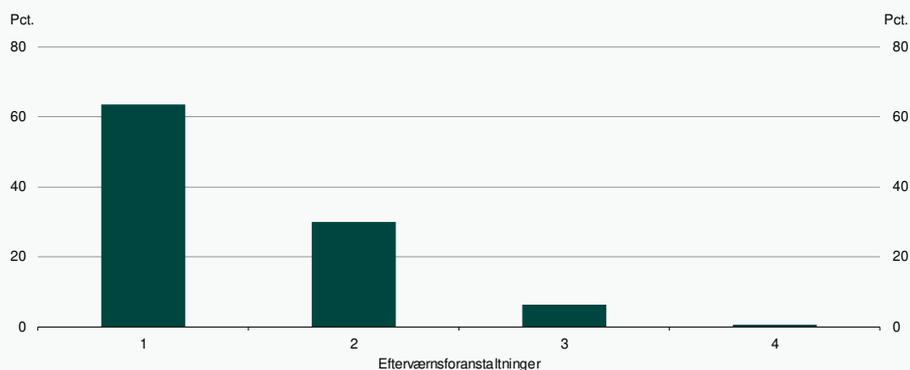
Anm.: Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, der har været anbragt som 17½-årig, og som indgår i befolkningsregistret per 1. januar 2019. N=4.482.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

7.6 Bilag

Figur 7.26

Antallet af efterværnsforanstaltninger blandt efterværnsmodtagere* i alderen 23-25 år, ultimo 2018



Note: *) Omfatter kun efterværnsmodtagere, der var anbragt i alderen 17½ år.

Anm.: Omfatter unge i alderen 23-25 år ultimo 2018, som var anbragt uden for hjemmet som 17½-årig, og har modtaget efterværn. N=3.488.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata..

Boks 7.3

Efterværn til unge anbragt uden for kommunens grænser

Opholdskommune

Børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, har selvstændig opholdskommune i den kommune, der har truffet afgørelse om anbringelsen. Den selvstændige opholdskommune skal hjælpe barnet eller den unge under anbringelsen.

Den dag, den unge fylder 18 år, får den unge opholdskommune i den kommune, hvor han eller hun bor eller sædvanligvis opholder sig.

Vurdering om den unge er i målgruppen for efterværn

Den unges opholdskommune skal senest seks måneder inden, den unge anbragt uden for kommunens grænser fylder 18 år, afgøre, om han eller hun er i målgruppen for efterværn.

Vurderer den selvstændige opholdskommune, at den unge er i målgruppen for efterværn, skal opholdskommunen sende den unges reviderede handleplan til den nye opholdskommune, hvis den unge og forældremyndighedsindehaveren giver samtykke til dette. Den nye opholdskommune har efter serviceloven en særlig kompetence til også at afgøre, om den unge er i målgruppen for efterværn, selvom kommunen endnu ikke er blevet opholdskommune for den unge. Den nye opholdskommune har 30 dage til at træffe afgørelse.

Boks 7.3 (fortsat)**Efterværn til unge anbragt uden for kommunens grænser***Opholdskommunens pligt til at hjælpe den unge*

Opholdskommunen for en ung, der er fyldt 18 år, har pligten til at hjælpe den unge. I to situationer beholder den kommune, der var selvstændig opholdskommune under anbringelsen, dog pligten til at yde hjælp efter serviceloven, når den unge fylder 18 år: 1) Når den selvstændige opholdskommune eller anden offentlig myndighed medvirker til, at den unge i umiddelbar forlængelse af anbringelsen får ophold i en boform, der er omfattet af retssikkerhedslovens § 9, stk. 7. 2) Når den unge ved det fyldte 18. år får opretholdt sin anbringelse i plejefamilie efter servicelovens § 76 a.

Mellemkommunal refusion

Opholdskommunen har ret til refusion for sine udgifter til en ung i efterværn, hvis den unge var anbragt uden for hjemmet frem til, at han eller hun fyldte 18 år. Refusionen ydes af den kommune, der anbragte den unge uden for hjemmet.

Opholdskommunen har ret til refusion i hele efterværnsperioden, også når efterværnet først etableres efter, den unge er fyldt 18 år og/eller etableres igen efter at have været afbrudt. Retten til refusion stopper, når efterværnet ophører.

Det er kun opholdskommunen, og ikke refusionskommunen, der har kompetencen til at vurdere, hvilken form for støtte den unge skal have. Det betyder, at refusionskommunen ikke kan stoppe refusionen, fordi kommunen vurderer, at den unge ikke længere er i målgruppen for efterværn. Refusionskommunen kan heller ikke stoppe refusionen, hvis kommunen er uenig i, hvor efterværnet finder sted.

Afløses efterværnet af en anden foranstaltning, fx et botilbud, vil retten til refusion ikke fortsætte.

Kilde: Ankestyrelsen

Kapitel 8

Kan sundhedsplejerskers observationer forudsige udsathed?

Sundhedsplejerskerne er nogle af de første fagpersoner, der møder nyfødte børn og deres familier. De har derfor en enestående mulighed for at give en tidlig vurdering af barnets sundhed, udvikling og trivsel og for at sætte ind med støtte og vejledning under deres besøg, hvis de vurderer, det er nødvendigt eller gavnligt.

I dette kapitel ses der på oplysninger fra sundhedsplejerskernes besøg hos ca. 23.500 børn, født i årene 2006-2009, fordelt over 14 kommuner primært fra hovedstadsområdet. Sundhedsplejerskerne registrerer en *bemærkning* i deres journal, hvis de ved deres kontakt med familien observerer noget, som vækker bekymring eller kræver ekstra indsats eller opfølgning. Det kan fx være ift. forældre-barn kontakten, mors psykiske tilstand eller barnets motoriske udvikling. I analysen kobles oplysningerne fra sundhedsplejerskernes besøg med registeroplysninger om børnenes udsathed, hvor udsathed er defineret ud fra, om børnene har modtaget en social foranstaltning efter serviceloven, op til de er mellem 9 og 12 år.

Analysen viser, at sundhedsplejerskernes observationer ikke i sig selv kan forudsige, hvilke børn der senere bliver udsatte. Langt størstedelen af de børn, der får registreret relativt mange bemærkninger fra sundhedsplejersken, bliver ikke senere udsatte og får behov for støtte efter serviceloven. Imidlertid viser analysen, at sundhedsplejerskerne kan observere opmærksomhedspunkter og risikofaktorer i børnenes første leveår, der kan være tegn på eller senere kan udvikle sig til udsathed.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- De fleste børn får registreret en eller flere bemærkninger under sundhedsplejerskernes besøg. Kun 11 pct. af børnene, der indgår i analysen, har ikke fået registreret bemærkninger af sundhedsplejersken i løbet af det første leveår.
- Sundhedsplejerskerne registrerer flere bemærkninger hos de børn, der senere modtager en social foranstaltning, end hos de øvrige børn. Mellem 66-72 pct. af de udsatte børn har fået tre eller flere bemærkninger, hvor det gælder 54 pct. af de øvrige børn.
- Børns udsathed hænger sammen med fx forældrenes uddannelsesniveau, forsørgelsesgrundlag mv. Tages der højde for disse baggrundskarakteristika er der fortsat en øget sandsynlighed for udsathed, jo flere bemærkninger sundhedsplejersken registrerer i det første leveår.

- Udsatte børn og deres familier har oftere fået registreret bemærkninger til mors psykiske tilstand og forældre-barn kontakten sammenlignet med øvrige børn. Blandt de udsatte børn har 33-42 pct. fået mindst en bemærkning til forældre-barn kontakten og 52-59 pct. har fået mindst en bemærkning til mors psykiske tilstand i barnets første leveår. Til sammenligning er det hhv. 17 pct. og 35 pct. blandt øvrige børn.
- Udsatte børn har en øget sandsynlighed for at have forældre, der har sværere forudsætninger for forældreskab, fx at forældre selv har været anbragt som børn. Ca. 35-45 pct. af de udsatte børn har forældre med sværere forudsætninger for forældreskab, hvor det er lidt under 10 pct. blandt de øvrige børn.
- Børn, hvis forældre har nedsat omsorgsevne grundet misbrug, modtager oftere sociale foranstaltninger i løbet af deres opvækst. Blandt de børn, der har mindst en forælder med nedsat omsorgsevne grundet et alkohol- eller stofmisbrug, har 29 pct. modtaget en social foranstaltning, hvor det gælder 6 pct. af børnene med forældre uden nedsat omsorgsevne grundet misbrug.
- Der er en sammenhæng mellem sundhedsplejerskers bemærkninger og senere udsathed. Børn, der får registreret flere bemærkninger af sundhedsplejersken, har en oversandsynlighed for at blive udsatte. Men det betyder ikke, at et højt antal bemærkninger eller bestemte bemærkninger alene kan forudsige udsathed. Eksempelvis bliver omkring 3 ud af 4 af de børn, der modtager ni eller flere bemærkninger, ikke udsatte senere i deres liv. Resultaterne indikerer imidlertid samlet set, at sundhedsplejerskernes observationer kan bidrage med værdifuld information til tidlig opsporing af risikofaktorer, der kunne udvikle sig til udsathed senere i livet.
- At langt størstedelen af børnene, der får registreret mange bemærkninger, ikke senere bliver udsatte, kan ses i lyset af, at sundhedsplejersken igennem sine besøg har mulighed for at sætte målrettet ind, hvor der er behov for yderligere støtte og vejledning til børn og deres forældre. Indsatsen fra sundhedsplejersken kan dermed bidrage til, at færre børn bliver udsatte senere i livet.
- Sundhedsplejerskerne har en skærpet underretningspligt, som er en vigtig del af den tidlige forebyggende indsats. Blandt de børn, som sundhedsplejersken underretter om, inden børnene fylder 1 år, har 45 pct. efterfølgende modtaget en social foranstaltning. Til sammenligning gælder det 37 pct. af de børn, hvor der er en underretning inden barnet fylder 1 år, men hvor det ikke er sundhedsplejersken, der har underrettet.

8.1 Sundhedsplejerskernes observationer i det første leveår

Sundhedsplejerskerne besøger børn og deres forældre flere gange i løbet af et barns første leveår med henblik på at vurdere barnets sundhed, trivsel og udvikling. Besøgene er et tilbud og har til hensigt at give forældrene den nødvendige vejledning for en god start på barnets liv. Sundhedsplejerskernes journaler i forbindelse med besøget kan derfor give et unikt indblik i, hvordan børn har det helt tidligt i deres liv. Denne analyse anvender sundhedsplejerskernes journaldata fra Databasen Børns Sundhed, der indeholder data fra fire kvalitetssikrede besøg hos ca. 23.500 børn på centrale tidspunkter for barnets udvikling og trivsel, jf. boks 8.1.

Boks 8.1**Databasen Børns Sundhed**

Databasen Børns Sundhed blev etableret i 2002 i et samarbejde mellem det tidligere Københavns Amt (nu Region Hovedstaden) og kommunerne i amtet. Databasen bygger på data fra sundhedsplejerskers journaler fra hjemmebesøg i barnets første leveår samt indskolings- og udskolingsundersøgelserne. Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvaret for, at formålet med databasen udmøntes. Databasen Børns Sundhed er beliggende på Statens Institut for folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet, og denne analyse er blevet til i et samarbejde om data med SIF.

Databasen er baseret på et samarbejde mellem SIF og de deltagende kommuner. Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der fastsætter sundhedsplejens servicetilbud, og beslutter, om de indgår i databasen. Aktuelt deltager 33 kommuner i samarbejdet. I denne analyse indgår data fra følgende kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby og Vejle. Omkring 90 pct. af en fødselsårgang indgår i analysepopulationen for de deltagende kommuner, jf. bilag tabel 8.3.

Databasen Børns Sundhed indeholder informationer fra fire kvalitetssikrede sundhedsplejerskebesøg i barnets første leveår: Besøg A (etableringsbesøg, som er første besøg efter fødslen), besøg B (første besøg i barnets 2.-3. levemåned), besøg C (første besøg i barnets 4.-6. levemåned) og besøg D (første besøg i barnets 8.-10. levemåned). Det er frivilligt, om en familie vil bruge sundhedsplejetilbud. Det er lovpligtigt for sundhedsplejerskerne at føre journal ved deres besøg. Familier i en database kommune, der benytter sundhedsplejens tilbud, indgår derfor automatisk i Databasen Børns Sundhed. Databasen indeholder informationer om, hvorvidt sundhedsplejersken observerer forhold hos barnet eller familien, som der skal følges op på. Sundhedsplejersken er bl.a. opmærksom på samspillet mellem barnet og forældrene, barnets spisning, søvn, om der er uro hos barnet, samt mors psykiske tilstand. Derudover indeholder databasen bl.a. informationer om observerede handicap hos barnet, og om mors eller fars omsorgsevne er nedsat pga. et misbrug (Statens Institut for Folkesundhed, 2017). Se bilag tabel 8.4 for et detaljeret overblik over bemærkningernes indhold.

Børn, der modtager flere af de kvalitetssikrede sundhedsplejebesøg, vil have en højere sandsynlighed for at få registreret flere bemærkninger. Det betyder ikke nødvendigvis, at børn, der får flere af de kvalitetssikrede besøg, i højere grad udviser tegn, der vækker sundhedsplejerskens opmærksomhed, men kan derimod være udtryk for, at sundhedsplejersken har haft mere tid til at observere barnet. Hvis børn ikke har modtaget alle fire besøg, kan det bl.a. forklares af, at de flytter til eller fra en deltagende kommune eller vælger sundhedsplejerskebesøgene fra. Da analysen inkluderer børn, der har modtaget mindst to af de fire kvalitetssikrede besøg, kan antallet børn med få bemærkninger være overvurderet.

Datasikkerhed

De indsamlede journaldata indsendes til Statens Institut for Folkesundhed i henhold til Databeskyttelseslovens § 10. Opbevaringen af data på Statens Institut for Folkesundhed er anmeldt til SDU RIO, Syddansk Universitet. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål. Forskere har i deres arbejde med data ikke adgang til personidentifikation (CPR-nummer). Dette sikres af en dataadministrator, som er særligt autoriseret til dette. Det datasæt, som benyttes til analyserne, rummer ikke oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken om børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne. Formidlingen af resultaterne sker således udelukkende, så det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner.

Databasen Børns Sundhed er ikke dækkende for alle børn i Danmark, da ikke alle kommuner deltager, og fordi en familie frivilligt kan vælge, om de vil benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis en familie bor i en deltagende kommune og benytter sig af tilbudet, indgår de automatisk i databasen, da det er lovpligtigt for sundhedsplejerskerne at føre journal.

Analysen tager udgangspunkt i børn i databasen, der er født i årene 2006-2009 og har modtaget mindst to af de fire kvalitetssikrede sundhedsplejebesøg. Der medtages kun børn, der har været bosat i Danmark fra deres fødsel og frem til 2018. Samlet set omfatter analysen ca. 23.500 børn fra 14 kommuner. Det svarer til ca. 90 pct. af en fødselsår-gang for de deltagende kommuner. Alle deltagende kommuner, bortset fra Vejle, ligger i hovedstadsområdet, og analysens resultater kan derfor ikke uden videre overføres til hele Danmark, men de deltagende kommuner repræsenterer en blanding af storby-, by- og landområder.

Analysen sætter fokus på typen af bemærkninger og antallet af forskellige typer af bemærkninger, sundhedsplejersken registrerer i barnets første leveår. En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken ved sin kontakt med familien har registreret noget, som vækker bekymring eller kræver en ekstra indsats eller opfølgning. En bemærkning kan fx være i forhold til mors psykiske tilstand eller barnets motoriske udvikling. Der kan være stor forskel i kompleksiteten af bemærkningerne. Sundhedsplejersken kan fx både registrere en bemærkning, hvis moren ignorerer åbenlyse problemer, og hvis barnet ikke kan sidde selv og sundhedsplejersken skal være opmærksom på dette ved næste besøg. Sundhedsplejerskens bemærkninger kan således kun give en indikation af, om der tidligt i barnets liv kan være forhold, der bør holdes øje med.

Sundhedsplejerskens besøg har ikke primært til formål at opspore udsathed, men at støtte og vejlede forældrene. Sundhedsplejersken arbejder sundhedsfremmende, med familiens ressourcer, og med at støtte barnets sunde udvikling. Sundhedsplejersken har i dag en række muligheder for at hjælpe familier med et øget behov, fx kan sundhedsplejersken aflægge familier flere besøg eller henvise familien til en anden faggruppe, herunder praktiserende læge og andre tilbud i kommunen, fx gruppeterapi mod efterfødselsreaktioner eller motorisk træning.

I det første leveår får langt de fleste børn i undersøgelsen registreret minimum én bemærkning fra sundhedsplejersken. Kun 11 pct. af børnene, der indgår i analysen, har ikke fået registreret bemærkninger, mens størstedelen, ca. 55 pct., af børnene har fået 3 eller flere bemærkninger i løbet af det første leveår. Samtidig er det en relativ lille andel, som får registreret mere end 5 bemærkninger. Således har ca. 12 pct. af børnene fået 6-8 bemærkninger, og ca. 1 pct. af børnene fået 9 eller flere bemærkninger i det første leveår, jf. tabel 8.1.

Tabel 8.1

Antal bemærkninger i det første leveår

	Antal børn	Pct.
0	2.479	10,6
1	3.751	16,0
2	4.341	18,5
3	4.055	17,3
4	3.327	14,2
5	2.358	10,0
6	1.547	6,6
7	866	3,7
8	435	1,9
9	207	0,9
10	70	0,3
11	27	0,1
I alt	23.463	100,0

Anm.: Antallet af bemærkninger er opgjort som summen af forskellige typer af bemærkninger, som barnet har fået i mindst ét af de fire kvalitetssikrede sundhedsplejerskebesøg i barnets første leveår, se i øvrigt boks 8.1. De forskellige typer af bemærkninger fremgår af bilag tabel 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

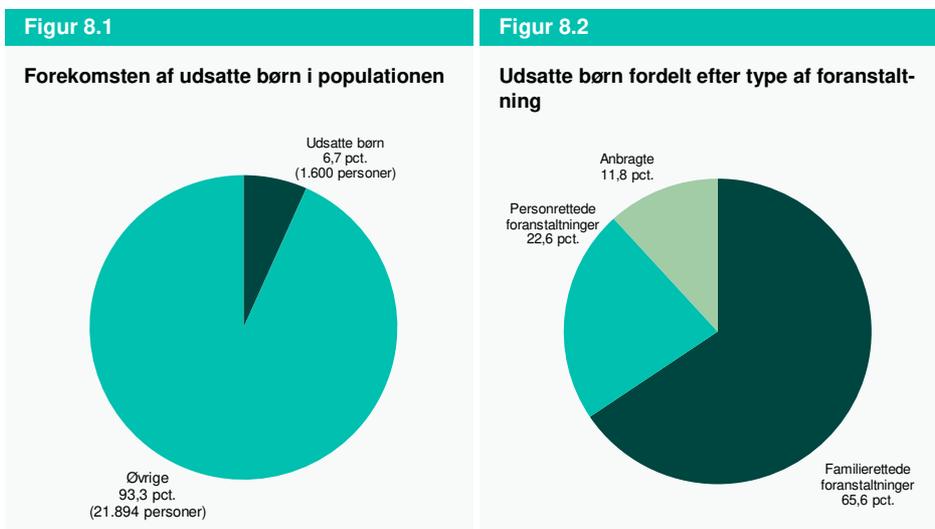
8.2 Antal bemærkninger blandt udsatte børn

Sundhedsplejerskernes journaldata kan ved hjælp af Danmarks Statistiks registerdata kobles med oplysninger om sociale foranstaltninger. Denne kobling kan give indsigt i, om der kan være fælles risikofaktorer hos de børn, der senere er udsatte.

Hvis et barn eller ung har behov for særlig støtte, skal kommunen undersøge forholdene og vurdere, om der skal iværksættes en eller flere sociale foranstaltninger efter serviceloven. Det kan enten være en tidlig forebyggende indsats, en forebyggende foranstaltning eller en anbringelse uden for hjemmet. Se kapitel 2 for en nærmere beskrivelse af sociale foranstaltninger. I denne analyse er udsatte børn afgrænset til børn, der har modtaget sociale foranstaltninger.

I det følgende undersøges det, om der er systematiske forskelle på, hvor mange bemærkninger, der registreres af sundhedsplejersken i barnets første leveår, afhængig af om barnet har modtaget en social foranstaltning op til en alder mellem 9 og 12 år.

Ud af den samlede analysepopulation på ca. 23.500 børn har ca. 7 pct. modtaget en social foranstaltning, jf. figur 8.1.



Anm.: Anbragte (1) omfatter børn, der på et tidspunkt fra deres fødsel og frem til 31. december 2018 har været anbragt uden for hjemmet (N=185 børn). Personrettede foranstaltninger (2) omfatter børn, der på et tidspunkt fra deres fødsel og frem til 31. december 2018 har modtaget en personrettede forebyggende foranstaltning og som *ikke* har været anbragt uden for hjemmet (N=355 børn). Familierettede foranstaltninger (3) omfatter børn, der på et tidspunkt fra 2014 og frem til 31. december 2018 har modtaget en familierettet forebyggende foranstaltning og *hverken* har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettede forebyggende foranstaltning (N=1.029 børn). Udsatte børn omfatter (1), (2) og (3). Se i øvrigt kapitel 2.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

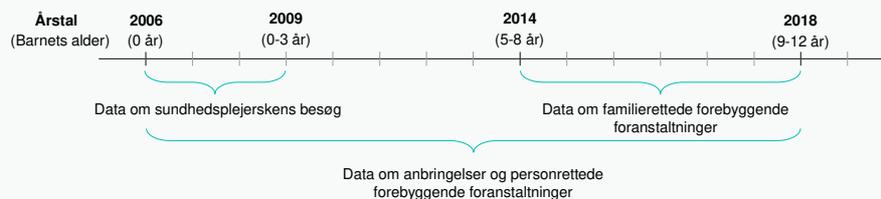
Blandt de udsatte børn har knap 12 pct. været anbragt uden for hjemmet, ca. 23 pct. har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning uden at have været anbragt, og de resterende 65 pct. har alene modtaget en familierettet forebyggende foranstaltning uden at have modtaget personrettede forebyggende foranstaltninger eller været anbragt uden for hjemmet, jf. figur 8.2.

I den resterende del af analysen skelnes der mellem to definitioner af udsatte børn. Den første definition omfatter børn, som har været anbragt uden for hjemmet og/eller har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning på et tidspunkt fra deres fødsel og frem til 2018. Den anden definition indeholder desuden børn, der kun har modtaget familierettede forebyggende foranstaltninger fra 2014-2018. Der skelnes mellem disse to definitioner, da data om familierettede forebyggende foranstaltninger først er tilgængeligt fra 2014. Det skal i øvrigt nævnes, at kommunernes indberetninger af tidlige forebyggende indsatser efter § 11 er frivillig, og brugen derfor kan være undervurderet i data. Se kapitel 2 for en nærmere beskrivelse af data om sociale foranstaltninger.

Børn, der indgår i analysen, er afgrænset til børn fra fødselsårgangene 2006-2009, der er mellem 9 og 12 år i 2018. Se figur 8.3 for tidslinje og overblik over det anvendte data.

Figur 8.3

Tidslinje for oplysninger om sundhedsplejerskernes besøg og udsathed

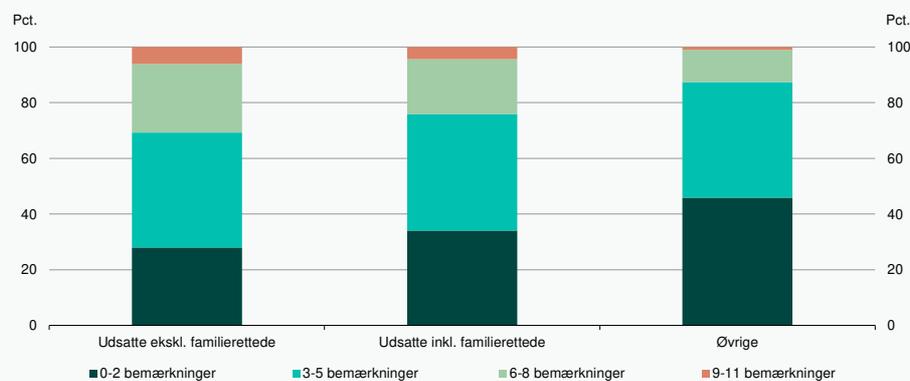


Idet det kun er muligt at følge børnene frem til 2018, vil gruppen defineret som øvrige børn også indeholde børn, som modtager en social foranstaltning for første gang efter 2018. Andelen af udsatte børn vil derfor være undervurderet. Samtidig betyder tilgængeligheden af oplysninger om familierettede foranstaltninger, at antallet af udsatte børn er yderligere undervurderet, da gruppen defineret som øvrige børn også kan indeholde børn, som udelukkende har modtaget familierettede forebyggende foranstaltninger for 2014.

Over halvdelen af de børn, der indgår i analysen, har modtaget 3 eller flere bemærkninger. Der er indikationer på, at der er sammenhæng mellem antallet af bemærkninger og om børn modtager sociale foranstaltninger. Sundhedsplejersken registrerer således flere bemærkninger hos børn, der modtager sociale foranstaltninger, hvor 66 og 72 pct. af de udsatte børn henholdsvis inkl. og ekskl. familierettede forebyggende foranstaltninger har fået 3 eller flere bemærkninger. For øvrige børn gælder det 54 pct. Det skal dog bemærkes, at en væsentlig andel af de udsatte børn kun får registreret få bemærkninger. Blandt de udsatte børn har 28-34 pct. fået registreret 0-2 bemærkninger i løbet af det første leveår, jf. figur 8.4.

Figur 8.4

Antallet af bemærkninger i det første leveår opdelt efter om barnet er udsat



Anm.: 'Udsatte ekskl. familierettede' omfatter børn, der på et tidspunkt fra deres fødsel og frem til 31. december 2018 har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning. 'Udsatte inkl. familierettede' omfatter 'udsatte ekskl. familierettede' samt børn, som har modtaget en familierettet forebyggende foranstaltning fra 2014 og frem til 31. december 2018. Se i øvrigt anmærkningen til tabel 8.1.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Udsatte børn ekskl. børn, der har modtaget familierettede forebyggende foranstaltninger får samtidig registreret flere bemærkninger end udsatte børn inkl. børn, der har modtaget familierettede indsatser. Blandt de udsatte børn ekskl. familierettede forebyggende foranstaltninger får 25 pct. 6-8 bemærkninger og 6 pct. får 9 eller flere bemærkninger. Tilsvarende er det henholdsvis 20 og 4 pct. blandt de udsatte børn inkl. familierettede forebyggende foranstaltninger. Til sammenligning er det 12 og 1 pct. blandt øvrige børn.

Selvom der er en større sandsynlighed for, at sundhedsplejersken registrerer flere bemærkninger hos udsatte børn end øvrige børn, har størstedelen af børnene, der har fået registreret bemærkninger ikke modtaget sociale foranstaltninger i løbet af deres barndom. Der er dog en tendens til, at jo flere bemærkninger et barn får i det første leveår, jo højere er sandsynligheden for at modtage en social foranstaltning senere i livet. Et stigende antal bemærkninger kan derfor indikere, at barnet og/eller familien har flere og mere komplekse problemstillinger, der kan øge risikoen for udsathed.

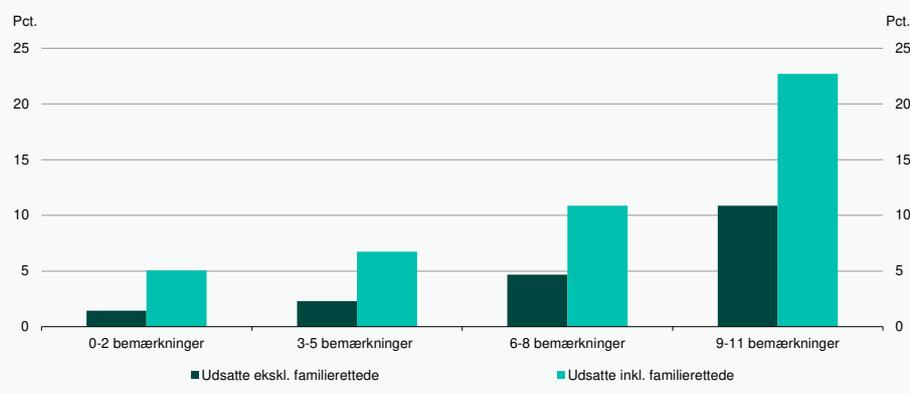
5 pct. af de børn, der har fået 6-8 bemærkninger, har været anbragt uden for hjemmet og/eller modtaget en personrettet forbyggende foranstaltning i perioden fra deres fødsel frem til 2018. Hvis familierettede forbyggende foranstaltninger også inkluderes, har 11 pct. af børnene, der har fået 6-8 bemærkninger modtaget en social foranstaltning. Andelen er højere for børn, der har fået registreret 9 eller flere bemærkninger, men skal fortolkes varsomt, da der er tale om relativt få børn i denne gruppe. Til sammenligning er det henholdsvis 1 og 5 pct. blandt børnene, der har fået registreret 0-2 bemærkninger, jf. figur 8.5. Det skal også bemærkes, at selvom børn med flere bemærkninger i højere grad

bliver udsatte senere i livet, har 77-89 pct. af børnene, der har fået 9 eller flere bemærkninger, ikke modtaget sociale foranstaltninger i løbet af deres barndom. Dermed kan et højt antal bemærkninger fra sundhedsplejersken ikke selvstændigt forudsige, om et barn bliver udsat eller ej.

Dette kan ses i sammenhæng med, at sundhedsplejersken har mulighed for at gribe ind med ekstra støtte til familier med øget behov. De aflægger familien flere besøg og underviser forældrene i, hvordan de bedst varetager børnenes behov. Sundhedsplejersken kan dermed bidrage til, at færre børn bliver udsatte senere i livet.

Figur 8.5

Andel udsatte børn efter antallet af bemærkninger i det første leveår



Anm.: Se anmærkninger til tabel 8.1 og figur 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

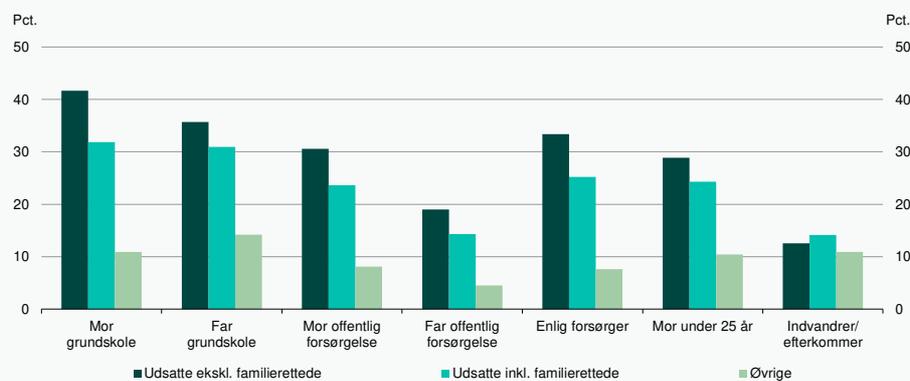
8.3 Betydning af baggrundskarakteristika for udsathed

En række faktorer i miljøet, barnet opvokser i, kan påvirke et barns udsathed senere i livet. I det følgende ses der nærmere på sammenhængen mellem udvalgte baggrundskarakteristika som fx forældrenes uddannelsesniveau, forsørgelsesgrundlag, familietype og morens alder og udsathed.

Udsatte børn både inkl. og ekskl. børn med familierettede forebyggende foranstaltninger har generelt en højere sandsynlighed for tilstedeværelsen af de undersøgte baggrundsfaktorer. For eksempel er sandsynligheden for, at morens højeste fuldførte uddannelse er grundskole betydeligt højere for udsatte børn i forhold til de øvrige børn, hvor det er tilfældet blandt 42 pct. af de børn, der har modtaget en personrettet foranstaltning eller været anbragt, mens det er 11 pct. blandt de øvrige børn, jf. figur 8.6.

Figur 8.6

Faktorer relateret til miljøet udsatte og øvrige børn vokser op i



Anm.: Mor under 25 år refererer til, at barnets mor var under 25 år ved barnets fødsel. Enlig forsørger refererer til, om barnet boede med en enlig forsørger i fødselsåret. Mor og far grundskole dækker over, at forælderen havde en grundskoleuddannelse som højest fuldført uddannelse eller havde manglende oplysninger om uddannelse i 2018. Mor og far offentlig forsørgelse dækker over, om barnets forældre var på offentlig forsørgelse i hhv. året før og året, hvor barnet er født, dvs. om forælderen i størstedelen af året har modtaget kontanthjælp, sygedagpenge mv., dog eksklusiv SU. Se i øvrigt anmærkningen til figur 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Som i tilfældet ved antallet af bemærkninger fra sundhedsplejersken er der derfor en oversandsynlighed for faktorerne, når barnet modtager en social foranstaltning, men faktorerne kan ikke selvstændigt forudsige, om et barn bliver udsat eller ej.

8.4 Regressionsanalyse af antallet af bemærkninger i det første leveår

Sandsynligheden for senere at modtage forebyggende foranstaltninger eller blive anbragt uden for hjemmet stiger, jo flere bemærkninger barnet får i løbet af sit første leveår, jf. figur 8.5. Dette kan blandt andet skyldes systematiske sammenhænge mellem at modtage bemærkninger og være udsat for risikofaktorer eller andre faktorer. Det bekræftes af figur 8.6, hvor udvalgte baggrundskaraktéristika har en sammenhæng til barnets risiko for udsathed.

I følgende afsnit isoleres betydningen af de faktorer, der ligger i sundhedsplejerskens bemærkninger, for om barnet senere bliver udsat. Dette gøres ved at benytte en lineær sandsynlighedsmodel. Metoden er beskrevet i boks 8.2.

Boks 8.2**Regressionsanalyse – metode og forbehold**

Lineære regression kan anvendes til at estimere sammenhængen mellem antallet af bemærkninger sundhedsplejersken registrerer i barnets første leveår og barnets senere udsathed. Modellen estimerer, den statistiske forskel i sandsynligheden for at modtage sociale foranstaltninger afhængig af antallet af bemærkninger. I modellen bruges 0-2 bemærkninger som referencekategori, og modellens parameterestimer skal derfor fortolkes som oversandsynligheder i forhold til at få 0-2 bemærkninger.

Regressionsanalyser

Med regressionsanalyser forsøger man at estimere sammenhængen mellem en eller flere baggrundsvariable og et udfald. For at imødekomme selektionsproblemer kan man inkludere information om observerbare karakteristika (kontrolvariable), fx baggrunds-karakteristika, der kan korrigere for nogle af de systematiske forskelle, der er blandt børn med forskellige bemærkninger.

Signifikans

Ud for estimationsresultaterne i regressionerne angives signifikansniveauer med *, (* angiver $p < 0,10$, ** angiver $p < 0,05$ og *** angiver $p < 0,01$). Signifikansniveauerne angiver risikoen for, at resultatet er fremkommet som en tilfældighed. Jo lavere signifikansniveau, jo mindre er sandsynligheden, statistisk set, for, at resultatet er tilfældigt.

Forbehold

Resultaterne fra regressionen belyser sammenhænge som ikke nødvendigvis er kausale (årsagssammenhænge). Det kan derfor ikke konkluderes, at en gruppe børn med en given oversandsynlighed for en risikofaktor – alene pga. risikofaktoren – vil blive udsat senere i livet. Det er altså ikke nødvendigvis sundhedsplejerskens observerede risikofaktorer eller fx mors uddannelsesniveau, der medfører, at barnet senere modtager en social foranstaltning. Barnet kan have behov for ekstra støtte i form af en social foranstaltning på grund af bagvedliggende faktorer, som ikke kan observeres i registrene. Det kan fx være forældrenes adfærd efter det første leveår, eller at barnet får et tidligt hashmisbrug eller begår kriminalitet.

Tabel 8.2 bekræfter, at der er en positiv sammenhæng mellem antallet af bemærkninger og risikoen for senere at blive udsat, som er statistisk signifikant. Børn, der har modtaget flere bemærkninger, har således en oversandsynlighed for at blive udsatte.

Tages der højde for forældrenes uddannelsesniveau, forsørgelsesgrundlag mv. (kontrolvariable), er oversandsynlighederne mindre, men forbliver signifikante og positive.

Tabel 8.2

Regressionsresultater for sandsynligheden for at være udsat som barn

	Udsat ekskl. familierettede		Udsat inkl. familierettede	
	(1a)	(1b)	(2a)	(2b)
3-5 bemærkninger	0,007 ***	0,004 **	0,014 ***	0,007 **
6-8 bemærkninger	0,032 ***	0,024 ***	0,057 ***	0,040 ***
9-11 bemærkninger	0,094 ***	0,073 ***	0,172 ***	0,132 ***
Kontrolvariable ¹⁾	Nej	Ja	Nej	Ja

Note: 1) Kontrolvariable inkluderer barnets køn, herkomst, fødselsvægt og familietype, forældrenes arbejdsmarked tilknytning og uddannelse i 2018 samt morens alder ved fødslen.

***) angiver signifikant på 1 pct. niveauet, **) signifikant på 5 pct. niveauet, *) signifikant på 10 pct. niveauet.

Anm.: Tabellen viser estimerne fra lineære sandsynlighedsmodeller med robuste standardfejl. Se bilag tabel 8.5 og 8.6 for standardfejl og parameterestimer for kontrolvariable. N= 22.447. Bemærk, denne metode identificerer *ikke* kausale effekter, og estimerne udelukkende skal fortolkes som korrelationer. Se i øvrigt anmærningen til figur 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Resultaterne er relativt robuste over for andre estimationsmetoder. Hvis der i stedet anvendes en logistisk regressionsmodel, forbliver resultaterne positive og statistisk signifikante, jf. bilag tabel 8.7. Derved ser modelspecifikationen ikke ud til at have en betydning for analysens overordnede resultater.

Regressionsanalyserne understøtter, at der er en oversandsynlighed for, at børn, der har modtaget flere bemærkninger fra sundhedsplejerskerne, efterfølgende modtager sociale foranstaltninger. På baggrund af regressionsanalyserne er det dog ikke muligt med sikkerhed at forudsige, hvilke børn der vil modtage en social foranstaltning. Det gælder også, selvom der tages højde for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at langt størstedelen af de børn, der modtager mange bemærkninger, ikke senere bliver udsatte. Samtidig er der stor forskel i kompleksiteten af bemærkningernes indhold.

8.5 Typen af bemærkninger og deres betydning for udsathed

I løbet af de fire kvalitetssikrede besøg noterer sundhedsplejersken bemærkningens indhold i en af flere overordnede kategorier. Det kan fx være i forhold til barnets hud og navle, forældre-barn kontakten eller mors psykiske tilstand.

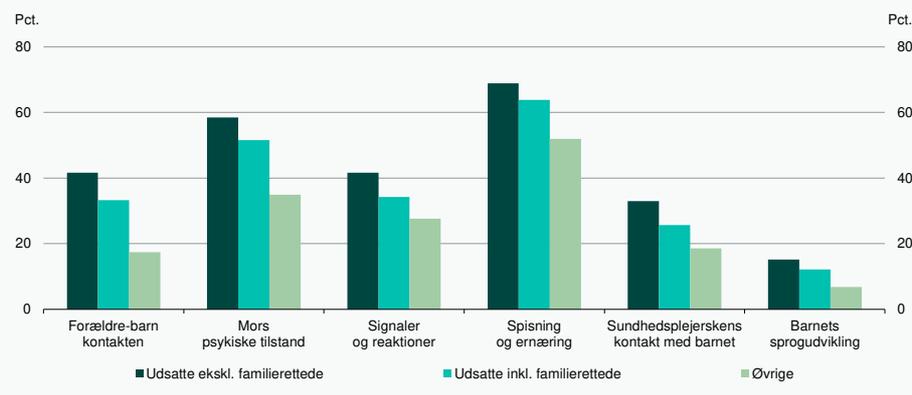
De fleste typer af bemærkninger bliver registreret hos en stor andel af børnene. Den bemærkning, der oftest registreres af sundhedsplejerskerne, er i forhold til spisning og ernæring, hvor over halvdelen af børnene, uanset om barnet er udsat eller ej, har fået registreret en bemærkning, jf. figur 8.7.

Udsatte børn adskiller sig især fra de øvrige børn i forhold til bemærkninger til forældre-barn kontakten og mors psykiske tilstand, hvor der er en oversandsynlighed for at modtage bemærkningerne blandt de udsatte børn. 33-42 pct. af de udsatte børn har fået en bemærkning til forældre-barn kontakten i mindst ét af de fire besøg, mens det gælder 17

pct. af de øvrige børn. Omkring 52-59 pct. af de udsatte børn har fået en bemærkning til mors psykiske tilstand i mindst ét af de fire besøg, mens det gælder for 35 pct. af de øvrige børn.

Figur 8.7

Andelen af børn med specifikke bemærkninger i det første leveår efter om barnet er udsat



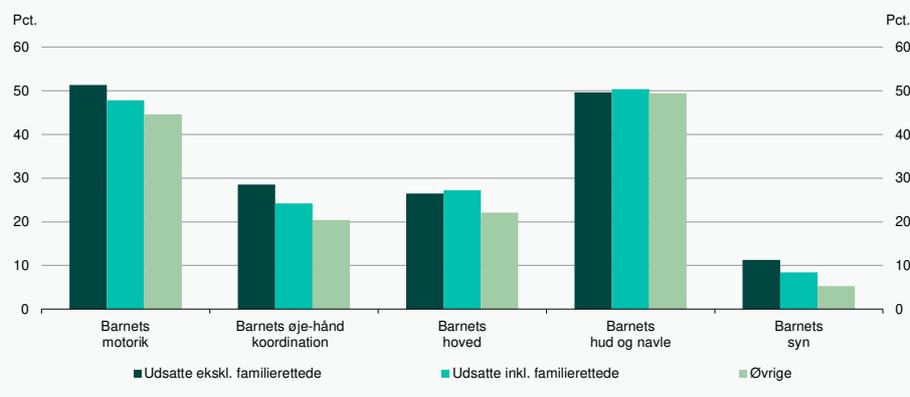
Anm.: Se bilag tabel 8.4 for en beskrivelse af de forskellige typer af bemærkninger. Se i øvrigt anmærkningen til figur 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Forskellene mellem udsatte og øvrige børn er betydeligt mindre for bemærkninger, der knytter sig til barnets fysik og motorik. For eksempel er andelen af de udsatte og øvrige børn, der har fået bemærkning til hud og navle, stort set ens, hvor der gives bemærkninger til ca. halvdelen af børnene, jf. figur 8.8.

Figur 8.8

Andelen af børn med specifikke bemærkninger i det første leveår efter om barnet er udsat

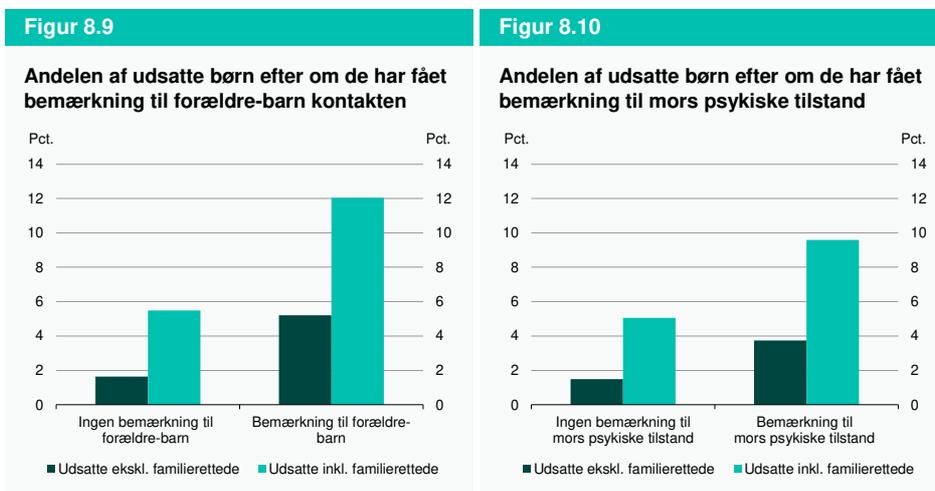


Anm.: Se bilag tabel 8.4 for en beskrivelse af de forskellige typer af bemærkninger. Se i øvrigt anmærkningen til figur 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Selvom udsatte børn har en højere sandsynlighed for bemærkninger til forældre-barn kontakten og mors psykiske tilstand end øvrige børn, er det en relativ lille andel af de børn, der har fået registreret en bemærkning til forældre-barn kontakten og mors psykiske tilstand, der efterfølgende er udsatte.

Kun 5 pct. af de børn, der har fået en bemærkning til forældre-barn kontakten, har efterfølgende været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning. Hvis familierettede forebyggende foranstaltninger også inkluderes, er det 12 pct. af børnene, der har fået en bemærkning til forældre-barn kontakten, som senere i deres liv er udsatte jf. figur 8.9. Det gælder derfor at knap 90 pct. af de børn, der har fået bemærkninger til forældre-barn kontakten ikke har modtaget sociale foranstaltninger senere i livet.

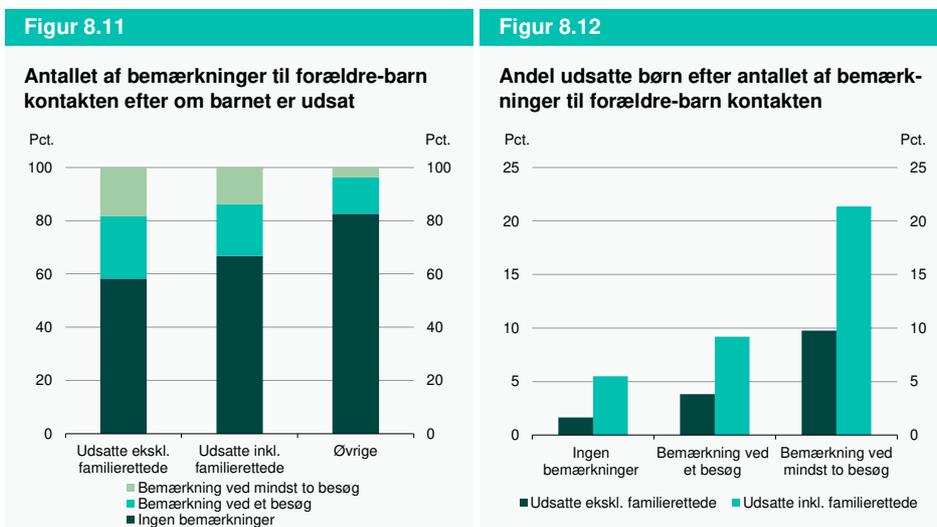


Anm.: Barnet får ingen bemærkninger til forældre-barn kontakten, hvis barnet er veltilpasset og plejet, påklædning er hensigtsmæssig ift. inde/udeklimaet, hvis forældrene afpasser aktiviteterne efter barnets behov og er opmærksomme på, at der er grænser for stimuli, hvis forældre har forståelse for barnets signaler og behov og er opmærksomme på uro/gråd og søger at trøste barnet, så det falder til ro, hvis forældre forstår og reagerer hensigtsmæssigt på ældre søskendes reaktioner, eller hvis der ikke er andre problematiske forhold. Barnet får ingen bemærkninger til mors psykiske tilstand, hvis moren ikke er ked af det, trist, angst, har søvnproblemer, er "problemløs" dvs. negligerer åbenlyse problemer, eller der ikke er andre problematiske forhold. Se i øvrigt anmærkningen til figur 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Samtidig er det kun henholdsvis knap 4 og 10 pct. af børnene, der har fået en bemærkning til mors psykiske tilstand, der senere er udsatte, jf. figur 8.10.

Forekomsten af bemærkninger til forældre-barn kontakten er dog fortsat hyppigst blandt de børn, der efterfølgende har været anbragt eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning, hvor 23 pct. har fået en bemærkning ved ét af de fire kvalitets-sikrede besøg og 18 pct. ved mindst to besøg. Blandt udsatte børn inkl. familierettede forebyggende foranstaltninger har 19 pct. fået en bemærkning ved ét besøg og 12 pct. ved mindst to besøg. Til sammenligning er det henholdsvis 14 og 4 pct. blandt øvrige børn, jf. figur 8.11.

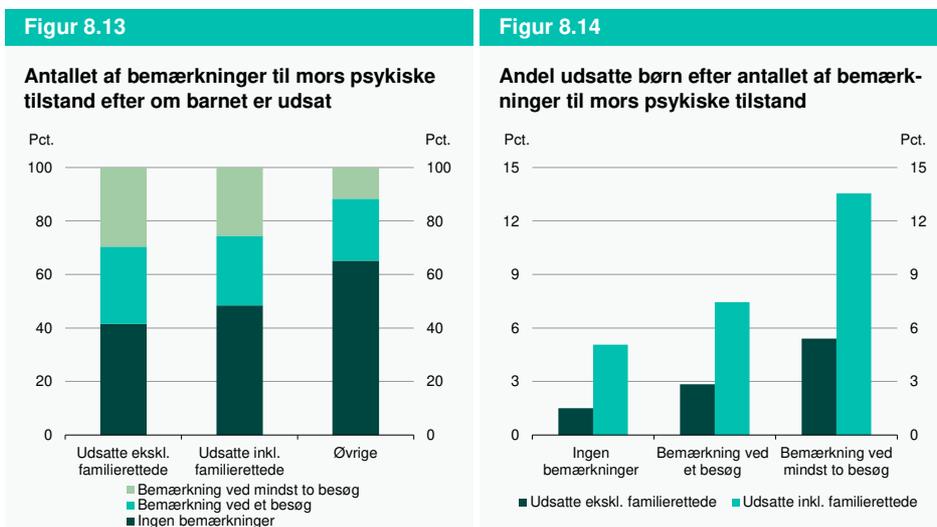


Anm.: Se anmærkninger til figur 8.4 og 8.9.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

De fleste børn har ingen bemærkninger til forældre-barn kontakten, men der er også en tendens til, at antallet af bemærkninger til forældre-barn kontakten øger sandsynligheden for at modtage sociale foranstaltninger i løbet af barndommen. Blandt de ca. 1.000 børn, der har fået en bemærkning til forældre-barn kontakten ved mindst to besøg, har ca. 21 pct. efterfølgende modtaget en social foranstaltning. Blandt børnene, der ikke har fået nogen bemærkning, er det ca. 5 pct., der efterfølgende har modtaget en social foranstaltning, jf. figur 8.12.

Forekomsten af bemærkninger til mors psykiske tilstand er væsentlig højere blandt de udsatte børn. Sundhedsplejersken har således registeret en bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst to besøg hos knap 30 pct. af børnene, der efterfølgende har været anbragt eller har modtaget en personrettede forebyggende indsats, og hos knap 26 pct. af de udsatte børn inkl. familierettede forebyggende foranstaltninger, mens det er hos knap 12 pct. af øvrige børn, jf. figur 8.13.



Anm.: Se anmærkninger til figur 8.4 og 8.10.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Selvom størstedelen af børnene ikke har fået bemærkninger til mors psykiske tilstand, bemærkes det, at ud af de ca. 3.000 børn, der har fået en bemærkning ved mindst to besøg, har knap 14 pct. efterfølgende modtaget en social foranstaltning. Blandt børnene, der ikke har fået nogen bemærkning, er det ca. 5 pct., jf. figur 8.14.

Forekomsten af flere bemærkninger til mors psykiske tilstand hænger altså sammen med en øget risiko for at modtage sociale foranstaltninger senere i livet. Men det er stadig ca. 86 pct. af børnene, der på trods af en bemærkning til mors psykiske tilstand ved mindst to besøg ikke har modtaget sociale indsatser i løbet af deres barndom.

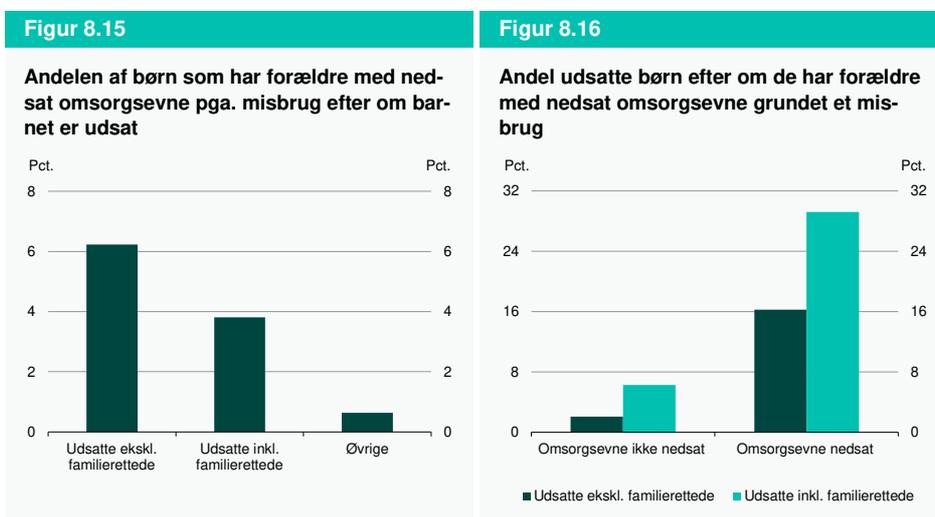
8.6 Betydning af forhold i hjemmet for udsathed

Forhold i barnets hjem kan også have betydning for risikoen for at modtage en social foranstaltning i løbet af opvæksten. Afsnittet tager udgangspunkt i øvrige baggrundsinformationer, som er tilgængelige via Databasen Børns Sundhed. I databasen findes blandt andet informationer om, hvorvidt barnet bliver passet uden for hjemmet, familiens netværk, øvrige risikofaktorer i hjemmet, sygdomme og handicap i familien. I dette afsnit ses der nærmere på betydningen af, om barnet har haft en forældre med nedsat omsorgsevne på grund af et misbrug og problematiske forudsætninger for forældreskab.

8.6.1 Nedsat omsorgsevne på grund af misbrug

Et misbrug hos en forælder kan have alvorlige konsekvenser for et barn. Et misbrug kan blandt andet resultere i et højere konfliktniveau i familien og manglende struktur, samt påvirke evnen til at drage omsorg om og være følelsesmæssigt tilgængelig for barnet. Et misbrug hos moren under graviditeten kan desuden have betydning for barnets vækst og udvikling og resultere i adfærdsmæssige og kognitive problemer.

En større andel af børnene, der senere får en social foranstaltning, har forældre med nedsat omsorgsevne på grund af et misbrug. Blandt de børn, der har fået en social foranstaltning senere i livet, har 4-6 pct. forældre med nedsat omsorgsevne, mens det er under 1 pct. blandt de øvrige børn, jf. figur 8.15. Det er dog en meget lille andel af børnene, der har forældre med nedsat omsorgsevne på grund af et misbrug.



Anm.: N=18.351 børn (svarende til 78 pct. af analysepopulationen). Nedsat omsorgsevne dækker over, at mindst en forælder har et alkoholindtag eller misbrug af medicin, brug af hash eller andre euforiserende stoffer, som påvirker evnen til opmærksomhed, nærhed og omsorg for barnet og familiedynamikken. Se i øvrigt anmærkningen til figur 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

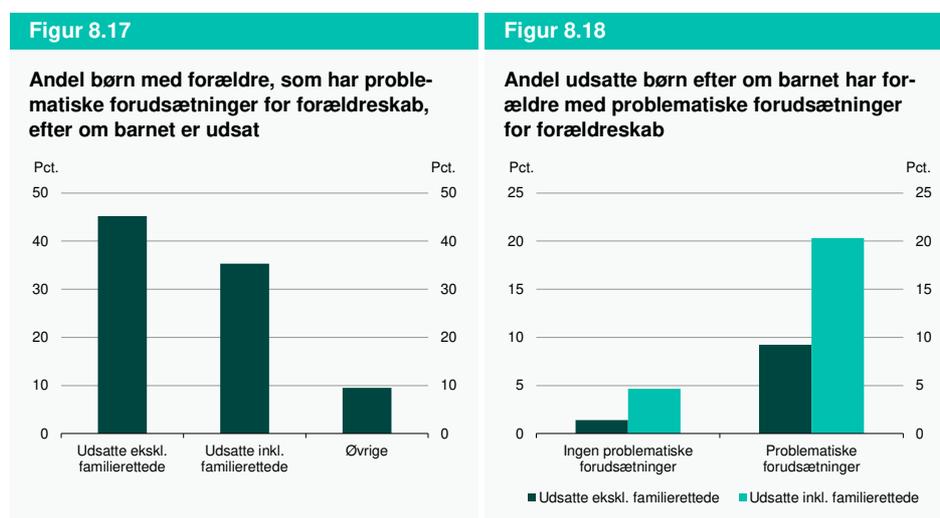
Blandt de ca. 150 børn, der har forældre med nedsat omsorgsevne på grund af misbrug, har ca. 29 pct. modtaget en social foranstaltning i løbet af deres barndom. Blandt børnene, hvor omsorgsevnen hos forældrene ikke var nedsat, har ca. 6 pct. modtaget en social foranstaltning, jf. figur 8.16.

Når det ikke er alle børn, hvis forældre har nedsat omsorgsevne på grund af misbrug, der modtager en social foranstaltning, kan det blandt andet skyldes, at barnet ikke bor hos den pågældende forælder med misbruget. Hvis den anden forælder ikke har et misbrug og giver barnet den støtte og omsorg, som barnet har brug for, er der ikke nødvendigvis behov for yderligere støtte i form af sociale foranstaltninger.

8.6.2 Problematisk forudsætninger for forældreskab

Problematisk forudsætninger for forældreskab betyder, at barnets forældre har haft belastninger i løbet af deres opvækst, som kan påvirke deres evne til at være forældre, fx at barnets forældre selv har været anbragt uden for hjemmet eller har oplevet omsorgssvigt. Forældre, der har haft belastninger i deres opvækst, kan fx have svært ved at vise den rette omsorg for barnet, hvilket kan påvirke deres egne børns sandsynlighed for at modtage sociale foranstaltninger.

Andelen af børn med forældre med problematiske forudsætninger er væsentligt højere blandt de udsatte børn. Mens det er lidt under 10 pct. af de børn, som ikke har modtaget en social foranstaltning, er det ca. 45 pct. blandt de børn, der har været anbragt uden for hjemmet eller har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning, og 35 pct. blandt de udsatte børn inkl. familierettede forebyggende foranstaltninger, jf. figur 8.17.



Anm.: N=15.675 børn (svarende til 67 pct. af analysepopulationen). Problematisk forudsætninger for forældreskab dækker over, at forældrene har haft oplevelser/belastninger i barndommen og/eller ungdommen, der kan påvirke eget forældreskab fx har tilbragt barndommen på et børnehjem, været anbragt i plejefamilie, været udsat for omsorgssvigt herunder incest, mistet egne forældre ved dødsfald mv. Se i øvrigt anmærkningen til figur 8.4.

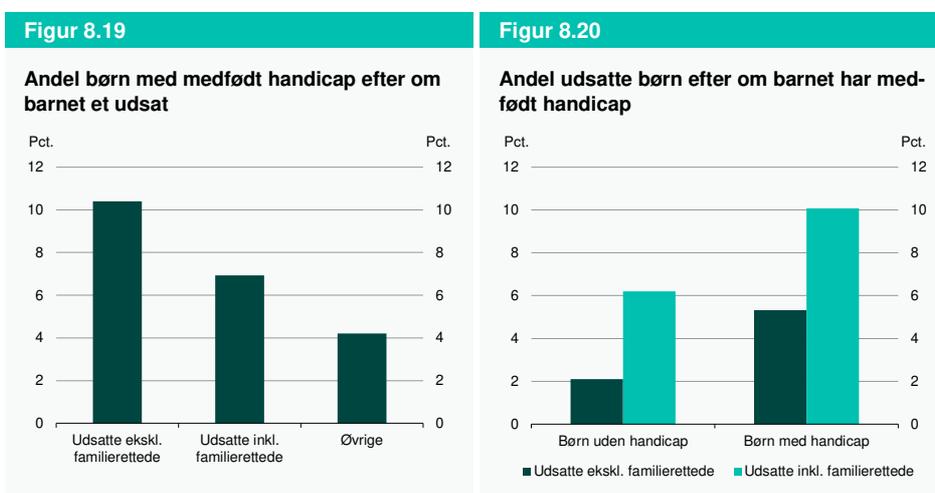
Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Ser man på de børn med forældre, som har problematiske forudsætninger for forældreskab, har størstedelen af børnene ikke modtaget sociale foranstaltninger i løbet af deres opvækst. Ca. 9 pct. har således været anbragt eller modtaget personrettede forebyggende foranstaltninger og 20 pct. har modtaget sociale foranstaltninger inkl. de familierettede forebyggende foranstaltninger. Blandt de børn, hvor deres forældre ikke har problematiske forudsætninger for forældreskab, er det op til 5 pct., der har modtaget en social foranstaltning, jf. figur 8.18. Således er der en tendens til, at børns sandsynlighed for at modtage sociale foranstaltninger i løbet af deres opvækst er højere, hvis deres forældre har haft belastninger i deres egen barndom.

8.7 Handicap og misdannelser hos barnet

Børn kan som følge af et handicap modtage hjælp og støtte efter de samme lovbestemmelser i serviceloven som børn, der har behov for hjælp på grund af sociale forhold. Børn med et handicap kan derfor også indgå i gruppen, der er defineret som udsatte, selvom de ikke er socialt udsatte. Se kapitel 6 i Socialpolitisk Redegørelse 2019 for en nærmere analyse af børn med indikationer på handicap.

Blandt børn, der senere i livet har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning, har ca. 10 pct. et medfødt handicap eller misdannelse, mens det er lidt over 4 pct. blandt de øvrige børn, jf. figur 8.19.



Anm.: N=12.015 børn (svarende til 51 pct. af analysepopulationen). Et handicap dækker over, om barnet har et medfødt handicap eller misdannelser, som forventes at give barnet et tab eller begrænsninger i mulighederne for deltagelse på lige fod med andre børn. Her er fx tale om børn med Downs Syndrom, Autisme, misdannelser i form af hjertesygdomme, klumpfødder etc. Oplysninger om, hvorvidt barnet har et medfødt handicap/misdannelser, er registeret i stamdata. Se i øvrigt anmærkningen til figur 8.4.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt børn med medfødte handicap eller misdannelser, har ca. 10 pct. modtaget en social foranstaltning, mens det er 6 pct. blandt børn uden medfødte handicap eller misdannelser, jf. figur 8.20. Altså er gruppen, der modtager sociale foranstaltninger, overrepræsenterede i gruppen af børn med handicap, men langt hovedparten (90 pct.) af børn med handicap har ikke modtaget en social foranstaltning. Det skal bemærkes, at der er tale om relativt få børn, der både har et handicap og modtager sociale foranstaltninger.

8.8 Underretninger tidligt i barnets liv

Ud over at sundhedsplejersken kan registrere en bemærkning, hvis de under deres besøg vurderer, at der er udfordringer hos barnet eller i familien, har sundhedsplejerskerne som fagpersoner skærpet underretningspligt. Det betyder, at de har pligt til at underrette kommunen, hvis de får kendskab til eller har grund til at antage, at et barn eller ung har behov for særlig støtte, jf. boks 8.3.

Boks 8.3

Lovgivning om underretninger om børn og unge

En underretning er en henvendelse til en relevant myndighed, der indeholder en bekymring for et barns eller 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 udøver 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, at:

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

Når en kommune modtager en underretning, skal kommunen vurdere, om barnet har behov for hjælp eller støtte. Denne støtte kan blandt andet gives med hjemmel i serviceloven, fx i form af en tidlig forebyggende indsats, forebyggende foranstaltninger eller anbringelse uden for hjemmet. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en underretning ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at barnet har brug for hjælp og støtte efter serviceloven. I nogle tilfælde har kommunen mulighed for at hjælpe børn og unge på andre måder end efter serviceloven. Der kan blandt andet iværksættes støtte til børn og unge

med hjemmel i sundhedsloven, dagtilbudsloven eller folkeskoleloven, fx ekstra støttepædagog til børn i dagtilbud.

Det er ikke muligt at undersøge, hvor mange af de 23.500 børn i analysepopulationen fra Databasen Børns Sundhed, der blev underrettet om i deres første leveår, da data om underretninger først er tilgængeligt fra 2015 og fremefter.

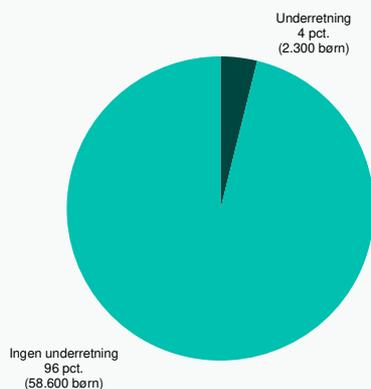
Som supplement til analysen af Databasen Børns Sundhed undersøges i stedet børn født i 2016, hvor der er modtaget underretninger forud for deres fødsel eller i løbet af deres første leveår i dette afsnit. Der medtages kun børn, som var bosat i Danmark i årene 2016-2018 og ikke var anbragt uden for hjemmet forud for første underretning. I alt er der modtaget underretninger om ca. 2.300 børn inden de fylder 1 år, svarende til knap 4 pct. af populationen, jf. figur 8.21.

I underretningsstatistikken er det muligt at se på, hvem der underretter kommunen om barnet. Det er dog ikke muligt at adskille, om underretninger kommer fra en sundhedsplejerske eller tandlæge i underretningsstatistikken, men det formodes, at langt størstedelen af underretningerne i denne kategori kommer fra sundhedsplejersken, da der ses på børn under 1 år. Se boks 8.4 for en beskrivelse af underretningsstatistikken og dens forbehold.

Blandt de ca. 2.300 børn, der er modtaget underretninger om inden barnet fylder 1 år, har sundhedsplejersker eller tandlæger underrettet om 21 pct. af børnene, jf. figur 8.22.

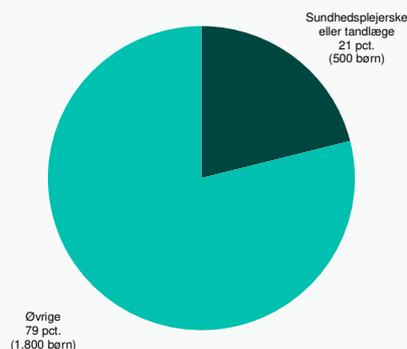
Figur 8.21

Andel børn, der er modtaget underretninger om i deres første leveår



Figur 8.22

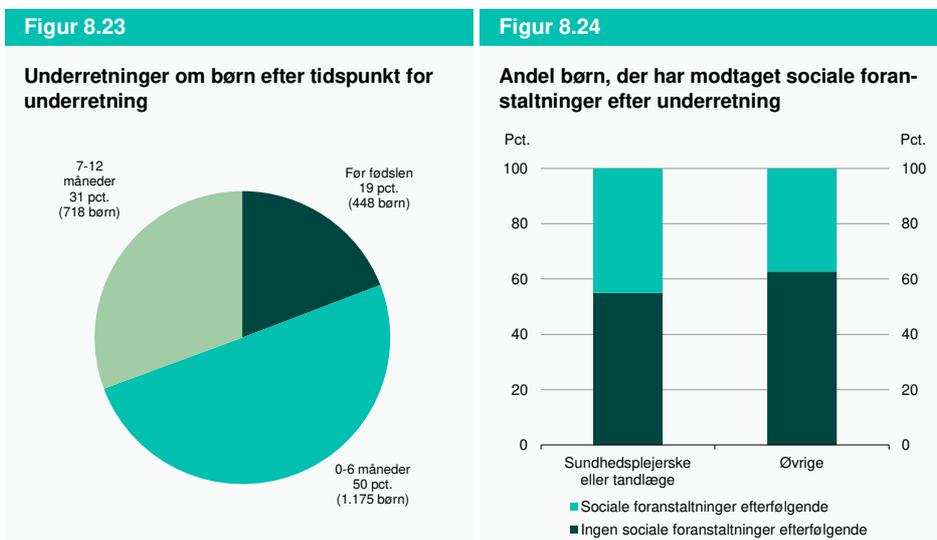
Andel børn sundhedsplejersken eller tandlægen har underrettet om, blandt dem der er underrettet om



Anm.: Børn født i 2016, der er modtaget underretninger om, før de fylder 1 år, inkl. underretninger forud for deres fødsel, og som ikke har været anbragt på tidspunktet for eller forud for underretningen. Kun børn, der indgår i befolkningsregisteret både ultimo 2016, 2017 og 2018, er medtaget. Øvrige underrettere omfatter bl.a. mellemkommunal eller anden kommunal forvaltning, dagpleje, daginstitution, skole mv., sundhedsvæsenet, politi eller domstole, familie eller bekendtskabskreds, anbringelsessted, forening, frivillig organisation eller krisecenter samt anonym underretning.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Sundhedsplejersker og tandlæger underretter om flest børn, når de er 0-6 måneder gamle, hvilket er den alder, hvor sundhedsplejersken i høj grad udgør barnets primære kontakt med fagperson. Blandt børnene, som sundhedsplejersker og tandlæger har underrettet om, var 65 pct. 0-6 måneder ved første underretning, 25 pct. var 7-12 måneder og 10 pct. af børnene blev der underrettet om før fødslen, jf. figur 8.23.



Anm.: Er der modtaget flere underretninger om barnet i løbet af det første leveår, tages der udgangspunkt i tidspunktet for første underretning. 'Sociale foranstaltninger efterfølgende' omfatter børn, som blev anbragt uden for hjemmet og/eller har modtaget forebyggende foranstaltninger efter tidspunktet for underretningen samt børn, der modtog forebyggende foranstaltninger på tidspunktet for underretningen, og som fortsat modtog forebyggende foranstaltninger efter underretningen. Se i øvrigt anmærkningen til figur 8.21.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det er langt fra alle underretninger, der medfører, at barnet efterfølgende modtager sociale foranstaltninger. Over halvdelen af børnene, der er underrettet om inden for barnets første leveår, har ikke modtaget sociale foranstaltninger på noget tidspunkt i perioden 2016-2018. Blandt børnene, som sundhedsplejersken eller tandlægen har underrettet om, har 45 pct. efterfølgende modtaget en social foranstaltning. Til sammenligning er det 37 pct. blandt børn, der er modtaget underretninger om, men hvor sundhedsplejersken eller tandlægen ikke har underrettet, jf. figur 8.24.

Der er altså en oversandsynlighed for at modtage sociale foranstaltninger, hvis underretningerne kommer fra sundhedsplejersken eller tandlægen. En del af denne tendens skyldes formentlig, at der er større sandsynlighed for, at de børn, der er underrettet om flere gange, også har modtaget underretninger fra sundhedsplejerske eller tandlæge, sammenlignet med børn, der er underrettet om en enkelt gang.

Underretninger fra sundhedsplejerskerne understøtter altså tidlig opsporing og er en vigtig kanal til at kunne sætte rettidigt ind med en social foranstaltning.

Boks 8.4**Underretningsstatistikken**

Danmarks Statistik overtog arbejdet med at udarbejde underretningsstatistikken i 2016, og siden da er kvalitetssikringen af data intensiveret og blevet mere omfattende. I dag pågår der således et stort arbejde med at hjælpe kommunerne til at indberette korrekt, præcist og ensartet. Danmarks Statistik påpeger i den forbindelse, at tallene for 2015 er forbundet med større usikkerhed, end tallene for 2016-2018:

”Danmarks Statistik har i forbindelse med overtagelse af underretningsstatistikken sendt opgørelser til alle kommuner og bedt dem om at godkende deres indberettede tal for 2018. Vi ved positivt, at det har betydet en del flere underretninger - men vi ved ikke hvor stor del af stigningen i antal underretninger fra 2015 til 2016, 2017 og 2018, der kan tilskrives den forbedrede datakvalitet. Den samlede usikkerhed for data for 2016-2018 skønnes derfor at være mindre end for 2015.” – Danmarks Statistiks Statistikdokumentation for Underretninger om udsatte børn og unge 2018.

Kvalitetssikringen af data kan også have medført, at kommunerne i højere grad registrerer underretningerne på de forskellige grupperinger af underrettere.

8.9 Bilag

Tabel 8.3

Andelen af en fødselsårgang, der indgår i analysepopulationen fordelt efter kommune

	2006	2007	2008	2009
Kommuner	----- Pct. -----			
Albertslund	88,0	83,4	82,7	89,8
Ballerup	94,9	91,0	92,2	70,2
Brøndby	96,3	95,1	96,3	96,4
Dragør	101,8*	96,7	101,6*	-
Gentofte	88,7	87,7	93,0	88,5
Glostrup	90,3	86,1	95,7	97,6
Herlev	96,7	97,5	95,3	95,4
Hvidovre	70,8	74,3	70,5	-
Høje-Taastrup	98,2	98,1	93,9	86,5
Køge	-	94,0	98,1	100,2*
Lyngby-Taarbæk	91,5	96,7	93,1	93,7
Rødovre	91,3	87,8	89,4	91,2
Tårnby	93,5	93,4	56,6	96,1
Vejle	-	93,3	89,6	96,8

Note: *) Procent kan være over 100, hvis der flytter børn til kommunen.

Anm.: Analysepopulationen udgør børn i Databasen Børns Sundhed, som er født i årene 2006-2009, der har været bosat i Danmark fra deres fødsel og frem til 2018 og har modtaget mindst to af de fire kvalitetssikrede sundhedsplejebesøg. Nogle få børn findes ikke i befolkningsregisteret fra barnets fødsel og frem til 2018, det skyldes formentlig ugyldige cpr-numre, disse udgår af analysepopulationen. Andele er beregnet som antal børn i analysepopulation i forhold til antal levendefødte i løbet af året i kommunen.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Statistikbanken.

Tabel 8.4

De 11 typer af bemærkninger

Variable	Beskrivelse	Kategorisering
Bemærkning til mors psykiske tilstand	Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved besøg A, B, C og D. Barnet får ingen bemærkning til mors psykiske tilstand, hvis moren ikke er ked af det, trist, angst, har søvnproblemer, er "problem-løs" dvs. negligerer åbenlyse problemer, eller der ikke er andre problematiske forhold.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.

Tabel 8.4 (fortsat)

De 11 typer af bemærkninger

Variable	Beskrivelse	Kategorisering
Bemærkning til forældre-barn kontakten	Sundhedsplejersken vurderer, om der er grund til at være opmærksom eller urolig i forhold til forældre-barn kontakten ved A-, B-, C- og D-besøget. Barnet får ingen bemærkninger til forældre-barn relationen, hvis barnet er veltilpasset og plejet, påklædning er hensigtsmæssig ift. inde/udeklimaet, hvis forældrene afpasser aktiviteterne efter barnets behov og er opmærksomme på, at der er grænser for stimuli, hvis forældre har forståelse for barnets signaler og behov og er opmærksomme på uro/gråd og søger at trøste barnet, så det falder til ro, hvis forældre forstår og reagerer hensigtsmæssigt på ældre søskendes reaktioner, eller hvis der ikke er andre problematiske forhold.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til barnets signaler og reaktioner	Sundhedsplejersken vurderer, om der er grund til at være opmærksom på barnets signaler og reaktioner ved besøg A, B, C og D. Barnet får ingen bemærkninger til signaler og reaktioner, hvis der ikke er problematiske forhold i forhold til barnets døgnrytme, søvn og humør.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til barnets spisning og ernæring	Sundhedsplejersken vurderer, om barnet har problemer med spisning ved besøg A, B, C og D. Denne variable dækker også amning.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet	Sundhedsplejerskens kontakt til barnet vurderes ved besøg B, C og D. Barnet får ingen bemærkning til sundhedsplejerskens kontakt med barnet, hvis barnet er alderssvarende aktiv og interesseret samt barnet er glad, når det bliver snakket til barnet.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til barnet sprogudvikling	Sundhedsplejersken vurderer barnets sprogudvikling ved besøg B, C og D.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til barnets motorik	Sundhedsplejersken vurderer barnets motoriske evne ved besøg B, C og D.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til barnets øje-hånd koordination	Sundhedsplejersken vurderer barnets øje-hånd koordination ved besøg B, C og D.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til barnets hoved	Sundhedsplejersken vurderer barnet hoved ved besøg A, B, C og D. Denne variable omfatter bl.a. om hovedet er symmetrisk mv.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til barnets hud og navle	Sundhedsplejersken vurderer barnets hud og navle ved besøg A, B, C og D. Denne variable omfatter bl.a. om barnets hud er varm, tør, hel og uden blå mærker eller lignende.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.
Bemærkning til barnets syn	Sundhedsplejersken vurderer barnets syn ved besøg A, B, C og D.	1) Ingen besøg med bemærkning. 2) Mindst et besøg med bemærkning.

Anm.: Databasen Børns Sundhed indeholder data fra 4 kvalitetssikrede sundhedsplejerskebesøg i barnets første leveår: Besøg A (etableringsbesøg, som er første besøg efter fødslen), besøg B (første besøg i barnets 2.-3. levemåned), besøg C (første besøg i barnets 4.-6. levemåned) og besøg D (første besøg i barnets 8.-10. levemåned).

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed (2017).

Tabel 8.5

Regressionsresultater for sandsynligheden for at være udsat som barn

	Model 1a		Model 2a	
	Udsat ekskl. familierettede		Udsat inkl. familierettede	
	Parameter	Standardfejl	Parameter	Standardfejl
3-5 bemærkninger	0,007 ***	0,002	0,014 ***	0,003
6-8 bemærkninger	0,032 ***	0,004	0,057 ***	0,006
9-11 bemærkninger	0,094 ***	0,018	0,172 ***	0,025
Kontant	0,013 ***	0,001	0,048 ***	0,002
N	22.447		22.447	

Note: ***) angiver signifikant på 1 pct. niveauet, **) signifikant på 5 pct. niveauet, *) signifikant på 10 pct. niveauet.

Anm.: Model 1a og 2a viser estimaterne fra lineære sandsynlighedsmodeller med robuste standardfejl.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 8.6

Regressionsresultater for sandsynligheden for at være udsat som barn

	Model 1b		Model 2b	
	Udsat ekskl. familierettede		Udsat inkl. familierettede	
	Parameter	Standardfejl	Parameter	Standardfejl
3-5 bemærkninger	0,004 **	0,002	0,007 **	0,003
6-8 bemærkninger	0,024 ***	0,004	0,040 ***	0,006
9-11 bemærkninger	0,073 ***	0,018	0,132 ***	0,024
<i>Børn, karakteristik</i>				
Dreng	0,009 ***	0,002	0,019 ***	0,003
Indvander/efterkommer	-0,024 ***	0,004	-0,041 ***	0,007
Fødselsvægt under 2500 gram	0,019 ***	0,006	0,033 ***	0,009
<i>Forældre, karakteristik</i>				
Enlig ¹⁾	0,046 ***	0,007	0,087 ***	0,010
Mor under 25 år ²⁾	0,017 ***	0,004	0,040 ***	0,007
Mor grundskole ³⁾	0,038 ***	0,005	0,071 ***	0,007
Far grundskole ³⁾	0,014 ***	0,004	0,037 ***	0,006
Mor offentlig forsørgelse ⁴⁾	0,034 ***	0,006	0,067 ***	0,009
Far offentlig forsørgelse ⁴⁾	0,034 ***	0,008	0,061 ***	0,011
Konstant	0,048 ***	0,006	0,121 ***	0,009
N	22.447		22.447	

Note: 1) angiver om barnet boede med en enlig forældre i fødselsåret. 2) angiver om moren er under 25 år ved barnets fødsel. 3) angiver om forældrene havde grundskole som højst fuldført uddannelse eller manglende uddannelse i 2018. 4) angiver om far og mor modtog offentlig forsørgelse (ekskl. SU) i hhv. året og året før, hvor barnet er født.

***) angiver signifikant på 1 pct. niveauet, **) signifikant på 5 pct. niveauet, *) signifikant på 10 pct. niveauet.

Anm.: Model 1b og 2b viser estimaterne fra lineære sandsynlighedsmodeller med robuste standardfejl.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 8.7

Regressionsresultater for sandsynligheden for at være udsat som barn fra en logistisk regressionsmodel

	Model 1c Udsat ekskl. familierettede		Model 2c Udsat inkl. familierettede	
	Odds ratio	Standardfejl	Odds ratio	Standardfejl
3-5 bemærkninger	1,362 ***	0,159	1,181 **	0,077
6-8 bemærkninger	2,601 ***	0,356	1,840 ***	0,153
9-11 bemærkninger	4,845 ***	1,235	3,584 ***	0,617
<i>Børn, karakteristik</i>				
Dreng	1,546 ***	0,153	1,407 ***	0,081
Indvandrer/efterkommer	0,526 ***	0,091	0,632 ***	0,064
Fødselsvægt under 2500 gram	1,746 ***	0,287	1,541 ***	0,166
<i>Forældre, karakteristik</i>				
Enlig ¹⁾	2,648 ***	0,322	2,298 ***	0,188
Mor under 25 år ²⁾	1,660 ***	0,198	1,630 ***	0,125
Mor grundskole ³⁾	0,381 ***	0,045	0,468 ***	0,035
Far grundskole ³⁾	0,622 ***	0,071	0,619 ***	0,044
Mor offentlig forsørgelse ⁴⁾	2,257 ***	0,292	2,036 ***	0,167
Far offentlig forsørgelse ⁴⁾	1,908 ***	0,288	1,742 ***	0,173
Konstant	0,024 ***	0,004	0,093 ***	0,010
N	22.447		22.447	

Note: 1) angiver om barnet boede med en enlig forælder i fødselsåret. 2) angiver om moren er under 25 år ved barnets fødsel. 3) angiver om forældrene havde grundskole som højst fuldført uddannelse eller manglende uddannelse i 2018. 4) angiver om far og mor modtog offentlig forsørgelse (ekskl. SU) i hhv. året og året før, hvor barnet er født.

***) angiver signifikant på 1 pct. niveauet, **) signifikant på 5 pct. niveauet, *) signifikant på 10 pct. niveauet.

Anm.: Model 1c og 2c viser odds ratioen fra logistiske regressionsmodeller med robuste standardfejl.

Kilde: Egne beregninger på data fra Databasen Børns Sundhed og Danmarks Statistiks registerdata.

Kapitel 9

Tilbudsbilledet på det specialiserede socialområde

Der findes i Danmark en række specialiserede sociale tilbud, der henvender sig til børn, unge og voksne med handicap, psykiske vanskeligheder og/eller særlige sociale problemer. Tilbuddene omfatter en bred vifte af støtteformer til en række meget forskellige grupper af borgere. Tilbuddene omfatter for eksempel misbrugsbehandling, kvindekrisecentre, anbringelsessteder for børn og unge og bo- og dagtilbud.

I forbindelse med den igangværende Evaluering af det specialiserede socialområde har det daværende Social- og Indenrigsministerium udarbejdet en række analyser, der har til formål at give et overordnet indblik i tilbudslandskabet.

I dette kapitel gennemgås de overordnede resultater fra de første analyser af tilbudslandskabet. Analyserne tager udgangspunkt i data fra Tilbudsportalen. Det belyses hvor mange tilbud, afdelinger og pladser, der findes af de forskellige tilbudstyper, hvilke virksomhedsformer tilbuddene har, hvor store afdelingerne er, samt hvor i landet afdelinger af de forskellige tilbudstyper ligger. For mere detaljerede opgørelser henvises til Social- og Ældreministeriets hjemmeside, hvor alle analyser i forbindelse med kortlægningen af tilbudsbilledet, i regi af Evalueringen af det specialiserede socialområde, er offentliggjort.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Ultimo 2019 er der i alt 2.453 tilbud med 4.621 afdelinger på det specialiserede socialområde. Blandt de 4.621 afdelinger henvender 86 pct. sig til voksne, mens 26 pct. henvender sig til børn og unge. 12 pct. af afdelingerne henvender sig til både voksne, børn og unge.
- På voksenområdet er botilbud og botilbudslignende tilbud de mest udbredte tilbudstyper. Der findes 2.681 afdelinger og 28.383 pladser, som er godkendt som botilbud eller botilbudslignende tilbud.
- Blandt de 1.358 afdelinger på børne- og ungeområdet er 1.066 godkendt som anbringelsessteder. Der findes 7.348 pladser, der er godkendt som anbringelsessteder for børn og unge.
- På tværs af de forskellige tilbudstyper på voksenområdet er 58 pct. af tilbuddene kommunalt ejede. Dertil er 3 pct. regionale, 11 pct. er private, og 28 pct. er fondsejede eller selvejende mv.

- Tilbuddene på børne- og ungeområdet er oftere fondsejede eller selvejende mv., end tilbuddene på voksenområdet. Således er 45 pct. af tilbuddene fondsejede eller selvejende mv., mens 3 pct. er regionale, 33 pct. er kommunale og 18 pct. er private.
- Med enkelte undtagelser har afdelingerne til de forskellige tilbudstyper på både voksenområdet samt børne- og ungeområdet mellem 10 og 12 pladser til døgnophold i gennemsnit.
- På voksenområdet ligger der i næsten alle landets kommuner mindst én afdeling, der er godkendt som en tilbudstype med døgnophold. Der er således blot to kommuner, hvor der ikke ligger afdelinger med døgnophold til voksne, mens der i 27 kommuner ligger mere end 30 afdelinger med døgnophold.
- På børne- og ungeområdet er der afdelinger, der er godkendt som anbringelsessteder, i 92 af landets 98 kommuner.

9.1 Tilbud, afdelinger og pladser på det specialiserede socialområde

I forbindelse med Evalueringen af det specialiserede socialområde har det daværende Social- og Indenrigsministerium udarbejdet en række analyser, som har til formål at belyse tilbudslandskabet. Analyserne indgår som en del af evalueringens spor 1, hvor det specialiserede socialområde afdækkes, herunder via deskriptive analyser af sociale tilbud på både voksenområdet samt børne- og ungeområdet.

Det daværende Social- og Indenrigsministerium og nu Social- og Ældreministeriet har foreløbigt offentliggjort fire analyser om tilbudslandskabet, som er udarbejdet på baggrund af data fra Tilbudsportalen, som er en digital platform, hvorpå oplysninger om plejefamilier og sociale tilbud til mennesker med funktionsnedsættelse eller sociale problemer indsamles og udstilles. I analyserne belyses tilbuddene til de forskellige tilbudstyper og målgrupper ud fra oplysninger om deres virksomhedsformer, størrelse og geografiske dækning. Derudover belyses det, hvor mange målgrupper og hvilke kombinationer af målgrupper, afdelingerne henvender sig til.

Social- og Ældreministeriet har flere analyser på vej, som vil indgå som en del af spor 1 i Evalueringen af det specialiserede socialområde. Blandt andet er en analyse om uddannelsesniveau blandt medarbejdere på sociale tilbud under udarbejdelse. De resterende analyser forventes offentliggjort i foråret 2021.

I dette kapitel er fokus på de overordnede resultater fra de to analyser *Velfærdspolitisk Analyse – Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud* (Social- og

Indenrigsministeriet, 2020a)¹² og *Velfærdspolitisk Analyse – Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde* (Social- og Indenrigsministeriet, 2020b)¹³.

Opgørelserne er lavet på baggrund af data fra Tilbudsportalen, og dermed er tilbud på det specialiserede socialområde i dette kapitel afgrænset til de typer af sociale tilbud, der fremgår af Tilbudsportalen. Tilbudsportalen indeholder blandt andet oplysninger om alle tilbud godkendt af socialtilsynet samt tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Plejefamilier og friplejeboliger indgår ikke i kapitlet.¹⁴ Se også notatet ”Om Tilbudsportalen”¹⁵ for en uddybet introduktion til Tilbudsportalen og tilbudsportalsdata.

Tilbuddene kan have flere afdelinger og har altid som minimum én afdeling. Opgjort ultimo 2019 er der i alt 2.453 tilbud med 4.621 afdelinger på det specialiserede socialområde.

Hver afdeling er registreret som en eller flere tilbudstyper. Tilbudstypen er et udtryk for, hvilken lovhjemmel tilbuddet er oprettet under og drives efter. Eksempelvis kan en afdeling være godkendt som længerevarende botilbud, § 108, og/eller midlertidigt botilbud, § 107. Langt de fleste afdelinger, omkring 90 pct., er registreret som blot en eller to tilbudstyper.

I kapitlet er nogle tilbudstyper grupperet. For en fuld oversigt over tilbudstyperne, som de står angivet på Tilbudsportalen, henvises til tabel 9.6 og tabel 9.7, hvor det ligeledes fremgår hvilke paragraffer i serviceloven, tilbudstyperne er oprettet under og drives efter.

Overordnet kan tilbuddene på Tilbudsportalen opdeles i tilbud på voksenområdet og tilbud på børne- og ungeområdet. Af de i alt 4.621 afdelinger henvender 86 pct. sig til voksenområdet, mens 26 pct. henvender sig til børne- og ungeområdet. Et tilbud eller en afdeling kan også være registreret til at modtage både voksne samt børn og unge, hvilket gør sig gældende for omkring 12 pct. af afdelingerne, jf. tabel 9.1.

¹² https://sm.dk/media/38292/vpa_stoerrelse_og_virksomhedsformer_for_specialiserede_sociale_tilbud_t.pdf

¹³ https://sm.dk/media/38293/vpa_geografisk_daekning_af_tilbud_paa_det_specialiserede_socialomraade_t.pdf

¹⁴ Plejefamilier indgår ikke, da de ikke er omfattet i evalueringen af det specialiserede socialområde. Friplejeboliger er ikke underlagt socialtilsynet, og der skal foretages en afklaring af, hvorvidt de friplejeboliger, der er registreret på Tilbudsportalen, er korrekt registreret, eller om nogle af dem, reelt hører til Plejehjemsoversigten. Der er derfor nogen usikkerhed forbundet med, hvor mange friplejeboliger, der henvender sig til borgere med sociale udfordringer, og tilbuddene indgår derfor ikke i analyserne. Pr. 31. december 2019 er der 29 friplejeboliger med i alt 771 pladser registreret på Tilbudsportalen.

¹⁵ https://sm.dk/media/38299/notat_om_tilbudsportalen_t.pdf

Tabel 9.1

Tilbud og afdelinger fordelt på om de er registreret til voksne, til børn og unge samt til både voksne, børn og unge

	Tilbud	Afdelinger
Overordnet målgruppe	----- Antal -----	
Voksne	2.158	3.982
Børn og unge	747	1.182
Heraf både voksne samt børn og unge	452	543
I alt	2.453	4.621

Anm.: Tilbud og afdelinger på Tilbudsportalen pr. 31. december 2019 fordelt på, om de er registreret til voksne, til børn og unge samt til både voksne, børn og unge. De 452 tilbud og 543 afdelinger, der er registreret til både voksne samt børn og unge, indgår også i opgørelsen over tilbud og afdelinger til henholdsvis voksne og børn og unge. Der indgår ikke friplejeboliger og plejefamilier, og der er foretaget en frasortering af tilbud, som vurderes at tilhøre plejehjemsoversigten. Se boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Antallet af tilbud, afdelinger og pladser af de forskellige tilbudstyper på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet giver et indblik i, hvor udbredt de enkelte tilbudstyper er.

På voksenområdet findes der 2.681 afdelinger med sammenlagt 28.383 pladser, der er godkendt som botilbud eller botilbudslignende tilbud¹⁶. Det er dermed de tilbudstyper, der er flest afdelinger og pladser til. Der er 369 pladser, som er godkendt til døgnbehandling af alkohol- eller stofmisbrug, og 607 pladser som er godkendt til kvindekrisecentre, mens der findes 2.674 pladser, der er godkendt til forsorghjem og herberg.

Blandt tilbud med ambulante- og dagophold findes der 28.359 pladser, der er registreret til aktivitets- og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbud og 24.622 pladser til ambulant- og dagbehandling af alkohol- eller stofmisbrug, jf. tabel 9.2.

¹⁶ Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud, omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven.

Tabel 9.2

Tilbud, afdelinger og pladser til tilbudstypen på voksenområdet

Tilbudstype	Tilbud	Afdelinger	Pladser til tilbudstypen	Opholdstype
Botilbud og botilbudlignende tilbud	1.490	2.681	28.383	Døgnophold
Aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud	737	1.073	28.359	Dagophold
Misbrugsbehandlingstilbud	120	214	24.622	Ambulant- eller dagophold
Misbrugsbehandlingstilbud	29	37	369	Døgnophold
Forsorgshjem/herberg	92	147	2.674	Døgnophold
Kvindekrisecenter	54	61	607	Døgnophold

Anm.: Tilbud, afdelinger og pladser til tilbudstypen på voksenområdet pr. 31. december 2019. Der indgår ikke tilbud, der er registreret som friplejebolig. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. I tabellen er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.6 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Der er nogen usikkerhed forbundet med antallet af pladser til ambulante- og dagophold, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser til døgnophold. Antallet af pladser skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i ambulante- og dagtilbud ikke nødvendigvis modtager tilbuddet alle ugens dage, ligesom at borgeren i ambulante- og dagbehandlingstilbud typisk møder op til behandling på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen. Af samme årsag skelnes der i tabel 9.2 mellem pladser til henholdsvis ambulant- og dagbehandling af misbrug og døgnbehandling af misbrug.

På børne- og ungeområdet findes der 1.066 afdelinger og 7.348 pladser, der er godkendt som anbringelsessteder. 54 afdelinger med 1.223 pladser er godkendt til særlige dag- og klubtilbud, og 81 afdelinger med 1.358 pladser er godkendt til ambulant stofmisbrugsbehandling, jf. tabel 9.3.

Tabel 9.3

Tilbud, afdelinger og pladser til tilbudstypen på børne- og ungeområdet

Tilbudstype	Tilbud	Afdelinger	Pladser til tilbudstypen	Opholdstype
Anbringelsessteder	645	1.066	7.348	Døgnophold
Særlige dag- og klubtilbud	51	54	1.223	Dagophold
Ambulant stofmisbrugsbehandling	64	81	1.358	Ambulant ophold

Anm.: Tilbud, afdelinger og pladser til tilbudstypen på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019. Det bemærkes, at der kan være pladser, der kan anvendes til flere tilbudstyper. Pladsen indberettes for den tilbudstype, den på indberetningstidspunktet blev anvendt til, og der kan således være flere pladser, som potentielt kan anvendes til tilbudstypen, end det indberettede antal. I tabellen er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.7 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

9.2 Tilbuddenes virksomhedsformer

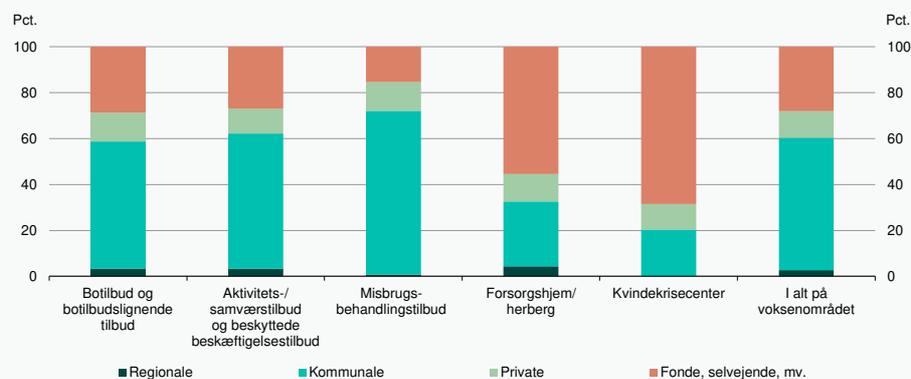
På Tilbudsportalen er tilbuddenes ejerforhold angivet. Overordnet kan tilbuddene betegnes som enten regionale, kommunale eller private, hvor de private kan opdeles i henholdsvis de kommercielle private og de ikke-kommercielle private som er fondsejede eller selvejende mv. I dette kapitel bruges begrebet ”private” om de kommercielle private, mens ”fonde eller selvejende mv.” anvendes om de ikke-kommercielle private.

På tværs af de forskellige tilbudstyper på voksenområdet, er 58 pct. af tilbuddene kommunalt ejede. Dertil er 3 pct. regionale, 11 pct. er private, og 28 pct. er ejet af fonde eller er selvejende mv. Dette er særligt drevet af tilbuddene, der er registreret som botilbud eller botilbudslignende tilbud samt aktivitets- og samværstilbud og beskyttede beskæftigelsestilbud, idet de udgør de mest udbredte tilbudstyper på voksenområdet.

Virksomhedsformen varierer tilbudstyperne imellem. Mens kvindekrisecentre samt forsorghjem og herberger oftest er ejet af fonde eller er selvejende mv., er tilbuddene til misbrugsbehandling oftest kommunalt ejede. Således er over halvdelen af forsorghjem og herberger og mere end to tredjedele af kvindekrisecentrene fonde eller selvejende mv., og omkring to tredjedele af misbrugsbehandlingstilbuddene er kommunalt ejede, jf. figur 9.1.

Figur 9.1

Tilbud på voksenområdet, fordelt på tilbudstyper og virksomhedsformer



Anm.: Tilbud på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper og virksomhedsformer. I figuren er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.6 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se også boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

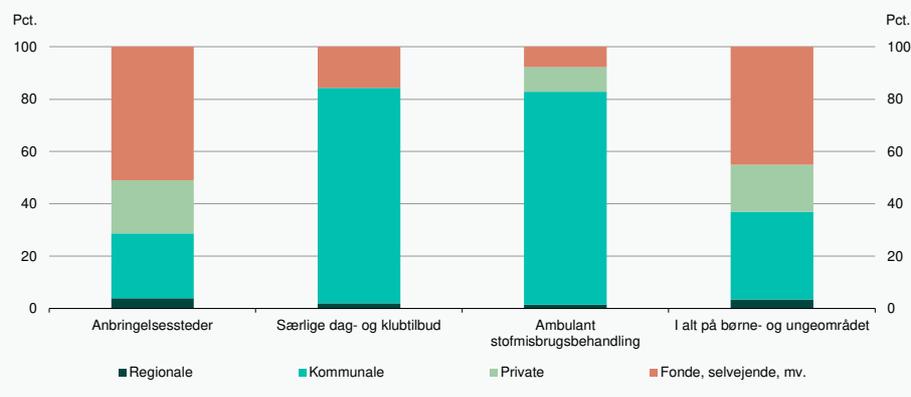
Tilbuddene på børne- og ungeområdet er oftere fondsejede eller selvejende mv., end de er kommunalt, regionalt og privat ejet. Således er 45 pct. af tilbuddene fondsejede eller selvejende mv., mens 3 pct. er regionale, 33 pct. er kommunale og 18 pct. er private.

Nogenlunde samme billede viser sig, når der ses særskilt på anbringelsesstedernes virksomhedsformer, hvilket skyldes, at anbringelsesstederne udgør langt størstedelen af de tilbud, der er til børn og unge på Tilbudsportalen.¹⁷ Blandt særlige dag- og klubtilbud og tilbud til ambulans stofmisbrugsbehandling er over 80 pct. kommunalt ejet, jf. figur 9.2.

¹⁷ Plejefamilier indgår ikke. Desuden er øvrige tilbud mv. i form af bl.a. forebyggende indsatser og foranstaltninger til børn og unge, jf. servicelovens § 11 og § 52, ikke omfattet.

Figur 9.2

Tilbud på børne- og ungeområdet, fordelt på tilbudstyper og virksomhedsformer



Anm.: Tilbud på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper og virksomhedsformer. I figuren er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.7 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

På børne- og ungeområdet skal tilbuddenes virksomhedsform ses i sammenhæng med, at socialpædagogiske opholdssteder pr. definition altid er privatejede eller er fondsejede eller selvejende mv., mens åbne, delvist lukkede og sikrede døgninstitutioner altid er kommunale, regionale eller fondsejede eller er selvejende mv., og efterskole- og kostskoletilbud altid er selvejende.

9.3 Afdelingernes størrelse

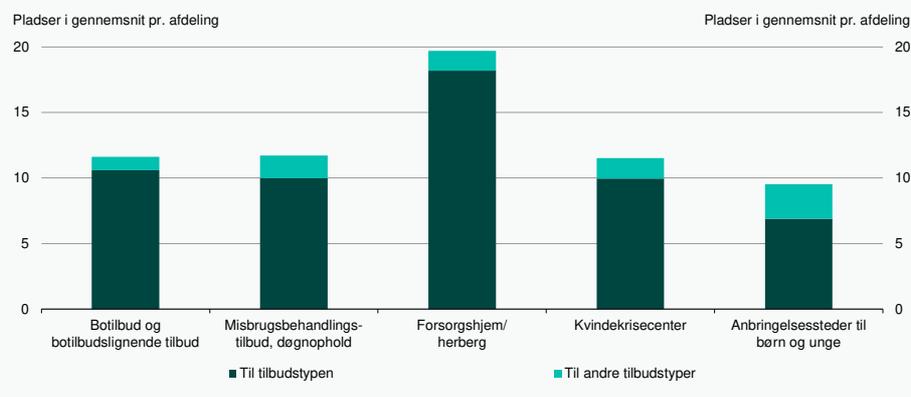
På Tilbudsportalen registreres der et antal pladser til hver tilbudstype på en afdeling. Summen af pladserne til hver tilbudstype på en afdeling udgør dermed det samlede antal pladser på afdelingen og kan således give et indblik i, hvor stor afdelingen er.

På afdelinger med døgnophold, der også tilbyder ambulante behandling eller dagtilbud, kan der være pladser, som er reserveret til beboerne. I dette kapitel ses der alene på antallet af pladser til døgnophold. Pladser til henholdsvis døgnophold og dagophold lægges ikke sammen, da man dermed risikerer at overvurdere størrelsen på afdelingen, idet samme person kan optage to pladser.

Med undtagelse af afdelinger, der er godkendt som forsorghjem og herberger, er der på både voksen- samt børne- og ungeområdet mellem 10 og 12 pladser til døgnophold i gennemsnit på en afdeling. På afdelinger, som er godkendt som forsorghjem og herberger, er der i gennemsnit 20 pladser til døgnophold på en afdeling, jf. figur 9.3.

Figur 9.3

Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. afdeling, fordelt på tilbudstyper



Anm.: Gennemsnitligt antal døgnopholdspladser pr. afdeling pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper. Figuren viser udelukkende det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Det gennemsnitlige antal pladser pr. afdeling er beregnet for alle de afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. I figuren er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.6 og tabel 9.7 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

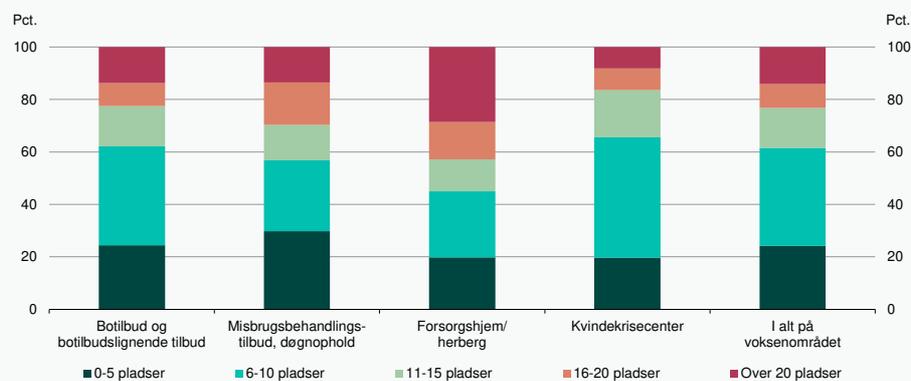
På afdelingerne, der er godkendt som hver af de forskellige tilbudstyper på både voksenområdet og børne- og ungeområdet, er der i gennemsnit mellem 1 og 3 pladser, som er godkendt til andre tilbudstyper med døgnophold.

Afdelinger, der er godkendt som eksempelvis døgnbehandling af alkohol- eller stofmisbrug, kan således samtidig være godkendt som andre tilbudstyper med døgnophold og dermed have pladser, som anvendes til de tilbudstyper. Blandt afdelingerne til døgnbehandling af henholdsvis stof- og alkoholmisbrug er der eksempelvis 30-40 pct., der også er godkendt som midlertidigt botilbud. Der kan således være pladser på afdelingerne til døgnbehandling af misbrug, der anvendes som midlertidigt botilbud.

Mellem 45 og 66 pct. af afdelingerne af hver af de forskellige tilbudstyper har 10 pladser eller færre til døgnophold. Omkring 15 pct. af afdelingerne, der er godkendt som henholdsvis botilbud eller botilbudslignende tilbud og døgnbehandling af stof- eller alkoholmisbrug, har over 20 pladser til døgnophold. På afdelinger, der er godkendt som forsorgshjem og herberg, gør det samme sig gældende for 29 pct., mens det på kvindekrisecentre blot er 8 pct., der har over 20 pladser til døgnophold, jf. figur 9.4.

Figur 9.4

Afdelinger på voksenområdet fordelt på tilbudstyper og antal døgnopholdspladser i alt



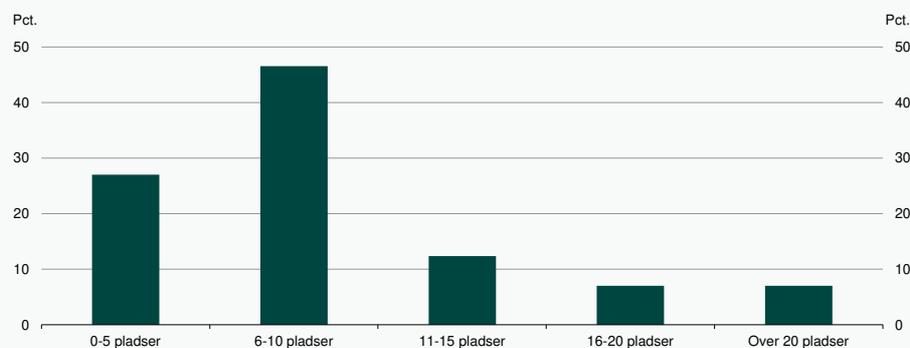
Anm.: Afdelinger på voksenområdet pr. 31. december 2019, fordelt på tilbudstyper og antal døgnopholdspladser i alt. Antallet af pladser er udelukkende opgjort som antallet af pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Opgørelsen omfatter alle afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. I figuren er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.6 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

På børne- og ungeområdet har omkring 75 pct. af afdelingerne, der er godkendt som anbringelsessteder, 10 pladser eller færre til døgnophold. 7 pct. af afdelingerne har mere end 20 pladser til døgnophold, jf. figur 9.5.

Figur 9.5

Anbringelsessteder på børne- og ungeområdet fordelt på antal døgnopholdspladser i alt



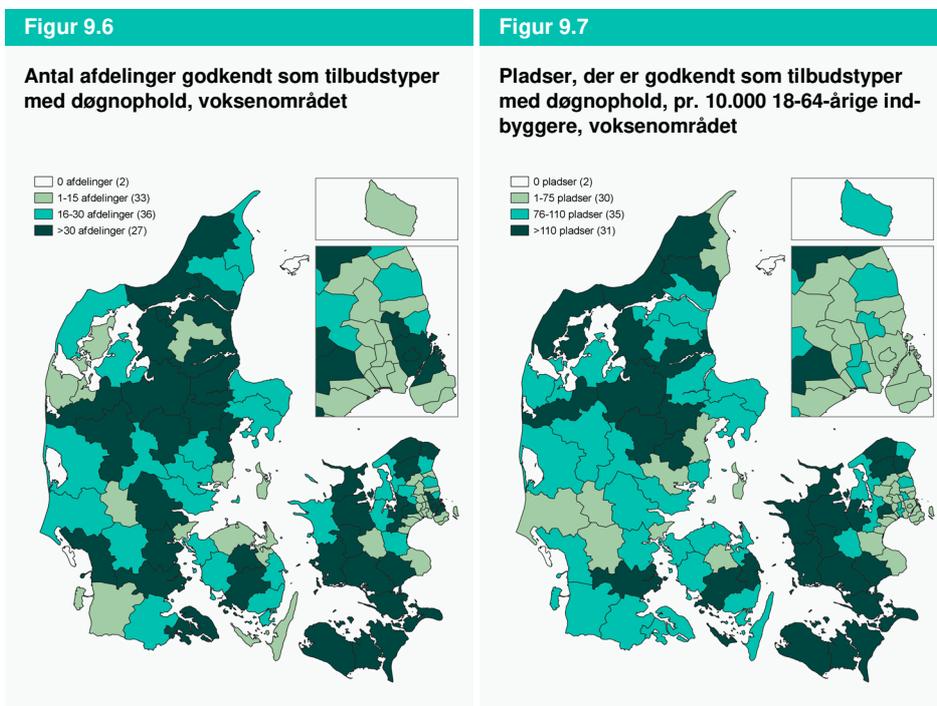
Anm.: Afdelinger der er godkendt som anbringelsessteder på børne- og ungeområdet pr. 31. december 2019, fordelt på antal døgnopholdspladser i alt. Antallet af pladser er udelukkende opgjørt som antallet af pladser til døgnophold, og omfatter således ikke ambulante- og dagtilbudspladser. Opgørelsen omfatter alle afdelinger, der er godkendt som tilbudstypen. I figuren er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.7 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

9.4 Geografisk placering af afdelinger på voksenområdet

Overordnet set ligger der afdelinger af tilbud på det specialiserede socialområde i de fleste af landets kommuner. Med få undtagelser ligger der afdelinger af de enkelte tilbudstyper i størstedelen af kommunerne og i næsten alle landsdele.

På voksenområdet ligger der i næsten alle landets kommuner mindst én afdeling, der er godkendt som en tilbudstype med døgnophold. Der er således blot to kommuner, hvor der ikke ligger afdelinger med døgnophold til voksne, mens der i 27 kommuner ligger mere end 30 afdelinger med døgnophold, jf. figur 9.6. I de fleste kommuner i Vest- og Sydsjælland og i dele af Jylland er der over 110 pladser pr. 10.000 indbyggere i kommunen, jf. figur 9.7.



Anm.: Antal afdelinger (figur 9.6) og pladser (figur 9.7), der pr. 31. december 2019 er godkendt som tilbudstyper med døgnophold på voksenområdet. Pladser er opgjort pr. 10.000 18-64-årige indbyggere i kommunen. Der er 37 afdelinger til døgnophold med i alt 444 pladser, der har uoplyst adresse, og som ikke indgår i opgørelsen. Se tabel 9.6 for fuld oversigt over tilbudstyper på voksenområdet med døgnophold på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter. Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Ligesom der findes flest afdelinger, der er godkendt som botilbud eller botilbudslignede tilbud, er det også afdelinger af disse tilbudstyper, der ligger i flest af landets kommuner. Der ligger således botilbud eller botilbudslignede tilbud i 96 af landets kommuner, mens der i 93 kommuner ligger afdelinger med aktivitets- og samværstilbud eller beskyttede beskæftigelsestilbud, og i 78 kommuner ligger der afdelinger til stof- eller alkoholmisbrugsbehandling. Forsorgshjem/herberger og kvindekrisecentre er de tilbudstyper, der er færrest afdelinger af. Der ligger forsorgshjem eller herberger i 44 af landets kommuner, mens der ligger kvindekrisecentre i 42 kommuner, jf. tabel 9.4.

Tabel 9.4

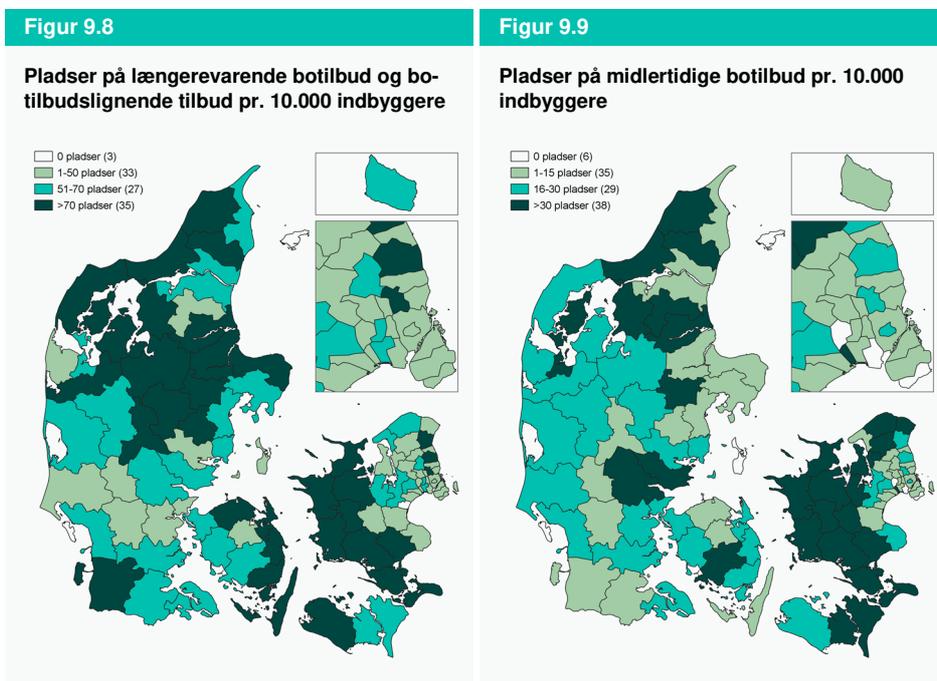
Antal kommuner med mindst én afdeling til tilbudstypen, voksenområdet

Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt
Botilbud og botilbudslignende tilbud	96	2.681
Aktivitets- og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbud	93	1.073
Misbrugsbehandlingstilbud	78	243
Forsorgshjem/herberg	44	147
Kvindekrisecenter	42	61

Anm.: Antal kommuner, hvor der pr. 31. december 2019 ligger mindst en afdeling, der er registreret til tilbudstypen. Der er 34 afdelinger registret som botilbud eller botilbudslignende tilbud, 25 afdelinger som aktivitets- og samværstilbud eller beskyttet beskæftigelsestilbud, 7 afdelinger som misbrugsbehandling og 2 afdelinger registreret som kvindekrisecenter, der har uoplyst adresse og derfor ikke er tildelt en kommune. I tabellen er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.6 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

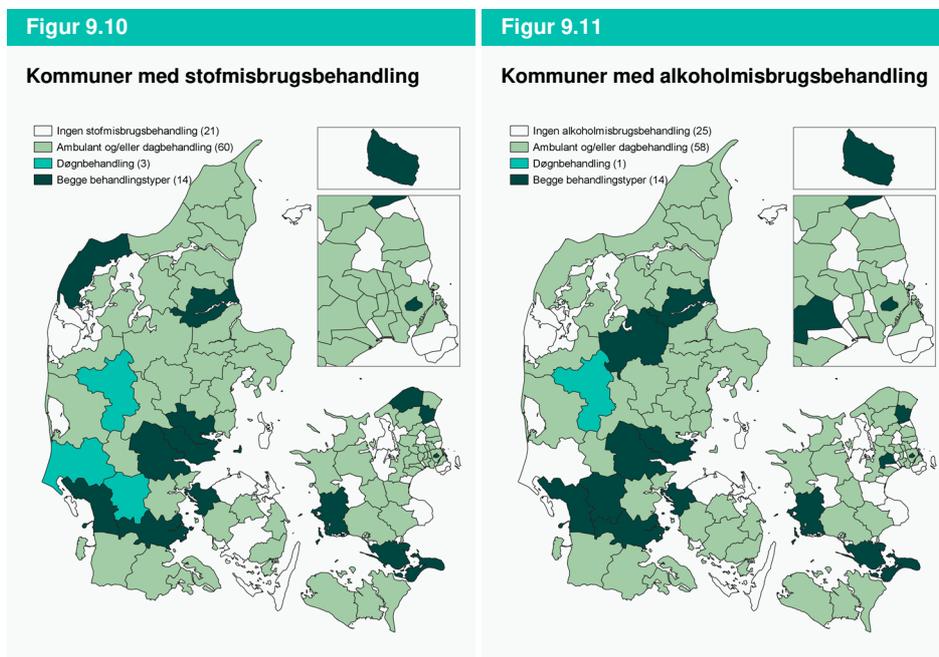
I alle kommuner, med undtagelse af Fanø, Læsø og Solrød kommuner, ligger der afdelinger med pladser, der er godkendt som længerevarende botilbud og/eller botilbudslignende tilbud. I store dele af Jylland og Vest- og Sydsjælland er der over 70 pladser pr. 10.000 indbyggere i kommunen, der er godkendt som længerevarende botilbud eller botilbudslignende tilbud, jf. figur 9.8. I de fleste kommuner ligger der også afdelinger med pladser på midlertidige botilbud. I store dele af Sjælland og i flere kommuner i Nordjylland er der flere end 30 pladser, der er godkendt som midlertidigt botilbud, pr. 10.000 indbyggere, jf. figur 9.9.



Anm.: Antal pladser, der pr. 31. december 2019 er godkendt til tilbudstyperne, opgjort pr. 10.000 18-64-årige indbyggere i kommunen. Der er afdelinger med i alt 225 pladser godkendt som botilbudslignede tilbud, 90 pladser godkendt som længerevarende botilbud og 66 pladser godkendt som midlertidige botilbud, der har uoplyst adresse, og som derfor ikke fremgår af opgørelserne. I opgørelsen over midlertidige botilbud, § 107, er rehabiliteringstilbud, § 107, også inkluderet. I figurerne er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.6 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Afdelinger, der tilbyder stofmisbrugsbehandling, ligger også fordelt over hele landet. Der ligger døgnbehandlingstilbud i alle landsdele med undtagelse af Østsjælland og Københavns omegn. I flere kommuner i det sydlige Jylland ligger der døgntilbud til stofmisbrugsbehandling, jf. figur 9.10.



Anm.: Afdelinger i kommunen pr. 31. december 2019. Figur 9.10 angiver, hvorvidt der ligger en afdeling i kommunen, der er godkendt som døgnbehandlingstilbud og/eller ambulant-/dagbehandling af stofmisbrug, § 101. Figur 9.11 viser tilsvarende for alkoholmisbrugsbehandling, SUL §141. I figurerne er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.6 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

For tilbuddene til behandling af alkoholmisbrug ses et lignende billede. Afdelingerne ligger fordelt over hele landet. I de fleste kommuner, hvor der ligger døgnbehandlingstilbud, ligger der også ambulante- og/eller dagbehandlingstilbud af alkoholmisbrug, jf. 9.11.

9.5 Geografisk placering af afdelinger på børne- og ungeområdet

På børne- og ungeområdet ligger der anbringelsessteder i 92 af landets kommuner, mens der ligger særlige dag- eller klubtilbud i 30 kommuner, og der ligger afdelinger med ambulant stofmisbrugsbehandling til personer under 18 år i 52 af landets kommuner, jf. tabel 9.5.

Tabel 9.5

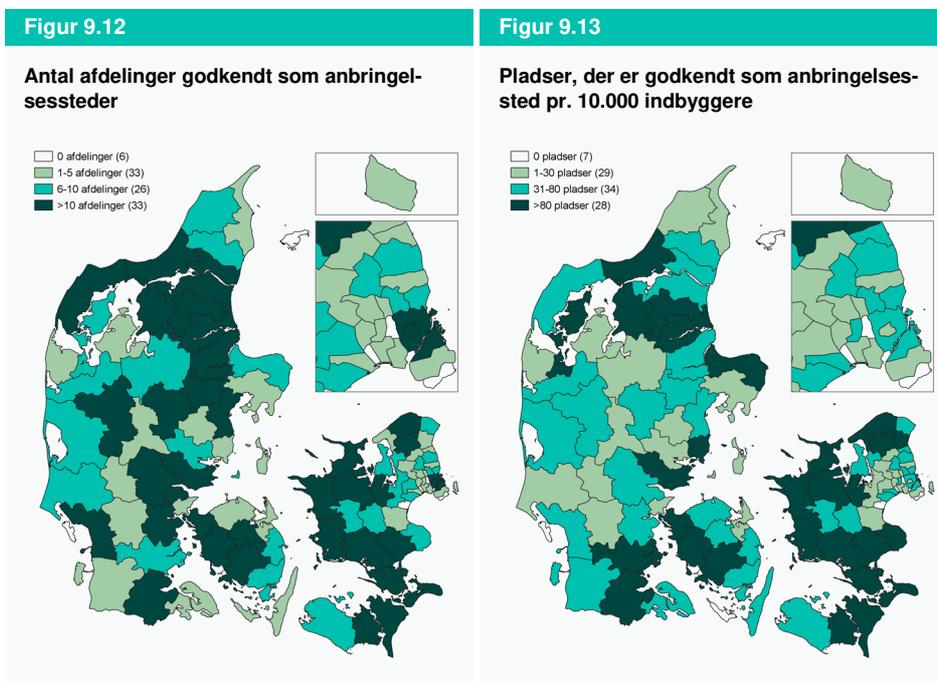
Antal kommuner med mindst én afdeling til tilbudstypen, børne- og ungeområdet

Tilbudstype	Antal kommuner med mindst én afdeling	Antal afdelinger i alt
Anbringelsessteder	92	1.066
Særlige dag- og klubtilbud	30	54
Ambulant stofmisbrugsbehandling	52	81

Anm.: Antal kommuner, hvor der pr. 31. december 2019 ligger mindst en afdeling, der er registreret til tilbudstypen. Der er 6 afdelinger registreret som anbringelsessteder, 3 registreret som særlige dag- og klubtilbud og 3 afdelinger registreret som ambulant stofmisbrugsbehandling, der har uoplyst adresse og derfor ikke er tildelt en kommune.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

Afdelinger, der er godkendt som anbringelsessted, er fordelt over hele landet, jf. figur 9.12. Når der ses på antallet af pladser pr. 10.000 0-17-årige indbyggere i kommunen, har især flere kommuner i Vest- og Sydsjælland relativt mange pladser pr. indbygger, jf. figur 9.13.



Anm.: Antal afdelinger (figur 9.12) og pladser (figur 9.13), der pr. 31. december 2019 er godkendt som anbringelsessteder på børne- og ungeområdet. Pladser er opgjort pr. 10.000 0-17-årige indbyggere i kommunen. Der er 6 afdelinger godkendt som anbringelsessted med i alt 39 pladser, der har uoplyst adresse, og som ikke indgår i opgørelsen. I figurerne er tilbudstyper, der står angivet hver for sig på Tilbudsportalen, lagt sammen. Se tabel 9.7 for fuld oversigt over tilbudstyper på Tilbudsportalen. Se i øvrigt boks 9.1 sidst i kapitlet for yderligere information om databehandling og opmærksomhedspunkter.

Kilde: Egne beregninger på data fra Tilbudsportalen.

9.6 Databehandling og opmærksomhedspunkter

Boks 9.1

Databehandling og opmærksomhedspunkter

Plejhjemsoversigten:

Der er foretaget en frasortering af afdelinger, der vurderes reelt at høre til Plejhjemsoversigten, og som derfor ikke bør ligge på Tilbudsportalen. Frasorteringen er relevant for tilbud, der er registreret som følgende tilbudstyper: botilbudslignede tilbud, Ældreboligloven; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2. Antallet af afdelinger, der er godkendt som disse tilbudstyper, kan derfor afvige fra de oplysninger, der findes på tilbudsportalen.dk.

Virksomhedsformer:

På Tilbudsportalen er et tilbuds virksomhedsform bestemt på baggrund af CVR-registeret. Kategoriseringen af virksomhedsformer er som følger: Private omfatter A/S, ApS, I/S, IVS, enkeltmandsvirksomhed, personligt ejet mindre virksomhed, selskab med begrænset ansvar. Fonde, selvejende mv. omfatter andelsselskab (-forening), andelsselskab (-forening) med begrænset ansvar, erhvervsdrivende fond, fonde og andre selvejende institutioner, forening, frivillig forening, statslig administrativ enhed og øvrige virksomhedsformer.

Tilbudstyper der ikke er underlagt socialtilsynet:

Aktivitets- og samværstilbud, § 104, beskyttede beskæftigelsestilbud, § 103, særlige dagtilbud, § 32, og særlige klubtilbud, § 36, er underlagt kommunalt eller regionalt tilsyn, jf. serviceloven § 5 og § 148a. Der har i lovgivningen på opgørelsestidspunktet ikke være regler for hyppigheden og indholdet af disse tilsyn.

Opgørelse af gennemsnitligt antal pladser til døgnophold pr. afdeling:

I opgørelsen af det gennemsnitlige antal pladser til døgnophold pr. afdeling indgår ambulante- og dagtilbudspladser ikke. Følgende tilbudstyper er medtaget i opgørelsen: længerevarende botilbud, § 108; sikret botilbud, § 108; botilbudslignende tilbud; midlertidigt botilbud, § 107; rehabiliteringstilbud, § 107; døgnbehandlingstilbud - stofmisbrug, § 101, jf. § 107; døgnbehandlingstilbud - alkoholmisbrug, SUL §141; forsorgshjem/herberg, § 110; kvindekrisecenter, § 109; åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7; socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6; delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a; sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b; socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8; skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6.

Usikkerhed forbundet med pladser til ambulante- og dagophold:

Der er nogen usikkerhed forbundet med opgørelser af antallet af pladser til ambulante- og dagbehandling af alkohol- og stofmisbrug, samt antallet af pladser på dagtilbud til §§ 32, 36, 103 og 104, da antallet af pladser ikke er begrænset af en fysisk kapacitet på samme måde som pladser til døgnophold. Det høje antal pladser til ambulante- og dagbehandling af alkohol- og stofmisbrug skal i den forbindelse ses i sammenhæng med, at borgeren i ambulante- og dagbehandlingstilbud typisk møder op til behandling på aftalte tidspunkter og derefter forlader stedet igen. Antallet af pladser på dagtilbud til §§ 32, 36, 103 og 104 skal ses i sammenhæng med, at borgeren i dagtilbud ikke nødvendigvis modtager tilbuddet alle ugens dage.

Tabel 9.6

Tilbudstyper på voksenområdet som de står angivet på Tilbudsporten

Tilbudstype	Opholdstype
Botilbud og botilbudslignende tilbud	
Længerevarende botilbud, § 108	Døgnophold
Sikret botilbud, § 108	Døgnophold
Botilbudslignende tilbud*	Døgnophold
Midlertidigt botilbud, § 107	Døgnophold
Rehabiliteringstilbud, § 107	Døgnophold
Aktivitets- og samværstilbud samt beskyttede beskæftigelsestilbud	
Aktivitets- og samværstilbud, § 104	Dagophold
Beskyttet beskæftigelsestilbud, § 103	Dagophold
Misbrugsbehandlingstilbud	
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 – Voksne	Ambulant ophold
Ambulant anonym stofmisbrugsbehandling, § 101a	Ambulant ophold
Dagbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101	Dagophold
Døgnbehandlingstilbud - Stofmisbrug, § 101, jf. § 107	Døgnophold
Ambulant alkoholmisbrugsbehandling, SUL § 141	Ambulant ophold
Dagbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	Dagophold
Døgnbehandlingstilbud - Alkoholmisbrug, SUL § 141	Døgnophold
Forsorgshjem/herberg	
Forsorgshjem/herberg, § 110	Døgnophold
Kvindekrisecenter	
Kvindekrisecenter, § 109	Døgnophold

Note: *) Botilbudslignende tilbud dækker over tilbud omfattet af socialtilsynet, jf. § 4, stk. 1, nr. 3, i lov om socialtilsyn. Botilbudslignende tilbud i form af hjælp og støtte efter §§ 83-87, 97, 98 og 102 i lov om social service leveres i andre boligformer end tilbud efter serviceloven. På Tilbudsportalen dækker det over tilbud i følgende boligformer: lejebolig, lejeloven; almen bolig til særlige udsatte grupper, ABL § 149a, SUL § 141; almen plejebolig, ABL § 5 stk. 2; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 1; almen ældrebolig/-handicapvenlig bolig, ABL § 105 stk. 2; bofællesskab, ABL § 3 stk. 2 og § 5 stk. 3.

Tabel 9.7

Tilbudstyper på børne- og ungeområdet som de står angivet på Tilbudsporten

Tilbudstype	Opholdstype
Anbringelsessteder	
Åben døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7	Døgnophold
Socialpædagogisk opholdssted, § 66, stk. 1, nr. 6	Døgnophold
Delvist lukket døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 a	Døgnophold
Sikret døgninstitution, § 66, stk. 1, nr. 7 jf. § 63 b	Døgnophold
Socialpædagogisk efterskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	Døgnophold
Socialpædagogisk kostskoletilbud, § 66, stk. 1, nr. 8	Døgnophold
Skibsprojekt, § 66, stk. 1, nr. 6	Døgnophold
Særlige dag- og klubtilbud	
Særlige dagtilbud, § 32	Dagophold
Særlige klubtilbud, § 36	Dagophold
Ambulant stofmisbrugsbehandling	
Ambulant stofmisbrugsbehandling, § 101 - Børn og unge	Ambulant ophold

Kapitel 10

Kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område

En central opgave for Social- og Ældreministeriet er at understøtte den fortsatte udvikling af kvaliteten i den sociale indsats samt en effektiv og investeringsorienteret anvendelse af ressourcer på det sociale område. En væsentlig del af dette arbejde er at tilvejebringe et systematisk og bredt overblik over kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på det sociale område.

På den baggrund har Socialstyrelsen i efteråret 2020 gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer, der dækker det specialiserede børne- og ungeområde samt voksenalområdet. Svarprocenterne er henholdsvis 97 og 95 pct. for de to områder, og undersøgelsen giver således et dækkende billede af det oplevede kommunale udfordringsbillede.

I dette kapitel præsenteres centrale resultater fra undersøgelsen. Resultaterne giver et billede af, hvor kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med socialt udsatte, personer med psykisk sårbarhed og personer med handicap. Undersøgelsen peger også på områder, hvor kommunerne ikke oplever udfordringer, men den del er ikke fokus i dette kapitel.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- På tværs af socialområdet oplever henholdsvis 46 og 33 pct. af kommunerne på børne- og ungeområdet og voksenalområdet i høj eller meget høj grad udfordringer i arbejdet med at kvalitetsudvikle sociale indsatser og metoder.
- På tværs af socialområdet oplever henholdsvis 38 og 36 pct. af kommunerne på børne- og ungeområdet og voksenalområdet i høj eller meget høj grad udfordringer med at koordinere og samarbejde mellem sektorer. Når det gælder koordineringen og samarbejdet på tværs af sektorer, oplever kommunerne særligt udfordringer i samarbejdet med behandlingspsykiatrien, som tidligere undersøgelser også peger på.
- På det specialiserede børne- og ungeområde oplever 56 pct. af kommunerne udfordringer i arbejdet med børn og unge med autismspektrumforstyrrelser, herunder udfordringer med stigning i målgruppens omfang, som også tidligere undersøgelser viser, hvilket peger på, at det er en vedvarende kommunal udfordring. Henholdsvis 44 og 42 pct. af kommunerne oplever også udfordringer i

arbejdet med meget udsatte unge med komplekse problemer og udadreagerende adfærd og i arbejdet med børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser.

- Mange kommuner oplever også udfordringer med børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægring. 70 pct. af kommunerne peger blandt andet på udfordringer, i forhold til om skolefraværspøblemstillingen skal håndteres med en særlig indsats på almenområdet eller med en indsats efter serviceloven.
- Samtidig oplever en stor andel af kommunerne udfordringer i arbejdet med anbragte børn og unge. Udfordringerne relaterer sig blandt andet til at sikre det rette match mellem barn og anbringelsessted i forhold til udbuddet af relevante anbringelsessteder, der er placeret geografisk tæt på den unges nærmiljø. Her oplever 68 pct. af kommunerne i høj grad eller meget høj grad udfordringer. Udfordringerne angår også samarbejde med skoleområdet om at sikre en god skolegang, hvor 58 pct. af kommunerne i høj grad eller meget høj grad oplever udfordringer.
- På børne- og ungeområdet oplever kommunerne færrest udfordringer i arbejdet med børn og unge med forskellige fysiske handicap. Således oplever 87 pct. af kommunerne i mindre grad eller slet ikke udfordringer i arbejdet med børn og unge med bevægelsehandicap, mens tallet er 85 pct. for børn og unge med et kommunikationshandicap og 88 pct. for børn og unge med udviklingshæmning og/eller erhvervet hjerneskade.
- På voksenalområdet oplever kommunerne særligt udfordringer i arbejdet med borgere med psykiske vanskeligheder og komplekse problemstillinger. 48, 46 og 45 pct. af kommunerne oplever udfordringer med henholdsvis unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien, unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt og unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. Kommunerne pegede i en lignende undersøgelse fra 2018 på, at borgere med psykiske vanskeligheder var den målgruppe, som de oplevede størst udfordringer med på voksenområdet. Denne undersøgelse viser samme billede.
- På voksenområdet oplever kommunerne færrest udfordringer i arbejdet med unge og voksne med fysiske handicap, hvor 89 pct. i mindre grad eller slet ikke oplever udfordringer. Kommunerne oplever ligeledes få udfordringer med unge og voksne med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade, hvor 90 pct. i mindre grad eller slet ikke oplever udfordringer. Dette gælder 84 pct. for unge og voksne med erhvervet hjerneskade.
- Mange kommuner giver også udtryk for, at de oplever udfordringer i arbejdet med at inddrage og samarbejde med pårørende til voksne på det sociale område. Fx angiver 56 pct. af kommunerne, at de i mindre grad eller slet ikke har

fokus på, at pårørende til voksne på det sociale område får den rette hjælp og støtte.

- Samtidig svarer 51 pct. af kommunerne, at fagprofessionelle i kommunerne i mindre grad eller slet ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer til at yde kvalificeret socialt arbejde, som imødekommer kulturelle forskelle for voksne med etnisk minoritetsbaggrund.

10.1 Undersøgelse af udfordringer på det sociale område

Socialstyrelsen har i efteråret 2020 gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, som har til formål systematisk at belyse kommunernes oplevede udfordringer og behov i arbejdet med børn, unge og voksne på det sociale område.

Resultaterne af undersøgelsen benyttes blandt andet som vidensgrundlag i arbejdet med at udvikle og udbrede sociale indsatser i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammerne på socialområdet. Det er afgørende at have en systematisk og bred viden om kommunernes oplevede udfordringer og behov for at kunne understøtte en mere effektiv og investeringsorienteret brug af de ca. 120 mio. kr., der årligt afsættes til udvikling og udbredelse af sociale indsatser i regi af Udviklings- og Investeringsprogrammerne.

Boks 10.1

Udvikling af spørgeskemaundersøgelsen

I udviklingen af spørgeskemaerne er der indledningsvist foretaget en kortlægning af eksisterende viden om udfordringer på socialområdet, hvor der er hentet inspiration fra VIVE's undersøgelse af kommunernes perspektiver på udfordringer på det sociale område fra 2018 og 2019 (VIVE, 2018a; VIVE, 2019).

På baggrund af en indledende kortlægning blev der identificeret mulige temaer, som herefter blev kvalificeret af en faglig følgegruppe bestående af kommunale repræsentanter fra det sociale område samt via fokusgruppeinterview med regionale repræsentanter.

Spørgeskemaet blev pilottestet blandt kommunale chefer og direktører.

I udviklingen af spørgeskemaerne er der tilstræbt stor ensartethed i emner og spørgsmålsformuleringer på tværs af hhv. børne- og ungeområdet og voksenområdet. Dette er gjort for at få et ensartet og sammenligneligt data- og vidensgrundlag. Undersøgelsen forventes gentaget hvert andet år fremadrettet for at få viden om udvikling i det kommunale udfordringsbillede.

Boks 10.2 giver et overblik over de fokusområder og temaer, som indgår i undersøgelsen på børne- og ungeområdet samt voksenområdet.

Boks 10.2**Indhold i spørgeskemaundersøgelsen***Tværgående fokusområder*

De tværgående fokusområder omfatter arbejdet med:

- strategi for det specialiserede børne- og ungeområde/voksensocialområdet
- tidlig og forebyggende indsats/en forebyggende og mindre indgribende indsats
- sagsbehandling
- koordination og samarbejde på tværs af fagområder inden for kommunen, på tværs af kommuner, på tværs af sektorer og med civilsamfund og andre aktører
- sikring af kvalitet i og adgang til indsatser og metoder.

Fokusområder for specifikke målgrupper

Fokusområder for specifikke målgrupper omfatter:

- opsporing
- vækst i målgruppeomfang
- tidlig og forebyggende tiltag
- tilbud og indsatser
- samarbejde med borgere
- samarbejde på tværs af kommunen om indsatser og tilbud
- samarbejde med relevante sektorer om indsatser og tilbud
- kompetencer og viden hos fagprofessionelle
- arbejdet med målgruppen samlet set

Se bilag boks 10.3 for en oversigt over specifikke målgrupper.

Aktuelle temaer

Aktuelle temaer består af et udvalg af temaer, som indgår i undersøgelsen i 2020, men som ikke nødvendigvis medtages fremadrettet modsat de tværgående og målgruppenspecifikke fokusområder. De aktuelle temaer omfatter:

- Sociale problemstillinger hos børn, unge og familier med etnisk minoritetsbaggrund (både børne- og ungeområdet og voksenområdet)
- Håndtering af sundhedsrelaterede problemstillinger på det sociale område (både børne- og ungeområdet og voksenområdet)
- Konsekvenser af COVID-19-nedlukningen (både børne- og ungeområdet og voksenområdet)
- Velfærdsteknologi i den sociale indsats (både børne- og ungeområdet og voksenområdet)
- Det nære sociale netværk omkring børn, unge og familier på det sociale område (kun børne- og ungeområdet)
- Anbragte børn og unge (kun børne- og ungeområdet)
- Børn og unge med bekymrende skolefravær og skolevægring (kun børne- og ungeområdet)
- Pårørende til udsatte voksne og voksne med handicap (kun voksenområdet)
- Stigende antal ældre blandt socialt udsatte og mennesker med kognitive handicap (kun voksenområdet)

Henholdsvis 97 pct. og 95 pct. af landets kommuner har gennemført eller delvist gennemført spørgeskemaet på børne- og ungeområdet og spørgeskemaet på voksenområdet. Tre kommuner indgår ikke i undersøgelsen, da de på grund af forpligtende kommunale samarbejder ikke selv varetager udførelsen af opgaver på udvalgte områder, herunder det sociale område, jf. bekendtgørelse om revision af den kommunale og regionale inddeling og om forpligtende kommunale samarbejder.

Spørgeskemaet er stilet til børne- og familiechefer eller socialchefer (eller tilsvarende chefniveau). Kommunerne har i spørgeskemaundersøgelsen vurderet omfanget af deres udfordringer i relation til ovennævnte fokusområder og aktuelle temaer. Socialstyrelsen forventer primo 2021 at publicere en rapport om de samlede resultater fra spørgeskemaundersøgelsen.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen giver et billede af, hvor kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med socialt udsatte, personer med psykisk sårbarhed og personer med handicap, men siger ikke noget om kvaliteten af det sociale arbejde eller borgeres eller andre aktørers oplevede udfordringer. Undersøgelsen er altså begrænset til at belyse kommunernes perspektiver inden for de områder, som er indeholdt i spørgeskemaet.

Dette kapitel rapporterer et udsnit af undersøgelsens resultater. De resultater, der præsenteres, er primært dem, hvor den største andel af kommuner oplever udfordringer på tværs af alle spørgsmål i spørgeskemaet. Det betyder dels, at der vil være områder, hvor enkelte kommuner oplever markante udfordringer, uden at det fremgår af kapitlet. Det betyder også, at kapitlet ikke rapporterer alle områder, hvor kommunerne oplever udfordringer.

Endvidere er fokus i kapitlet primært på de områder, hvor kommunerne oplever udfordringer. Når 56 pct. af kommunerne angiver, at de i høj grad eller meget høj grad oplever udfordringer med børn og unge med autismespektrumforstyrrelser, er der samtidig 42 pct. af kommunerne, som svarer, at de i mindre grad eller slet ikke oplever udfordringer med målgruppen. Kapitlets præmis er derfor en generel rapportering af det kommunale udfordringsbillede på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen. Spørgeskemaundersøgelsen kan også bruges til at pege på områder, hvor kommunerne ikke oplever udfordringer, men det er ikke formålet med dette kapitel.

10.2 Udfordringer i arbejdet med specifikke målgrupper

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever udfordringer i arbejdet med specifikke målgrupper på det sociale område. I dette afsnit præsenteres resultaterne af kommunernes oplevede udfordringer i arbejdet med specifikke målgrupper på henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet.

Undersøgelsen peger på, at det kommunale udfordringsbillede på børne- og ungeområdet særligt tegnes af arbejdet med børn og unge med psykiske vanskeligheder eller i psykisk mistrivsel. Stigning i målgruppernes omfang, udfordringer i samarbejdet på tværs

af forvaltninger, kommuner og med behandlingspsykiatrien og med den tidlige forebyggende indsats er blandt de udfordringer, som kommunerne i særlig grad angiver at opleve.

Samme konklusion findes i VIVE's undersøgelse af kommunale udfordringer på børne- og ungeområdet fra 2019. Her var det ligeledes autismspektrumforstyrrelser, ADHD og lignende problematikker, der fyldte mest hos kommunerne.

På voksenområdet tegner der sig et lignende billede med hensyn til mennesker med psykiske vanskeligheder eller i psykisk mistrivsel. Mennesker med psykiske vanskeligheder eller i psykisk mistrivsel er de målgrupper, hvor kommunerne oplever størst udfordringer. Derudover angiver kommunerne, ligesom på børne- og ungeområdet, at have store udfordringer med samarbejde på tværs af forvaltninger og kommuner med hensyn til målgrupperne, herunder samarbejdet med behandlingspsykiatrien.

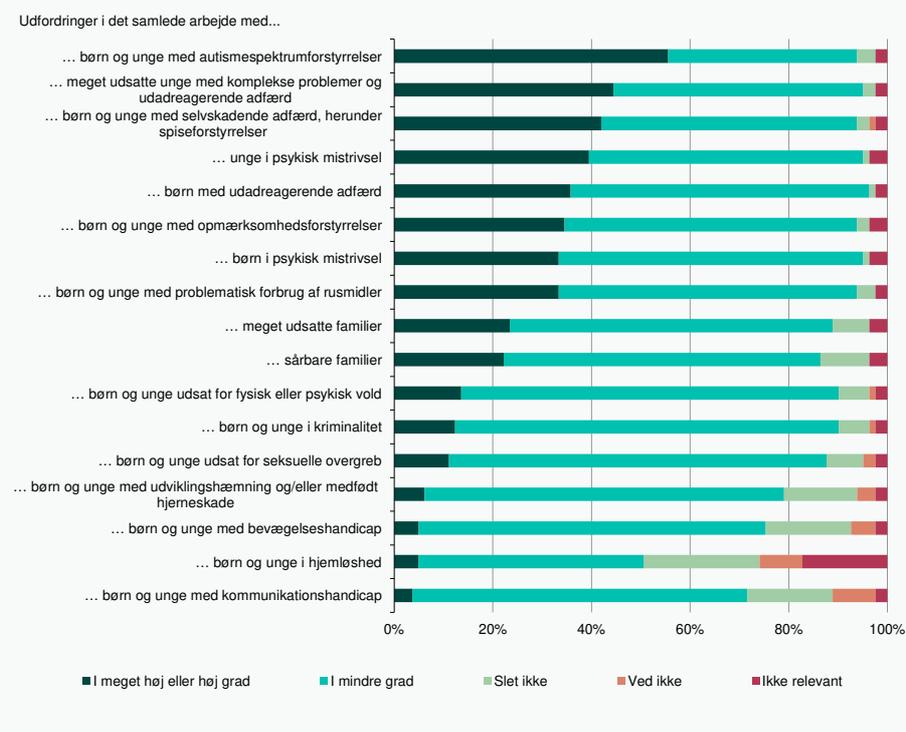
Kommunerne oplever på voksenområdet de næststørste udfordringer med at hjælpe mennesker med flere og komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt. Denne undersøgelse peger dermed i samme retning som VIVE's tidligere undersøgelse.

10.2.1 Udfordringer i arbejdet med målgrupper på børne- og ungeområdet

56 pct. af kommunerne angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at de i meget høj grad eller høj grad oplever udfordringer i arbejdet samlet set med børn og unge med autismspektrumsforstyrrelser, jf. figur 10.1. Særligt oplever kommunerne udfordringer med en stigning i målgruppens omfang. Derudover angiver kommunerne, at de oplever udfordringer i samarbejdet på tværs af forvaltninger og sektorer i forhold til børn og unge med autismspektrumsforstyrrelser samt udfordringer med at sætte tidligt og forebyggende ind over for målgruppen og kunne tilbyde målgruppen relevante tilbud og indsatser.

Figur 10.1

Kommunernes oplevede udfordringer i arbejdet med målgrupper på børne- og ungeområdet



Anm.: Figuren illustrerer kommunernes oplevede udfordringer i forhold til arbejdet samlet set med de 17 målgrupper på det specialiserede børne- og ungeområde, som kommunerne er spurgt ind til i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". N = 81.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

Resultaterne er enslydende med VIVE's resultater i deres undersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det specialiserede børne- og ungeområde fra 2019, hvor 63 pct. af kommunerne angav, at de oplevede ret store eller meget store udfordringer i arbejdet med børn og unge med autisme, ADHD og lignende problematikker. Også her var det særligt et stigende målgruppeomfang, der var en udfordring for kommunerne. Spørgeskemaundersøgelsen giver således datamæssig understøttelse til at konkludere, at børn og unge med autismespektrumforstyrrelser fortsat fylder meget i det kommunale udfordringsbillede.

44 pct. af kommunerne peger desuden på, at de i høj eller meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med meget udsatte unge med komplekse problemer og udadreagerende adfærd. Kommunerne oplever særligt udfordringer med at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen. Derudover oplever kommunerne udfordringer i forhold til

at udvikle og fastholde relevante kompetencer og viden hos de fagprofessionelle, der skal være med til at sikre kvalificeret socialfagligt arbejde med målgruppen samt udfordringer i samarbejdet med de unge i målgruppen.

42 pct. af kommunerne oplever udfordringer i arbejdet med børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser. Særligt oplever kommunerne udfordringer med at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen. Der opleves dog også udfordringer i forhold til at sætte tidligt og forebyggende ind over for målgruppen samt udfordringer i samarbejdet mellem sektorer, herunder med behandlingspsykiatrien.

40 pct. af kommunerne oplever i høj eller i meget høj grad udfordringer i forhold til arbejdet med unge i psykisk mistrivsel. Kommunerne oplever særligt udfordringer i forhold til stigning i målgruppens omfang, men der opleves også udfordringer med det forebyggende arbejde med målgruppen og i samarbejde med andre sektorer, herunder behandlingspsykiatrien.

Kommunerne oplever færrest udfordringer i arbejdet med børn og unge med forskellige fysiske handicap. Således oplever 87 pct. af kommunerne i mindre grad eller slet ikke udfordringer i arbejdet med børn og unge med bevægelseshandicap, mens tallet er 85 pct. for børn og unge med et kommunikationshandicap. Endelig oplever 88 pct. af kommunerne i mindre grad eller slet ikke udfordringer med børn og unge med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade.

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne også blevet spurgt ind til udvalgte aktuelle temaer, hvoraf nogle relaterer sig til specifikke målgrupper på børne- og ungeområdet. Kommunerne angiver her, at de særligt oplever udfordringer med børn og unge med bekymrende skolefravær og skoleværing og anbragte børn og unge.

Figur 10.2

Kommunernes oplevede udfordringer i arbejdet med børn og unge med bekymrende skolefravær og skoleværing

I hvilken grad oplever kommunerne udfordringer med...



Anm.: Figuren illustrerer kommunernes oplevede udfordringer i forhold til arbejdet med børn og unge med bekymrende skolefravær og skoleværing. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke". N = 80.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

70 pct. af kommunerne angiver, at de i meget høj eller høj grad oplever udfordringer, i forhold til om skolefraværproblemstillingen skal håndteres med en særlig indsats på almenområdet eller en indsats via serviceloven, jf. figur 10.2. Desuden angiver 68 pct. af kommunerne, at de oplever udfordringer i samarbejdet mellem det specialiserede socialområde og skoleområdet i forhold til at understøtte en stabil skolegang for børn og unge med bekymrende skolefravær.

66 pct. af kommunerne peger på, at de i meget høj eller høj grad mangler viden om og kompetencer til at håndtere bekymrende skolefravær, mens 61 pct. i meget høj eller høj grad oplever udfordringer med at følge systematisk op på bekymrende skolefravær. Cirka halvdelen af kommunerne oplever i høj eller i meget høj grad udfordringer med retvisende data om skolefravær.

I forhold til anbragte børn og unge angiver 68 pct. af kommunerne, at de oplever udfordringer med at sikre det rette match mellem barn og anbringelsessted i forhold til udbuddet af relevante anbringelsessteder, der er placeret geografisk tæt på barnets eller den unges nærmiljø (skole og netværk).

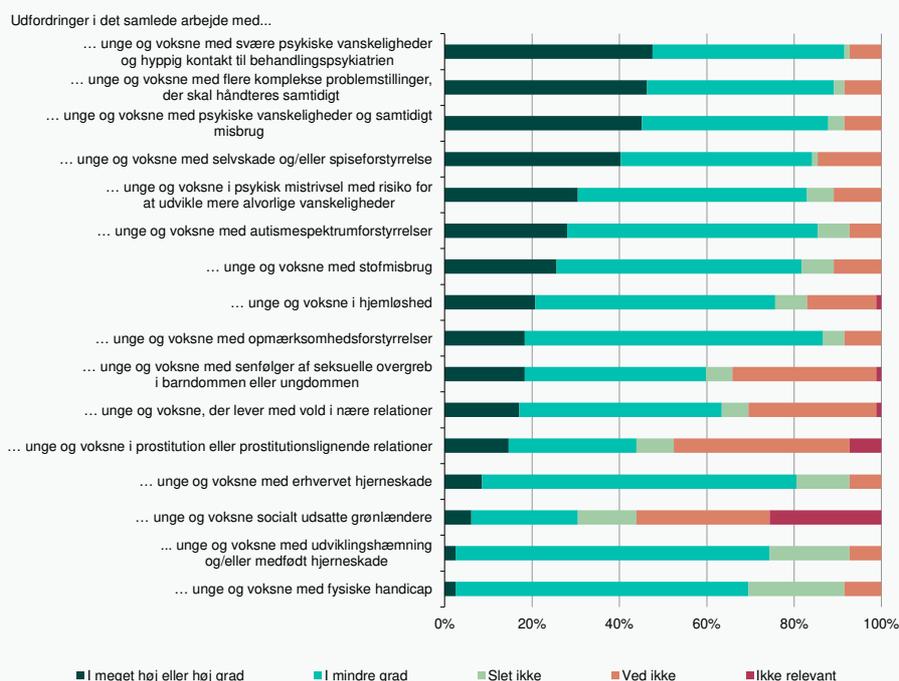
59 pct. af kommunerne peger på, at de i høj eller meget høj grad oplever udfordringer med ændringer i kompleksiteten af problemer hos anbragte børn og unge, mens 58 pct. af kommunerne oplever udfordringer med at samarbejde med skoleområdet om at sikre en god skolegang for anbragte børn og unge jf. bilag figur 10.9.

10.2.2 Udfordringer i arbejdet med målgrupper på voksenområdet

På voksenområdet angiver næsten halvdelen af kommunerne, at de i meget høj grad eller høj grad oplever udfordringer i arbejdet samlet set med unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien jf. figur 10.3.

Figur 10.3

Kommunernes oplevede udfordringer i arbejdet med målgrupper på voksenområdet



Anm.: Figuren illustrerer kommunernes oplevede udfordringer i forhold til arbejdet samlet set med de 16 målgrupper, som kommunerne er spurgt ind til i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". N = 82.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

For unge og voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien oplever 56 pct. af kommunerne særligt udfordringer med et stigende målgruppeomfang og 57 pct. oplever udfordringer i samarbejdet med andre sektorer, herunder sundheds- og beskæftigelsessektoren.

Henholdsvis 46 pct. og 45 pct. af kommunerne peger desuden på, at de i høj eller meget høj grad har udfordringer i arbejdet med unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt og i arbejdet med unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.

For både unge og voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt samt for unge og voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug oplever kommunerne særligt udfordringer med et stigende antal i målgruppen, udfordringer i samarbejdet med andre sektorer, herunder sundheds- og beskæftigelsessektoren, samt udfordringer i at tilbyde relevante tilbud og indsatser til målgruppen.

38 pct. af kommunerne oplever udfordringer i arbejde med unge og voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse. Kommunerne oplever særligt udfordringer i samarbejdet med andre sektorer, herunder sundheds- og beskæftigelsessektoren, samt udfordringer med at tilbyde relevante tilbud og indsatser i forhold til målgruppen.

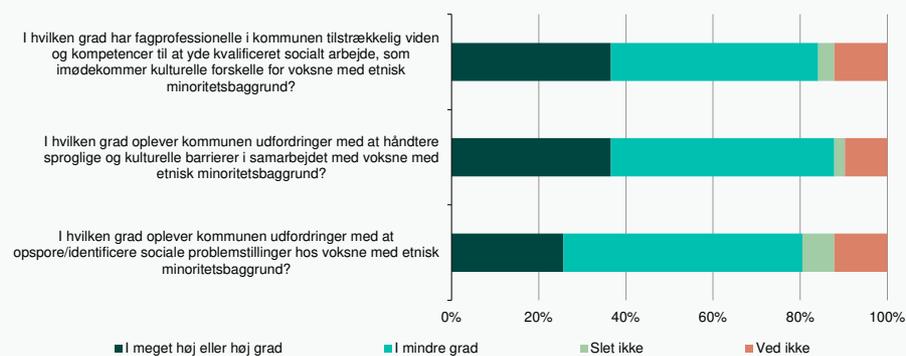
Mellem 29 og 40 pct. af kommunerne angiver, at de ikke ved, om de oplever udfordringer i arbejdet med unge og voksne i prostitution eller i prostitutionslignende relationer, unge og voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen, unge og voksne der lever med vold i nære relationer samt unge og voksne socialt udsatte grønlændere.

Kommunerne oplever færrest udfordringer i arbejdet med unge og voksne med fysiske handicap, hvor 89 pct. i mindre grad eller slet ikke oplever udfordringer. Kommunerne oplever ligeledes få udfordringer med unge og voksne med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade, hvor 90 pct. i mindre grad eller slet ikke oplever udfordringer. Dette gælder 84 pct. for unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne også blevet spurgt ind til udvalgte aktuelle temaer, hvoraf nogle relaterer sig til specifikke målgrupper på voksenområdet. Kommunerne angiver i denne del af spørgeskemaundersøgelsen, at de særligt oplever udfordringer i arbejdet med at håndtere sociale problemstillinger hos voksne med etnisk minoritetsbaggrund samt arbejdet med at håndtere et stigende antal ældre blandt socialt udsatte og mennesker med kognitive handicap, jf. bilag figur 10.10.

Figur 10.4

Kommunernes oplevede udfordringer i arbejdet med sociale problemer hos voksne med etnisk minoritetsbaggrund



Anm.: Figuren illustrerer kommunernes oplevede udfordringer i forhold til arbejdet samlet set med de 16 målgrupper, som kommunerne er spurgt ind til i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". N = 82.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

51 pct. af kommunerne angiver, at de fagprofessionelle i kommunen i mindre grad eller slet ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer til at yde kvalificeret socialt arbejde, som imødekommer kulturelle forskelle for voksne med etnisk minoritetsbaggrund, jf. figur 10.4. Omvendt peger undersøgelsen på, at en del kommunerne ikke oplever udfordringer med opsporing af sociale problemstillinger hos voksne med etnicitetsbaggrund. 62 pct. af kommunerne svarer, at de i mindre grad eller slet ikke oplever udfordringer med opsporing af sociale problemstillinger i målgruppen.

45 og 46 pct. af kommunerne angiver, at de i mindre grad eller slet ikke har tilstrækkelige tilbud og indsats til at imødekomme henholdsvis socialt udsatte ældre og ældre med kognitive handicap med plejebenhov og behov for specialpædagogisk støtte, jf. bilag figur 10.10. 39 og 44 pct. af kommunerne oplever at de slet ikke eller i mindre grad har et tilstrækkeligt samarbejde på tværs af socialområdet og sundhedsområdet omkring henholdsvis socialt udsatte ældre og ældre med kognitive handicap med plejebenhov og behov for socialpædagogisk støtte.

10.3 Udfordringer på tværs af socialområdet

I spørgeskemaundersøgelsen er de adspurgte blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever udfordringer på tværs af det sociale område, som ikke relaterer sig til specifikke målgrupper. I dette afsnit præsenteres først resultaterne af undersøgelsen på børne- og ungeområdet og dernæst voksenområdet.

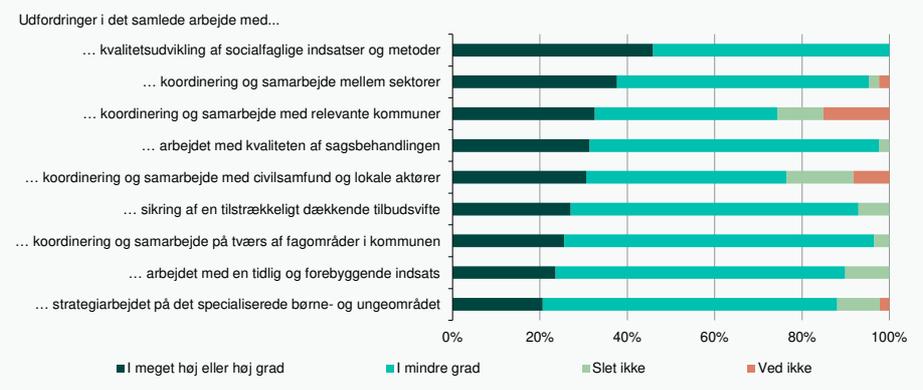
10.3.1 Udfordringer på tværs af børne- og ungeområdet

Blandt de tværgående fokusområder er der flest kommuner, der oplever udfordringer i arbejdet med at kvalitetsudvikle socialfaglige indsatser og metoder. Her angiver 46 pct., at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med kvalitetsudvikling af socialfaglige indsatser og metoder, jf. figur 10.5.

Kommunerne angiver, at de største udfordringer i arbejdet med kvalitetsudvikling af indsatser og metoder relaterer sig til arbejdet med at indsamle data om barnet/den unges progression på en systematisk måde, at anvende data om børn og unge til refleksion over og udvikling af den socialfaglige praksis samt at følge og udvikle kvaliteten i socialfaglige indsatser og metoder på en systematisk måde.

Figur 10.5

Kommunernes oplevede udfordringer på tværs af børne- og ungeområdet



Anm.: Figuren illustrerer i hvilken grad kommunerne samlet set oplever udfordringer på hver af de tværgående fokusområder i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse på børne- og ungeområdet. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke". N = 85-92.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

Generelt oplever kommunerne udfordringer med koordinering og samarbejde. Her angiver 38 pct. af kommunerne at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med koordinering og samarbejde mellem sektorer, 33 pct. med koordinering og samarbejde med relevante kommuner og 31 pct. med koordinering og samarbejde med civilsamfund og lokale aktører.

Kommunerne angiver, at de i forhold til koordinering og samarbejde med sektorer særligt oplever udfordringer i samarbejdet med børne- og ungdomspsykiatrien og Familieretshuset. VIVE's undersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det specialiserede børne- og ungeområde fra 2019 finder ligeledes, at koordinering og samarbejde mellem socialområdet og almensektoren/psykiatrien udgjorde en central udfordring.

Her angav 41 pct. af kommunerne, at de oplevede ret store udfordringer med sammenhæng og koordination med almensektoren/psykiatrien (VIVE, 2019).

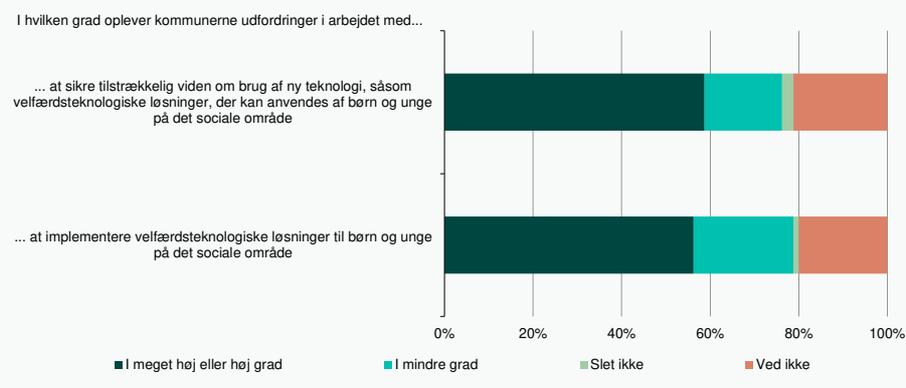
31 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med kvalitet i sagsbehandlingen. Kommunerne peger på, at de største udfordringer inden for dette område er at sikre hyppig, systematisk og dokumenteret opfølgning på, om indsatsen har den ønskede effekt, og om de opstillede mål nås, at sikre en systematisk inddragelse af det nærmeste netværk i barnets/den unges sagsforløb og at sikre udvikling af viden og kompetencer blandt fagprofessionelle i sagsbehandlingen.

Kommunerne angiver også, at de særligt oplever udfordringer med velfærdsteknologi i den sociale indsats. 58 pct. af kommunerne angiver, at de i meget høj grad eller høj grad oplever udfordringer med at sikre tilstrækkelig viden om brug af ny teknologi, såsom velfærdsteknologiske løsninger (fx apps eller virtuelle løsninger), der kan anvendes af børn og unge på det sociale område, jf. figur 10.6.

Desuden angiver 55 pct. af kommunerne, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med at implementere velfærdsteknologiske løsninger til børn og unge på det sociale område.

Figur 10.6

Velfærdsteknologiske løsninger til børn og unge på det sociale område



Anm.: Figuren illustrerer kommunernes svar på spørgsmål vedr. temaet om velfærdsteknologiske løsninger til udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke". N = 80.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

10.3.2 Udfordringer på tværs af voksenområdet

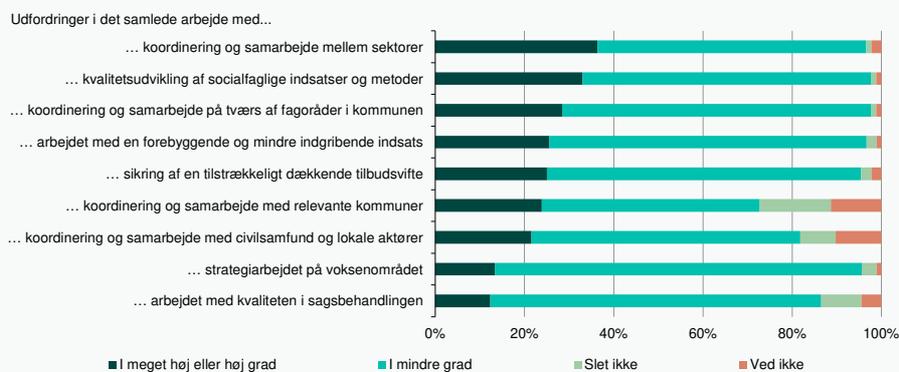
På voksenområdet, ligesom på det specialiserede børne- og ungeområde, er koordinering og samarbejde mellem sektorer og kvalitetsudvikling af socialfaglige indsatser og metoder et af de områder, hvor kommunerne oplever de største udfordringer, jf. figur 10.7.

36 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer med koordinering og samarbejde mellem sektorer. Dette fund er i tråd med VIVE's rapport vedrørende kommunernes oplevede udfordringer på voksenalområdet i 2018 (VIVE, 2018a). Blandt de kommuner, der har deltaget i Socialstyrelsens undersøgelse, opleves der særligt udfordringer i samarbejdet med behandlingspsykiatrien.

Derudover angiver 28 pct. af kommunerne, at de i høj eller meget høj grad oplever udfordringer med koordinering og samarbejde på tværs af fagområder i kommunen. Kommunerne angiver, at de særligt oplever udfordringer med at koordinere mellem lovgivninger, at sikre en sammenhængende overgang mellem børne-/ungeområdet og voksenområdet samt at sikre en sammenhængende overgang mellem voksenområdet og ældreområdet.

Figur 10.7

Kommunernes oplevede udfordringer på tværs af voksenområdet



Anm.: Figuren illustrerer i hvilken grad kommunerne samlet set oplever udfordringer på de tværgående fokusområder i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse på voksenområdet. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke". N = 88-90.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

33 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller meget høj grad oplever udfordringer med kvalitetsudvikling af socialfaglige indsatser og metoder. Ligesom på børne- og ungeområdet, angiver kommunerne, at de i arbejdet med kvalitetsudvikling af sociale indsatser og metoder på voksenområdet særligt oplever udfordringer med at anvende data om borgere til refleksion over og udvikling af den socialfaglige praksis, med at følge og

udvikle kvaliteten i indsatser og metoder på en systematisk måde samt med at indsamle data om borgerens udvikling og trivsel på en systematisk måde.

26 pct. af kommunerne angiver, at de i høj eller i meget høj grad oplever udfordringer i arbejdet med en forebyggende og mindre indgribende indsats. Kommunerne peger på, at den største udfordring i arbejdet med forebyggende og mindre indgribende indsatser, er at investere i en forebyggende og mindre indgribende indsats, hvor de potentielle økonomiske gevinster ligger længere ude i fremtiden eller på andre fagområder/i andre forvaltninger.

56 pct. af kommuner angiver, at de i mindre grad eller slet ikke har fokus på, at pårørende til voksne på det sociale område får den rette hjælp og støtte, jf. figur 10.8. Det bemærkes i den sammenhæng, at kommunerne ikke har en generel forpligtelse til at yde hjælp og støtte til pårørende til voksne på socialområdet, alene fordi de er pårørende. Dog skal kommunerne i nogle situationer være opmærksomme på at inddrage pårørende til voksne, der modtager sociale indsatser. Det gælder fx pårørende til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, jf. SEL § 82, stk. 2, hvor kommunerne er forpligtet til at påse, om pårørende kan hjælpe med at varetage en persons behov. Desuden kan der være tilfælde, hvor det giver god mening af socialfaglige hensyn at inddrage pårørende til voksne med behov for sociale indsatser.

Desuden peger 54 pct. på, at de i mindre grad eller slet har tilstrækkelige metoder og indsatser til at understøtte pårørendes involvering i den enkeltes liv.

Figur 10.8

Pårørende til voksne på det sociale område



Anm.: Figuren illustrerer kommunernes svar på spørgsmål vedr. temaet om pårørende til udsatte voksne og voksne med handicap i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse på voksenområdet. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj", "i høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke". N = 82.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

10.4 Bilag

Boks 10.3

Målgrupper, der indgår i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse

Børne- og ungeområdet:

- Børn og unge med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade
- Børn og unge med autismspektrumsforstyrrelser
- Børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser
- Børn og unge med kommunikationshandicap
- Børn og unge med bevægelsehandicap
- Børn med udadreagerende adfærd
- Børn i psykisk mistrivsel
- Unge i psykisk mistrivsel
- Børn og unge med selvskadende adfærd, herunder spiseforstyrrelser
- Børn og unge udsat for seksuelle overgreb
- Børn og unge udsat for fysisk eller psykisk vold
- Børn og unge i kriminalitet
- Børn og unge med problematisk forbrug af rusmidler
- Børn og unge i hjemløshed
- Meget udsatte unge med komplekse problemer og udadreagerende adfærd
- Sårbare familier
- Meget udsatte familier

Voksenområdet:

- Voksne med udviklingshæmning og/eller medfødt hjerneskade
- Voksne med autismspektrumsforstyrrelser
- Voksne med opmærksomhedsforstyrrelser
- Voksne med erhvervet hjerneskade
- Voksne med fysiske handicap
- Voksne med stofmisbrug
- Voksne i hjemløshed
- Voksne, der lever med vold i nære relationer
- Voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen
- Voksne socialt udsatte grønlændere
- Voksne i prostitution eller prostitutionslignende relationer
- Voksne med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug
- Voksne med flere komplekse problemstillinger, der skal håndteres samtidigt
- Voksne med selvskade og/eller spiseforstyrrelse
- Voksne med svære psykiske vanskeligheder og hyppig kontakt til behandlingspsykiatrien
- Voksne i psykisk mistrivsel med risiko for at udvikle mere alvorlige vanskeligheder

Figur 10.9

Kommunernes oplevede udfordringer i arbejdet med anbragte børn og unge

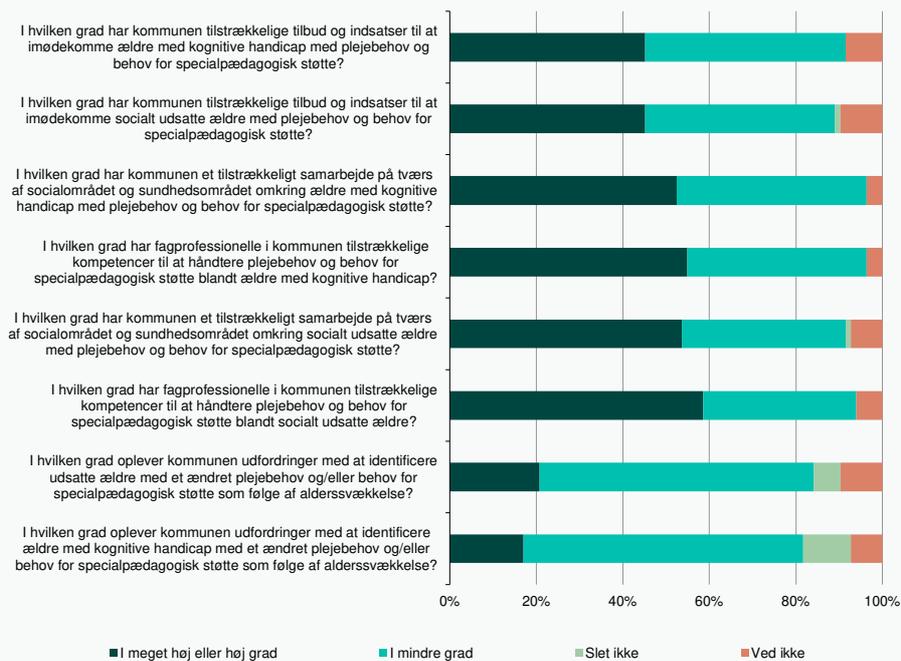


Anm.: Figuren illustrerer kommunernes oplevede udfordringer i forhold til arbejdet med anbragte børn og unge, som kommunerne er spurgt ind til i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". N = 80.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

Figur 10.10

Kommunernes oplevede udfordringer i arbejdet med udsatte ældre og ældre med kognitive handicap



Anm.: Figuren illustrerer kommunernes oplevede udfordringer i forhold til arbejdet med udsatte ældre og ældre med kognitive handicap, som kommunerne er spurgt ind til i Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse. Figuren angiver andelen af kommuner, der "i meget høj eller høj grad", "i mindre grad" eller "slet ikke" oplever udfordringer. Herudover indgår andelen af kommuner, der har angivet "ved ikke" eller "ikke relevant". N = 82.

Kilde: Socialstyrelsen (kommende).

Bilag 1

Udviklings- og Investeringsprogrammerne

Tabel 1

Initiativer under Udviklings- og Investeringsprogrammet på voksenområdet

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Afsluttede initiativer								
Screening vedr. ADHD og misbrug								
Screening vedr. voldsudsatte kvinder og mænd								
Screening vedr. misbrugsbehandling til de mest belastede unge								
Videreførte initiativer								
Screening vedr. dobbeltbelastning på botilbud								
Modning af indsats til dobbeltbelastede på botilbud								
Screening vedr. selvskade og spiseforstyrrelser								
Modning af indsats til unge med selvskade og spiseforstyrrelser								
Igangværende initiativer – spor 1								
Screening af indsatser til mennesker med udviklingshæmning eller kognitive vanskeligheder								
Screening af viden om traumebevidst tilgang								
Screening og modning vedr. autisme								
Modning af investering i eftervæn								
Modning af gruppebaseret bistøtte								
Modning af forebyggende indsatser til unge med psykisk sårbarhed								
Modning af MOVE til grupper (stofmisbrugsområdet)*								
Modning af ACT til borgere med komplekse problemer								

Tabel 1 (fortsat)

Initiativer under Udviklings- og Investeringsprogrammet på voksenområdet

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Igangværende initiativer – spor 1 (fortsat)								
Modning af 'samarbejdsmodellen' til socialt udsatte ældre								
Afprøvning af indsats til forebyggelse af magtanvendelse på botilbud for mennesker med udviklingshæmning								
Igangværende initiativer – spor 2								
Udbredelse af bostøttemetoder								
Udbredelse af MOVE (stofmisbrugsområdet)								
Fortsat udbredelse af MOVE (stofmisbrugsområdet)								
Udbredelse af mestringsindsatser til unge og voksen med opmærksomhedsforstyrrelser								

 : Projektperiode som angivet i udmøntningsaftalerne for Udviklings- og Investeringsprogrammerne.

Note: *) Projektperioden for 'Modning af MOVE til gruppebehandling' er på baggrund af politisk beslutning forlænget til 2022.

Anm.: Spor 1 i Udviklings- og Investeringsprogrammerne indeholder screenings-, modnings- og afprøvningsfasen, jf. 'Strategi for udvikling af sociale indsatser'. Spor 2 indeholder udbredelsesfasen.

Kilde: Social- og Ældreministeriet.

Tabel 2

Initiativer under Udviklings- og Investeringsprogrammet på børne- og ungeområdet

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Igangværende initiativer – spor 1						
Screening og modning af styrket læringsmiljø for anbragte børn og unge						
Screening og modning af målrettet støtte til forældre under anbringelsen						
Screening og modning af styrket match af barn og anbringelsessted						
Modning af styrket familiebehandling i udsatte familier						
Modning af styrket og helhedsorienteret tilgang overfor udsatte unge på kanten af uddannelse og beskæftigelse						
Modning af model for samarbejde og indsatser til børn og unge med bekymrende skolefravær						
Modning af mestringsprogram til børn med udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser						
Modning af model for overgang til ungdomsuddannelse for unge med handicap						
Modning af indsats til forebyggelse af voldsomme situationer og magtændelse for anbragte børn og unge						
Igangværende initiativer – spor 2						
Udbredelse af Stepping Stones – til forældre, der har et barn med handicap						

 : Projektperiode som angivet i udmøntningsaftalerne for Udviklings- og Investeringsprogrammerne.

Anm.: Spor 1 i Udviklings- og Investeringsprogrammerne indeholder screenings-, modnings- og afprøvningsfasen, jf. 'Strategi for udvikling af sociale indsatser'. Spor 2 indeholder udbredelsesfasen.

Kilde: Social- og Ældreministeriet.

Bilag 2

Udsatte børn og unge

I dette bilag gives en mere detaljeret beskrivelse af, hvordan udsatte børn og unge er afgrænset. Desuden viser bilaget fordelinger på køn, alder og herkomst for børn og unge, der modtager forskellige sociale foranstaltninger.

Udsatte børn og unge er i denne redegørelse afgrænset til personer i alderen 0-22 år, der 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 strafferetslige årsager ved dom, når opholdet er led i afsoning, jf. § 78 i straffuldbyrdelsesloven, eller en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling på et anbringelsessted, jf. § 74a 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 og indsatser. Den sociale indsats efter serviceloven i forhold til udsatte børn og unge er dog ikke fuld belyst af registerdata. Det drejer sig blandt andet om den tidlige forebyggende indsats under § 11. Kommunernes indberetninger af tidlige forebyggende indsatser efter § 11 har frem til 1. juli 2020 været frivillig, og brugen vil derfor frem til denne dato være undervurderet i registrene.

Anbringelser, forebyggende foranstaltninger og tidlige forebyggende indsatser

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 sociale foranstaltninger. Det kan enten være i form af en tidlig forebyggende indsats, en forebyggende foranstaltning eller en anbringelse uden for hjemmet. Tidlige forebyggende indsatser er indsatser efter servicelovens, § 11. Eksempler på forebyggende foranstaltninger 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 familie, fx at forældrene af forskellige årsager ikke kan varetage omsorgen for barnet. Eller at barnet eller den unge har nogle udfordringer, som kan have indflydelse på deres livsbane, 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 udlusningsordning 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, 2019

	Udsatte børn og unge
Antal	70.200
	----- Pct. -----
Køn	
Mænd	55
Kvinder	45
Alder	
0-5 år	13
6-10 år	21
11-14 år	25
15-17 år	25
18-22 år*	16
Oprindelse	
Dansk oprindelse	83
Ikke-vestlig oprindelse	15
Vestlig oprindelse	2

Note: *) Alderen er opgjort ultimo året, hvorfor nogle i gruppen "18-22 år" er fyldt 23 år ved opgørelsestidspunktet. Samtidig er det ikke alle 18-22-årige, der har modtaget efterværn, idet gruppen også omfatter unge, der fyldte 18 år i løbet af året, og som modtog en social foranstaltning, før de fyldte 18 år.

Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i alderen 0-22 år var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i løbet af 2019 og indgik i befolkningsregisteret ultimo året. Forebyggende foranstaltninger omfatter både familie- og personrettede forebyggende foranstaltninger. Anbragte med uoplyst anbringelsessted indgår ikke.

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, 2019

	Anbragt**	Forebyggende foranstaltninger, personrettede**	Forebyggende foranstaltninger, familierettede**	Efterværn
Antal	13.600	18.800	49.400	9.100
	----- Pct. -----			
Køn				
Mænd	54	58	54	50
Kvinder	46	42	46	50
Alder				
0-5 år	12	4	16	-
6-10 år	19	15	26	-
11-14 år	26	31	28	-
15-17 år*	43	50	30	-
18-22 år*	-	-	-	100
Oprindelse				
Dansk oprindelse	86	84	82	84
Ikke-vestlig oprindelse	12	14	15	15
Vestlig oprindelse	2	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 23 år ved opgørelsestidspunktet. **) Anbringelser og forebyggende foranstaltninger omfatter kun personer, der har modtaget foranstaltninger, inden de fyldte 18 år. Anbringelse og forebyggende foranstaltninger efter det fyldte 18 år er opgjort som efterværn.

Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle, der i alderen 0-22 år var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i løbet af 2019 og indgik i befolkningsregisteret ultimo året. Forebyggende foranstaltninger omfatter både familie- og personrettede forebyggende foranstaltninger. Anbragte med uoplyst anbringelsessted indgår ikke.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Bilag 3

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. 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. Registrerne indeholder blandt andet oplysninger 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 blandt andet 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. Hertil kommer, at nogle ydelser omfatter få personer, hvorfor en beregnet enhedsudgift vil være usikker. Det omfatter eksempelvis behandling efter serviceloven (§ 102) og kontaktperson for døvblinde (§ 98), der på landsplan omfatter i størrelsesordenen 100 eller derunder helårspersoner.

Enhedsudgifter for udsatte børn og unge

Tabel 2 nedenfor redegør for de kommunale konti (funktioner/grupperinger) og registrervariable, 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 og 006 i det kommunale regnskabsystem. 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. 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. Metoden er behæftet med usikkerhed, idet blandt andet 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.

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 blandt andet 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 blandt andet 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. Alle enhedsudgifterne varierer sandsynligvis fra kommune til kommune blandt andet 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.

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.

Enhedsudgifter for børn og unge**Tabel 1****Udsatte børn og unge**

Forebyggende foranstaltninger	Enhedsudgift, 2019-pl
Praktisk, pædagogisk og anden støtte i hjemmet, jf. § 52, stk. 3, nr. 2	110.000 kr.
Familiebehandling / Behandling af barnets eller den unges problemer, jf. § 52, stk. 3, nr. 3	130.000 kr.
Døgnophold for familien, jf. § 52, stk. 3, nr. 4	1.086.000 kr.
Fast kontaktperson for den unge eller hele familien, jf. § 52, stk. 3, nr. 6	97.000 kr.
Anden hjælp (rådgivning, behandling og pædagogisk støtte), jf. § 52, stk. 3, nr. 9	170.000 kr.
Økonomisk støtte til forældremyndighedsindehaver mv., jf. § 52 a	81.000 kr.
Støtteperson til indehaveren af forældremyndigheden mv., jf. § 54	37.000 kr.
Aflastningsordning, jf. § 52, stk. 3, nr. 5	298.000 kr.
Rådgivning og forebyggende indsatser, jf. § 11	62.000 kr.
Formidling af praktikophold, jf. § 52, stk. 3, nr. 8	33.000 kr.
Anbringelser	Enhedsudgift, 2019-pl
Plejefamilie § 66, stk. 1, nr. 1	477.000 kr.
Kommunal plejefamilie § 66, stk. 1, nr. 2	813.000 kr.
Netværksplejefamilie § 66, stk. 1, nr. 3	135.000 kr.
Eget værelse, kollegie eller kollegielignende opholdssted § 66, stk. 1, nr. 4	334.000 kr.
Socialpædagogisk opholdssted § 66, stk. 1, nr. 5	1.176.000 kr.
Kost- og efterskoler § 66, stk. 1, nr. 7	389.000 kr.
Døgninstitution § 66, stk. 1, nr. 6	1.183.000 kr.
Sikret døgninstitution mv. § 66, stk. 1, nr. 6	2.995.000 kr.

Anm.: 2020-pl. Opgjort som de samlede offentlige nettodriftsudgifter pr. helårsperson på baggrund af aktivitetstal fra 2018.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 2

Dokumentation af enhedsudgifter for udsatte børn og unge

Forbyggende 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.
Døgnophold 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 forældremyndighedsindehaver 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 = 400, 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.

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 variabelen 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://bud-regn.sim.dk/budget-og-regnskabssystem-for-kommuner.aspx>.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 2 (fortsat)

Dokumentation af enhedsudgifter for udsatte børn og unge

Anbringelser	Modtagere (registervariable)	Bemærkninger
Almindelig plejefamilie, jf. § 66, stk. 1, nr. 1 (5.28.22.001 5.28.22.002)	ANSTED_KLAS = 2, 3, 14, 19, 21, 23, 24, 27, 28	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, 26	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).
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 variabelen 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://bud-regn.sim.dk/budget-og-regnskabssystem-for-kommuner.aspx>.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

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 1995-2018. 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, men 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* DQ871E, DF842
Autismespektrum	Diagnosegruppen 'Gennemgribende mentale udviklingsforstyrrelser'	DF84* (dog ekskl. DF842* , DF844*)
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. Opdateret i forlængelse af revidering: Udeladt: <ul style="list-style-type: none"> • DT754 • ZDW56 Medtages: <ul style="list-style-type: none"> • DI677* • DT719*
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 https://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. Tolkningen af diagnosegrupperne skal derfor tages forbehold.

Opgørelsen er baseret på kontakter til psykiatriske sygehuse i perioden 2014-2018 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 <i>psykoaktive stoffer</i>	Akut intoksikation, skadeligt brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand, psykotisk tilstand
F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	<i>Skizofreni</i>
F30-39 Affektive sindslidelser	Manisk enkeltepisode, bipolar affektiv sindslidelse, depressiv enkeltepisode, tilbagevendende <i>depression</i>
F40-49 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	Fobiske <i>angsttilstande</i> , andre angsttilstande, obsessiv-kompulsiv tilstand, reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner
F50-59 Adfærd ændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	<i>Spiseforstyrrelser</i>
F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd	<i>Personlighedsforstyrrelser</i>

Litteraturliste

- Berlin, Marie, Bo Vinnerljung & Anders Hjern (2011): "School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care". *Children and Youth Services Review*, 33(12): 2489-2497.
- Børne- og Socialministeriet (2016): "Udmøntning af satspuljen for 2017-2020 – Delaftale for social- og indenrigsområdet".
- Børne- og Socialministeriet (2017a): "Strategi for udvikling af sociale indsatser".
- Børne- og Socialministeriet (2017b): "Udmøntning af Udviklings- og Investeringsprogrammet for 2017".
- Børne- og Socialministeriet (2017c): "Udmøntning af Udviklings- og Investeringsprogrammet for 2018".
- Børne- og Socialministeriet (2018a): "Udmøntning af satspuljen for 2019-2022 – Delaftale for børne- og socialområdet".
- Børne- og Socialministeriet (2018b): "Udmøntning af Udviklings- og Investeringsprogrammet for 2019".
- Børne- og Socialministeriet (2018c): "Socialpolitisk Redegørelse 2018".
- Cantril, Hadley (1965): "The Pattern of Human Concerns". *Rutgers University Press*, New Brunswick, New Jersey, USA.
- Deloitte (2017): "Efterværn og den gode overgang til voksenlivet". Socialstyrelsen.
- Goodman, Robert, Tamsin Ford, Helen Simmons, Rebecca Gatward & Howart Meltzer (2000): "Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to Screen for Child Psychiatric Disorders in a Community Sample". *The British Journal of Psychiatry*, 177(6): 534-539.
- Goosby, Bidget J., Anna Bellatorre, Katrina M. Walsemann & Jacob E. Cheadle (2013): "Adolescent Loneliness and health in Early Adulthood". *Sociological Inquiry*, 83(4): 505-536.
- Huppert, Felicia A. & Timothy T. So (2013): "Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being". *Social Indicators Research*, 110(3): 837-861.
- Rambøll (2018): "Anbragte børn og unges trivsel 2018".

- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2013). Lausten, Mette, Dines Andersen, Peter R. Skov & Alva A. Nielsen: ”Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer – Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995”.
- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2014). Ottosen, Mai H., Mette Lausten, Signe Frederiksen & Dines Andersen: ”Anbragte børn og unges trivsel 2014”.
- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2016). Lausten, Mette & Trine Jørgensen: ”Anbragte børn og unges trivsel 2016”.
- Social- og Indenrigsministeriet (2019): ”Udmøntning af Udviklings- og Investeringsprogrammerne for 2020”.
- Social- og Indenrigsministeriet (2020a): ”Velfærdspolitisk Analyse – Størrelse og virksomhedsformer for specialiserede sociale tilbud”.
- Social- og Indenrigsministeriet (2020b): ”Velfærdspolitisk Analyse – Geografisk dækning af tilbud på det specialiserede socialområde”.
- Social- og Indenrigsministeriet (2020c): ”Socialpolitisk Redegørelse 2019”.
- Social- og Indenrigsministeriet (2020d): ”Velfærdspolitiske Analyse – Hvordan klarer anbragte sig som unge voksne?”.
- Social- og Indenrigsministeriet (2020e): ”Udmøntning af Udviklings- og Investeringsprogrammerne 2021”.
- Socialstyrelsen (kommende): ”Spørgeskemaundersøgelse af kommunernes oplevede udfordringer på det sociale område (2020)”.
- Statens Institut for Folkesundhed (2017), Pant, Sofie W.: ”Dokumentationsrapport for Databasen Børns Sundhed”.
- Tordön, Rikard, Bo Vinnerljung & Ulla Axelsson (2014): ”Improving foster children’s school performance: a replication of the Helsingborg study”. *Adoption & Fostering*, 38(1): 37-48
- Vanhalst, Janne, Koen Luyckx, Stijn Van Petegem & Bart Soenens (2018): ”The Detrimental Effects of Adolescents’ Chronic Loneliness on Motivation and Emotion Regulation in Social Situations”. *Journal of Youth and Adolescence*, 47: 162-176.
- Vidensportalen (2019): ”Borgere med psykiske vanskeligheder og komplekse støttebehov – Definition”. <https://vidensportal.dk/voksne/indsatser-til-borgere-med-svaere-psykiske-lidelser-og-komplekse-stottebehov/definition>.
- VIVE (2017). Olsen, Rikke F. & Mette Lausten: ”Anbragte unges udsathed – Analyser fra Forløbsundersøgelsen af anbragte født i 1995”.
- VIVE (2018a). Iversen, Katrine, Didde C. Jensen, Mathias Runge & Mads Thau: ”Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksenalderområdet”.

Litteraturliste

- VIVE (2018b). Jørgensen, Trine & Lars Benjaminsen: "Når udsatte borgere møder velfærdssystemet".
- VIVE (2018c). Ottosen, Mai H., Asger G. Andreasen, Karen M. Dahl, Anne-Dorthe Hestbæk, Mette Lausten & Signe L. B. Rayce: "Børn og Unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018".
- VIVE (2018d). Eiberg, Misja, Luna K. Andersen & Christoffer S. Sonne-Schmidt: "Skolestøtte til børn i familiepleje – Delrapport I".
- VIVE (2019). Iversen, Katrine, Mads Thau & Hans S. Kloppenborg: "Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet – Kortlægning af området for udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap".
- VIVE (2020a). Lausten, Mette, Signe Frederiksen & Rikke F. Olsen: "Tidligere anbragte unge – 18 år og på vej mod voksenlivet".
- VIVE (2020b). Mortensen, Niels P., Asger G. Andreasen & Thyge Tegtmejer: "Uddannelsesresultater og -mønstre for børn og unge med funktionsnedsættelser".

