



Socialpolitisk Redegørelse

2017





Socialpolitisk Redegørelse

2017

Socialpolitisk Redegørelse
2017

Redaktionen er afsluttet den 19. juni 2017.

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

Henvendelse om publikationen
kan ske til:

Børne- og Socialministeriet
Holmens Kanal 22
1060 København K
T 33 92 93 00

Elektronisk Publikation:
ISBN: 978-87-93627-00-0

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

Forord

Regeringen har en klar strategi for socialpolitikken. Den skal sikre, at de mange ressourcer, stat og kommuner hvert år bruger på sociale indsatser, rent faktisk gør en positiv forskel for den enkelte borger og den enkelte familie. Kort sagt: Socialpolitikken skal bidrage til, at flere bliver en del af fællesskabet.

Strategien går på to ben. Det ene handler om at opspore, udvikle og udbrede socialfaglige metoder med dokumenteret effekt. Metoder, der både matcher de kommunale behov, og som er omkostningseffektive. Det andet handler om at få mere viden og data om indsatserne: Hvem modtager dem, hvilke indsatser er der tale om, hvad koster de og hvor bringer de borgeren hen? Begge dele kan i et samspil, både fra min stol og ude i kommunerne, give et bedre grundlag for en virksom socialpolitik.

Den strategi ligger fast. Og den understøttes af regeringens 10 mål for social mobilitet, som vi følger op på i Socialpolitisk Redegørelse.

Redegørelsen viser, at vi er på vej. Udviklingen for flere af de sociale mål ser ud til at gå i den rigtige retning, selvom der er tale om små fremskridt fra år til år. Og der anvendes i dag dokumenteret virksomme metoder for en række målgrupper i landets kommuner. Men den viser også, at der er behov for et fortsat fælles og vedholdende fokus blandt alle aktører for at gøre socialpolitikken mere virksom. Det er et langt sejt træk.

I den proces skal vi hele tiden være åbne for gode idéer, uanset om de kommer fra kommuner, borgere, forskningsverdenen eller udlandet, og for at gå nye veje i socialpolitikken. Gode forslag er velkomne i vores fælles bestræbelse på at forbedre indsatsen på området.

I Socialpolitisk Redegørelse 2017 peges der på steder, hvor vi helt konkret kan tage fat – det ser jeg frem til, at vi kan gøre sammen.

God læselyst!



Mai Mercado
Børne- og Socialminister

Indhold

1. Sammenfatning	11
1.1 Status for de sociale mål	15
1.2 Rammerne for den sociale indsats	18
1.3 Målgrupper, modtagere og udgifter på det sociale område	22
1.4 Socialfaglige metoder	30
1.5 Handicap, diagnoser og beskæftigelse	34
1.6 Socialt udsatte voksne – geografisk fordeling og udvikling	36
1.7 Kriminalitet blandt udsatte børn og unge	40
2. Status for de sociale mål	45
2.1 Overblik over de 10 mål for social mobilitet	47
2.2 Mål 1-5: Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet	50
2.3 Mål 6-10: Færre skal være socialt udsatte	64
3. Målgrupper, modtagere og udgifter på det sociale område	77
3.1 Målgrupper og modtagere på socialområdet	79
3.2 Sociale indsatser til udsatte børn og unge	85
3.3 Sociale indsatser til udsatte voksne	93
3.4 Sociale indsatser til voksne med handicap	100
3.5 Hvad koster indsatserne?	103
4. Socialfaglige metoder	115
4.1 Dokumenteret virksomme socialfaglige metoder	119
4.2 Afdækning af socialfaglige metoder på socialområdet	124
5. Handicap, diagnoser og beskæftigelse	141
5.1 Handicap og diagnoser	143
5.2 Diagnoser og beskæftigelsespotentiale	151
5.3 Veje mod beskæftigelse	153
5.4 Udvikling i diagnosegrupper	160
6. Socialt udsatte voksne – geografisk fordeling og udvikling	163
6.1 Geografisk fordeling	164
6.2 Geografisk udvikling	176
6.3 Socialt udsatte voksne med flere sociale problemer	180

7.	Kriminalitet blandt udsatte børn og unge	189
7.1	Udsatte børn og unge og kriminalitet	191
7.2	Udsatte børn og unge, der begår kriminalitet, før en social foranstaltning er iværksat	197
7.3	Udsatte børn og unge, der begår kriminalitet, efter en social foranstaltning er iværksat	202
8.	Status på fremdrift for datastrategien for børne- og socialområdet	205
8.1	Der er gået et år – hvad har vi nået?	206
8.2	Hvad skal vi nå i de kommende år?	209
8.3	Dagtilbud	211
8.4	Udsatte børn og unge	213
8.5	Udsatte voksne	219
8.6	Børn og voksne med handicap	222
	Bilag 1: Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet	229
	Bilag 2: Dokumentation af beregning af enhedsudgifter	231
	Bilag 3: Udsatte børn og unge	242
	Bilag 4: Udsatte voksne	247
	Bilag 5: Voksne med handicap	256
	Bilag 6: Børne- og Socialministeriets statistikker	265
	Litteraturliste	271



1. Sammenfatning

Socialpolitisk Redegørelse skal give svar på spørgsmålene: Hvem er socialt udsatte og mennesker med handicap i Danmark, og hvordan hjælper man dem bedst? Rammen for redegørelsen er regeringens 10 mål for social mobilitet, der handler om, at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og at færre skal være socialt udsatte.

Socialpolitisk Redegørelse 2016 havde fokus på den første del af spørgsmålet. Med redegørelsen blev der for første gang foretaget en systematisk kortlægning af den socialpolitiske indsats i Danmark. Redegørelsen gav svar på, hvor mange der modtager sociale indsatser i Danmark, hvad udgifterne til indsatserne er, samt et indblik i resultaterne af de forskellige indsatser. Dette års redegørelse øger fokus på den anden del af spørgsmålet. Det handler blandt andet om at finde svar på:

- Hvordan kan man indrette de socialfaglige, sundhedsmæssige og beskæftigelsesrettede indsatser over for mennesker med handicap, så flere bliver en del af fællesskabet på arbejdsmarkedet?
- Hvordan kan man mest effektivt hjælpe socialt udsatte voksne, og hvor mange har brug for hjælp til at håndtere flere problemstillinger, der skal løses samlet og under hensyntagen til hinanden, fx hjemløshed, misbrug og en psykiatrisk diagnose?
- Hvordan kan man blive bedre til at forebygge, at udsatte børn og unge kommer ind i en kriminel løbebane?

Det er nogle af de spørgsmål, der trænger sig på i lyset af regeringens sociale mål og resultaterne af den sociale indsats i dag.

Socialpolitisk Redegørelse 2017 gør på den baggrund status for de sociale mål og giver et samlet overblik over den socialpolitiske indsats i Danmark, herunder opgave- og ansvarsfordelingen mellem stat og kommuner. Desuden afdækker redegørelsen omfanget af dokumenteret virksomme metoder. Disse metoder har spillet en central rolle i skiftende regerings bestræbelser på at omstille de sociale indsatser, så de i højere grad baseres på viden om, hvad der virker. Endelig bidrager analyserne i redegørelsen med ny viden, der kan pege i retning af svar på, hvordan man kan give socialt udsatte, herunder kriminalitetstruede børn og unge og mennesker med handicap, en bedre hjælp og støtte.

Hovedkonklusionerne i redegørelsen er:

- Status for regeringens 10 mål for social mobilitet er, at udviklingen for flere mål ser ud til at gå i den rigtige retning, selvom der er tale om små fremskridt fra år til år. Der kan imidlertid ikke konstateres nogen forbedring i udsatte børns faglige niveau i skolen, og i forhold til målet om flere udsatte unge i uddannelse, er udviklingen gået i den forkerte retning.

- Der er en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem stat og kommuner på det sociale område. Langt den største del af den sociale indsats finder sted i kommunerne. Sammenlagt modtager ca. 168.000 børn, unge og voksne en social indsats om året. De samlede offentlige udgifter til indsatserne udgør lidt over 45 mia. kr. årligt.
- En succesfuld socialpolitik kræver en sammenhængende indsats, hvor alle aktører løser deres opgaver og løfter deres del af ansvaret i et tæt samarbejde på tværs af myndigheder og kommunale forvaltninger, og at indsatsen baserer sig på viden om, hvad der virker.
- Virksomme indsatser hjælper ikke kun den enkelte modtager af sociale indsatser, men sikrer også en bedre udnyttelse af samfundets ressourcer. Viden om, hvad der virker, er derfor efterspurgt bredt blandt aktørerne på området, både lokalt og nationalt. En central del af arbejdet i stat og kommuner med at omstille de sociale indsatser har de seneste 10-15 år handlet om at udvikle og udbrede virksomme socialfaglige metoder. I staten er arbejdet forankret i Socialstyrelsen under Børne- og Socialministeriet.
- I denne redegørelse er der taget et første skridt i retning af en kortlægning, der kobler kendte, dokumenteret virksomme metoder med grupper, der modtager sociale indsatser, og som kan identificeres via registerdata. På den baggrund er der foretaget en vurdering af omfanget af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder på socialområdet, og i hvilken udstrækning metoderne anvendes i kommunerne i dag. Vurderingerne i redegørelsen er baseret på Socialstyrelsens kendskab til forskning i og undersøgelser af socialfaglige metoder.
- Det samlede billede er, at mange års fokus på øget anvendelse af metoder betyder, at der for en række målgrupper nu anvendes dokumenteret virksomme socialfaglige metoder. Ikke alle modtagere af sociale indsatser er dækket af virksomme metoder i samme omfang. Det vurderes hverken at være realistisk eller nødvendigt at udvikle dokumenteret virksomme metoder for alle målgrupper eller alle specifikke problemstillinger blandt modtagere af sociale indsatser. Men det vurderes, at der er et stort potentiale for at forbedre sociale indsatser gennem fortsat udvikling og udbredelse af virkningsfulde metoder.
- Der er kun i begrænset omfang socialfaglige metoder, der er rettet mod den store gruppe af socialt udsatte, der har flere sociale problemer. Det gælder både børn, unge og voksne. Det samme gælder metoder, der har et forebyggende sigte og kan forhindre, at begyndende sociale problemer udvikler sig, og metoder, der har et uddannelses- og beskæftigelsesmæssigt fokus og kan anvendes på tværs af målgrupperne.
- Det er afgørende for udviklingen af den sociale indsats, at staten, kommuner, leverandører mv. samarbejder om at udvikle og sprede den gode socialfaglige praksis, som allerede findes lokalt. Socialstyrelsens nye redskab for identifikation af lovende praksis har netop til formål at finde og udvikle god, lokal praksis. På den måde kan den nationale metodeudvikling fremover i højere grad tage afsæt i lokale indsatser, som allerede fungerer godt.

- Implementeringen af nye metoder i kommunerne er en særskilt socialpolitisk udfordring. En succesfuld implementering kræver de rette kompetencer samt opbakning, såvel politisk og ledelsesmæssigt som fra medarbejderne, og at det er en længerevarende og dynamisk proces. Der skal være opmærksomhed på, at anvendelse af metoden til det fulde potentiale forudsætter løbende integration af metodens tænkning og resultater i det faglige arbejde.
- En central pointe er imidlertid, at udvikling og implementering af nye metoder ikke i sig selv er tilstrækkeligt til at sikre en effektiv social indsats. Det faglige arbejde, som socialarbejdere og andre fagpersoner i kommunen udfører, kan ikke altid omsættes til en metode. En succesfuld social indsats handler derfor i høj grad om en stærk faglighed. Dertil kommer, at et godt tværfagligt samarbejde vil understøtte den sociale indsats for borgerne, der i mange tilfælde har flere og samtidige problemstillinger, der går på tværs af myndigheder og forvaltninger.
- Der er derfor behov for at gå flere veje for at bevæge sig i retning af en socialpolitik baseret på viden om, hvad der virker. Der er brug for mere viden om tilrettelæggelsen af sociale indsatser. Det gælder blandt andet samspillet mellem den socialfaglige indsats fra medarbejdere i kommunerne, organiseringen af de socialfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser i kommunernes forvaltninger og indsatserne i sundhedsvæsenet og uddannelsessystemet.
- Samtidig er der brug for mere viden om de forskellige målgrupper på socialområdet og den socialpolitiske indsats. Viden som blandt andet bliver tilvejebragt gennem analyser baseret på registerdata om modtagere af sociale indsatser. Dette er omdrejningspunktet for Børne- og Socialministeriets datastrategi og analysestrategi. Denne form for viden kan i mange tilfælde tilvejebringes og generaliseres langt hurtigere og enklere, end det vil være tilfældet med viden fra effektstudier, der skal måle effekten af en bestemt social indsats for en bestemt målgruppe.
- Sammenlignet med registerbaserede analyser tager effektstudier generelt længere tid at gennemføre, er meget ressourcekrævende, og resultaterne er som regel kun relevante for en smal målgruppe. Analyser af sociale indsatser baseret på registerdata er derfor et nødvendigt supplement for at kunne identificere potentialet for bedre resultater bredt på socialområdet og i forhold til mulighederne for politisk og administrativt at prioritere og styre den sociale indsats lokalt og nationalt.
- På den baggrund viser registeranalyserne i denne redegørelse blandt andet, at personer med ADHD og autisme, som modtager en handicapkompenserende indsats, oftere hænger fast i kontanthjælpsystemet i lang tid. Mens ca. 30 pct. med ADHD og ca. 20 pct. med autisme modtog kontanthjælp i 1½ år eller mere i perioden 2014-2016, var det i størrelsesordenen 3-8 pct. blandt personer med handicap i andre diagnosegrupper. Resultaterne indikerer blandt andet, at flere med ADHD og autisme kan blive en del af arbejdsfællesskabet gennem en bedre sammenhæng mellem de socialfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser.

- Analyserne viser også, at der er socialt udsatte voksne i alle landets kommuner. Det varierer fra kommune til kommune, hvor stor en del af den voksne befolkning, der modtager en social indsats rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, men kommuner med mange socialt udsatte voksne findes i alle dele af landet og er ikke kun centreret i store byer. Det viser, at det er afgørende, at kommuner i hele landet kan tilbyde sociale indsatser af høj kvalitet.
- Analyserne om kriminalitet blandt udsatte børn og unge viser blandt andet, at udsatte børn og unge, der som mindreårige kommer på kant med straffeloven, i mange tilfælde bliver sigtet for nye overtrædelser. Blandt udsatte børn og unge, som politiet har rettet mistanke mod, mens de var mindreårige, er det ca. 60 pct., der bliver sigtet for en ny overtrædelse af straffeloven i 15-17-årsalderen. Resultaterne indikerer, at det kan være afgørende med en målrettet og effektiv forebyggelsesindsats første gang, børn og unge begår kriminalitet.
- Analyserne viser også, at ca. 45 pct. af udsatte børn og unge, der begår kriminalitet, ikke har modtaget en social foranstaltning, når de bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven første gang. Mange af dem bliver sigtet allerede før, de fylder 14 år. Det indikerer, at det kan være afgørende med en tidlig og generel, kriminalitetsforebyggende indsats for at nedbringe kriminaliteten blandt udsatte børn og unge yderligere.

1.1 Status for de sociale mål

Regeringen har fastsat 10 mål for social mobilitet. De sociale mål handler om, at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og at færre skal være socialt udsatte. Målene sætter retning for udviklingen af socialpolitikken både nationalt og kommunalt og er med til at understøtte arbejdet med at omstille den sociale indsats, så den i højere grad baseres på viden om, hvad der virker.

Ved fastsættelsen af målene har KL og en række organisationer, der repræsenterer brugere, fagpersoner og frivillige, været inddraget. Til at sikre et løbende politisk og ledelsesmæssigt fokus på opfølgning på målene og understøttelse af de metoder og indsatser, der virker bedst, indgår det i aftalen om kommunernes økonomi for 2018, at regeringen og KL vil samarbejde om opfølgning på de sociale mål, der skal understøtte et kommunalt fokus på løsninger, der virker.

Først og sidst skal målene være med til at sikre bedre hjælp og støtte til udsatte børn, unge og voksne og mennesker med handicap ved, at der opnås større effekt og bedre resultater af de godt og vel 45 mia. kr., der hvert år bruges på sociale indsatser i Danmark.

Status for regeringens 10 mål for social mobilitet er, at udviklingen for flere af målgrupperne ser ud til at gå i den rigtige retning, selvom der er tale om små fremskridt fra år til år.

Lidt flere mennesker med handicap og med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer ser ud til at være kommet i uddannelse og beskæftigelse.

For mennesker, som ikke umiddelbart har mulighed for at blive en del af arbejdsfællesskabet, er der et potentiale i, at socialt udsatte bliver en del af den frivillige sektor. En helt ny frivillighedsundersøgelse, som Børne- og Socialministeriet har fået foretaget, viser, at flere personer, som hverken var i beskæftigelse eller uddannelse, gør en frivillig indsats i 2017 sammenlignet med en lignende undersøgelse fra 2012.

Der er også tegn på, at effekten af stofmisbrugsbehandlingen er blevet bedre. Det samme gælder behandling for alkoholafhængighed. Og kriminaliteten blandt udsatte unge ser ud til at være faldende.

Der kan imidlertid ikke konstateres nogen forbedring i udsatte børns faglige niveau i skolen, og i forhold til målet om flere udsatte unge i uddannelse, er udviklingen gået i den forkerte retning. Andelen af udsatte unge, som er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse er faldet fra 51 til 48 pct.

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

Tabel 1.1
Baseline og status for de 10 mål for social mobilitet

	Antal personer i målgruppen	Baseline	Status
Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet			
Udsatte børn og unges faglige niveau i læsning og matematik i folkeskolen skal forbedres	26.500	Gennemsnits-score: 41	Gennemsnits-score: 41
Flere 18-21-årige, der har modtaget en social foranstaltning inden for de seneste fem år, skal være i gang med eller have gennemført en ungdomsuddannelse	20.500	51 pct.	48 pct.
Flere personer, som får en social indsats som følge af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal i uddannelse og beskæftigelse	41.000	10 pct.	11 pct.
Flere personer, som modtager en indsats for sociale problemer eller psykiske vanskeligheder efter serviceloven, skal i uddannelse og beskæftigelse	32.000	6 pct.	7 pct.
Flere personer udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse	-	-	-
Færre skal værre socialt udsatte			
Færre 15-17-årige udsatte unge skal modtage en fældende strafferetlig afgørelse	14.500	9 pct.	8 pct.
Færre skal være hjemløse	6.138	-	-
Flere af de personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffrie eller have et reduceret eller et stabiliseret stofmisbrug	17.000	40 pct.	43 pct.
Flere personer i offentlig alkoholbehandling skal afslutte et behandlingsforløb som alkoholfri, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning	13.000	37 pct.	39 pct.
Flere mennesker, som står uden for arbejdsmarkedet og som ikke er under uddannelse, skal være en del af den frivillige indsats	399.000	26 pct.	30 pct.

Anm.: Baseline genberegnes hvert år, da flere af de registre, der ligger til grund for målene, løbende opdateres. For de fleste mål vedrører de seneste data 2014 og 2015.

Kilde: Se kapitel 2 om Status for de sociale mål.

Nogle kommuner opnår markant bedre resultater end andre på flere af målene. Det gælder blandt andet målet om flere udsatte unge i uddannelse. Hvor det i nogle kommuner er 50 pct. eller flere, der er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse, er det under 40 pct. i andre. Forskellene skal blandt andet ses i lyset af forskelle i rammevilkår samt tyngden af udfordringer i målgruppen, men de indikerer ikke desto mindre et potentiale for at opnå bedre resultater ved at omstille de sociale indsatser.

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

I de følgende afsnit beskrives rammerne for den sociale indsats med fokus på opgave- og ansvarsfordelingen mellem stat og kommuner.

1.2 Rammerne for den sociale indsats

Sociale indsatser er forskellige i deres indhold og formål, men sker alle inden for juridiske og organisatoriske rammer, hvor både kommuner og stat er involveret og har hver sine roller og ansvar.

Regionerne spiller også en rolle i dele af den sociale indsats. Det gælder fx i behandlingen af personer med alkoholfafhængighed og i forhold til personer med psykiske vanskeligheder, der modtager en social indsats samtidig med eller i forlængelse af behandling i psykiatrien. Kommunalbestyrelserne og regionsrådet i en region indgår årligt en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af de kommunale og regionale tilbud, som ligger i regionen.

Langt den største del af de sociale indsatser sker i kommunerne. Det er i og fra kommunerne, at borgere og familier modtager den direkte rådgivning, støtte og hjælp. De lovgivningsmæssige rammer sættes imidlertid af Folketinget, og de administrative myndigheder på området spiller en central rolle i forhold til at udfylde disse rammer.

Børne- og socialministeren er øverste administrative myndighed på det sociale område og fastsætter administrative regler på området med udgangspunkt i bemyndigelser fastsat i fx lov om social service (serviceloven). Ministeren kan ikke pålægge kommunerne at afgøre sociale sager på bestemte måder eller at planlægge og udføre opgaver på en bestemt måde, med mindre det er fastsat i loven.

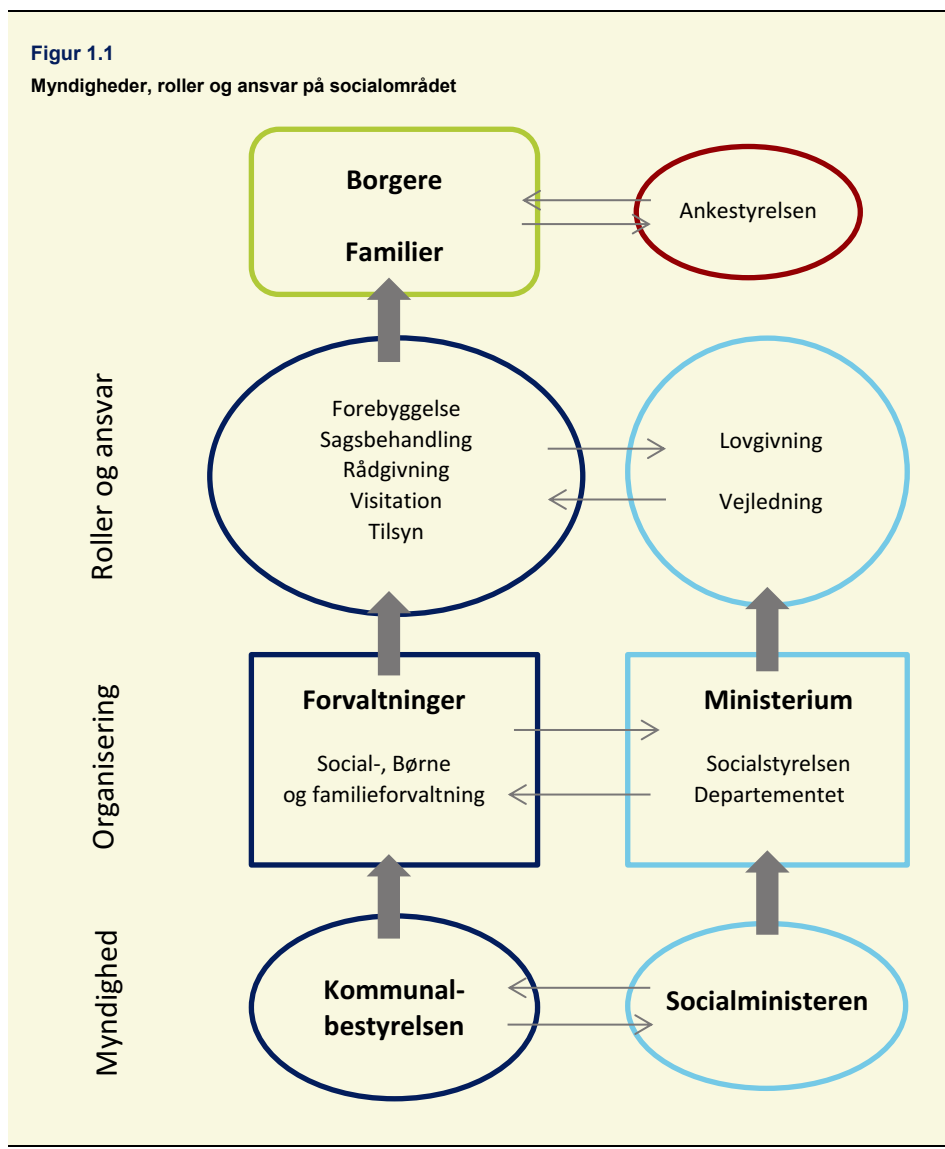
Børne- og Socialministeriets opgave er primært at servicere Folketinget og ministeren og har som ressortansvarlig for det sociale område og dagtilbuds- og familieområdet en række opgaver knyttet hertil. Det betyder, at ministeriet udformer lovforslag, bekendtgørelser og vejledninger om ministeriets lovgivning og vejleder overordnet om gældende regler. Derudover er der løbende en dialog og et samarbejde med blandt andet KL, der repræsenterer landets kommuner.

Serviceloven er som udgangspunkt en rammelov, der sætter de overordnede rammer for, hvilke serviceydelser og tilbud kommunalbestyrelserne er forpligtet til at yde til borgerne, og bestemmelserne i loven overlader i et vist omfang et skøn til kommunerne. Det kommunale selvstyre betyder, at kommunerne har ret til at udforme og prioritere indsatsen inden for de rammer, der udgøres af loven samt den praksis, der er fastlagt af Ankestyrelsen og domstolene.

Den konkrete udmøntning af den socialpolitiske indsats foregår i kommunerne, som har det fulde myndigheds-, finansierings- og forsyningsansvar på det sociale område. I kommunerne er kommunalbestyrelserne de helt centrale aktører, da de har det overordnede ansvar i forhold til hvilke ydelser og tilbud, der ydes til borgerne på det sociale område i deres kommuner. Lokalt kan opgaver på det sociale område være delt mellem forskellige forvaltninger. Det er op til den enkelte kommune at organisere arbejdet, og i praksis er ansvaret for den konkrete sagsbehandling delegeret til medarbejdere i de kommunale forvaltninger.

Der er derfor mange led mellem intentionerne bag de love, som Folketinget vedtager, og den konkrete indsats, som en borger modtager. Alle led har et ansvar og en rolle i forhold til at sikre, at de sociale indsatser bliver givet og virker efter hensigten, jf. figur 1.1.

Figur 1.1
Myndigheder, roller og ansvar på socialområdet



Anm.: Der er tale om en overordnet illustration af myndigheder, roller og ansvar på socialområdet. De vandrette pile illustrerer, at der er en kommunikation mellem enhederne.

De kommunale opgaver i forhold til borgere med behov for hjælp og støtte spænder vidt og omfatter en generel forebyggende indsats, fx i form af SSP-samarbejde i skole regi, sagsbehandling i konkrete sager, fx udredning af borgerens behov og visitation til konkrete indsatser, samt drift af sociale tilbud og dermed levering af den konkrete indsats.

Hvis en familie oplever problemstillinger i forhold til både sygdom og arbejdsløshed og samtidig har et barn med særlige behov, vil flere forvaltninger derfor være involveret i at håndtere familiens udfordringer. Kommunerne udgør på den måde flere forskellige enheder, der arbejder parallelt og sammen.

Når borgere og familier henvender sig til deres kommune for at få hjælp og støtte, eller hvis andre omkring barnet eller den voksne oplever, at der er brug for støtte, vil sagsbehandlere i kommunens forvaltninger behandle sagen og træffe en konkret afgørelse. Det følger af serviceloven, at alle afgørelser om hjælp skal ske efter en konkret, individuel vurdering. Det betyder, at kommunernes sagsbehandlere i hver enkelt sag skal undersøge borgerens behov for hjælp og på den baggrund vurdere, hvilken type hjælp borgeren kan tilbydes.

Den konkrete afgørelse træffes med udgangspunkt i lovgivningen, herunder kommunens såkaldte forsyningsforpligtelse, og i eventuelt lokalt politisk fastsatte serviceniveauer og kvalitetsstandarder, som kommunalbestyrelsen har vedtaget, jf. boks 1.1.

Derfor kan der være forskel på, hvilken hjælp borgere med de samme problemer får i forskellige kommuner. Det ligger ikke som en generel forudsætning i serviceloven, at man som borger har ret til "den bedst mulige" hjælp.

Kommunalbestyrelsen har en generel forpligtelse til at handle økonomisk ansvarligt. Det betyder, at kommunalbestyrelsen skal inddrage både faglige og økonomiske hensyn, når der skal træffes afgørelse. Hensynet til kommunernes økonomi kan dog aldrig stå alene, da kommunalbestyrelsens afgørelse, som nævnt, skal baseres på en konkret, individuel vurdering af borgerens behov.

Kommunerne har det samlede ansvar for det sociale område. Serviceloven sætter de overordnede rammer for, hvilke ydelser og tilbud kommunalbestyrelsen er forpligtet til at yde. Borgere kan klage til Ankestyrelsen over en kommunal afgørelse om hjælp efter serviceloven. Ankestyrelsen kan efterprøve, om konkrete afgørelser ligger inden for lovens rammer. Ankestyrelsen ligger organisatorisk under Økonomi- og Indenrigsministeriet, men er i forhold til sin rolle som ankemyndighed uafhængig af ministeriet såvel som af ministeren.

De sociale indsatser udgør ofte kun en del af den samlede støtte og hjælp, som en familie eller en borger modtager. Et eksempel kan være en hjemløs borger, der samtidigt har problemer med fysisk eller psykisk sygdom, og som står uden for arbejdsmarkedet. Det sociale system vil yde støtte til at afhjælpe det akutte behov for en bolig, mens det er jobcentret, der yder bistand i forhold til beskæftigelse. Og hjælpen i forhold til sygdomsbehandling leveres først og fremmest inden for sundhedssystemet.

En succesfuld social indsats kræver derfor i mange tilfælde et tæt samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger og myndigheder, der kan sikre en sammenhængende indsats, fx i beskæftigelsessystemet, uddannelsessystemet og sundhedsvæsenet. Dette er også afspejlet i de 10 mål for social mobilitet. Jo bedre samarbejdet er på tværs, jo bedre de forskellige indsatser koordineres, jo større vil sandsynligheden alt andet lige være for, at de sociale indsatser lykkes.

Boks 1.1

Centrale begreber og principper på socialområdet

Forsyningsforpligtelsen

Kommunerne har pligt til at sørge for, at der er de nødvendige tilbud til borgerne på socialområdet. Det betyder, at hvis borgeren ved en afgørelse har ret til en ydelse, skal kommunen stille et egnet tilbud til rådighed straks. Kommunerne kan enten bruge egne tilbud eller samarbejde med andre kommuner, regioner eller private leverandører i overholdelsen af forsyningsansvaret. Det kan fx være et specialiseret tilbud, som kommunen ikke selv råder over, men kan købe i en anden kommune.

Kommunale serviceniveauer og kvalitetsstandarder

Som rammelov giver serviceloven kommunerne et politisk handlerum til at fastsætte lokale kvalitetsstandarder, retningslinjer eller serviceniveauer om hvilken type hjælp, der i den pågældende kommune typisk gives i forhold til bestemte typer af behov eller målgrupper. Det er en politisk beslutning at sætte lokale serviceniveauer, som tages af kommunalbestyrelsen eller af et udvalg. Serviceniveauer og kvalitetsstandarder skal fastsættes inden for rammerne af loven, og sagsbehandlingen i kommunerne skal som altid ske efter en konkret og individuel vurdering af den enkeltes behov.

Socialtilsynet

Socialtilsynet godkender og fører et driftsorienteret tilsyn med sociale tilbud og plejefamilier. Socialtilsynet har ansvaret for, at tilbud, der er omfattet af lov om socialtilsyn har den fornødne kvalitet og er generelt egnede til målgruppen, således at borgerne i tilbud og plejefamilier får en indsats, der er i overensstemmelse med formålet med indsatsen efter serviceloven. Socialtilsynet adskiller sig fra det personrettede tilsyn, som fortsat udføres af den kommune, der har ansvaret for den enkelte borgers ophold og situation i tilbuddet. I hver region er en kommune ansvarlig for at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med sociale tilbud og plejefamilier. Det er henholdsvis Frederiksberg, Holbæk, Faaborg-Midtfyn, Silkeborg og Hjørring Kommuner. De fem kommuner benævnes samlet socialtilsynet.

Sektoransvaret på handicapområdet

Princippet om sektoransvar på handicapområdet betyder, at den offentlige sektor, der udbyder en ydelse eller service, også er ansvarlig for, at ydelsen er tilgængelig for borgere med nedsat funktionsevne; at personer med handicap også kan bruge eller modtage ydelsen. Det kan fx være i forhold til offentlig transport, hvor det skal være muligt at bruge bus og tog for personer med bevægelsehandicap. Indsatsen over for borgere med nedsat funktionsevne er derfor ikke kun en opgave for det specialiserede socialområde, men en opgave, der rækker ind på en række andre områder, herunder bolig-, trafik-, arbejdsmarkeds-, uddannelses- og sundhedsområdet.

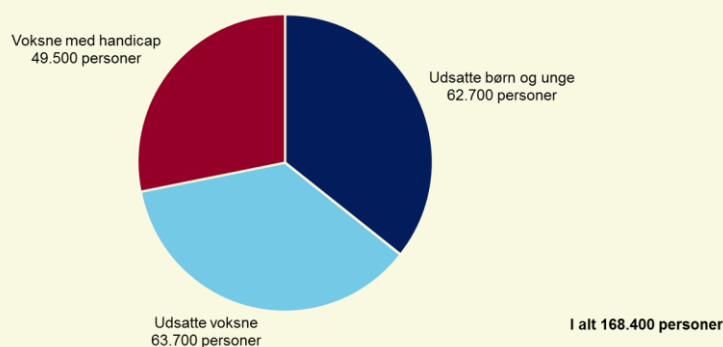
Det følgende afsnit giver et samlet overblik over modtagere og udgifter på socialområdet, og gør kort rede for Børne- og Socialministeriets datastrategi og analysestrategi.

1.3 Målgrupper, modtagere og udgifter på det sociale område

Sammenlagt modtog ca. 168.000 personer en social indsats i 2015, der er det seneste år, hvor der foreligger data for alle modtagere i de tre hovedmålgrupper på socialområdet: Udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap. Nogle personer indgår i mere end én målgruppe, jf. figur 1.2.

Figur 1.2

Modtagere af sociale indsatser efter hovedmålgruppe, 2015



Anm.: Nogle personer modtager flere indsatser og indgår i mere end én målgruppe. "I alt" omfatter summen af antallet af personer på voksenområdet (udsatte voksne og voksne med handicap under ét) og antallet af udsatte børn og unge. Nogle udsatte unge i alderen 18-22 år kan også optræde i gruppen af udsatte voksne, eksempelvis unge i misbrugsbehandling.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udsatte børn og unge omfatter børn og unge fra 0-22 år, der modtager en social foranstaltning i form af en forebyggende foranstaltning eller en anbringelse uden for hjemmet. Eksempler på forebyggende indsatser er familiebehandling, aflastningsophold og en fast kontaktperson. Anbringelser uden for hjemmet kan for eksempel være i en plejefamilie, på en døgninstitution eller på et socialpædagogisk opholdssted. Unge over 18 år i såkaldt efterværn indgår også i gruppen. Efterværn retter sig mod unge, der er eller har været anbragt uden for hjemmet eller har haft en fast kontaktperson umiddelbart inden, de fylder 18 år. Omkring 62.700 børn og unge modtog en social foranstaltning i 2015.

Udsatte voksne, der modtager en social indsats, omfatter socialt udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager hjælp og støtte efter serviceloven (eller sundhedsloven) på grund af psykiske vanskeligheder eller et særligt socialt problem. Det gælder blandt andet personer, der modtager behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug, og hjemløse, der gør brug af forsorgshjem. Socialpædagogisk støtte og aktivitets- og samværstilbud er eksempler på de sociale indsatser efter serviceloven, der blandt andet retter sig mod

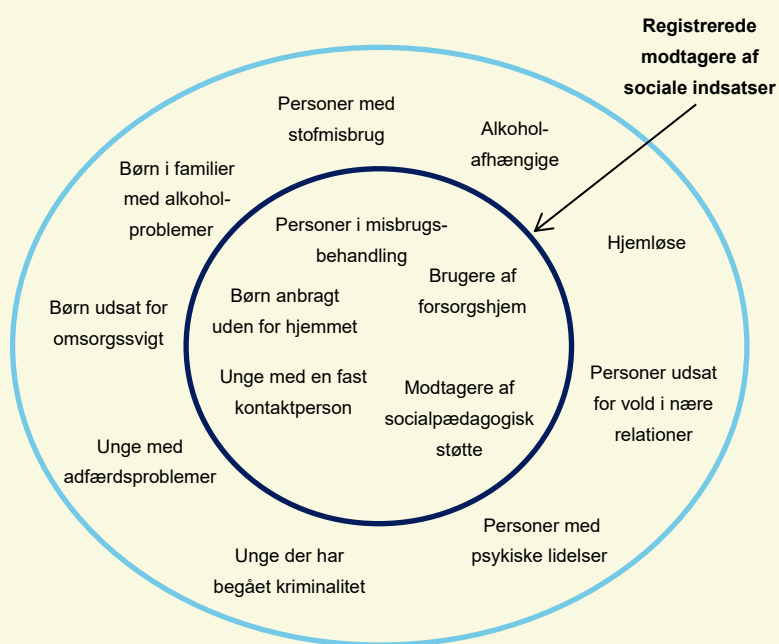
personer med psykiske vanskeligheder. Omkring 61.200 voksne modtog en social indsats på grund af psykiske vanskeligheder eller et særligt socialt problem i 2015.

Voksne med handicap, der modtager en social indsats, omfatter personer over 18 år, som modtager støtte eller hjælp efter serviceloven på grund af en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Fysiske handicap omfatter blandt andet forskellige former for syns- og hørenedsættelser samt mobilitetshandicap, der påvirker evnen til at bevæge sig, fx muskelsvind og rygmarvsskader. Hjerneskader og udviklingshæmning er eksempler på kognitive funktionsnedsættelser. Indsatserne rettet mod voksne med handicap omfatter blandt andet socialpædagogisk støtte og forskellige former for botilbud. Gruppen talte ca. 49.500 personer i 2015.

Personer, der modtager sociale indsatser på et givet tidspunkt, vil kun udgøre en del af det samlede antal af personer med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger m.fl., jf. figur 1.3.

Figur 1.3

Eksempler på personer med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger m.fl.



Anm.: Der er tale om en illustration af grupper i samfundet med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger mv. og grupper af modtagere af indsatser på socialområdet. Størrelsen af de to cirkler i figuren siger ikke noget om det faktiske størrelsesforhold mellem grupperne.

De forskellige velfærdsordninger i det danske samfund favner imidlertid en bred vifte af borgere med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger, der på den ene eller anden måde får og kan få hjælp. Det kan være på det almene område, fx i dagtilbud og på skoler, på uddannelsessteder og i sundhedssystemet. Eller på det specialiserede socialområde, som denne redegørelse handler om. Herudover kommer hele den frivillige sociale indsats, hvoraf en del understøttes økonomisk af det offentlige, både kommunalt og med centralt afsatte midler.

Analyserne i denne redegørelse baserer sig på centralt indsamlede registerdata om de tre hovedmålgrupper på det specialiserede socialområdet. Det betyder, at der vil være udsatte – børn, unge og voksne – og mennesker med handicap, som ikke er omfattet af analyserne i redegørelsen, fordi de ikke har modtaget en indsats efter serviceloven mv. Der vil også være nogle, der ikke indgår, selvom de har modtaget en social indsats, fordi der aktuelt ikke findes registerdata om dem. Det gælder for eksempel for brugere af krisecentre og personer med fysisk handicap, der alene modtager en indsats i form af et hjælpemiddel.

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

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

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

Børne- og Socialministeriet arbejder strategisk med dataudvikling, og ministeriets datastrategi for 2016-2020 omfatter en ambitiøs plan for bedre data på børne- og socialområdet. Visionen for datastrategien er, at der for alle målgrupper på ministerieområdet indsamles dækkende og aktuelle data af høj kvalitet.

Bedre data om dagtilbud og om den sociale indsats skal blandt andet sikre et større vidensgrundlag på området og give kommunerne større gennemsigtighed i forhold til andre kommuners praksis og bedre vilkår for erfaringsudveksling på tværs af kommunegrænserne.

Af væsentlige resultater for udmøntning af datastrategien for 2016 og første halvdel af 2017 kan nævnes:

- **Synliggørelse af kommunernes registreringspraksis.** I Socialpolitisk Redegørelse 2016 blev det som et forsøg besluttet at synliggøre kommunernes arbejde med dataregistrering og kvalitetssikring af data om forebyggende foranstaltninger til udsatte børn, unge og familier. Den større synlighed har givet øget opmærksomhed i kommunerne om at levere data til tiden og er derfor udbredt til anbringelsesstatistikken samt statistikken om udsatte voksne og personer med handicap.
- **Ny databekendtgørelse.** De gældende krav til kommunernes dataindberetning på det sociale område er i dag ikke samlet ét sted, og det kan derfor forekomme uklart, hvad der skal indberettes af hvem og hvornår, hvilket kan give anledning til upræcise indberetninger. Folketinget har derfor vedtaget et lovforslag i juni 2017, der giver ministeriet hjemmel til at udstede en databekendtgørelse, der så vidt muligt samler alle regler og informationer om dataindberetningen på det sociale område ét sted.
- **Sanering i statistikkerne på socialområdet.** Børne- og Socialministeriet, KL og Danmarks Statistik har arbejdet målrettet på at sikre, at det kun er de mest nødvendige data, der indsamles centralt. De foreløbige resultater peger på, at der er tale om betydelige saneringer, som vil lette indberetningsbyrden for kommunerne væsentligt, særligt med hensyn til statistikkerne på området for udsatte børn og unge.
- **Etablering af kvindekrisecenterstatistik og hjælpemiddelstatistik.** Børne- og Socialministeriet har iværksat en indsamling af oplysninger til en ny individbaseret statistik om kvinder og børn på krisecentre, hvor tal for 2017 forventes offentliggjort i foråret 2018. Der er også iværksat en pilotindsamling af oplysninger til at danne en national hjælpemiddelstatistik på individniveau. De første opgørelser af brugen af hjælpemidler fra 77 kommuner forventes offentliggjort ultimo 2017.

Fremadrettet vil der blandt andet være fokus på at indfri følgende mål:

- I 2017 skal det afklares, om der kan etableres en statistik om børn og unge under 18 år med handicap på baggrund af eksisterende dataindberetninger.
- I 2017 skal det undersøges, hvordan indberetninger om personer i stofmisbrugsbehandling kan systematiseres og tilrettelægges på en mere hensigtsmæssig måde.
- Resultaterne af det omfattende sanerings- og tilpasningsarbejde i børnestatistikkerne og statistikken om udsatte voksne og personer med handicap skal implementeres i løbet af 2017 og 2018.
- Stofmisbrugsstatistikken skal i løbet af 2017 og 2018 gennemgå et eftersyn, der skal sikre øget kvalitet i data.
- Der skal i 2017 igangsættes et samarbejde med 15 kommuner, som ønsker at forbedre udvalgte økonomi- og aktivitetsdata, så der i 2020 centralt kan indsamles sammenlignelige personoplysninger om udgifter til ydelser for kommunerne.
- I 2017 skal det afdækkes, hvilke udfordringer der er i forhold til at udvikle et mere retvisende institutionsregister på dagtilbudsområdet.

Der er et stort potentiale for at styrke politikudviklingen på socialområdet med udgangspunkt i analyser baseret på registerdata, der bidrager med mere viden om, hvad der karakteriserer modtagere af sociale indsatser, hvordan indsatserne virker, og hvad indsatserne koster. Det samme gælder en mere vidensbaseret prioritering og styring på det sociale område, både nationalt og lokalt.

Børne- og Socialministeriets analysestrategi tager sigte på at styrke grundlaget for en vidensbaseret socialpolitik gennem en bedre udnyttelse af registerdata på området.

Boks 1.3 sammenfatter de centrale elementer i analysestrategien.

Boks 1.3**Børne- og Socialministeriets analysestrategi**

Børne- og Socialministeriets analysestrategi baserer sig hovedsageligt på registerbaserede analyser og indeholder tre centrale elementer:

- 1. Viden om, hvad der karakteriserer modtagere af sociale indsatser.** Når de sociale indsatser skal løftes, er det afgørende at have viden om, hvor store målgrupperne er, og hvad der karakteriserer modtagere af sociale indsatser. For at kunne prioritere og styre på socialområdet er det desuden nødvendigt at kende til målgruppernes karakteristika i forhold til uddannelse, beskæftigelse, forsørgelsesgrundlag, bolig- og familieforhold, social baggrund samt diagnoser, kontakt til sundhedssystemet og kriminalitet. Det samme gælder modtagergruppernes geografiske fordeling og udvikling. Det skal ses i lyset af, at indholdet og formålet med de sociale indsatser i høj grad afhænger af og tildeles ud fra den enkeltes konkrete livssituation og behov.
- 2. Viden om, hvordan indsatserne virker.** Analyser af, hvem målgrupperne er, kan give vigtig viden om, hvor indsatsen ser ud til at nå i mål, og for hvem og hvor der er behov for at omstille indsatserne for at sikre bedre resultater. Inden man kan analysere, hvordan en indsats virker, er det nødvendigt at tage stilling til, hvad der er de relevante progressionsmål og succeskriterier for den målgruppe, man vil undersøge, og hvordan man måler det. Det er i sig selv en central del af analysen. I mange tilfælde vil man ikke kunne måle direkte på de relevante progressionsmål og succeskriterier, og man må basere sig på mere indirekte indikatorer for at se, hvordan modtagerne klarer sig målt i forhold til relevante succeskriterier.
- 3. Viden om, hvad indsatserne koster.** Viden om, hvordan de sociale indsatser virker, er ikke kun et spørgsmål om, hvordan indsatserne understøtter borgernes behov for progression og muligheder for at nå et succeskriterium. Der vil i mange tilfælde være behov for at kunne prioritere mellem forskellige typer af indsatser, herunder for at kunne vurdere om en indsats er omkostningseffektiv og for at kunne styre udgiftsudviklingen. Mere viden om, hvad de enkelte indsatser koster, er derfor også en helt central del af en mere vidensbaseret socialpolitik.

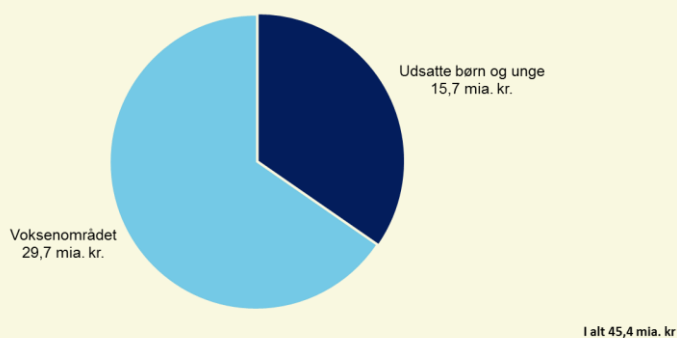
Vidensdagsordenen er ikke ny på socialområdet. Blandt andre har Socialstyrelsen og SFI gennem en årække lavet analyser, herunder analyser baseret på surveydata og effektstudier af sociale indsatser. Med regeringsgrundlaget er det politiske og administrative fokus på en vidensbaseret af socialpolitik imidlertid blevet styrket. Dette er blandt andet kommet til udtryk med regeringens 10 mål for social mobilitet.

Arbejdet mod en mere vidensbaseret socialpolitik følger to overordnede spor. *Det ene spor* handler om at understøtte kommunerne og de enkelte sociale tilbud i deres arbejde med lokalt at opbygge viden om indsatserne via systematisk dokumentation af resultaterne, herunder indsamling af egne data. Her er et centralt værktøj Socialstyrelsens håndbog for sociale tilbud i resultatdokumentation og evaluering.

Det andet spor handler om fra centralt hold at opbygge mere viden om målgrupper og modtagere af sociale indsatser. Dette spor udfoldes blandt andet i Socialpolitisk Redegørelse og i ministeriets løbende arbejde med registerbaserede analyser, samt i en række satspuljeprojekter og andre centralt finansierede projekter, der sigter mod udvikling af socialfaglige metoder med dokumenteret effekt.

De samlede offentlige udgifter til sociale indsatser udgjorde 45,4 mia. kr. i 2016. Udgifterne til udsatte børn og unge udgjorde 15,7 mia. kr. svarende til en tredjedel af udgifterne, og indsatsen til voksenområdet, det vil sige udsatte voksne og voksne med handicap, udgjorde 29,7 mia. kr., jf. figur 1.4.

Figur 1.4
Udgifterne på det sociale område, 2016



Anm.: 2017-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter i den kommunale kontoplan. I opgørelsen af udgifterne på voksenområdet er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning fra ældreområdet ud fra en fordelingsnøgle.

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

Når det gælder udgifterne til voksenområdet, er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne i forhold til ældreområdet. Det skyldes blandt andet, at udgifterne til pleje og omsorg mv. til henholdsvis ældre og voksne i alderen 18-64 år ikke er adskilt i de kommunale regnskaber. Afgrænsning og opgørelsen af udgifter er derfor baseret på en fordelingsnøgle.

Den nuværende fordelingsnøgle er aftalt i 2007 mellem det daværende Socialministerium, KL og Finansministeriet. Med virkning fra kommunernes budgetlægning for 2018 træder en ny opgørelsesmetode i kraft, da der er indikationer på, at den nuværende fordelingsnøgle undervurderer, hvor stor en del af de ikke-adskilte udgifter til ældre og voksne, der tilgår voksne med handicap mv. i den skønsmæssigt afgrænsede opgørelse af udgifterne.

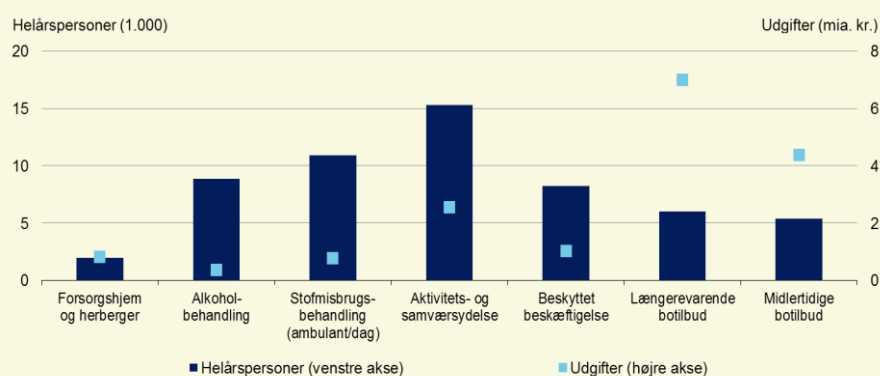
Der er ikke nødvendigvis en tæt sammenhæng mellem antallet af modtagere og udgifterne til de sociale indsatser. Det gælder både for udsatte børn og unge og for voksenområdet.

Det skyldes, at der er stor variation i tyngden af problemer mellem de forskellige målgrupper og som følge heraf i intensiteten af de indsatser, de modtager. De mest udbredte sociale indsatser er derfor ikke nødvendigvis de indsatser, hvor der er de største samlede udgifter.

Eksempelvis omfatter aktivitets- og samværsydelse flere helårspersoner end modtagerne af længerevarende botilbud. Men selvom der er næsten tre gange så mange helårspersoner, der modtager aktivitets- og samværsydelse, er de samlede udgifter til længerevarende botilbud mere end dobbelt så høje, som de samlede udgifter til aktivitets- og samværsydelse, jf. figur 1.5.

Figur 1.5

Eksempler på antal helårspersoner og samlede årlige udgifter til udvalgte grupper, der modtager sociale indsatser på voksenområdet



Anm. 2017-pl. Helårspersoner er opgjort på baggrund af oplysninger om start- og slutdatoer for modtagelse af indsatser. Hvis en person samlet modtager en indsats i halvdelen af året, tæller vedkommende som 0,5 helårsperson. Opgørelsen kan ikke sammenlignes med landstal over antal modtagere og udgifter, der fremgår af kapitel 3. Opgørelsen følger beregningen af enhedsudgifter, der er dokumenteret i bilag 2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Kapitel 3 ser nærmere på målgrupper, modtagere og udgifter på det sociale område, herunder udviklingen de senere år. Kapitlet redegør også nærmere for den valgte afgrænsning i redegørelsens analyser, hvor analyserne afgrænset til modtagere af sociale indsatser.

Det følgende afsnit afdækker omfanget af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder.

1.4 Socialfaglige metoder

Der har i de seneste 10-15 år været fokus på både udvikling og anvendelse af faglige metoder 'der virker' på socialområdet. Udviklingen er gået i retning af mere systematik i de sociale indsatser, udvikling af metoder og dokumentation af effekten af indsatserne.

Viden om, hvad der virker, er efterspurgt bredt blandt aktørerne på området. Dokumenterede indsatser hjælper ikke bare den enkelte modtager af indsatsen, men sikrer også en bedre udnyttelse af samfundets ressourcer.

Ikke alle modtagere af sociale indsatser er dækket af virksomme metoder i samme omfang. Det vurderes hverken at være realistisk eller nødvendigt at udvikle dokumenteret virksomme metoder for alle målgrupper eller alle specifikke problemstillinger blandt modtagere af sociale indsatser. Men det vurderes, at der er et stort potentiale for at forbedre sociale indsatser gennem fortsat udvikling og udbredelse af virkningsfulde metoder.

Socialstyrelsen spiller en central rolle i forhold til det nationale arbejde med at udvikle, afprøve, modne og udbrede socialfaglige metoder. Blandt styrelsens hovedopgaver er tilvejebringelse af ny socialfaglig viden og formidling og udbredelse af virkningsfulde metoder og god praksis på socialområdet. Samtidig rådgiver styrelsen kommuner, regioner, borgere og andre aktører i forhold til målgrupper generelt og specifikke problemstillinger.

Med vurderingerne og afdækningen i kapitlet er der taget et første skridt i retning af en kortlægning i form af en kobling af kendte, dokumenteret virksomme metoder med de tre hovedmålgrupper blandt modtagere af sociale indsatser, der kan identificeres via registerdata; udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap.

Vurderingerne i kapitlet skal bidrage til et styrket, samlet vidensgrundlag for det fremadrettede, strategiske arbejde med at udvikle og udbrede socialfaglige metoder med dokumenteret effekt, men peger i sig selv ikke på konkrete metodeudviklingsprojekter, der kan være relevante at sætte i gang.

En faglig vurdering af behovet for at igangsætte projekter rettet mod udvikling og udbredelse af nye metoder samt politiske beslutninger herom, kan ikke alene bero på en afdækning af, hvor der i dag eksisterer dokumenteret virksomme metoder. Det vil kræve en samlet vurdering og afvejning af en række forskellige hensyn. Det gælder blandt andet det økonomiske rationale for at udbrede metoderne – fx i forhold til omkostningseffektivitet – den kommunale efterspørgsel og målgruppernes størrelse og problemtyngde, herunder hvor udgiftstung en målgruppe er, samt potentialet for progression i en målgruppe. En sådan samlet vurdering ligger uden for rammerne af dette kapitel, men indgår i regeringens arbejde med området.

Selvom fokus i dette kapitel er på socialfaglige *metoder*, skal man være opmærksom på, at metoder, der er dokumenteret virksomme, ikke står alene i vidensbaseringen af den sociale indsats. Metoder er en systematisk tilgang til det sociale arbejde, som altid bygger på faglig viden. Vidensbaserede sociale indsatser handler i lige så høj grad om en løbende systematisk og kritisk faglig refleksion i det sociale arbejde og en stærk faglighed blandt medarbejdere i kommuner og tilbud.

Det er imidlertid ikke nok at konstatere, *om og hvor* mange dokumenteret virksomme metoder der findes for en målgruppe. Derfor sker den samlede vurdering på baggrund af følgende tre kriterier:

- **Antal:** Der er en eller flere dokumenteret virksomme metoder til målgruppen
- **Bredde:** Metoderne dækker variationen i forhold til karakter, omfang og tyngde af målgruppens problemer.
- **Implementeringsomfang:** Metoderne er implementeret i flere kommuner

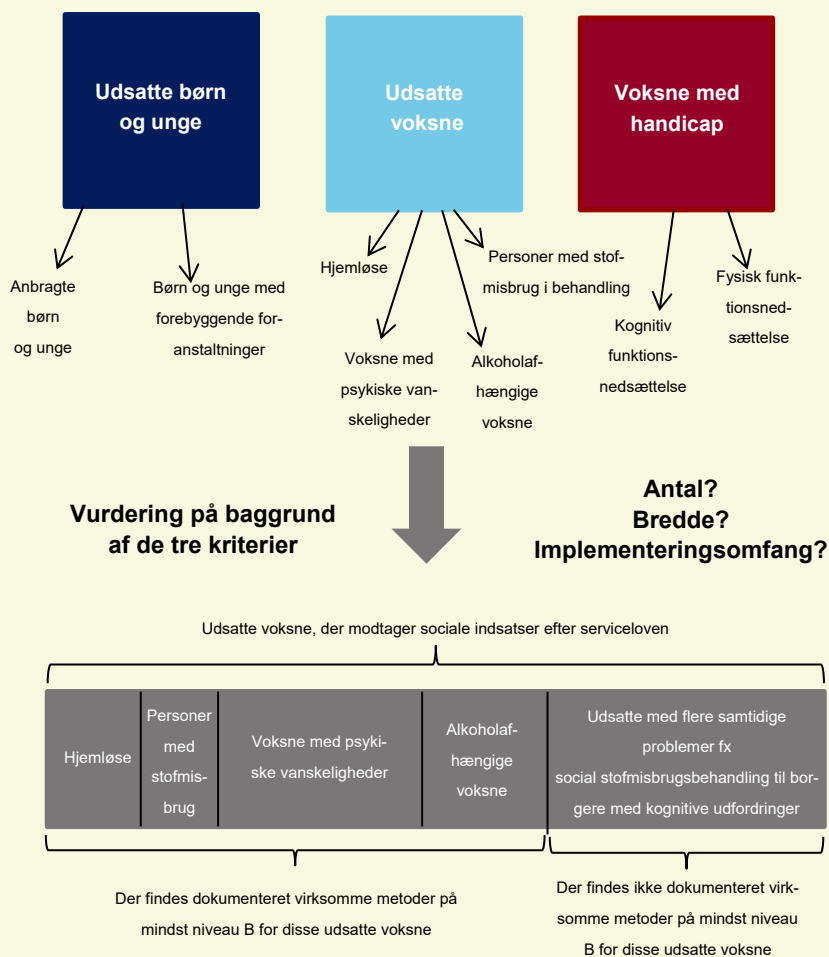
Alle tre kriterier er væsentlige i forhold til at vurdere i hvilken udstrækning, de dokumenteret virksomme metoder, der findes i dag, er dækkende for målgrupperne på socialområdet.

At en metode er *dokumenteret virksom* betyder, at det er systematisk undersøgt, at metoden virker i forhold til den eller de sociale problemstillinger, der kendetegner den specifikke målgruppe. Det kan gøres på forskellige måder og i forskellige niveauer. Socialstyrelsens Vidensdeklaration skelner mellem fire niveauer for dokumenteret effekt: A, B, C og D, hvor A er det højeste. I denne redegørelse indgår metoder, der som minimum er deklareret til niveau B.

Afdækningsmetoden er illustreret i figur 1.6 for socialt udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder.

Figur 1.6
Beskrivelse af afdækningsmetoden

Modtagere af sociale indsatser, der kan identificeres via registerdata



Anm.: Der er tale om en illustration af den centrale afdækningsmetode i kapitlet for så vidt angår udsatte voksne, der modtager en indsats efter serviceloven. ”Dokumenteret virksomme metoder på niveau B” refererer til niveauer på Vidensdeklarationens effektdimension.

For mange modtagere af sociale indsatser er selvforsørgelse og et selvstændigt liv et realistisk mål med indsatsen, jf. også Socialpolitisk Redegørelse 2016, men området vurderes generelt kun i begrænset omfang at være dækket af metoder, der har et klart uddannelses- og beskæftigelsesmæssigt fokus.

Samtidig er det Socialstyrelsens erfaring fra samarbejdet med kommunerne, at metoder, der i højere grad har et forebyggende end et behandlende sigte, og som kan understøtte de tidlige, op søgende og forebyggende indsatser, er efterspurgte af kommunerne.

Disse resultater er bredt gældende for alle tre hovedmålgrupper på socialområdet. Ud over disse generelle resultater, der går på tværs, er der også modtagerspecifikke metoder, der er blevet vurderet:

For det første er børn og unge med psykiske vanskeligheder som depression, selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser efter Socialstyrelsens vurdering, på baggrund af kendskab til metoder på området, kun i begrænset omfang dækket af socialfaglige metoder i dag.

Vurderingen skal ses i lyset af, at antallet af børn og unge med psykiske vanskeligheder i kommunerne opleves at være i vækst, og at metoder, der kan anvendes til behandling, udredning og især støtte for disse børn og unge i det sociale system, kun i begrænset omfang findes eller er udbredt i dag. Det gælder specifikt psykisk sårbare børn og unge, der ikke har så svære lidelser, og derfor ofte heller ikke udredes i det psykiatriske system.

For det andet vurderes der i dag kun i begrænset omfang at være metoder, der retter sig mod voksne med flere sociale problemstillinger. For eksempel har SFI (2016) set på kapaciteten i stofmisbrugsbehandlingen, og i denne analyse angiver mange kommuner, at der mangler målrettede behandlingstilbud til borgere med samtidigt misbrug og psykiske vanskeligheder.

Endelig vurderer Socialstyrelsen på baggrund af afdækningen, at voksne med kognitive vanskeligheder eller fysiske funktionsnedsættelser, såsom ADHD, autisme, cerebral parese og lettere udviklingshæmning i begrænset omfang er dækket af metoder. Denne konklusion understøttes af redegørelsens analyse af handicap, diagnoser og beskæftigelse. Med den rette støtte kan den sidstnævnte gruppe af voksne opnå deltagelse i samfundet og et selvstændigt liv. Det kræver i mange tilfælde imidlertid en vedvarende, social indsats, der involverer flere forvaltninger og aktører, men som i dag kun i begrænset omfang er støttet af dokumenteret virksomme metoder.

Det er en central pointe, at implementering og forankring af dokumenteret virksomme metoder i kommunerne og i sociale tilbud er en særskilt socialpolitisk udfordring. En succesfuld implementering vil blandt andet kræve, at metoden er økonomisk bæredygtig, at der er de rette kompetencer til stede i kommunen, samt opbakning såvel politisk og ledelsesmæssigt som fra medarbejderne. Der skal være opmærksomhed på, at anvendelse af metoden til det fulde potentiale forudsætter løbende integration af metodens tænkning og resultater i det faglige arbejde.

I det fremadrettede arbejde vil Børne- og Socialministeriets "Strategi for udvikling af sociale indsatser" blive lagt til grund for arbejdet med at modne, afprøve og udvikle virksomme metoder.

I vurderingen af en metode er det af stor betydning, at effekten af indsatsen står mål med omkostningerne forbundet hermed, det vil sige omkostningseffektiviteten ved metoden. Der eksisterer meget begrænset viden om omkostningseffektiviteten af sociale indsatser i Danmark. Socialstyrelsen forventes i efteråret 2017 at have færdigudviklet den socialøkonomiske investeringsmodel (SØM). Det overordnede mål med modellen er at vise de økonomiske konsekvenser af sociale indsatser over tid. Modellen kan således give brugbar viden om de økonomiske konsekvenser, som kan indgå i grundlaget, når kommunerne skal tage beslutninger om den sociale indsats. Læs mere om SØM på www.socialstyrelsen.dk.

Det følgende tre afsnit opsummerer hovedresultaterne og de centrale pointer i en række tematiske analyser i årets redegørelse, der skal bidrage med ny viden om modtagere af sociale indsatser i forhold til aktuelle temaer: Handicap, diagnoser og beskæftigelse, den geografiske fordeling og udvikling i forhold til socialt udsatte voksne samt kriminalitet blandt udsatte børn og unge.

1.5 Handicap, diagnoser og beskæftigelse

Temakapitlet om handicap, diagnoser og beskæftigelse inddrager diagnoser for at belyse potentialet for, at flere i målgruppen af personer med handicap kan blive en del af arbejdsfællesskabet.

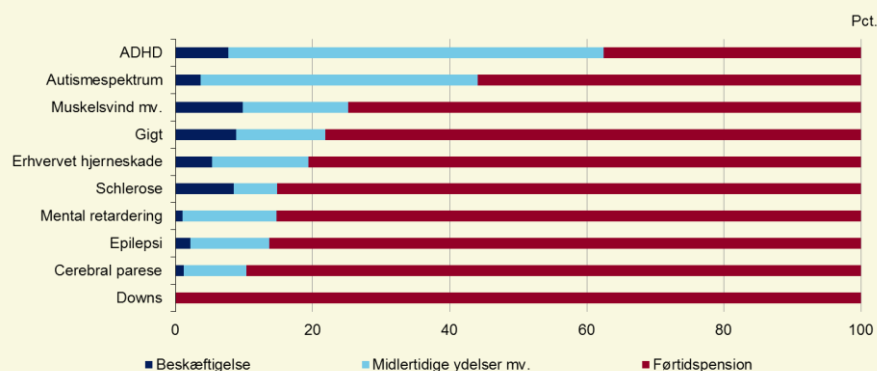
Diagnoserne omfatter blandt andet ADHD, autisme, cerebral parese, Downs, erhvervet hjerneskade, gig, udviklingshæmning og muskelsvind.

Det er meget individuelt, hvordan funktionsevnen påvirkes som følge af en diagnose, og der kan være en række specifikke diagnoser under de generelle diagnosegrupper. Det vil altid være en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede funktionsnedsættelse og aldrig en diagnose i sig selv, der er udgangspunktet for visitation til en handicapkompenserende indsats efter serviceloven.

Analyserne i kapitlet viser, at førtidspension udgør forsørgelsesgrundlaget for hovedparten af voksne med handicap. Men på tværs af de fleste diagnosegrupper er der i størrelsesordenen 5-10 pct., der har beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag, jf. figur 1.7.

Figur 1.7

Forsørgelsesgrundlag blandt personer med handicap, 2014



Anm.: Baseret på Danmarks Statistiks definition af væsentligste indkomstkilde i løbet af året. Beskæftigelse omfattede beskæftigede og personer i fleksjob, der har beskæftigelse som væsentligste indkomstkilde. Midlertidige ydelser mv. består af kontanthjælp, dagpenge mv.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

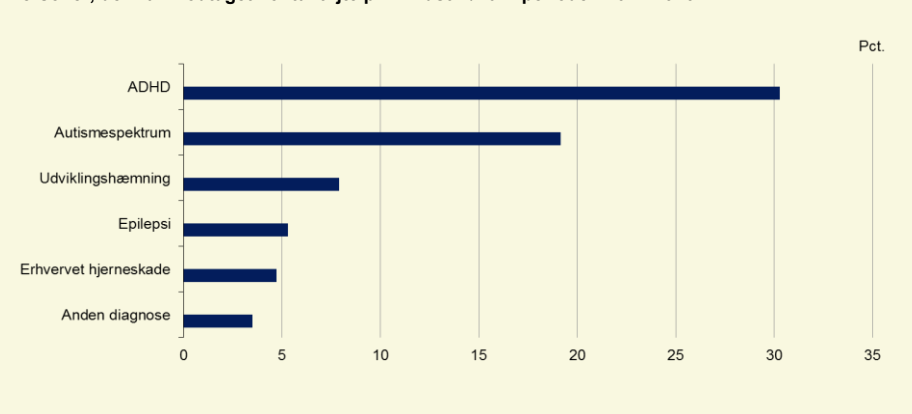
Særligt blandt personer med ADHD og autisme er der også en relativ stor gruppe, der modtager midlertidige forsørgelsesydelser som fx kontanthjælp.

For modtagere af midlertidige ydelser er selvforsørgelse et meningsfuldt og realistisk mål for mange. Analyserne i kapitlet sætter derfor særligt fokus på denne gruppe, herunder modtagere af kontanthjælp.

Resultaterne viser, at personer med ADHD og autisme, som modtager en handicapkompenenserende indsats, oftere hænger fast i kontanthjælpssystemet i lang tid. Mens ca. 30 pct. med ADHD og ca. 20 pct. med autisme modtog kontanthjælp i 1½ år eller mere i perioden 2014-2016, var det i størrelsesordenen 3-8 pct. blandt andre diagnosegrupper, jf. figur 1.8.

Figur 1.8

Personer, der har modtaget kontanthjælp i mindst 1½ år i perioden 2014-2016



Anm.: 18-64-årige ultimo 2016. Kontanthjælp inkluderer også uddannelseshjælp og omfatter både job-, uddannelses- og aktivitetsparate.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

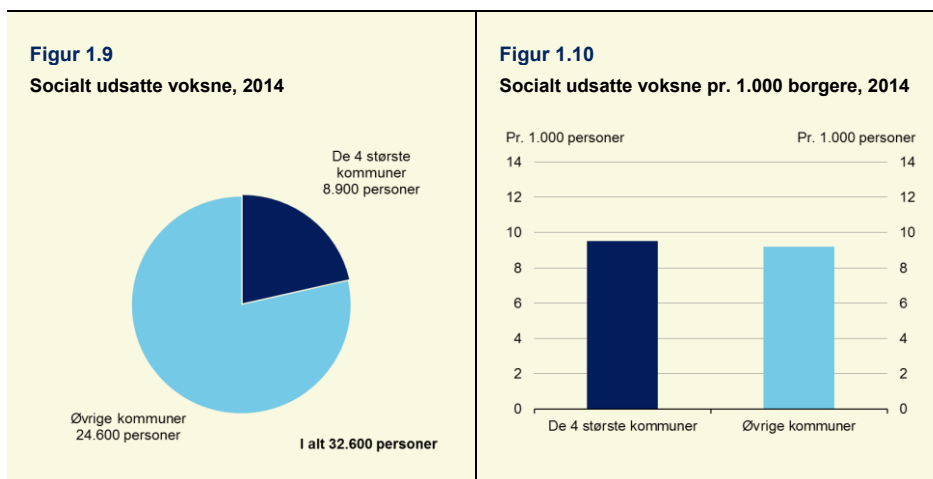
Resultaterne indikerer blandt andet, at flere med ADHD og autisme kan blive en del af arbejdsfællesskabet gennem en bedre sammenhæng mellem de socialfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser.

1.6 Socialt udsatte voksne – geografisk fordeling og udvikling

Temakapitlet om socialt udsatte voksne ser på, hvordan socialt udsatte voksne, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, fordeler sig geografisk i landet og på forskellige typer af kommuner. Der ses også på, hvordan antallet af modtagere har udviklet sig over tid og på den geografiske udvikling i antallet af socialt udsatte voksne med flere sociale problemer.

Analyserne i kapitlet viser, at der er socialt udsatte voksne i alle kommuner. De store byer og kommuner tegner sig for en stor del af de socialt udsatte voksne, der overnatter på forsorgshjem og herberger eller modtager behandling for stofmisbrug eller alkoholafhængighed.

Omkring 32.500 har modtaget en social indsats på grund af hjemløshed eller misbrug. Heraf tegner de fire største kommuner København, Aarhus, Aalborg og Odense sig for knap 9.000 personer, jf. figur 1.9.



Anm.: Udsatte omfatter personer, der har modtaget behandling for alkoholafhængighed, stofmisbrug samt brugere af forsorgshjem eller herberger. Figur 1.9 vedrører personer på 18 år eller derover ultimo 2014. Opgørelsen i figur 1.10 vedrører 18-64-årige.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når mange socialt udsatte kommer fra de fire største kommuner, skal det i høj grad ses i lyset af, at en stor del af den danske befolkning bor i disse kommuner. Sammenligner man antallet af udsatte pr. kommune med det samlede antal borgere i kommunerne, er der ikke flere udsatte i de store kommuner, end der er i landets øvrige kommuner. I den forstand er social udsathed ikke et storbyfænomen.

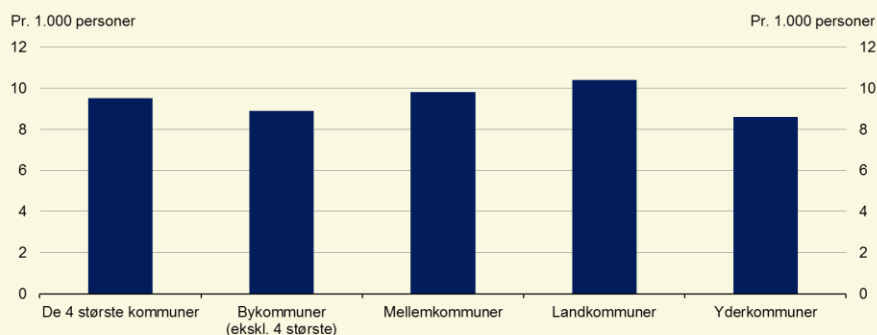
Både i de fire største kommuner og i landets øvrige kommuner, er der lidt under 10 udsatte voksne pr. 1.000 borgere i kommunen, jf. figur 1.10

For at kunne sammenligne antallet af socialt udsatte voksne på tværs af forskellige typer af kommuner, opdeles landets kommuner efter strukturelle, demografiske og økonomiske forhold, herunder hvor der er den laveste befolkningstæthed, udvikling i beskæftigelsen og uddannelsesniveau i arbejdsstyrken mv. Der skelnes mellem yderkommuner, landkommuner, mellemkommuner, bykommuner samt de fire største kommuner.

Analyserne viser, at antallet af socialt udsatte borgere er nogenlunde ens på tværs af de forskellige kommunetyper, når man sammenligner med det samlede antal borgere i kommunerne. For alle typer af kommuner gælder det, at der i gennemsnit er i størrelsesordenen 9-10 socialt udsatte voksne pr. 1.000 voksne i kommunen, jf. figur 1.11.

Figur 1.11

Udsatte pr. 1.000 personer fordelt på kommunetyper



Anm.: Kommuner er opdelt på typer efter deres strukturelle, økonomisk og demografiske forhold. Se boks 6.1 i kapitel 6. Se i øvrigt anmærkningen til figur 1.10.

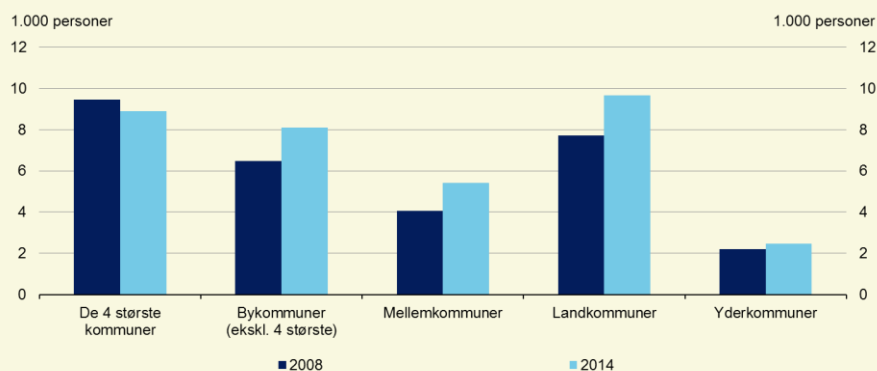
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Samlet set er antallet af socialt udsatte voksne, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, steget på landsplan fra knap 28.000 i 2008 til lidt over 32.500 i 2014. Det skyldes, at flere personer er registreret som modtagere af indsatser rettet mod stofmisbrug og alkoholafhængighed. Antallet af personer, der modtager en indsats rettet mod hjemløshed i form af ophold på et forsorgshjem eller herberg, har ligget stabilt over perioden 2008-2014.

Den samlede stigning i antallet af socialt udsatte voksne fra 2008 til 2014 er sket uden for landets fire største kommuner. Mens antallet af udsatte er faldet i de fire største kommuner, er antallet af udsatte steget i alle de øvrige kommunetyper.

Antallet af udsatte voksne er steget mest i landkommunerne, hvor der er næsten 2.000 flere udsatte i 2014 sammenlignet med 2008. I bykommunerne og mellemkommunerne er antallet steget med omkring 1.500 udsatte fra 2008 til 2014, jf. figur 1.12.

Figur 1.12
Antal socialt udsatte voksne efter kommunetype, 2008 og 2014



Anm.: Kommuner er opdelt på typer efter deres strukturelle, økonomiske og demografiske forhold. Se boks 6.2 i kapitel 6. Se i øvrigt anmærkningen til figur 1.10.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Stigningen skyldes ikke nødvendigvis, at flere har problemer med misbrug og afhængighed. Udviklingen kan blandt andet være påvirket af registreringsmæssige forhold i kommunerne og tilbuddene, og der er klare udfordringer forbundet med at foretage præcise opgørelser af den geografiske fordeling og udvikling i antallet af socialt udsatte voksne. Det understreger vigtigheden i at arbejde strategisk med at få bedre data på området, så man fremover bedre kan følge udviklingen i antallet af socialt udsatte voksne, både nationalt og lokalt.

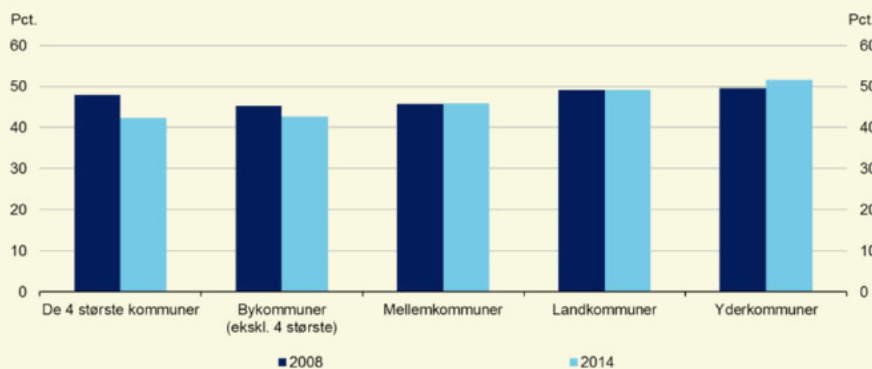
Til trods for de datamæssige udfordringer viser analyserne i kapitlet, at antallet af socialt udsatte voksne, der modtager sociale indsatser som følge af misbrug og hjemløshed, er steget i hele landet.

Analyserne viser også, at næsten halvdelen af alle socialt udsatte voksne, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholaafhængighed eller hjemløshed, har indikationer på at have flere sociale problemer. Flere sociale problemer vil i denne sammenhæng sige, at personerne modtager flere forskellige sociale indsatser, eller at personerne modtager en social indsats samtidig med, at de er dømt for kriminalitet eller har fået stillet en diagnose, fx en psykiatrisk diagnose.

Andelen af socialt udsatte voksne med flere sociale problemer har ligget nogenlunde stabilt fra 2008 til 2014. Det gælder på tværs af landet og for alle kommunetyper. Både i 2008 og 2014 udgjorde andelen af udsatte voksne med indikationer på flere sociale problemer i størrelsesordenen 45 pct. for alle kommunetyper, jf. figur 1.13.

Figur 1.13

Andel socialt udsatte med flere sociale problemer efter kommunetype, 2008 og 2014



Anm.: Flere sociale problemer omfatter personer, der modtager flere forskellige sociale indsatser, samt personer, der modtager en social indsats samtidig med, at de er dømt for kriminalitet eller har fået stillet en diagnose. Se boks 6.5 i kapitel 6. Se i øvrigt anmærkningen til figur 1.10.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

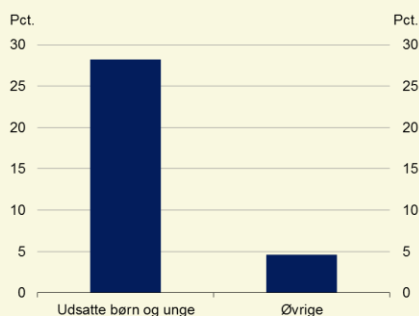
Resultaterne viser, at det er afgørende, at kommuner i hele landet kan tilbyde sociale indsatser af høj kvalitet. Kommuner, der ikke selv har de nødvendige tilbud lokalt, kan købe disse hos andre kommuner og private udbydere for at kunne sikre gode resultater af den socialpolitiske indsats.

1.7 Kriminalitet blandt udsatte børn og unge

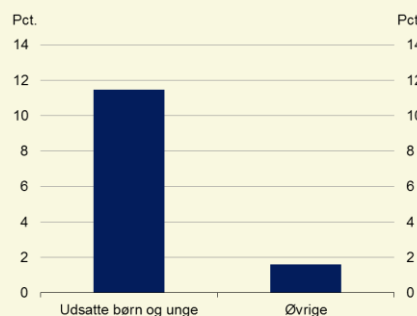
Dette temakapitel sætter fokus på kriminalitet blandt udsatte børn og unge. Når børn og unge begår kriminalitet, er det ikke alene til skade for samfundet og de skadelidte. En kriminel løbebane kan udgøre en barriere for et selvstændigt liv med uddannelse og arbejde. Derfor er det ét af regeringens 10 mål for social mobilitet, at færre udsatte unge skal begå kriminalitet.

Udsatte børn og unge begår langt hyppigere kriminalitet end andre børn og unge. Hvor det er 28 pct. blandt udsatte børn og unge, der er sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 18 år, gælder det lidt under 5 pct. blandt øvrige børn og unge, jf. figur 1.14.

Figur 1.14
Sigtet for overtrædelse af straffeloven



Figur 1.15
Sigtet for overtrædelse af straffeloven som mindreårig



Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de er fyldt 18 år. Se i øvrigt anmærkning til figur 7.2 og figur 7.4 i kapitel 7.

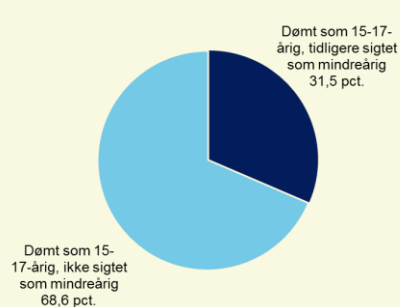
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt udsatte børn og unge er det lidt over 11 pct., der har været sigtet som mindreårig, mens det er lidt under 2 pct. blandt øvrige børn og unge, jf. figur 1.15. Når udsatte børn og unge bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven som mindreårig, bliver de i mange tilfælde sigtet for en ny overtrædelse, efter de er fyldt 15 år. Ca. 60 pct. er sigtet for en ny lovovertrædelse i 15-17 årsalderen, jf. figur 1.16. Det indikerer, at det kan være afgørende med en målrettet og effektiv forebyggelsesindsats første gang, børn og unge begår kriminalitet.

Figur 1.16
Udsatte børn og unge, der både er sigtet som mindreårig og i alderen 15-17 år



Figur 1.17
Udsatte børn og unge, der er sigtet som mindreårig og dømt i alderen 15-17 år



Anm.: 17-19-årige i 2015, der både har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven og modtaget en social foranstaltning i alderen 0-17 år. Se i øvrigt anmærkning til figur 7.6 i kapitel 7.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

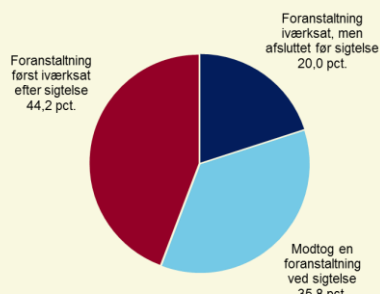
Udsatte børn og unge, der bliver dømt for en overtrædelse af straffeloven i alderen 15-17 år, har også i mange tilfælde været sigtet som mindreårig. Knap en tredjedel, 31 pct., der bliver dømt i alderen 15-17 år, har også været sigtet som mindreårig, jf. figur 1.17.

Et helt centralt spørgsmål er, om udsatte børn og unge primært begår kriminalitet *før* eller *efter*, der er iværksat en social foranstaltning. Nogle børn og unge har modtaget en social foranstaltning længe før, de begår kriminalitet. Der kan fx være tale om personer, som er blevet anbragt uden for hjemmet i en tidlig alder, og som begår kriminalitet flere år senere. I andre tilfælde iværksætter kommunen først en social foranstaltning efter, at den unge har begået kriminalitet. Her kan kriminalitet være en medvirkende årsag til, at kommunen iværksætter den sociale foranstaltning.

Blandt udsatte børn og unge, der bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 18 år, har ca. 45 pct. ikke modtaget en social foranstaltning, når de bliver sigtet første gang. Mange af dem, flere end 40 pct., bliver allerede sigtet, før de fylder 14 år, jf. figur 1.18 og 1.19. Det indikerer, at det kan være afgørende med en tidlig og generel, kriminalitetsforebyggende indsats for at nedbringe kriminaliteten blandt udsatte børn og unge yderligere.

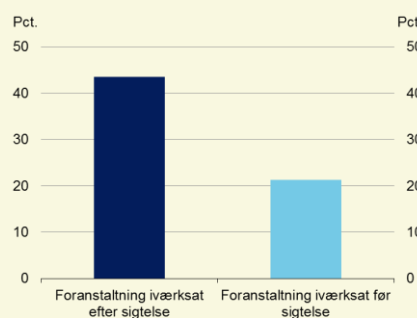
Figur 1.18

Udsatte børn og unge sigtet for overtrædelse af straffeloven efter tidspunkt for iværksættelse af første foranstaltning



Figur 1.19

Udsatte børn og unge sigtet før 14-årsalderen efter tidspunkt for iværksættelse af første foranstaltning



Anm.: 17-19-årige i 2015, der både har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven samt modtaget en social foranstaltning i alderen 0-17 år. "Foranstaltning iværksat før sigtelse" omfatter både udsatte børn og unge, hvor foranstaltningen er afsluttet og dem, der aktuelt modtager en foranstaltning. For nærmere afgrænsning se figur 7.9 og figur 7.12 i kapitel 7.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Resultaterne viser samtidig, at relativt mange udsatte børn og unge begår kriminalitet, efter der er iværksat en social foranstaltning. Lidt over halvdelen blandt udsatte børn og unge, der bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 18 år, har været omfattet af en eller flere sociale foranstaltninger, når de begår kriminalitet første gang, jf. figur 1.18. Det indikerer, at de iværksatte foranstaltninger kan blive bedre til at holde udsatte børn og unge ude af kriminalitet.



2. Status for de sociale mål

Regeringen har fastsat 10 mål for social mobilitet. De sociale mål handler om, at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og at færre skal være socialt udsatte. Målene sætter retning for udviklingen af socialpolitikken både nationalt og kommunalt og er med til at understøtte arbejdet med at omstille den sociale indsats, så den i højere grad baseres på viden om, hvad der virker.

Ved fastsættelsen af målene har KL og en række organisationer, der repræsenterer brugere, fagpersoner og frivillige, været inddraget. Til at sikre et løbende politisk og ledelsesmæssigt fokus på opfølgning på målene og understøttelse af de metoder og indsatser, der virker bedst, indgår det i aftalen om kommunernes økonomi for 2018, at Regeringen og KL vil samarbejde om opfølgning på de sociale mål, der skal understøtte et kommunalt fokus på løsninger, der virker.

I dette kapitel gøres der status for hvert af de 10 mål for social mobilitet, der omfatter målgrupperne udsatte børn og unge, herunder børn og unge med handicap, udsatte voksne og voksne med handicap. For de fleste mål vedrører de seneste data 2014 og 2015. Desuden belyses kommunale forskelle, hvor det er muligt. Selvom det kan være svært at sammenligne kommunerne direkte med hinanden på grund af forskelle i rammevilkår, kan kommunale sammenligninger give en indikation af potentialet for at opnå bedre resultater af de sociale indsatser og hjælpe kommunerne til at lære af hinanden. Endelig giver kapitlet en oversigt over initiativer med relevans for de sociale mål.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Udviklingen ser for flere af målene ud til at gå i den rigtige retning, selvom der kan være nogen usikkerhed forbundet med de forskellige opgørelser, og der kun er tale om små fremskridt fra år til år.
- Lidt flere mennesker med handicap ser ud til at være kommet i uddannelse og beskæftigelse. Det samme gælder gruppen af mennesker med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. For begge grupper er andelen, der er i uddannelse eller beskæftigelse, steget med 1 pct.-point fra 2014 til 2015.
- Der er et potentiale i, at mennesker, som ikke umiddelbart har mulighed for at blive en del af arbejdsfællesskabet, bliver en del af den frivillige sektor. En helt ny frivillighedsundersøgelse, som Børne- og Socialministeriet har fået foretaget, viser, at 30 pct. af de personer, som hverken er i beskæftigelse eller uddannelse, er en del af den frivillige indsats. Udviklingen er gået i den rigtige retning siden den seneste undersøgelse i 2012, hvor andelen var 26 pct.

- Der er tegn på, at effekten af stofmisbrugsbehandlingen er blevet bedre. I 2015 afsluttede 43 pct. et behandlingsforløb som stoffrie eller med et reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Det er en stigning på 3 pct.-point i forhold til 2014 og en fortsættelse af tendensen de senere år. Antallet af narkotikarelaterede dødsfald er desuden faldet lidt fra 2014 til 2015.
- Der er også tegn på, at effekten af alkoholbehandlingen er blevet bedre. I 2014 afsluttede 37 pct. et behandlingsforløb for alkoholafhængighed som alkoholfrie eller med en reduktion i alkoholforbruget eller med en relevant henvisning til yderligere behandling. Det er en stigning på 2 pct.-point i forhold til 2013.
- Kriminaliteten blandt udsatte unge ser ud til at være faldende. I 2015 havde 8 pct. blandt udsatte unge modtaget en fældende strafferetlig afgørelse, mens det var 9 pct. i 2014. Udviklingen skal ses i lyset af, at ungdomskriminaliteten generelt har været faldende gennem en årrække.
- Når det gælder målet om flere udsatte unge i ungdomsuddannelse, er udviklingen imidlertid gået i den forkerte retning. Færre udsatte børn og unge er som 18-21-årige i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse. Fra 2014 til 2015 er andelen faldet med 3 pct.-point, fra 51 til 48 pct.
- Gode faglige færdigheder fra grundskolen giver gode forudsætninger for at tage en ungdomsuddannelse. Det gælder både udsatte børn og unge og deres jævnaldrende. Der kan imidlertid ikke konstateres nogen forbedring i udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen de seneste år. Både i 2014 og 2015 ligger udsatte børn og unges gennemsnitsscore på en skala fra 1-100 i de nationale test i læsning og matematik på 41. Til sammenligning ligger gennemsnitsscoren på 57 for andre børn og unge i 2015.
- Nogle kommuner opnår markant bedre resultater end andre på flere af målene. Det gælder målet om flere udsatte unge i ungdomsuddannelse og målene om, at flere mennesker med handicap og flere mennesker med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer skal i uddannelse og beskæftigelse.
- De kommunale forskelle vil i nogen grad afspejle forskelle i tyngden af problemer blandt målgruppen samt forskelle i kommunernes rammevilkår, for eksempel udbuddet af uddannelses tilbud og jobåbninger på det lokale arbejdsmarked, men de indikerer et potentiale for at opnå bedre resultater af den sociale indsats.
- De sociale mål sætter retningen for alle initiativer, som understøtter anvendelsen af metoder og indsatser, der virker bedst for målgrupperne på socialområdet. Af væsentlige initiativer kan nævnes udspil til en reform af de forberedende tilbud til unge, som støtter gennemførelsen af en ungdomsuddannelse eller at kunne få varigt fodfæste på arbejdsmarkedet. Regeringens nye dagtilbudspil har fokus på en styrket indsats i daginstitutioner med mange børn i udsatte positioner. Der er også flere satspuljeprojekter, som understøtter udbredelsen af metoder og praksis, der virker, eksempel i forhold til behandlingsmodeller for unge med stofmisbrug eller bostøttemetoder til udsatte voksne.

2.1 Overblik over de 10 mål for social mobilitet

Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet, og færre skal være socialt udsatte. Det er de to overordnede sigtelinjer for regeringens 10 mål for social mobilitet.

Målene sætter retning for udviklingen af socialpolitikken både nationalt og kommunalt og er blandt andet med til at understøtte omstillingen af den sociale indsats, så den i højere grad baseres på viden om, hvad der virker. Det handler både om en mere data- og analysedrevet prioritering og styring af det sociale område og om det strategiske arbejde med udvikling og udbredelse af socialfaglige metoder med dokumenteret effekt (se også kapitel 4).

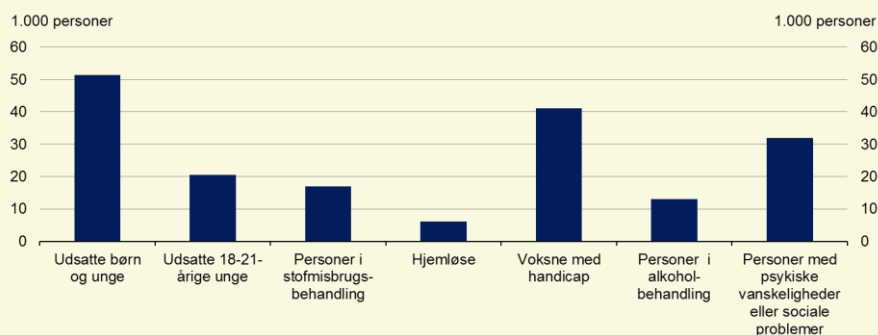
Målene skal være med til at sikre bedre hjælp og støtte til udsatte børn, unge og voksne og mennesker med handicap – ved at opnå større effekt og bedre resultater af de ca. 45 mia. kr., der hvert år bruges på sociale indsatser i Danmark.

Derfor har udgangspunktet for fastsættelsen af målene været modtagere af sociale indsatser, hvor der findes eller kan etableres gode data om målgruppen i form af centralt indsamlede registeroplysninger eller surveydata, som kan kobles til andre registre.

For de sociale mål kan kun bruges til at følge udviklingen i den sociale indsats, hvis der er data at måle på. Det betyder ikke, at andre målgrupper på socialområdet som eksempelvis mennesker i prostitution eller personer med senfølger efter seksuelle overgreb er mindre vigtige i socialpolitikken. Og det betyder heller ikke, at ellers relevante mål om fx bedre livskvalitet og trivsel ikke er en del af de sociale mål, ligesom der ikke er specifikke mål for forebyggelse, selvom den forebyggende indsats naturligvis er helt central i socialpolitikken. Det er imidlertid vanskeligt at opstille særskilte målbare mål for den forebyggende indsats, men en virksom forebyggende indsats vil bidrage til at nå målene.

Modtagere af sociale indsatser omfatter en stor og meget forskelligartet gruppe af mennesker, jf. figur 2.1

Figur 2.1
Personer i målgruppen for de 10 mål for social mobilitet



Anm.: Personer med flere sociale udfordringer kan optræde i flere målgrupper, fx hjemløse med misbrug. Antallet af udsatte børn og unge angiver børn og unge under 18 år pr. 1.1.2016, der på et tidspunkt i deres liv har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet. Antallet af udsatte 18-21-årige unge angiver unge, der har modtaget en social foranstaltning inden for de seneste fem år. Antallet af personer med handicap og personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer er baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016 og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. For øvrige mål se ”Afgrensning af sociale mål – Baggrundsnotat” på sm.dk.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv., SFI (2015a).

Tabel 2.1 giver et samlet overblik over de sociale mål og en status i forhold til Socialpolitisk Redegørelse 2016, som udgør baseline for målene.

Tabel 2.1
Baseline og status for de 10 mål for social mobilitet

	Antal personer i målgruppen	Baseline	Status
Flere skal være en del af arbejdsfællesskabet			
Udsatte børn og unges faglige niveau i læsning og matematik i folkeskolen skal forbedres	26.500	Gennemsnitsscore: 41	Gennemsnitsscore: 41
Flere 18-21-årige, der har modtaget en social foranstaltning inden for de seneste fem år, skal være i gang med eller have gennemført en ungdomsuddannelse	20.500	51 pct.	48 pct.
Flere personer, som får en social indsats som følge af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal i uddannelse og beskæftigelse	41.000	10 pct.	11 pct.
Flere personer, som modtager en indsats for sociale problemer eller psykiske vanskeligheder efter serviceloven, skal i uddannelse og beskæftigelse	32.000	6 pct.	7 pct.
Flere personer udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse	-	-	-
Færre skal værre socialt udsatte			
Færre 15-17-årige udsatte unge skal modtage en fældende strafferetlig afgørelse	14.500	9 pct.	8 pct.
Færre skal være hjemløse	6.138	-	-
Flere af de personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffrie eller have et reduceret eller et stabiliseret stofmisbrug	17.000	40 pct.	43 pct.
Flere personer i offentlig alkoholbehandling skal afslutte et behandlingsforløb som alkoholfri, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning	13.000	37 pct.	39 pct.
Flere mennesker, som står uden for arbejdsmarkedet og som ikke er under uddannelse, skal være en del af den frivillige indsats	399.000	26 pct.	30 pct.

Anm.: Baseline genberegnes hvert år, da flere af de registre, der ligger til grund for målene, løbende opdateres. Alle statistikker bortset fra målet vedr. alkoholbehandling (2014-data) er baseret på 2015-data. Antallet af udsatte børn og unge angiver alle udsatte børn og unge i folkeskolen. Det faglige niveau i læsning og matematik i folkeskolen beregnes ud fra de normbaserede testresultater fra de nationale test. Gennemsnitsscore (normbaseret testresultat fra 0 til 100). Gennemsnitsscoren er et simpelt gennemsnit over resultaterne af de nationale test på de forskellige klassetrin, som hver indeholder tre profilområder. Data for målgruppen for vold i nære relationer er aktuelt ved at blive indsamlet, og en ny statistik offentliggøres i 2018. Antallet af hjemløse opgøres hvert andet år, og der er endnu ikke opgjort tal for 2017.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv., SFI (2015a), SFI (2014), Rambøll (2017).

De følgende afsnit ser nærmere på hvert af de 10 mål.

De forskellige opgørelser på baggrund af registerdata kan være forbundet med nogen usikkerhed som følge af registreringsmæssige forhold i kommunerne og de tilbud, der leverer de sociale indsatser.

Målene præsenteres hver for sig, men målene vil på flere måder være gensidigt afhængige, og fremskridt på et område vil ofte virke gensidigt forstærkende på et andet.

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

Det er centralt, at socialpolitikken hjælper flere udsatte og mennesker med handicap til at blive en del af arbejdsfællesskabet gennem en uddannelse eller et job, hvis det er en realistisk mulighed. Uddannelse og job er fundament for et selvstændigt liv med et stærkt netværk og giver bedre livskvalitet. Samtidig kan forældres tilknytning til arbejdsmarkedet have stor betydning for, hvordan deres børn klarer sig i uddannelsessystemet. Det er også centralt, at udsatte unge i højere grad får en ungdomsuddannelse. Det har stor betydning for mulighederne for at forsørge sig selv senere i livet.

Derfor hviler regeringens socialpolitik på, at flere med den rette støtte og hjælp skal være en del af arbejdsfællesskabet og få chancen for at forsørge sig selv og leve et selvstændigt liv med uddannelse og job.

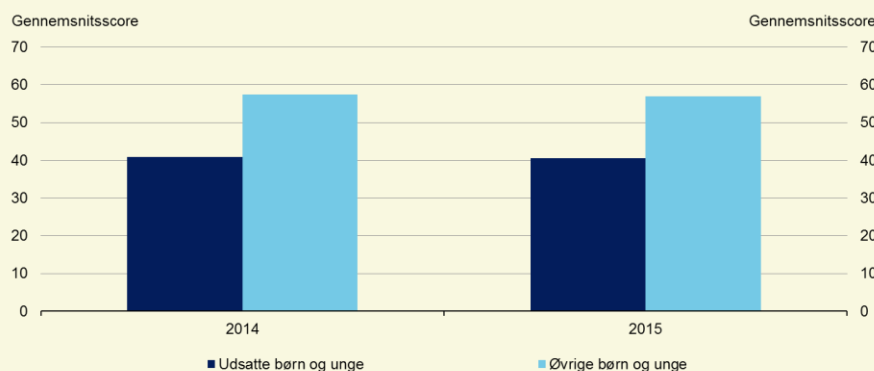
Mål for udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen

Gode faglige færdigheder fra grundskolen giver bedre forudsætninger for at tage en ungdomsuddannelse. Det gælder alle børn og unge. Udsatte børn og unge klarer sig imidlertid markant dårligere fagligt i folkeskolen end deres jævnaldrende.

Regeringen har derfor sat som mål, at *udsatte børn og unges faglige niveau i læsning og matematik i folkeskolen skal forbedres*.

Der kan ikke konstateres nogen forbedring i udsatte børn og unges faglige niveau i folkeskolen de seneste år. I 2015 ligger udsatte børn og unges gennemsnitsscore i de nationale test i læsning og matematik på 41. Det svarer til niveauet i 2014, jf. figur 2.2.

Figur 2.2
Fagligt niveau i læsning og matematik, 2014 og 2015



Anm.: Elever på alle klassetrin indgår i de enkelte testår. Årstallet svarer til testår. Gennemsnitsscore (normbaseret testresultat fra 0 til 100). Scoren er et simpelt gennemsnit over resultaterne af de nationale test på de forskellige klassetrin. Se i øvrigt boks 2.1.

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

Til sammenligning ligger øvrige børn og unges gennemsnitsscore i de nationale test i læsning og matematik på 57 i 2015.

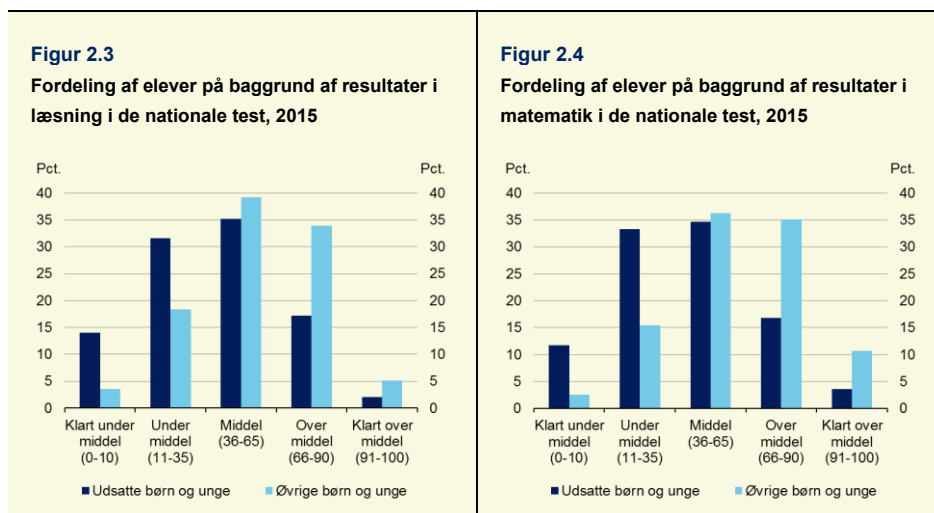
Boks 2.1 beskriver de nationale test, der måler elevernes kundskaber og færdigheder i folkeskolen.

Boks 2.1
De nationale test i folkeskolen

De nationale test måler elevernes kundskaber og færdigheder i folkeskolen og giver dermed et indblik i den enkelte elevs faglige niveau. På baggrund af testresultaterne kan lærerne tilrettelægge undervisningen ud fra de enkelte elevers faglige niveau. Der er 10 obligatoriske nationale test igennem elevernes skoletid, hvoraf der er fire test i læsning og to test i matematik. I skoleåret 2017/2018 vil der blive indført to ekstra nationale test i henholdsvis matematik og engelsk. Den ekstra test i matematik vil blive placeret på 8. klassetrin.

Resultaterne fra de nationale test opgøres på en skala fra 1 til 100, der viser elevernes relative dygtighed set i forhold til det gennemsnitlige niveau på samme klassetrin i 2010 (normen). Får en elev fx resultatet 75 på denne skala, betyder det, at elevens resultat er bedre end eller lige så godt som 75 pct. af elevernes resultater i samme test fra 2010. Dette kaldes et normbaseret resultat. Resultatet ligger til grund for en femtrinsskala. Her fremgår det, om elevens resultat er en del over gennemsnittet, over gennemsnittet, omkring gennemsnittet, under gennemsnittet eller en del under gennemsnittet.

De nationale test kan blandt andet vise, om en elevs faglige niveau ligger over eller under middel. Udsatte børn og unges faglige niveau ligger langt oftere under middel og klart under middel i både læsning og matematik end øvrige børn og unge, jf. figur 2.3 og 2.4.



Anm.: I læsning testes elever på 2., 4., 6. og 8. klassetrin. I matematik testes elever på 3. og 6. klassetrin.

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

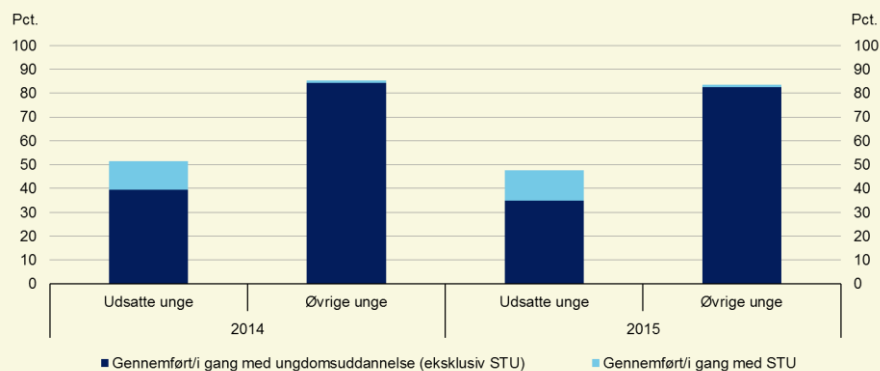
Mål for flere udsatte unge i ungdomsuddannelse

Unge, der har gennemført en ungdomsuddannelse, har et langt bedre afsæt for at få en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet i voksenlivet. Regeringen har derfor sat et mål om, at *flere udsatte unge skal være i gang med eller have gennemført en ungdomsuddannelse*.

De seneste år er udviklingen gået i den forkerte retning. Færre 18-21-årige, der har modtaget en social foranstaltning inden for de seneste fem år, er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse. Fra 2014 til 2015 er andelen faldet med 3 pct.-point, fra 51 til 48 pct. Blandt øvrige unge i 18-21-årsalderen er andelen faldet med 2 pct.-point fra 85 til 83 pct., jf. figur 2.5.

Figur 2.5

18-21-årige, der er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse, 2015



Anm.: Udsatte unge er afgrænset til 18-21-årige unge, der har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller været anbragt inden for de seneste fem år. Gennemført ungdomsuddannelse omfatter personer, der har en ungdomsuddannelse inkl. Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU) eller en videregående uddannelse som højeste fuldførte uddannelse ultimo 2015. Ungdomsuddannelser påbegyndt og gennemført i udlandet indgår ikke.

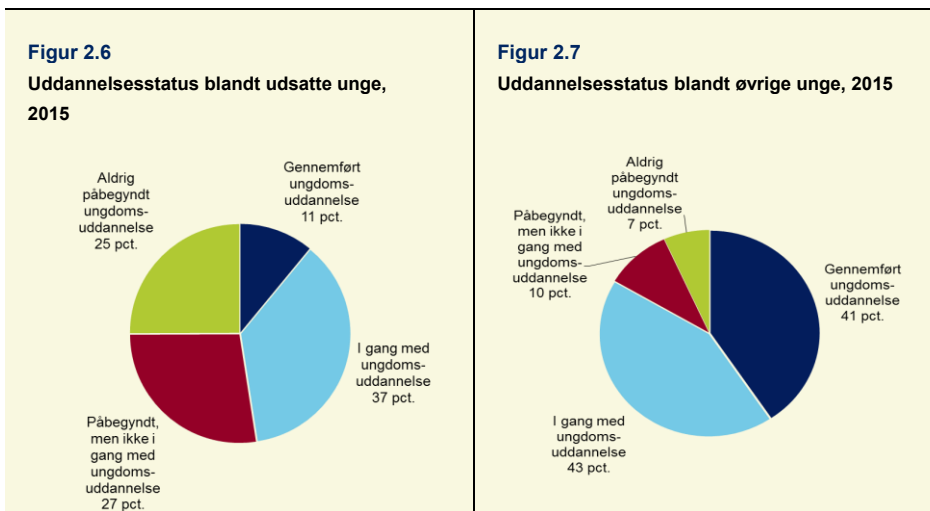
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udsatte unge har en langt mindre sandsynlighed for at være i gang med eller have gennemført en ungdomsuddannelse som 18-21-årig sammenlignet med deres jævnaldrende. Hvor det er under halvdelen for udsatte unge, er det over 80 pct. for andre unge.

Sammenlignet med andre unge, gør langt flere udsatte unge desuden brug af tilbuddet om en Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU). STU er en ungdomsuddannelse, der retter sig mod unge med udviklingshæmning og andre unge med særlige behov, der ikke har mulighed for at gennemføre anden ungdomsuddannelse. Uddannelsen har eksisteret siden 2007 og har til formål, at unge opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og eventuelt til videre uddannelse og beskæftigelse.

Når langt færre udsatte unge er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse som 18-21-årig, så skyldes det dels, at mange er faldet fra efter at være startet, dels at en stor gruppe aldrig er kommet i gang med en ungdomsuddannelse.

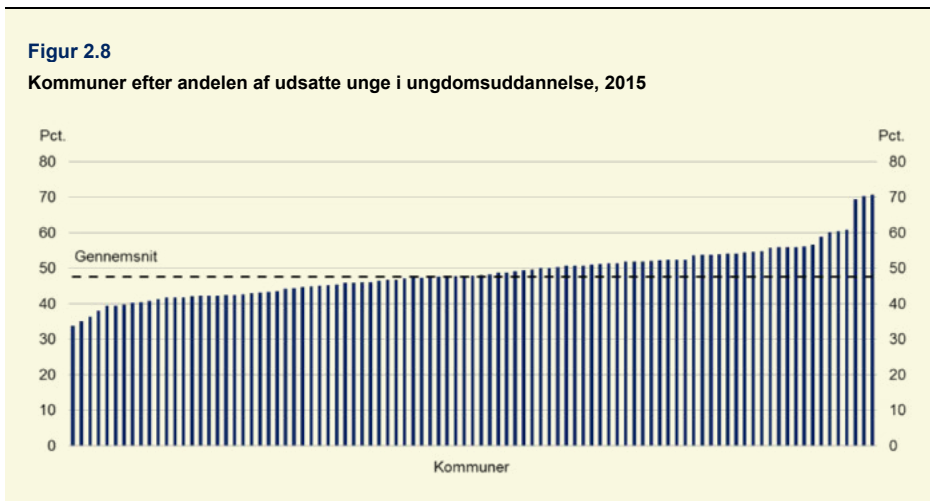
Blandt udsatte unge har 25 pct. ikke påbegyndt en ungdomsuddannelse som 18-21-årig, mens det kun gælder 7 pct. blandt andre unge i 18-21-årsalderen. Og hvor det er 27 pct. blandt udsatte unge, der ikke er i gang med en ungdomsuddannelse, selvom de tidligere er påbegyndt, er det 10 pct. blandt øvrige unge jf. figur 2.6 og 2.7.



Anm.: 18-21-årige, der har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller været anbragt inden for de seneste fem år. Gennemført ungdomsuddannelse omfatter ungdomsuddannelse inkl. Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU) og videregående uddannelser som højeste fuldførte uddannelse ultimo 2015. Ungdomsuddannelser påbegyndt og gennemført i udlandet indgår ikke. I gruppen ”Aldrig påbegyndt en ungdomsuddannelse” indgår også personer med uoplyst uddannelsesstatus.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Der er store kommunale forskelle i, hvor mange udsatte 18-21-årige som er i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse. I nogle kommuner er mere end hver anden udsatte 18-21-årige i gang med eller har gennemført en ungdomsuddannelse, mens det i andre kommuner er under 40 pct., jf. figur 2.8.

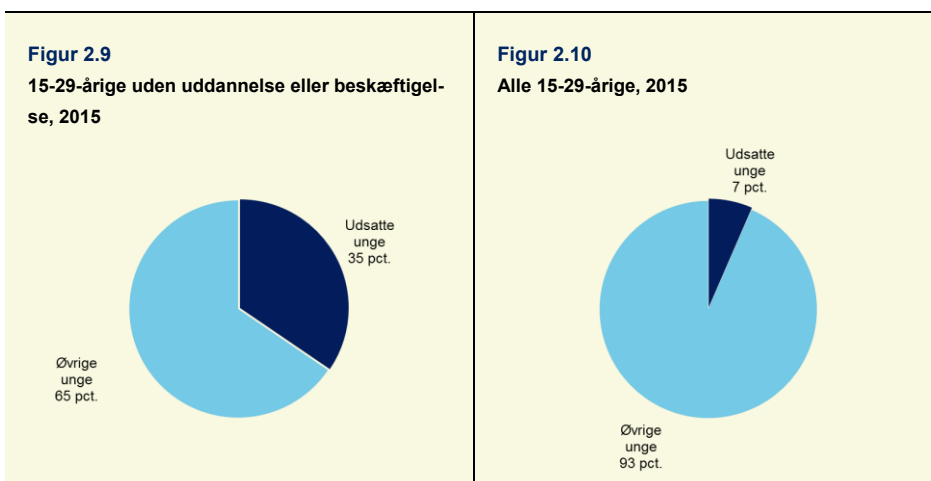


Anm.: 18-21-årige unge, der har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller været anbragt inden for de seneste fem år. Fanø, Samsø og Læsø er ikke medtaget pga. diskretionshensyn.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

De kommunale forskelle vil i nogen grad afspejle forskelle i tyngden af udfordringer blandt udsatte unge samt forskelle i kommunernes rammevilkår, herunder det lokale og regionale udbud af uddannelses tilbud. Men de indikerer et potentiale for, at nogle kommuner kan opnå bedre resultater ved at tilrettelægge indsatsen på en anden måde.

Den relativt svage tilknytning til uddannelsessystemet blandt udsatte unge kommer også til udtryk, når man ser på den samlede gruppe af 15-29-årige unge, der ikke har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse eller er i beskæftigelse. I 2015 udgjorde denne gruppe 70.000 personer, hvoraf 35 pct. er udsatte i den forstand, at de på et tidspunkt i deres liv har modtaget en forebyggende foranstaltning eller været anbragt uden for hjemmet, jf. figur 2.9. Det er en væsentlig højere andel, end hvis der ses på alle unge under ét, hvor 7 pct. er udsatte, jf. figur 2.10.



Anm.: Gruppen af unge, der ikke har gennemført eller er i gang med ungdomsuddannelse eller er i beskæftigelse, omfatter 15-29-årige unge, som har været i en dansk grundskole i en periode i 8.-10. klasse, men ikke har en ungdomsuddannelse, ikke er i gang med en ordinær fuldtidsuddannelse, ikke er i arbejde og ikke er på førtidspension eller SU.

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

For mange unge i gruppen uden uddannelse og beskæftigelse gør andre problematikker sig også gældende. Psykiske lidelser er fx markant mere udbredt blandt udsatte i gruppen, som har psykiske lidelser omkring syv gange oftere end øvrige unge. Ikke-udsatte unge i gruppen uden uddannelse og beskæftigelse har problemer med psykiske lidelser omkring fire gange oftere end øvrige unge.

Billedet gør sig også gældende i forhold til misbrugsproblematikker. Udsatte i gruppen har 16 gange så ofte misbrugsproblematikker som øvrige unge. Ikke-udsatte unge i gruppen uden uddannelse og beskæftigelse har seks gange så ofte som øvrige unge en eller flere misbrugsdiagnoser. Forskellene er også markante i forhold til kriminalitetsdomme. Udsatte i gruppen er 10 gange så ofte som øvrige unge dømt for kriminalitet. For ikke-udsatte i gruppen er det fire gange så ofte, jf. tabel 2.2.

Tabel 2.2

Diagnoser og kriminalitet blandt 15-29-årige, der ikke har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse eller er i beskæftigelse, 2015

	Udsatte unge I gruppen	Ikke-udsatte unge i gruppen	Øvrige unge
Har en eller flere psykiske diagnoser	46,0	25,6	7,0
Svær psykisk lidelse	15,8	8,4	1,3
Anden psykisk lidelse	42,5	23,0	6,6
Har en eller flere misbrugsdiagnoser	15,9	6,3	1,1
Alkoholmisbrug	3,2	1,5	0,4
Stofmisbrug	14,5	5,5	0,9
Stofmisbrug (hårde)	8	2,7	0,5
Hashmisbrug	9,6	3,6	0,5
Dømt for kriminalitet	30,3	11,4	2,9
Betinget	15,5	6,8	2,1
Ubetinget	12,3	4,04	0,7
Foranstaltningssdom	2,5	0,6	0,1

Anm.: Gruppen af unge, der ikke har gennemført eller er i gang med ungdomsuddannelse eller er i beskæftigelse, omfatter 15-29-årige unge, som har været i en dansk grundskole i en periode i 8.-10. klasse, men ikke har en ungdomsuddannelse, ikke er i gang med en ordinær fuldtidsuddannelse, ikke er i arbejde og ikke er på førtidspension eller SU. Diagnoser omfatter psykiatriske diagnoser og diagnoser forårsaget af alkoholafhængighed eller stofmisbrug stillet i forbindelse med kontakt til sundhedsvæsenet eller psykiatrien. Diagnoseerne følger definitionerne i SFI (2015b). Ved "Dømt for kriminalitet" benyttes den seneste dom, og en person kan således ikke optræde to gange.

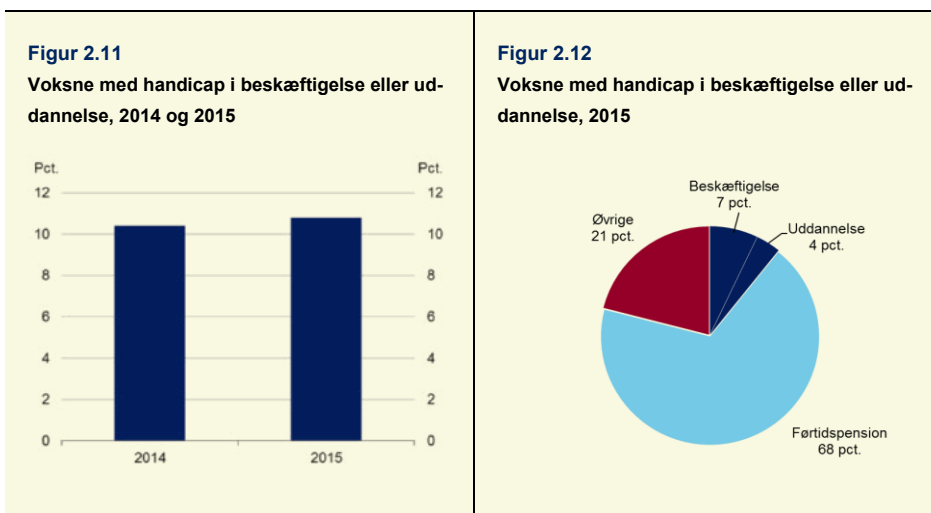
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og Styrelsen for It og Læring.

For de fleste er en uddannelse vejen til målet om en selvstændig tilværelse som en del af arbejdsfællesskabet. Desværre tabes alt for mange unge i junglen af uddannelses tilbud. Den relativt svage tilknytning til uddannelsessystemet for disse grupper, herunder udsatte unge, ligger til grund for regeringens udspil til en reform af de forberedende tilbud, som skal bidrage til, at flere unge, der ikke har gennemført eller er i gang med ungdomsuddannelse eller er i beskæftigelse, får en ungdomsuddannelse eller får tilknytning til arbejdsmarkedet, jf. boks 2.2 i afsnittet Initiativer med relevans for at flere bliver en del af arbejdsfællesskabet.

Mål for voksne med handicap

Det er afgørende, at de sociale indsatser har fokus på at give mennesker med handicap mulighederne for at blive en del af arbejdsfællesskabet. Ingen må opgives eller parkeres på offentlig forsørgelse på forhånd. Derfor har regeringen sat som mål, at *flere voksne med handicap skal i uddannelse eller beskæftigelse*.

Lidt flere mennesker med handicap ser ud til at komme i uddannelse og beskæftigelse. Andelen af personer, som modtager en handicaprelateret indsats efter serviceloven, og som er i uddannelse eller beskæftigelse, er steget fra 10 til 11 pct. mellem 2014 og 2015, jf. figur 2.11.



Anm.: Personer med handicap er afgrænset til 18-59-årige, der modtager en social indsats efter serviceloven som følge af nedsat fysisk eller psykisk (kognitiv) funktionsevne. Se ”Afgrensning af sociale mål - Baggrundsnotat” på sm.dk for en nærmere afgræsning af målgruppen. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Beskæftigelse omfatter personer med beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag. Uddannelse omfatter personer under uddannelse, som har arbejdet mindre end 950 timer i løbet af året. Øvrige omfatter midlertidige ydelser som fx konthjælp og SU.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

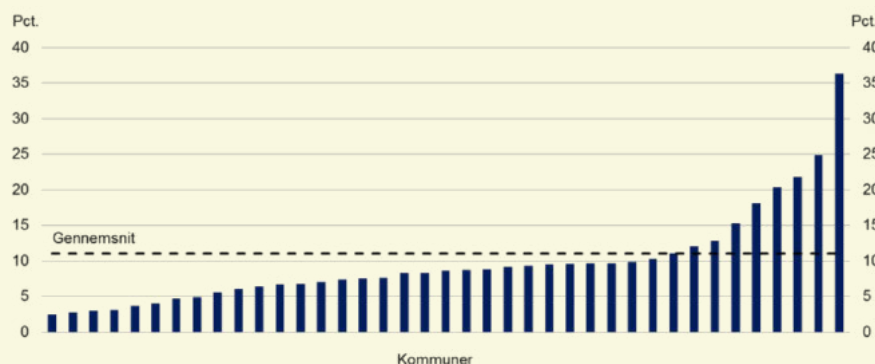
Knap 70 pct. af personer med handicap, som modtager en indsats efter serviceloven, har førtidspension som forsørgelsesgrundlag. Det er tegn på, at handicappet kan være af så betydelig en sværhedsgrad, at hel eller delvis selvforsørgelse ikke er realistisk, jf. figur 2.12.

Målet vedrører personer, der får en indsats efter serviceloven for at tilgodese et behov som følge af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Der indgår på nuværende tidspunkt ikke voksne med handicap, der alene modtager ydelser i form af hjælpemidler, da der ikke er centralt indsamlede data om tildelingen af hjælpemidler. Sandsynligvis er arbejdsmarkedsdeltagelsen for gruppen af personer med handicap, som alene benytter et hjælpemiddel i forbindelse med deres handicap, højere. Børne- og Socialministeriet arbejder med at tilvejebringe oplysninger om tildeling af hjælpemidler, hvilket vil bidrage til mere viden om personer med handicap (se også kapitel 8).

Der er store kommunale forskelle med hensyn til, hvor mange voksne med fysisk eller kognitivt handicap der er i beskæftigelse eller uddannelse. De fleste af kommunerne ligger under landsgennemsnittet, mens enkelte kommuner ligger væsentligt over, jf. figur 2.13.

Figur 2.13

Voksne med handicap i beskæftigelse eller uddannelse, fordelt på kommuner, 2015



Anm.: Personer med handicap er afgrænset til 18-59-årige, der modtager en social indsats efter serviceloven som følge af nedsat fysisk eller psykisk (kognitiv) funktionsevne. Se ”Afgrensning af sociale mål - Baggrundsnotat” på sm.dk for en nærmere afgrænsning af målgruppen. Opgørelsen er baseret på 39 ud af 44 kommuner, da fem kommuner er taget fra pga. diskretionshensyn. Beskæftigelse omfatter personer med beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag. Uddannelse omfatter personer under uddannelse, som har arbejdet mindre end 950 timer i løbet af året.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ud over forskelle i tilrettelæggelsen af indsatserne og forskelle i sværhedsgraden af handicap blandt kommunernes borgere med handicap, vil de kommunale forskelle i nogen grad afspejle forskelle i kommunernes rammevilkår, for eksempel udbuddet af uddannelses tilbud og jobåbninger på det lokale arbejdsmarked. Ikke desto mindre indikerer kommuneforskellene, at der er et potentiale for, at flere voksne med handicap kan blive en del af arbejdsfællesskabet. Kapitel 5 belyser beskæftigelse og uddannelse blandt personer med handicap nærmere.

Mål for voksne med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer

Psykiske vanskeligheder og sociale problemer udgør for mange en barriere for inklusion i fællesskabet, herunder i beskæftigelse og uddannelse. Det er derfor afgørende, at de sociale indsatser for målgruppen bidrager til at øge mulighederne for selvforsørgelse.

Regeringens sociale mobilitetsmål for denne målgruppe sigter derfor mod, at *flere personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer skal i uddannelse og beskæftigelse.*

Opgørelsen af personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer er baseret på indberettede data fra 44 kommuner. Lidt flere mennesker med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer ser ud til at komme i uddannelse og beskæftigelse. Andelen af personer, der modtager en social indsats efter serviceloven som følge af psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, og som er i uddannelse eller beskæftigelse, er steget fra ca. 6 til ca. 7 pct. mellem 2014 til 2015, jf. figur 2.14.

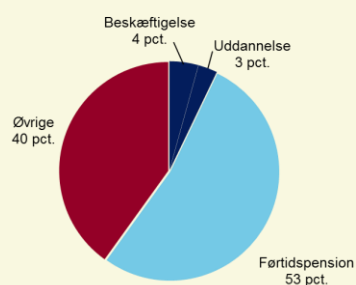
Figur 2.14

Voksne med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer i beskæftigelse eller uddannelse, 2014 og 2015



Figur 2.15

Voksne med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer i beskæftigelse eller uddannelse, 2015



Anm.: Personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer er afgrænset til 18-59-årige, der modtager en social indsats efter serviceloven som følge af psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. Se ”Afgrænsning af sociale mål - Baggrundsnotat” på sm.dk for en nærmere afgrænsning af målgruppen. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Beskæftigelse omfatter personer med beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag. Uddannelse omfatter personer under uddannelse, som har arbejdet under 950 timer i løbet af året. Øvrige omfatter midlertidige ydelser som fx kontanthjælp og SU.

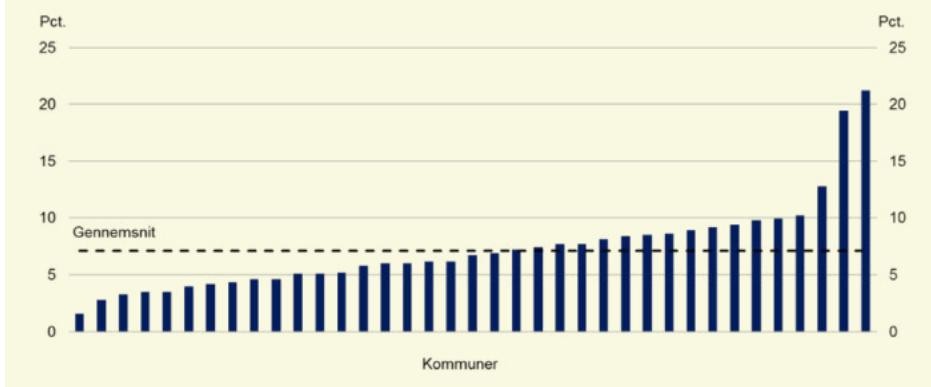
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Omkring 40 pct. i målgruppen modtager en midlertidig kontantydelse, hvilket indikerer, at der er et potentiale i at få målgruppen tættere på uddannelse og beskæftigelse. Det er dog ikke alle personer i målgruppen, hvor selvforsørgelse er realistisk, idet mere end halvdelen af personerne har førtidspension som forsørgelsesgrundlag, jf. figur 2.15.

Der er store kommunale forskelle i, hvor mange personer i målgruppen der er i beskæftigelse eller uddannelse. En stor del af kommunerne ligger over landsgennemsnittet på 7 pct., og der er enkelte kommuner, som har en væsentlig højere andel af personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer i beskæftigelse og uddannelse, jf. figur 2.16.

Figur 2.16

Personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer i beskæftigelse, fordelt på kommuner, 2015



Anm.: Personer med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer er afgrænset til 18-59-årige, der modtager en social indsats efter serviceloven som følge af psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer. Se ”Afgrensning af sociale mål - Baggrundsnotat” på sm.dk for en nærmere afgræsning af målgruppen. Opgørelsen er baseret på 37 ud af 44 kommuner, da syv kommuner er taget fra pga. diskretionshensyn. Beskæftigelse omfatter personer med beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag. Uddannelse omfatter personer under uddannelse, som har arbejdet mindre end 950 timer i løbet af året.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ud over forskelle i tilrettelæggelsen af indsatserne og forskelle i tyngden af problemer blandt kommunens borgere med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, vil de kommunale forskelle på samme måde som ved målet for voksne med handicap i nogen grad afspejle forskelle i kommunernes rammevilkår, for eksempel udbuddet af uddannelses tilbud og jobåbninger på det lokale arbejdsmarked. Ikke desto mindre indikerer det, at der er et potentiale for, at flere mennesker med psykiske vanskeligheder eller sociale problemer kan blive en del af arbejdsfællesskabet.

Mål for vold i nære relationer

Vold i nære relationer kan ikke alene have store helbredsmæssige konsekvenser. Et liv med vold kan også medføre psykiske problemer og social isolation. I kølvandet kommer ofte også økonomiske problemer og svag tilknytning til arbejdsmarkedet.

Statens Institut for Folkesundhed (2012) skønner, at omkring 33.000 kvinder og 13.000 mænd årligt udsættes for fysisk partnervold. Herudover kommer personer, som udsættes for psykisk vold af deres partner, samt de mange børn, som direkte eller indirekte bliver berørt af volden.

For alle berørte af volden er konsekvenserne store på både kort og langt sigt. De sociale indsatser skal derfor både tage hånd om den voldsudsattes behov her og nu, samt bidrage til

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

Der findes kun få registerdata, som kan bidrage til at belyse omfanget af vold i nære relationer og effekten af indsatserne rettet herimod. Det er derfor ikke muligt i år at give en status for målet. For fremadrettet at kunne følge op på regeringens sociale mål har Børne- og Socialministeriet per 1. januar 2017 iværksat en ny indsamling af oplysninger om alle kvinder og børn, som bliver indskrevet på et krisecentertilbud i henhold til serviceloven (se også kapitel 8). Statistikken for 2017 forventes offentliggjort i foråret 2018, og målet vil blive nærmere belyst i næste års socialpolitiske redegørelse.

Børne- og Socialministeriet har derudover givet mulighed for, at en række organisationer også kan bidrage med oplysninger om personer, som modtager et af deres ambulante tilbud mod vold i nære relationer. Disse oplysninger vil bidrage til at belyse omfanget af vold i nære relationer yderligere.

Initiativer med relevans for at flere bliver en del af arbejdsfællesskabet

Boks 2.2 beskriver nogle af de mange initiativer, som har relevans for udviklingen mod de sociale mål samt understøttelse og udvikling af de metoder og indsatser, der virker bedst i forhold til målene om, at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet.

Boks 2.2**Initiativer med relevans for at flere skal være en del af arbejdsfælleskabet****Aftale om stærkere dagtilbud**

Regeringen har i juni 2017 indgået en aftale om 24 initiativer, som skal bidrage til at styrke kvaliteten i dagtilbuddene, herunder med trygge og stimulerende læringsmiljøer for børnene og øget fleksibilitet for børnefamilierne. For børn i udsatte positioner er der særligt fokus på, at der skal være flere pædagoger i institutioner med mange børn i udsatte positioner, at den pædagogiske læreplan skal medvirke til stimulerende læringsmiljøer, og at alle relevante faggrupper samt forældre skal inddrages i et tæt samarbejde om barnets trivsel, læring og udvikling. Indsatserne skal mindske betydningen af negativ, social arv ved at styrke udsatte børns læring og trivsel i de tidlige år og videre i grundskolen.

Pulje til løft af de fagligt svageste elever

Regeringen har besluttet at afsætte en pulje for elevløft på 500 mio. kr. over tre år målrettet skoler med en høj andel af elever med et lavt fagligt niveau. Midlerne fra puljen skal udbetales til skolerne, hvis de kan dokumentere, at de har løftet de fagligt svageste elevers niveau i dansk og matematik. Puljen rettes mod elever i udskoling i folkeskolens almene klasser, da disse elever omfattes af nye adgangskrav til ungdomsuddannelserne, men ikke fuldt ud har fået gavn af folkeskolereformens øgede fokus på dansk og matematik. Det har været muligt for skolerne også at tilmelde sig et program, som skal være med til at understøtte skolerne i hele perioden.

Reform af de forberedende tilbud

Regeringen har i maj 2017 fremlagt et udspil til en reform af de forberedende tilbud. Udspillet kommer på baggrund af ekspertgruppen om bedre veje til en ungdomsuddannelses anbefalinger til, hvordan flere unge kan hjælpes videre i uddannelse eller beskæftigelse.

De unge, der ikke tager den direkte vej til uddannelse eller beskæftigelse, bliver i dag mødt af et komplekst og usammenhængende system af forberedende tilbud. Regeringen lægger derfor op til at etablere en ny Forberedende Grunduddannelse til unge op til 25 år, der ikke har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse eller ikke er i beskæftigelse. Den nye Forberedende Grunduddannelse skal erstatte seks eksisterende tilbud til målgruppen og har dermed til formål at forenkle og styrke indsatsen over for målgruppen.

Den nye Forberedende Grunduddannelse indeholder tre spor:

- *Almen grunduddannelse* målrettet de unge, som ønsker at komme videre på en erhvervsuddannelse eller HF
- *Produktionsgrunduddannelse* målrettet de unge, som har en praktisk læringstilgang, men som kan være uafklarede om deres fremtid
- *Erhvervsgrunduddannelse* målrettet de unge, som først og fremmest ønsker at komme i beskæftigelse og efterfølgende eventuelt fortsætte på en erhvervsuddannelse.

Regeringen lægger op til, at kommunerne får ansvaret for den nye Forberedende Grunduddannelse og for at sikre, at de unge får en koordineret og sammenhængende ungeindsats, der skal understøtte, at flere opnår en ungdomsuddannelse eller får varigt fodfæste på arbejdsmarkedet.

Udvikling og afprøvning af en integreret beskæftigelsesrettet og socialfaglig indsats

Med satspuljeaftalen på beskæftigelsesområdet for 2017 er der afsat 39,1 mio. kr. til udvikling og afprøvning af en integreret beskæftigelsesrettet og socialfaglig indsats, der understøtter, at længerevarende aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere kommer i ordinært job og fastholder jobbet. Initiativet gennemføres på tværs af beskæftigelses- og socialområdet, blandt andet ved at borgeren får en støtteperson i form af en bostøtte eller en mentor, der skal støtte borgeren i overgangen fra ledighed til job.

Boks 2.2 (fortsat)**Investering i virksomme indsatser til sårbare og udsatte børn og unge**

Satspuljepartierne har med satspuljeaftalen for 2017 afsat i alt 183,8 mio. kr. til investering i virksomme indsatser for udsatte og sårbare børn og unge. Med aftalen afsættes midler til initiativer, der sikrer en tidlig indsats, som kan bidrage til at forhindre, at problemer vokser sig store, bl.a. for at undgå stigmatisering og medicinering af børn og unge. Aftalen skal understøtte det forebyggende arbejde i kommunerne med redskaber til at hjælpe børn og unge i mistrivsel ind på en bedre livsbane med venner, familie, uddannelse og fritidsliv, ligesom deres jævnaldrende. Et af initiativerne har til formål at anvende og dokumentere metoder til at træne sårbare børn og unges mentaliseringssevner og målrettes anbringelsessteder for børn og unge. Der afsættes også midler til investering i forebyggende indsatser i regi af Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) for udsatte og sårbare unge i skole og dagtilbud, og derudover afsættes midler til udvikling af en socialøkonomisk investeringsmodel på børneområdet. Formålet er at give bl.a. kommuner og organisationer på området et redskab, der kan synliggøre det forventede økonomiske potentiale ved at implementere nye, virksomme indsatser.

Tidligere forebyggende indsats for socialt udsatte børn og unge

En stor del af landets kommuner er i gang med en strategisk omlægning af indsatsen for socialt udsatte børn og unge mod en tidligere forebyggende og mere effektiv indsats - flere steder også benævnt 'Den svenske model'. En række undersøgelser peger på, at svenske kommuner har succes med at anvende mere forebyggende og tværfaglige indsatser og foranstaltninger bl.a. med det resultat, at færre sager ender i langvarige, indgribende foranstaltningsforløb. Det indebærer, at indsatsen tænkes på tværs af sagsbehandling og tilbudsvifte og med fokus på sammenhængen til den tidlige indsats i almenmiljøet. Hensigten er, at der sættes ind med en indsats tidligt i problemudviklingen, at der arbejdes forebyggende, og at indsatsen rummer kvalitet og skaber udvikling for barn og familie. Det kræver en organisatorisk og helhedsorienteret omlægning med fokus på tværfagligt samarbejde omkring tidlig opsporing, den rette indsats og opfølgning på barnets udvikling. Et andet centralt element er hverdagslivsperspektivet, der indebærer, at indsatsen og den specialiserede støtte så vidt muligt tilrettelægges, så det enkelte barn bevarer tilknytningen til et almindeligt hverdagslivsmiljø, herunder familie, skole, fritidsinteresser, venner og netværk.

Socialstyrelsen understøtter kommunernes omlægning af indsatsen gennem flere initiativer. Under Forebyggelsespakken (2014-2017) indgår styrelsen i et partnerskab med tre kommuner om at udvikle en tidligere forebyggende og mere effektiv indsats for udsatte børn og unge. Sideløbende inddrages et netværk af referencekommuner, der arbejder i samme retning. Som del af satspuljeaftalen for 2016 blev der desuden afsat midler til faglig og økonomisk støtte til omlægning af indsatsen i landets kommuner, og Socialstyrelsen har i den forbindelse oprettet et udgående rådgivningsteam, der kan formidle viden og erfaringer om omlægning af indsatsen, ligesom kommuner kan søge om midler til omlægningen fra en investeringspulje.

Samlet indsats mod vold i nære relationer

I forbindelse med satspuljeaftalen på socialområdet for 2017 er der afsat 65,6 mio. kr. i perioden 2017-2020 til at styrke indsatsen for personer, der udsættes for vold i nære relationer. Aftalen indebærer, at der afsættes midler til styrkelse af de eksisterende ambulante behandlingstilbud til personer, der lever med vold i nære relationer. Hertil videreføres støtten til de eksisterende ambulante behandlingstilbud til voldsudøvere. Herudover afsættes midler til en national enhed mod vold i nære relationer, som skal drive den nationale hotline og juridiske rådgivning til voldsudsatte kvinder og mænd mv. Den nationale enhed skal endvidere stå for vidensindsamling og formidling om vold i nære relationer til relevante aktører på voldsområdet samt drive efterværnsaktiviteter med psykologhjælp i form af sociale netværk til voldsudsatte og deres børn.

2.3 Mål 6-10: Færre skal være socialt udsatte

Regeringens anden centrale sigtelinje for socialpolitikken er, at færre mennesker skal være socialt udsatte.

Der er opstillet fem konkrete mål, der skal bidrage til at fastholde et langsigtet fokus i den sociale indsats og arbejdet med at bringe borgere ud af udsathed.

Mål for kriminalitet blandt udsatte unge

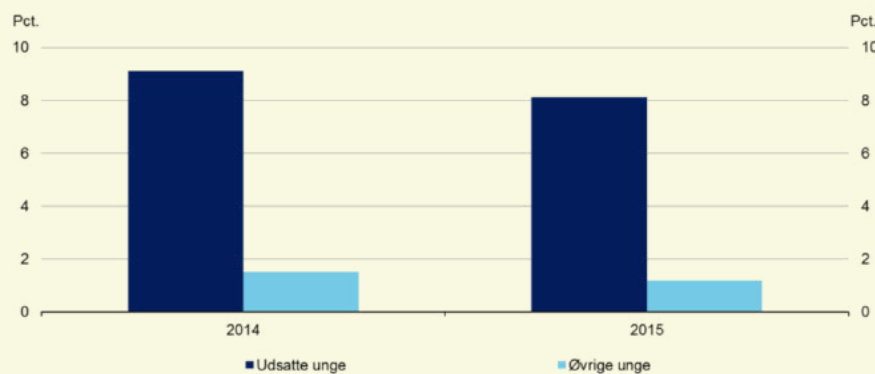
Kriminalitet er til skade for den enkeltes mulighed for et selvstændigt liv med uddannelse og beskæftigelse. Udsatte unge begår i højere grad kriminalitet end deres jævnaldrende. Selvom udsatte unge er overrepræsenteret i kriminalitetsstatistikkerne, går udviklingen dog i den rigtige retning.

Med det sociale mål om, at *færre udsatte unge skal begå kriminalitet* er forebyggelse af kriminalitet et centralt fokus i indsatsen for udsatte unge.

Kriminaliteten blandt udsatte unge ser ud til at være faldende. I 2015 havde 8 pct. blandt udsatte unge modtaget en fældende strafferetlig afgørelse, mens det var 9 pct. i 2014, jf. figur 2.17.

Figur 2.17

15-17-årige med en fældende strafferetlig afgørelse, 2014 og 2015



Anm.: Udsatte unge er afgrænset til 15-17-årige unge, der på et tidspunkt i livet har modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning eller har været anbragt uden for hjemmet.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

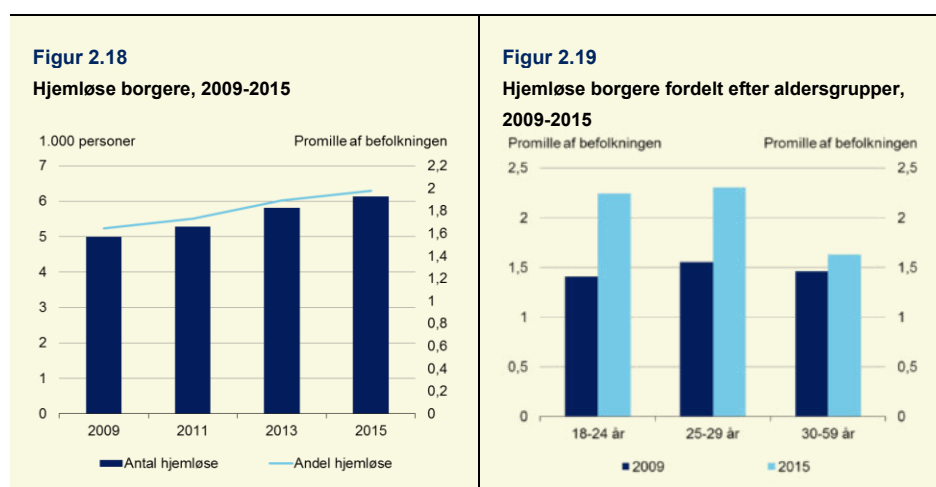
I samme periode er andelen blandt øvrige unge også faldet en smule. Udviklingen skal ses i lyset af, at ungdomskriminaliteten generelt har været faldende gennem en årrække.

Analyserne i kapitel 7 går i dybden med kriminalitet blandt udsatte unge.

Mål for hjemløshed

Borgere i hjemløshed udgør en af de allermest udsatte grupper i Danmark, og ofte har de hjemløse sociale problemer. Uanset forskelle i problemstillinger og støttebehov blandt hjemløse er en stabil boligsituation ofte udgangspunktet for at have overskud til at håndtere de andre problemer.

Antallet af hjemløse i Danmark bliver opgjort hvert andet år, og der foreligger endnu ikke tal for 2017, som kan bruges til at følge op på udviklingen siden 2015, hvor der var godt 6.100 hjemløse, jf. figur 2.18.



Anm.: Optællingen foretages hvert andet år i uge 6. Hjemløse uden fast ophold i Danmark indgår ikke i opgørelsen. Befolkningen er opgjort for 18-59-årige pr. 1. januar det pågældende tællingsår pga. en forholdsvis lille andel hjemløse borgere hhv. under 18 år og over 59 år. I 2015 udgjorde børn og unge under 18 år 1,6 pct. af det samlede antal hjemløse borgere. Voksne over 59 år udgjorde 5 pct.

Kilde: SFI (2015a) og Danmarks Statistiks registerdata.

Antallet af hjemløse borgere har været stigende siden 2009. Det er især blandt unge under 30 år, at der har været en væsentlig stigning, jf. figur 2.19.

I optællingen indgår hjemløse med dansk nationalitet og udenlandsk nationalitet, men ikke hjemløse uden fast ophold i Danmark, fx hjemløse migranter. Andelen af hjemløse med dansk eller udenlandsk nationalitet er uændret over de seneste tre kortlægninger. Stigningen er derfor gældende for begge grupper.

Mål for personer i stofmisbrugsbehandling

Et stofmisbrug har ofte såvel sociale som sundhedsmæssige konsekvenser og kan stå i vejen for, at mennesker kan klare sig selv. I 2015 var omkring 17.000 personer i behandling for et stofmisbrug, og det samlede antal personer med et stofmisbrug anslås at være væsentligt højere.

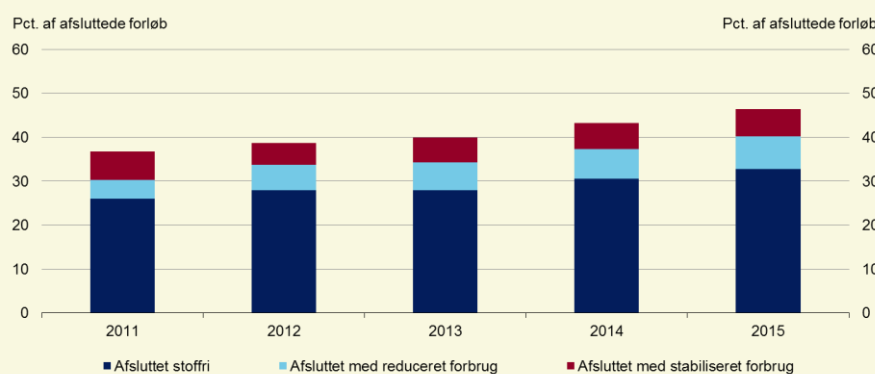
Der er meget stor forskel på både misbrugets hyppighed og art blandt personer med et stofmisbrug. For nogle vil stofmisbruget være en livslang udfordring, hvor stoffrihed ikke er en realistisk målsætning, mens det vil være realistisk for andre.

For alle mennesker med misbrugsproblemer er det imidlertid centralt, at misbruget kommer under kontrol og bliver begrænset så meget som overhovedet muligt. Et af de sociale mål går derfor på, at *flere af de personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal afslutte som stoffrie, med reduktion i stofmisbruget eller med et stabiliseret stofmisbrug.*

Der er tegn på, at effekten af stofmisbrugsbehandlingen er blevet bedre. I 2015 afsluttede 43 pct. et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffrie eller med et reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Det er en stigning på 3 pct.-point i forhold til 2014, jf. figur 2.20.

Figur 2.20

Afsluttede behandlingsforløb for stofmisbrug, som stoffrie, med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug, 2011-2015

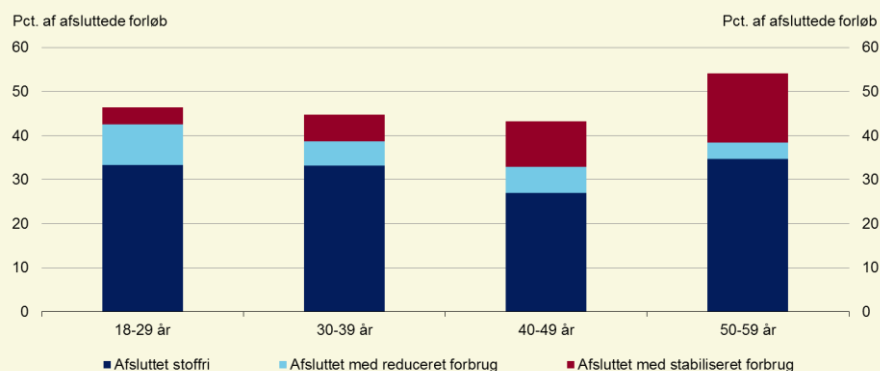


Anm.: Opgørelsen omfatter ikke forløb, hvor status ved afsluttet behandling er uoplyst. Hvis en person har afsluttet flere behandlingsforløb i løbet af året tæller vedkommende flere gange. Personer, som er i substitutionsbehandling bliver ikke altid afsluttet, da det ofte vil være et mål i sig selv at fastholde borgeren i behandling, idet behandlingen begrænser skaderne og forbedrer borgerens sociale og sundhedsmæssige situation. Derfor har substitutionsbehandling ofte karakter af at være et længerevarende eller varigt forløb og ikke et forløb, som nødvendigvis skal afsluttes.

Kilde: Egne beregninger på registerdata.

Udviklingen er en fortsættelse af tendensen de senere år. Siden 2011 er andelen af personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffrie, med reduktion i stofmisbruget eller med et stabiliseret stofmisbrug, steget med 10 pct.-point.

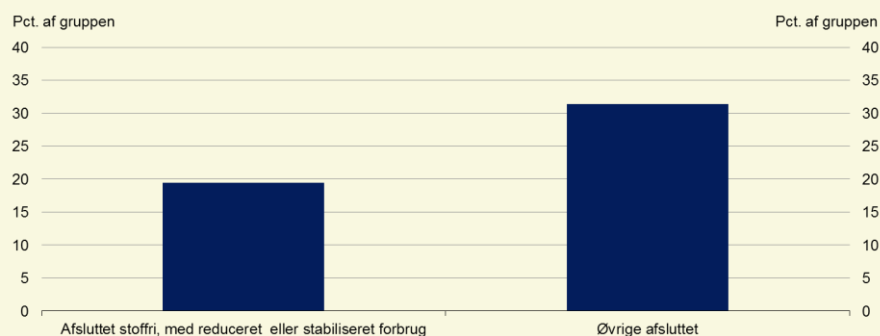
Unge under 30 år afslutter i højere grad behandlingen som stoffrie eller med reduceret stofmisbrug end ældre. De 50-59-årige afslutter omvendt oftere end yngre personer et behandlingsforløb med stabiliseret forbrug, jf. figur 2.21.

Figur 2.21**Afsluttede behandlingsforløb for stofmisbrug, opdelt på alder, 2015**

Anm.: Alder er opgjort den dag, borgeren startede i behandling. Se i øvrigt anmærkning til figur 2.20.

Kilde: Egne beregninger på registerdata.

Status ved behandlingsafslutning har betydning for risikoen for at komme i behandling igen. Blandt de personer, som afsluttede et behandlingsforløb i 2014 som stoffri, med reduceret forbrug eller stabiliseret forbrug, var det 19 pct., som vendte tilbage til behandlingen inden for et år. For personer med anden afslutningsstatus, herunder "tilbagefald" eller "ikke færdigbehandlet", var det 31 pct., jf. figur 2.22.

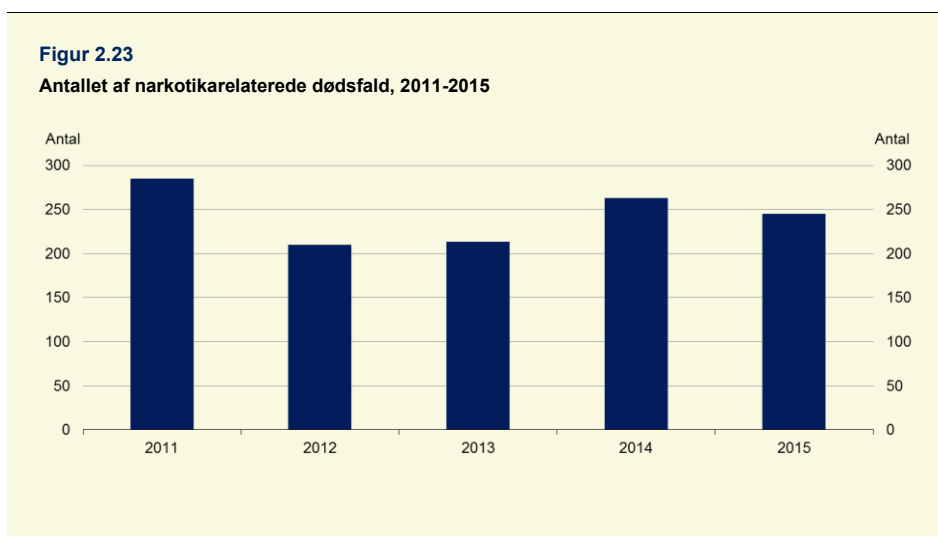
Figur 2.22**Personer med afsluttet behandlingsforløb mod stofmisbrug i 2014, som vender tilbage til behandlingen inden for et år.**

Anm.: Opgørelsen omfatter det først afsluttede behandlingsforløb for personer, som har afsluttet mere end ét behandlingsforløb i 2013. "Øvrige afsluttet" omfatter behandlingsforløb, hvor afslutningsstatus er "tilbagefald" eller "Ikke færdigbehandlet". Se i øvrigt anmærkning til figur 2.20.

Kilde: Egne beregninger på registerdata.

Det sociale mål om stofmisbrug omhandler ikke kun, at flere personer afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffrie, med reduceret eller med stabiliseret stofmisbrug, men også at antallet af narkotikarelaterede dødsfald falder.

Fra 2014 til 2015 registrerede Rigs politiet et mindre fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald. I alt blev der registreret 245 narkotikarelaterede dødsfald i 2015 mod 263 i 2014, jf. figur 2.23.



Anm.: I opgørelsen indgår også personer uden fast bopæl i Danmark og udenlandske statsborgere.
Kilde: Sundhedsstyrelsen (2016).

Mål for personer i alkoholbehandling

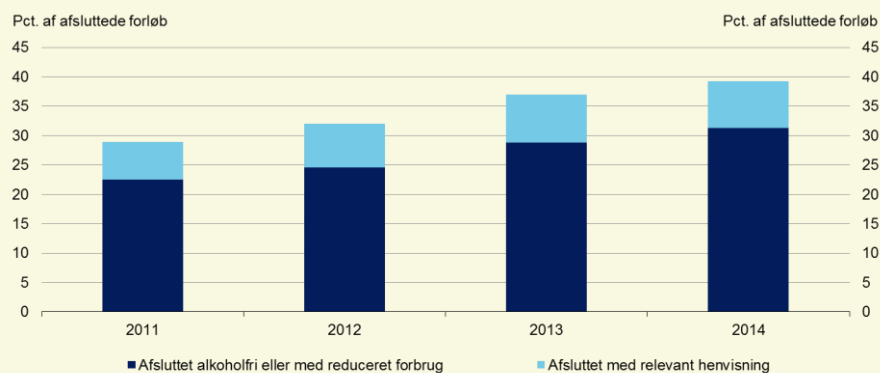
På samme måde som stofmisbrug kan alkoholafhængighed have store sociale og sundhedsmæssige konsekvenser for både den enkelte og de pårørende.

De sociale mobilitetsmål omfatter derfor også et mål om, at *flere personer i offentlig finansieret alkoholbehandling skal afslutte et behandlingsforløb som alkoholfri, med en reduktion i alkoholforbruget eller med relevant henvisning.*

Der er tegn på, at effekten af alkoholbehandlingen er blevet bedre. I 2014, der er det seneste år, der foreligger data for, afsluttede 39 pct. et behandlingsforløb for alkoholafhængighed med alkoholfrihed, et reduceret forbrug eller med relevant henvisning til yderligere behandling. Det er en stigning på 2 pct.-point i forhold til 2013, jf. figur 2.24.

Figur 2.24

Alkoholbehandlingsforløb, der er afsluttet færdigbehandlet eller udskrevet til andet tilbud, 2014



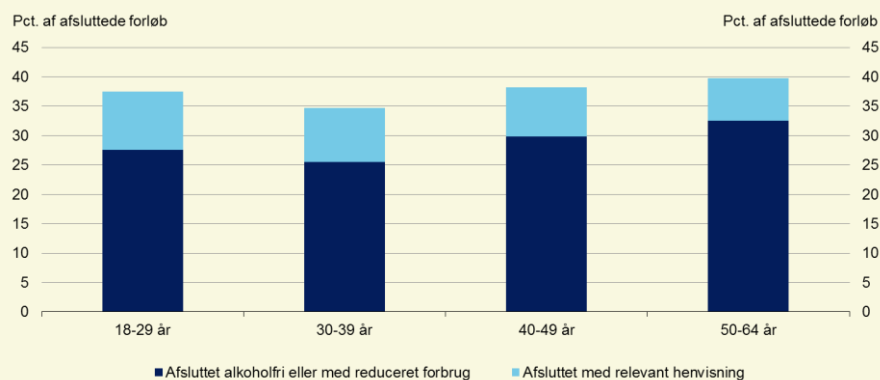
Anm.: Omfatter ikke-anonyme, offentligt finansierede alkoholbehandlingsforløb. Afsluttet med relevant henvisning omfatter ”Udskrevet til anden institution”, ”Udskrevet til egen læge” eller ”Udskrevet til hospital”.

Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen.

Udviklingen er en fortsættelse af tendensen de senere år. Siden 2011 er andelen af personer, der afslutter et behandlingsforløb for alkoholafhængighed med alkoholfrihed, et reduceret forbrug eller med relevant henvisning til yderligere behandling, steget med 10 pct.-point.

Der er kun mindre forskelle i behandlingseffekten på tværs af aldersgrupper. Personer over 40 år afslutter i lidt højere grad et behandlingsforløb som alkoholfri eller med reduceret forbrug end de yngre aldersgrupper. De yngre aldersgrupper under 40 år afslutter derimod i lidt højere grad med en relevant henvisning, jf. figur 2.25.

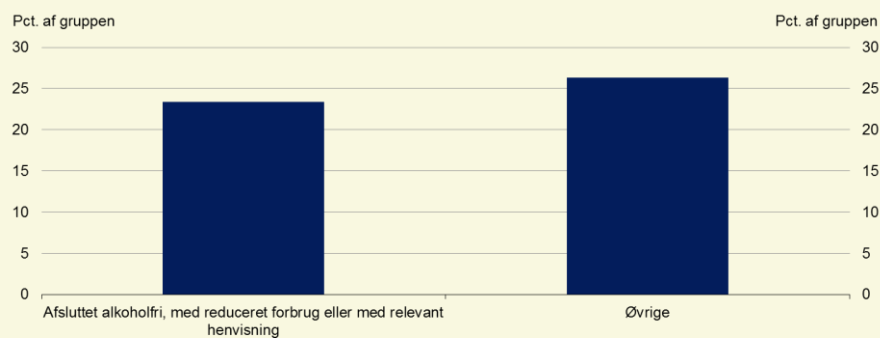
Figur 2.25
Afsluttede alkoholbehandlingsforløb, opdelt på alder, 2014



Anm.: Afsluttede behandlingsforløb i 2014. Alder er opgjort ultimo 2014. Se anmærkningen til figur 2.24.
Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen.

Blandt de personer, som i 2013 afsluttede et behandlingsforløb som alkoholfri, med reduceret forbrug eller med relevant henvisning, vendte 23 pct. tilbage til behandlingen inden for et år. Blandt personer med en anden afslutningsstatus i 2013 var det lidt over 26 pct., som vendte tilbage til behandling inden for et år, jf. figur 2.26.

Figur 2.26
Personer med afsluttet behandlingsforløb i 2013, som vender tilbage til behandlingen inden for et år



Anm.: Opgørelsen omfatter det først afsluttede behandlingsforløb for personer, som har afsluttet mere end ét behandlingsforløb i 2013. "Øvrige afsluttet" omfatter bl.a. behandlingsforløb, hvor afslutningsårsagen er udeblivelse, fraflytning samt forløb afsluttet efter ønske fra klienten. Se i øvrigt anmærkning til figur 2.24.

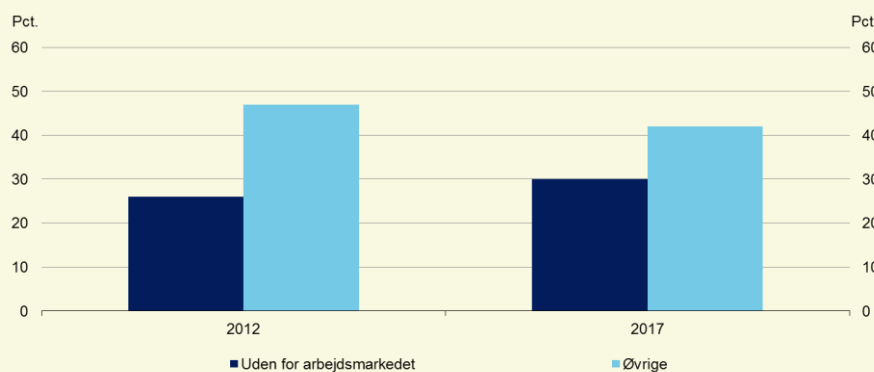
Kilde: Egne beregninger på registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen .

Mål for frivillig indsats blandt borgere uden for arbejdsmarkedet

For de personer, hvor beskæftigelse ikke er en umiddelbar mulighed, kan frivilligt engagement være en vej ind i fællesskabet og en måde at bidrage som en aktiv medborger på lige fod med andre. Deltagelse i den frivillige indsats kan skabe unikke fællesskaber og er dermed ikke alene værdifuldt for den enkelte frivillige borger, men også en betydningsfuld ressource for samfundet. Regeringen har derfor som mål, at *flere personer, som står uden for arbejdsmarkedet, og som ikke er under uddannelse, skal være en del af den frivillige indsats.*

Der er et potentiale i, at mennesker, som ikke umiddelbart har mulighed for at blive en del af arbejdsmarkedet, bliver en del af den frivillige sektor. En helt ny frivillighedsundersøgelse, som Børne- og Socialministeriet har fået foretaget i 2017, viser, at 30 pct. af de personer, som hverken er i beskæftigelse eller uddannelse, er en del af den frivillige indsats, jf. figur 2.27.

Figur 2.27
Personer, der er en del af den frivillige indsats, 2017



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

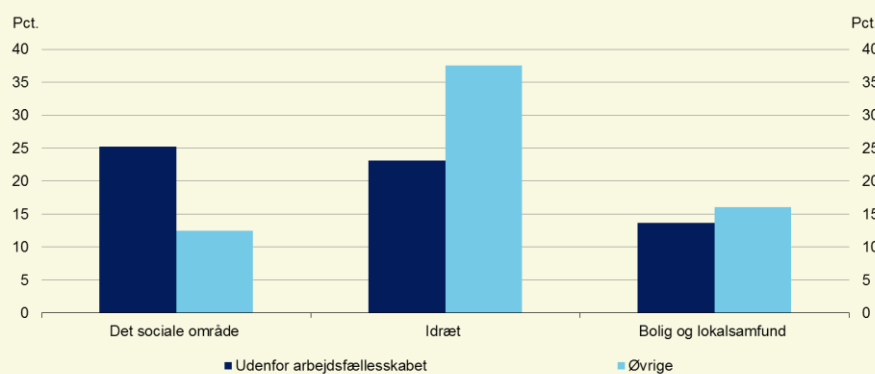
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata, SFI (2014) og Rambøll (2017).

Udviklingen er gået i den rigtige retning siden den seneste frivillighedsundersøgelse i 2012, hvor 26 pct. af de personer, som hverken var i beskæftigelse eller uddannelse, var en del af den frivillige indsats. Der er dog stadig en forskel mellem denne gruppe og resten af befolkningen, hvor 42 pct. er engageret i den frivillige indsats.

Der er forskel på, hvilke områder personer uden for arbejdsfællesskabet og den øvrige befolkning er frivillige indenfor. De tre mest dominerende områder er hhv. det sociale område, idrætsområdet og området for bolig og lokalsamfund. 25 pct. af personerne uden for arbejdsfællesskabet er frivillige på det sociale område, hvor det kun er 13 pct. blandt resten af befolkningen. På idrætsområdet er der 23 pct. af personer uden for arbejdsfællesskabet, som er frivillige og 38 pct. for øvrige. Endelig er der området for bolig og lokalsamfund, hvor 14 pct. uden for arbejdsfællesskabet er frivillige og 16 pct. blandt øvrige, jf. figur 2.28.

Figur 2.28

Område for frivillige indsatser, 2017



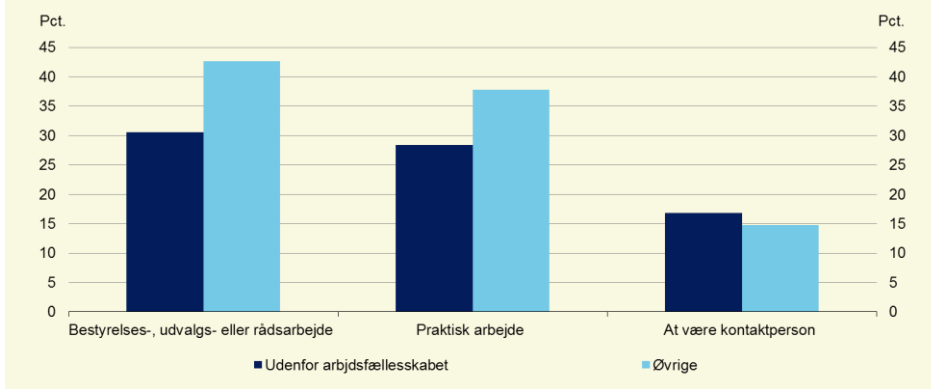
Anm.: 16-85-årige. Frivilligt engagement omfatter ulønnet arbejde, der er frivilligt, udføres i organisatorisk sammenhæng, er til gavn for andre end én selv og den nærmeste familie. Se anm. til figur 2.27.

Kilde: Rambøll (2017).

Der er også forskelle i typen af frivillige indsatser, der bliver udført. Blandt personer uden for arbejdsfællesskabet er der henholdsvis 31 og 28 pct., som udfører bestyrelses-, udvalgs- eller rådsarbejde samt praktisk arbejde. Tallene for den øvrige befolkning er henholdsvis 43 og 38 pct. Personer uden for arbejdsfællesskabet er lidt oftere end den øvrige befolkning frivillig kontaktperson, jf. figur 2.29.

Figur 2.29

Type af frivilligt engagement, 2017



Anm.: 16-85-årige. Frivilligt engagement omfatter ulønnet arbejde, der er frivilligt, udføres i organisatorisk sammenhæng, er til gavn for andre end én selv og den nærmeste familie. Se anm. til figur 2.27.

Kilde: Rambøll (2017).

Initiativer med relevans for at færre skal være socialt udsatte

Boks 2.3 beskriver nogle af de mange initiativer, som har relevans for udviklingen mod de sociale mål og understøttelse og udvikling af de metoder og indsatser, der virker bedst i forhold til målene om, at færre skal være socialt udsatte.

Boks 2.3**Initiativer med relevans for at færre skal være socialt udsatte****Udviklings- og investeringsprogrammet på voksenområdet**

Med satspuljeaftalen for 2017 blev der afsat en kvart milliard kr. over fire år til at opnå bedre resultater af kommunernes indsats for socialt udsatte voksne, så flere modtager en indsats, der bygger på gode erfaringer og solid viden om effekten. Det skal ske gennem et nyt, socialt udviklings- og investeringsprogram. Nogle af initiativerne i 2017 handler om en række målrettede bostøttemetoder, som de seneste år har opnået gode resultater ved at udsatte voksne får intensiv hjælp til at håndtere hverdagen fx i form af økonomisk rådgivning, psykologhjælp og jobstøtte mv. Der afsættes midler til at implementere tre af metoderne til nye kommuner, så de kan komme flere til gavn. Derudover tyder kommunale erfaringer på, at mange kan have gavn af at modtage bostøtte i fællesskab med andre. Derfor igangsættes der også forsøg med gruppebaserede forløb.

26 kommuner implementerer hjemløsestrategien

Som led i først Hjemløsestrategien (2009-2013) og siden flere efterfølgende indsatser deltager 26 kommuner i dag i et samarbejde med Socialstyrelsen om at implementere og forankre Housing First-tilgangen samt de evidensbaserede bostøttemetoder i deres indsatser for hjemløse. Socialstyrelsen tilbyder og indgår løbende samarbejdsaftaler med nye kommuner med henblik på at bidrage til et løft af indsatsen for så mange personer i hjemløshed som muligt.

Task force for civilsamfundet

I juni 2017 har børne- og socialministeren samt innovationsministeren nedsat en task force for civilsamfundet. Task forcen skal bistå med at kvalificere en kommende civilsamfundsstrategi, der skal bidrage til at styrke den frivillige indsats i Danmark og sikre, at civilsamfundet også fremover har de bedste muligheder for at være levende, samarbejdende og mangfoldigt. Task forcen skal blandt andet komme med anbefalinger til, hvordan det sikres, at alle har mulighed for at bidrage til den frivillige indsats, og hvordan samarbejdet mellem det offentlige og civilsamfundet fortsat kan udvikles.

Partnerskaber med fokus på udsatte gruppers inklusion og deltagelse

I satspuljeaftalen 2015 blev der afsat 6,4 mio. kr. til et projekt fra 2015-2018, som skal understøtte og udvikle steder/rum/arenaer, hvor der arbejdes bevidst med, at mennesker kan mødes på tværs af sociale miljøer og sociale skel og skabe frivillige sociale netværk, så de involverede borgere får de bedst mulige betingelser for at etablere en selvstændig og meningsfuld hverdag. Projektet indeholder blandt andet udsatte borgeres deltagelse i peer-to-peer fællesskaber.

Frivilligpakken

I satspuljeaftalen for 2016 blev der afsat ca. 40 mio. kr. til en frivilligpakke, der bl.a. har som formål at skabe den nødvendige infrastruktur og gode rammer for, at frivillige kan tage ansvar for at hjælpe og inkludere udsatte mennesker i fællesskaber.

Implementering af nationale retningslinjer for social misbrugsbehandling

I et samarbejde med 20-25 kommuner understøtter Socialstyrelsen implementeringen af de nationale retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling, som blev offentliggjort i 2016. Samarbejdet har til formål at sikre, at kommunerne kan benytte de nationale retningslinjer som grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af den sociale stofmisbrugsbehandling og arbejde i overensstemmelse hermed.

Boks 2.3 (fortsat)**Udbredelse af behandlingsmodeller til unge med misbrug**

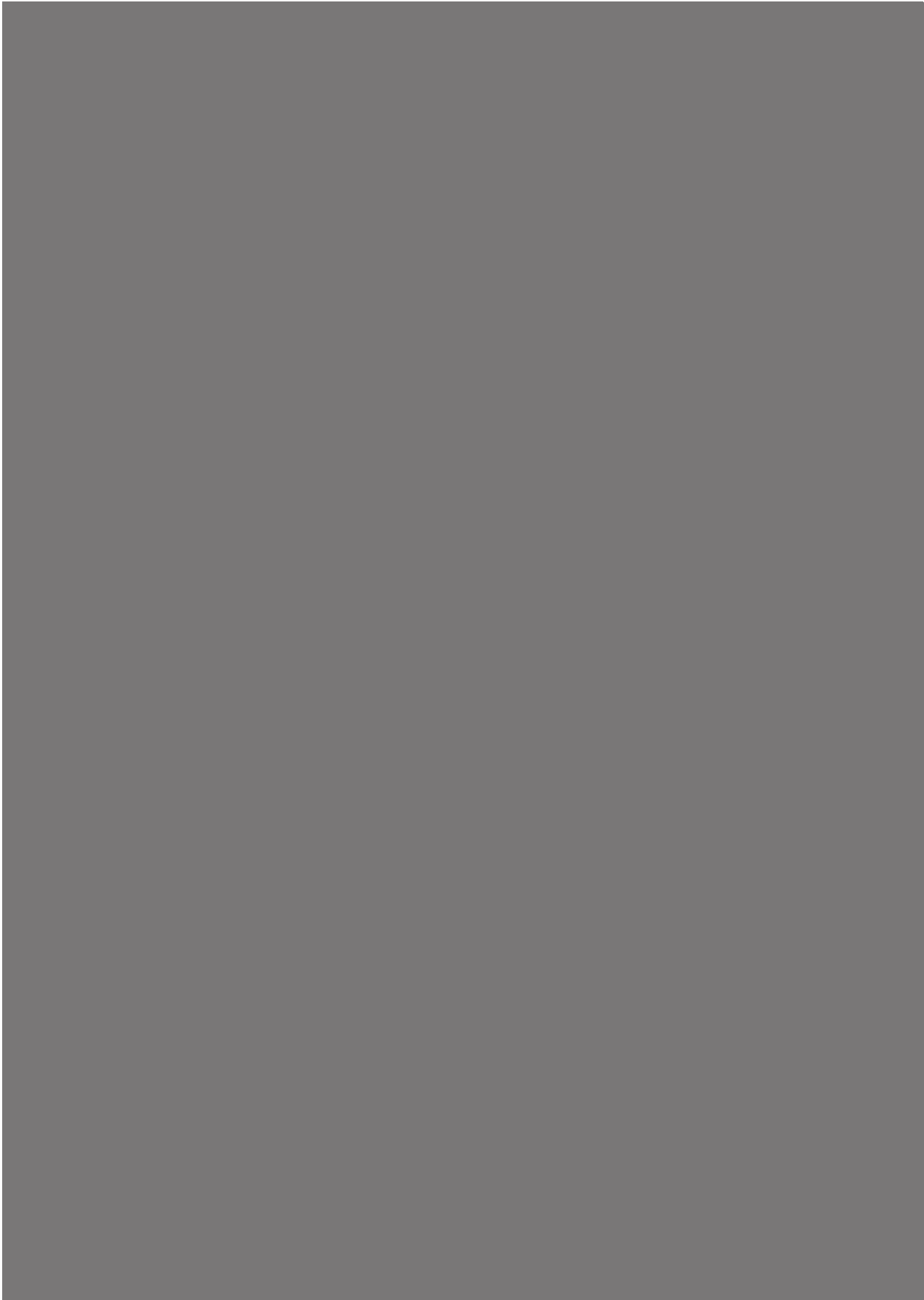
Med satspuljeaftalen for 2016 udbredes i 2016-2019 tre lovende behandlingsmodeller til unge mellem 15-25 år med et stofmisbrug. Modellerne er tidligere blevet implementeret i seks kommuner, hvor der har været positive resultater. Modellerne har særligt fokus på, at indsatserne er helhedsorienterede og målrettet de unges særlige behov, så behandlingen er attraktiv for de unge, så de bliver fastholdt i behandlingen. De tre modeller er:

- U18-modellen, Aarhus Kommunes indsats for unge med misbrugsproblemer.
- U-turn, Københavns Kommunes tilbud til unge med misbrugsproblemer.
- MST-SA (Multisystemisk Terapi – Substance Abuse), som er en metode udviklet i USA.

Nationale kliniske retningslinjer på alkoholområdet

Sundhedsstyrelsen har udgivet tre nationale kliniske retningslinjer på alkoholområdet, som skal bidrage til en højere og mere ensartet kvalitet af alkoholbehandlingen i Danmark:

- National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed.
- Tillæg til den nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed – valg af farmakologisk behandling.
- National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse.



3. Målgrupper, modtagere og udgifter på det sociale område

Modtagere af sociale indsatser omfatter udsatte børn og unge, udsatte voksne, herunder voksne med psykiske vanskeligheder samt voksne med handicap, der udgør de tre hovedmålgrupper på socialområdet. Fællestrækket for grupperne er, at de modtager støtte og hjælp efter serviceloven eller sundhedsloven (for så vidt angår alkoholbehandling) på grund af sociale problemer, psykiske vanskeligheder eller et handicap.

For disse mennesker har den sociale indsats afgørende betydning for livskvaliteten og deres muligheder for at tage aktivt del i samfundet. En af forudsætningerne for, at man kan iværksætte virksomme sociale indsatser, er, at man har viden om målgrupperne og de indsatser, de modtager; hvor mange modtager en indsats, hvilken indsats er der tale om, og hvad koster indsatsen?

Analyserne i dette kapitel ser derfor nærmere på målgrupper, modtagere og udgifter på det sociale område. Der gøres også rede for den valgte afgrænsning i redegørelsens analyser, hvor analyserne afgrænset til modtagere af sociale indsatser.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

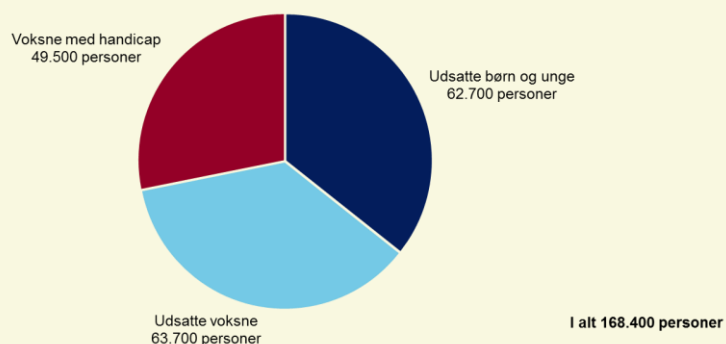
- Modtagere af sociale indsatser på tværs af børn, unge og voksne udgjorde ca. 168.000 personer i 2015, der er det seneste år, hvor der foreligger data om modtagere inden for alle tre hovedmålgrupper. Der er tale om en bred vifte af sociale indsatser, der altovervejende er forankret i kommunerne.
- Udsatte børn og unge i alderen 0-22 år, der løbet af i 2015 modtog en social foranstaltning i form af forebyggende foranstaltninger eller en anbringelse uden for hjemmet, talte ca. 62.700 børn. Det svarer til ca. 4 pct. af alle 0-22-årige. Andelen af børn og unge, der modtager en social foranstaltning, har ligget på et relativt stabilt niveau siden 2007. Udviklingen dækker imidlertid over en omstilling i den sociale indsats mod flere personrettede forebyggende foranstaltninger og færre anbringelser uden for hjemmet.

- Når kommunerne iværksætter en anbringelse uden for hjemmet, sker det i stigende grad i plejefamilier. Ved udgangen af 2007 udgjorde anbragte i plejefamilier 48 pct., mens andelen var steget til 62 pct. ved udgangen af 2015. Der anbringes tilsvarende mindre på de specialiserede sociale tilbud som fx døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder.
- Udsatte voksne, der modtager en social indsats, omfatter personer over 18 år, som modtager hjælp og støtte efter serviceloven mv. på grund af sociale problemer eller psykiske vanskeligheder. Gruppe talte ca. 63.700 personer i 2015. Det registrerede antal af modtagere er steget de senere år. Stigningen er især sket blandt 18-29-årige og blandt personer over 50 år, der modtager socialpædagogisk støtte, alkoholbehandling og stofmisbrugsbehandling.
- Voksne med handicap, som modtager støtte eller hjælp efter serviceloven, omfatter i denne redegørelse personer over 18 år med en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Der findes registerdata om gruppen for perioden 2014-2016. Gruppen talte ca. 49.900 personer i 2016. Der er indikationer på, at antallet af personer, der modtager handicapkompenserende indsatser, er steget fra 2014 til 2016. Det skyldes især en stigning i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte.
- De samlede offentlige udgifter til sociale indsatser udgjorde 45,4 mia. kr. i 2016. Udgifterne til udsatte børn og unge udgjorde 15,7 mia. kr. svarende til en tredjedel af de samlede udgifter. Udgifterne til voksenområdet (udsatte voksne og voksne med handicap) udgjorde 29,7 mia. kr. svarende til en tredjedel af udgifterne.
- Der er meget stor forskel på enhedsudgifterne til de forskellige typer af sociale indsatser. Enhedsudgiften er udtryk for driftsudgifterne til en given indsats pr. år. For eksempel anslås enhedsudgiften til en fast kontaktperson for et udsat barn eller ung at ligge mellem 50.000 kr. og 80.000 kr. om året. Mens enhedsudgiften til anbringelse på en døgninstitution anslås at udgøre lidt over 1,1 mio. kr. årligt.

3.1 Målgrupper og modtagere på socialområdet

Sammenlagt modtog ca. 168.000 personer en social indsats i 2015, som er det seneste år, hvor der foreligger data for alle modtagere i de tre hovedmålgrupper på socialområdet; udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap, jf. figur 3.1.

Figur 3.1
Modtagere af sociale indsatser efter hovedmålgruppe, 2015



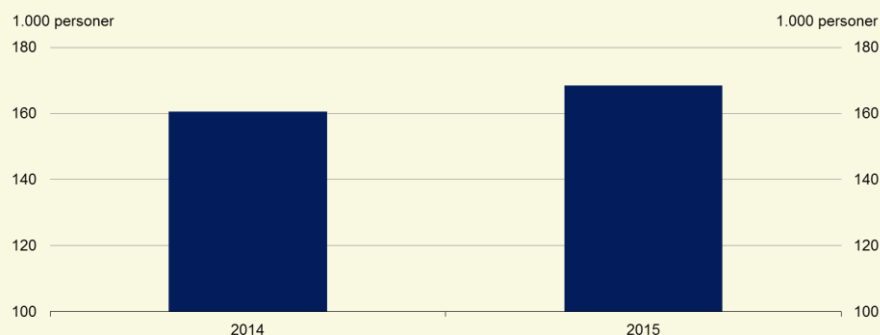
Anm.: Nogle personer modtager flere indsatser og indgår i mere end én målgruppe. "I alt" omfatter summen af antallet af personer på voksenområdet (udsatte voksne og voksne med handicap under ét) og antallet af udsatte børn og unge. Nogle udsatte unge i alderen 18-22 år kan også optræde i gruppen af udsatte voksne, eksempelvis unge i misbrugsbehandling. Se også boks 3.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Antallet af modtagere af sociale indsatser er steget i 2015 i forhold til 2014, hvor der var registreret ca. 160.000 modtagere, jf. figur 3.2.

Figur 3.2

Modtagere af sociale indsatser, 2014 og 2015



Anm.: Stigningen kan bl.a. skyldes registreringsmæssige forhold i kommuner og sociale tilbud. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

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

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

Opgørelsen af målgrupperne er nærmere beskrevet i boks 3.1.

Boks 3.1**Opgørelse af modtagere af sociale indsatser og hovedmålgrupper**

Udsatte børn og unge vedrører 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 strafferetlige årsager ved dom, når opholdet er led i afsoning, jf. § 78 i straffuldbyrdelsesloven, eller en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling på et anbringelsessted, jf. § 74 a i straffeloven (ungdomssanktion). Hertil kommer anbringelser ved kendelse i varetægtsurrogat på et anbringelsessted, jf. § 765 i retsplejeloven. Disse personer indgår også i målgruppen af udsatte børn og unge.

Der har siden 1977 været indsamlet registerdata (individdata) vedrørende anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger, jf. Danmarks Statistiks register for udsatte børn og unge. I 2014 er statistikken udbygget med individdata for modtagere af familierettede forebyggende foranstaltninger. Den sociale indsats efter serviceloven i forhold til udsatte børn og unge er dog ikke fuldt belyst af registerdata. Det drejer sig bl.a. om den forebyggende indsats under § 11, idet der ikke er pligt til en børnefaglig undersøgelse eller særskilt journalpligt i tilknytning hertil.

Udsatte voksne og personer med handicap vedrører personer på 18 år og derover med varigt nedsat funktionsevne psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer, som modtager en social foranstaltning inden for rammerne af kapitel 14-21 i serviceloven eller er i alkoholbehandling (sundhedslovens § 141). Personer med handicap har en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Fysiske handicap omfatter blandt andet forskellige former for syns- og hørenedsættelser samt mobilitetshandicap, fx muskelsvind og rygmarvsskader. Hjerneskader og udviklingshæmning er eksempler på kognitive funktionsnedsættelser, der kan have betydning for sproglige, motoriske og sociale evner. Udsatte voksne er personer med psykiske vanskeligheder (sindslidelser) eller et særligt socialt problem, herunder brugere af forsorgshjem og herberger (§ 110 i serviceloven) og personer i misbrugsbehandling mv. Sindslidelser omfatter bl.a. angst, depression, personlighedsforstyrrelse, stressbelastning og spiseforstyrrelse.

Serviceloven opererer ikke med begrebet "kognitiv funktionsnedsættelse", men benytter det bredere begreb "psykisk funktionsnedsættelse". Begrebsbrugen afspejler De Kommunale Serviceindikatorer, hvor kommunerne skal indberette, hvilken målgruppe en borger tilhører, når vedkommende modtager en social indsats. Kommunerne skal inden for den overordnede gruppe med psykisk funktionsnedsættelse angive, om borgeren tilhører målgruppen med en kognitiv funktionsnedsættelse, målgruppen med en sindslidelse eller begge. Personer, hvor den psykiske funktionsnedsættelse skyldes en sindslidelse, indgår, som nævnt, i gruppen af udsatte voksne.

Opgørelserne på voksenområdet bygger primært på fire registre: De Kommunale Serviceindikatorer på voksenområdet, Boformstatistikken, registret "Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere" og "Det Nationale Alkoholbehandlingsregister". De Kommunale Serviceindikatorer omfatter indberetninger fra 44 kommuner med data i perioden 2014-2016. Antal modtagere er opregnet til landsniveau på baggrund af alders- og kønsspecifikke vægte.

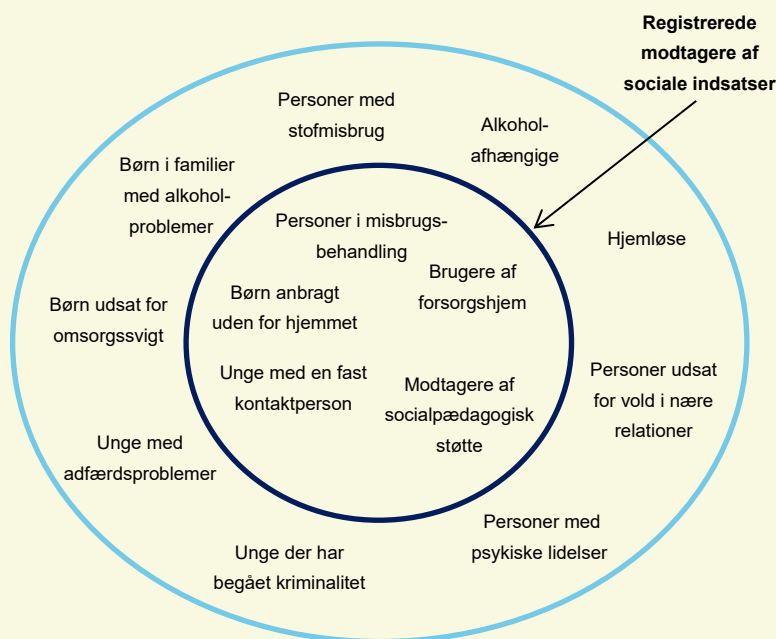
Registrene giver ikke et fuldstændigt billede af den sociale indsats på voksenområdet. Nogle af ydelserne i De Kommunale Serviceindikatorer er frivillige at indberette for kommunerne. Det drejer sig bl.a. om dækning af merudgifter (§ 100) og støtte til hjælpemidler (§ 112). Den fulde brug af § 99 (støtte-/kontaktperson til udsatte voksne) kendes heller ikke, idet ordningen ikke forudsætter visitation/registrering. Det samme er tilfældet for den forebyggende indsats på voksenområdet under §§ 10 og 12.

Læs mere opgørelsen af udsatte voksne og voksne med handicap i bilag 4 og bilag 5.

Personer, der modtager sociale indsatser på et givet tidspunkt, vil kun udgøre en del af det samlede antal af personer med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger m.fl., jf. figur 3.3.

Figur 3.3

Eksempler på personer med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger m.fl.



Anm.: Der er tale om en illustration af grupper i samfundet med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger mv. og grupper af modtagere af indsatser på socialområdet. Størrelsen af de to cirkler i figuren siger ikke noget om det faktiske størrelsesforhold mellem grupperne.

De forskellige velfærdsordninger i det danske samfund favner imidlertid en bred vifte af borgere med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger, der på den ene eller anden måde får og kan få hjælp. Det kan være på det almene område, fx i dagtilbud og på skoler, på uddannelsessteder og i sundhedssystemet. Eller på det specialiserede socialområde, som denne redegørelse handler om. Herudover kommer hele den frivillige sociale indsats, hvoraf en del understøttes økonomisk af det offentlige, både kommunalt og med centralt afsatte midler.

Analyserne i denne redegørelse baserer sig på centralt indsamlede registerdata om de tre hovedmålgrupper på det specialiserede socialområdet. Det betyder, at der vil være udsatte – børn, unge og voksne – og mennesker med handicap, som ikke er omfattet af analyserne i redegørelsen, fordi de ikke har modtaget en indsats efter serviceloven mv. Der vil også være nogle, der ikke indgår, selvom de har modtaget en social indsats, fordi der aktuelt ikke findes

registerdata om dem. Det gælder for eksempel for brugere af krisecentre og personer med fysisk handicap, der alene modtager en indsats i form af et hjælpemiddel.

Nogle personer med sociale eller handicaprelaterede problemstillinger vil aldrig komme i kontakt med det sociale system. Det kan være personer med et stofmisbrug, der finder hjælp til at løse deres problemer i personlige netværk eller modtager privat misbrugsbehandling, som de selv finansierer. Eller personer med psykiske vanskeligheder, der klarer hverdagen uden støtte, eller som får den hjælp, de har brug for inden for sundhedssystemet, og ikke behøver en indsats efter serviceloven.

Andre vil på et senere tidspunkt modtage en social indsats. Det kan være alkoholafhængige eller personer med et stofmisbrug, der erkender deres problemer og søger hjælp i det offentlige behandlingssystem. Eller mennesker med handicap og psykiske vanskeligheder, hvis situation forværres på en måde, der nødvendiggør en indsats i form af socialpædagogisk støtte eller et ophold på et botilbud for at lette dagligdagen og forbedre livskvaliteten. Det kan også være børn og unge, hvor der bliver iværksat en social foranstaltning, efter pædagoger i vuggestuen eller børnehaven har gjort opmærksom på omsorgssvigt og misbrugsproblemer i hjemmet. Eller unge, der begår gentagende kriminalitet og får en fast kontaktperson, som skal støtte op om og hjælpe den unge ud af kriminalitet.

Når der i denne redegørelse er valgt en afgrænsning med udgangspunkt i personer, der modtager indsatser efter serviceloven skyldes det flere forhold. *For det første* skal analyserne i redegørelsen understøtte politikudviklingen på det specialiserede socialområde ved at skabe mere viden om den socialpolitiske indsats og resultaterne af de mange ressourcer, som anvendes på området i dag. Redegørelsen har derfor sit udgangspunkt i modtagere af indsatser, der kan bevilges efter serviceloven.

For det andet findes der ikke nogen entydig definition af, hvad det vil sige at være socialt udsat eller at have et handicap. Når det gælder børn, unge og voksne, der modtager en social indsats efter serviceloven, er der imidlertid sikkerhed for, at personerne efter en konkret vurdering fra kommunen er blevet visiteret til en ydelse, der knytter sig til en eller anden form for udsathed, psykisk vanskelighed eller et handicap.

For det tredje findes der som hovedregel kun oplysninger om udsatte voksne, herunder voksne med psykiske vanskeligheder, og voksne med handicap, hvis de modtager en ydelse efter serviceloven eller sundhedsloven. For eksempel er der kun registreret oplysninger om personer med stofmisbrug, hvis de har modtaget social eller lægelig stofmisbrugsbehandling i det offentlige behandlingssystem. Af samme grund er der heller ikke nogen, der kender det præcise antal af personer med stofmisbrug i Danmark. Det samme gælder for en lang række andre grupper, der er eller risikerer at komme i en udsat position i samfundet. Eksempelvis alkoholafhængige, børn i familier med alkoholproblemer, personer udsat for fysisk vold af deres partner og personer med prostitutionserfaring.

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

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

Tabel 3.1

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

Grupper	Skøn	Skønnet er foretaget i:
Hjemløse	6.100*	2015
Personer, der prostituerer sig	Mindst 2.900**	2013-2014
Personer med stofmisbrug	33.000	2010
Personer, der er afhængige af alkohol	140.000	2008
Børn og unge, der vokser op i en familie med et alkoholproblem	122.000	2008
Personer udsat for vold i nære relationer	33.000	2010

Noter: *) Statusopgørelse i uge 6 2015 på baggrund af SFI's hjemløsetælling (2015a). **) Skønnet over antal personer, der prostituerer sig selv, er et minimumsskøn.

Anm.: Skøn over antal berørte personer i løbet af det pågældende år.

Kilde: SFI (2015a), Socialstyrelsen (2015), Sundhedsstyrelsen (2016), Sundhedsstyrelsen (2015) og Statens Institut for Folkesundhed (2012).

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

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

3.2 Sociale indsatser til udsatte børn og unge

Udsatte børn og unge er i denne redegørelse afgrænset til børn og unge i alderen 0-22 år, der modtager en social foranstaltning efter servicelovens bestemmelser.

Hvis et barn eller en ung person under 18 år har brug for særlig støtte, skal kommunen undersøge forholdene og iværksætte en eller flere relevante foranstaltninger. En foranstaltning kan enten være i form af en forebyggende indsats eller en anbringelse uden for hjemmet. Eksempler på forebyggende indsatser er familiebehandling, aflastningsophold og en fast kontaktperson. Anbringelser uden for hjemmet kan for eksempel være i en plejefamilie, på en døgninstitution eller på et socialpædagogisk opholdssted. Behovet for støtte kan skyldes forhold i familien, fx at forældrene af forskellige årsager ikke kan varetage omsorgen for barnet, eller forhold, der knytter sig til barnet eller den unge selv, fx adfærdsproblemer eller en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

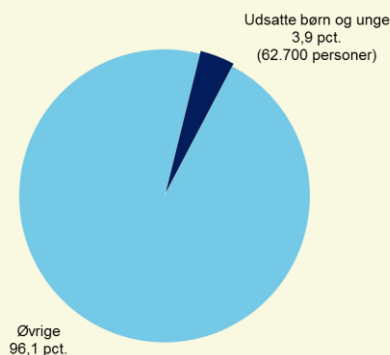
Udsatte unge i alderen 18-22 år omfatter personer i såkaldt efterværn. Her handler den sociale indsats primært om at sikre en god overgang til et selvstændigt voksenliv. Den unge kan fx få rådgivning og hjælp fra en fast støtte- eller kontaktperson, eller der kan være tale om en gradvis udslusningsordning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

Børn og unge med handicap, der modtager en indsats efter serviceloven, vil i en vis udstrækning indgå i gruppen af børn og unge, der er registreret som modtagere af forebyggende foranstaltninger og anbringelser, fordi de modtager de samme typer indsatser. Ud over disse indsatser modtager børn og unge med handicap også indsatser, som er specifikt tilrettelagt til denne målgruppe, eksempelvis særlige dagtilbud. Disse indsatser indgår ikke alle i de eksisterende registerdata, ligesom det i dag ikke er muligt på baggrund af registerdata at udsondre børn og unge med handicap fra øvrige børn og unge, der modtager forebyggende foranstaltninger, eller er anbragte uden for hjemmet. Børne- og Socialministeries datastrategi omfatter etableringen af en ny statistik om børn og unge, som modtager en indsats efter serviceloven grundet en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Børn og unge, der modtog en social foranstaltning i 2015, udgjorde ca. 4 pct. af alle 0-22 årige i Danmark, jf. figur 3.4.

Figur 3.4

Andel børn og unge, der modtog en social foranstaltning i 2015



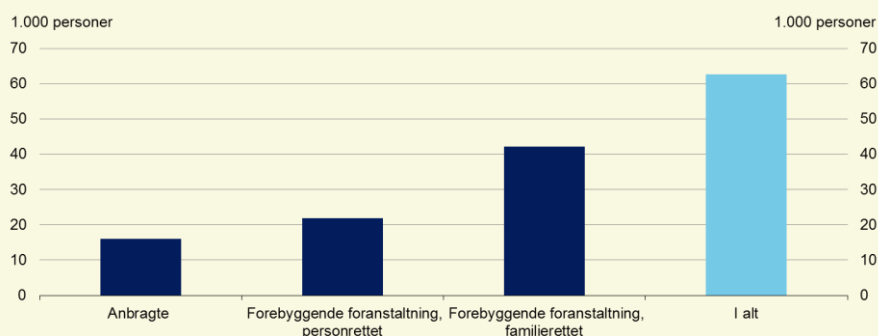
Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle 0-22-årige, der var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i 2015. Forebyggende foranstaltninger omfatter både familie- og personrettede forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Langt størstedelen af de børn og unge, der modtog en social foranstaltning efter servicelovens bestemmelser i 2015, fik hjælp og støtte i form af en forebyggende foranstaltning. Mere end 40.000 børn og unge var omfattet af en familierettet forebyggende foranstaltning, mens lidt over 20.000 modtog en personrettet forebyggende foranstaltning. Cirka 16.000 børn og unge var anbragt uden for hjemmet, herunder som led i en efterværnsindsats. Nogle modtager mere end én indsats i løbet af et år, jf. figur 3.5.

Figur 3.5

Udsatte børn og unge efter type af social foranstaltning, 2015



Anm.: Den samme person kan både have været anbragt uden for hjemmet og modtaget en eller flere forebyggende foranstaltninger i løbet af 2015. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.4.

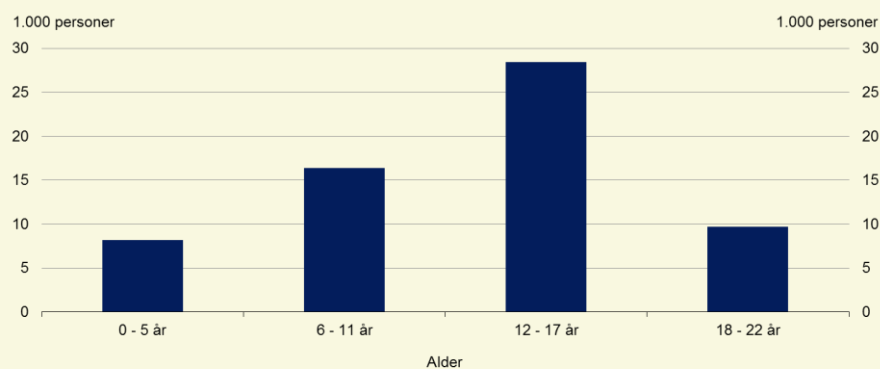
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Nogle børn og unge får iværksat en social foranstaltning i en meget tidlig alder. Det kan fx være små børn, hvor forældrene har svært ved at magte forælderrollen og ikke i tilstrækkelig grad kan sikre barnets udvikling og trivsel.

Børn i alderen 0-5 år er imidlertid den aldersgruppe, hvor færrest personer modtager en social foranstaltning. I 2015 var ca. 8.000 børn i alderen 0-5 år omfattet af en social foranstaltning, mens det var ca. 16.000 blandt børn i alderen 6-11 år, og ca. 28.000 blandt børn i 12-17-årsalderen. Unge alderen 18-22 år i efterværn udgjorde lidt under 10.000 personer i 2015, jf. figur 3.6.

Figur 3.6

Udsatte børn og unge efter alder, 2015



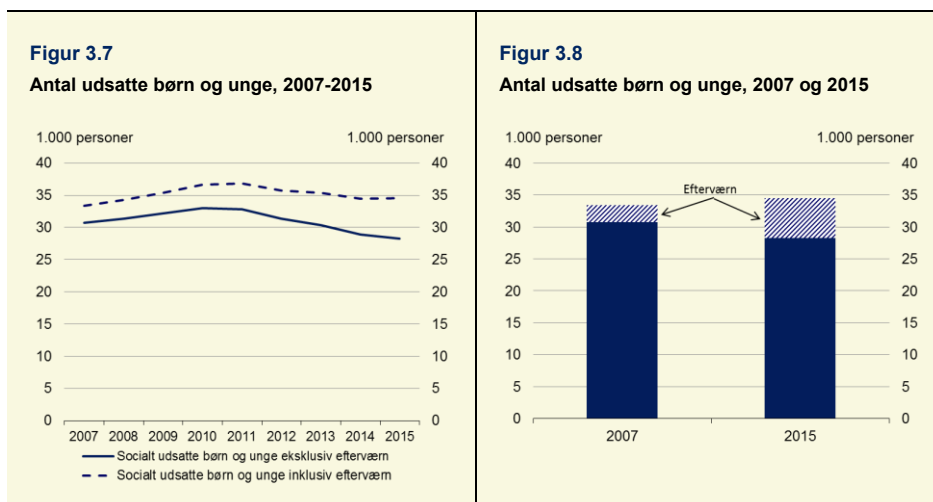
Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle 0-22-årige, der var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i 2015. En forebyggende foranstaltning omfatter både familie- og personrettede foranstaltninger.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Billedet kan blandt andet afspejle, at nogle sociale problemer typisk optræder i teenageårene. Der kan fx være tale om psykiske vanskeligheder, misbrug eller kriminel adfærd.

I det følgende ses der på udviklingen i antallet af udsatte børn og unge siden 2007. Der foreligger imidlertid først registerdata på personniveau for familierettede forebyggende foranstaltninger fra og med 2014. Det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen i det samlede omfang af sociale foranstaltninger rettet mod børn og unge før 2014. Både for personrettede forebyggende foranstaltninger og anbringelser findes der til gengæld registerdata på personniveau langt tilbage i tid.

Antallet af børn og unge i alderen 0-17 år, der har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning, har samlet set ligget på et relativt stabilt niveau over perioden 2007-2015. Fra 2007 til 2011 steg antallet af udsatte børn og unge i alderen 0-17 år med lidt over 2.000 personer, hvorefter antallet gradvist er faldet til lidt under 30.000 personer, jf. figur 3.7.



Anm.: 0-22-årige, der var anbragt uden for hjemmet eller modtog en personrettet forebyggende foranstaltning i det pågældende år. Alderen er opgjort medio året.

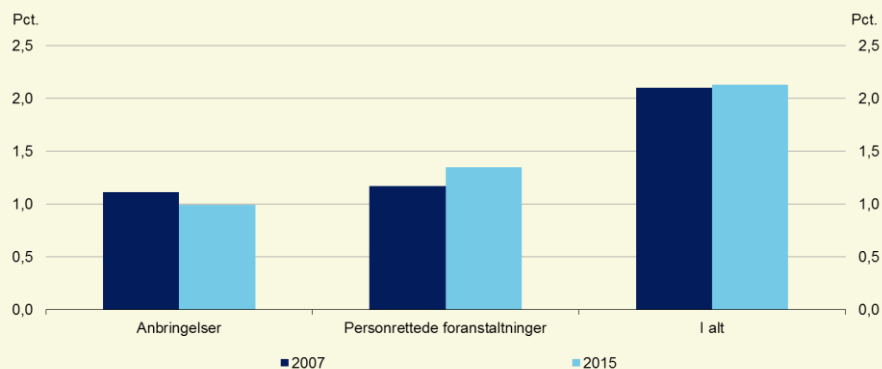
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I samme periode er der kommet flere unge i alderen 18-22 år, der modtager en social foranstaltning i form af efterværn. Siden 2007 er antallet unge i efterværn steget med godt 3.500 personer, jf. figur 3.7 og 3.8. Det er op til den unge selv at afgøre, om han eller hun ønsker at tage imod et tilbud om efterværn.

Udviklingen i *antallet* af udsatte børn og unge vil i nogen grad afspejle antallet af børn og unge i befolkningen. Det kan man tage højde for ved at se på *andelen* af udsatte børn og unge i befolkningen. Andelen børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet eller modtager personrettede forebyggende foranstaltninger, er stort set uændret fra 2007 til 2015, med henholdsvis 2,10 pct. og 2,13 pct. blandt alle 0-22-årige, jf. figur 3.9.

Figur 3.9

Andel børn og unge, der modtager en social foranstaltning blandt alle 0-22 årige, 2007 og 2015



Anm.: Børn og unge i alderen 0-22-år, der var anbragt uden for hjemmet eller modtog en personrettet forebyggende foranstaltning i hhv. 2007 og 2015. Nogle personer har både været anbragt uden for hjemmet og modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning. Alderen er opgjort medio året.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

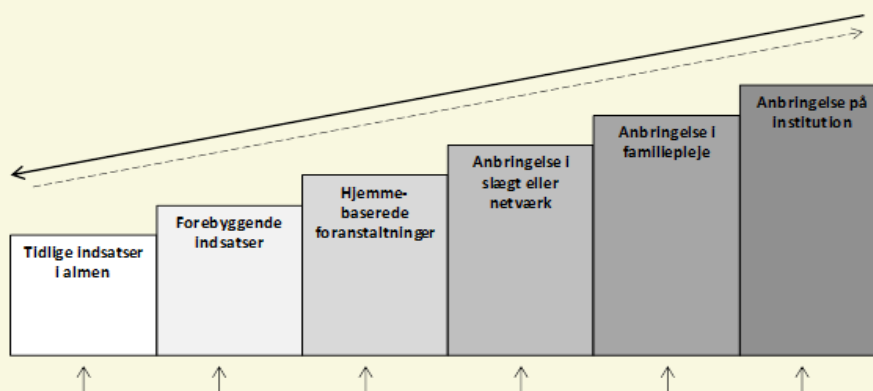
Udviklingen dækker imidlertid over en omstilling i den sociale indsats mod flere personrettede forebyggende foranstaltninger og færre anbringelser uden for hjemmet. Andelen af børn og unge, der modtager personrettede forebyggende foranstaltninger, er steget fra 1,2 pct. blandt alle 0-22 årige i 2007 til 1,4 pct. i 2015. I samme periode er andelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, faldet fra 1,1 pct. til 1,0 pct., jf. figur 3.9

Udviklingen kan blandt andet ses i lyset af et stadigt større fokus i kommunerne på tidlige, forebyggende indsatser, blandt andet med inspiration fra den såkaldte Sverige-model, jf. boks 3.2.

Boks 3.2**Omlægning til en tidligere forebyggende og mere effektiv indsats for socialt udsatte børn og unge**

En stor del af landets kommuner er i øjeblikket i gang med en strategisk omlægning af indsatsen for socialt udsatte børn og unge i alderen 0-18 år mod en tidligere forebyggende og mere effektiv indsats - flere steder også benævnt 'Den svenske model'. Denne omlægning indebærer bl.a., at der sættes ind med en indsats tidligt i problemudviklingen, at der arbejdes forebyggende, og at indsatsen rummer kvalitet og skaber udvikling for barn og familie.

Et centralt element er den såkaldte "indsatstrappe", som viser de forskellige indsatser og tilbud i forhold til graden af indgriben i hverdagen og afstanden til et almindeligt hverdagsmiljø. Der skal altid sættes ind med en indsats på det trin, der matcher problemudviklingen hos barn og familie, og der holdes fokus på at bringe barnet tættere på et almindeligt hverdagsliv, hvilket som oftest vil betyde en bevægelse ned ad trappen, jf. figur a.

Figur a**Illustration af den sociale insatstrappe**

Anm.: Illustration af insatstrappen med inspiration fra Sverige-modellen. "Tidlige indsatser i almen" omfatter generelle indsatser, som de almene tilbud hos sundhedsplejen, tandplejen, PPR mv.

Kilde: Socialstyrelsen.

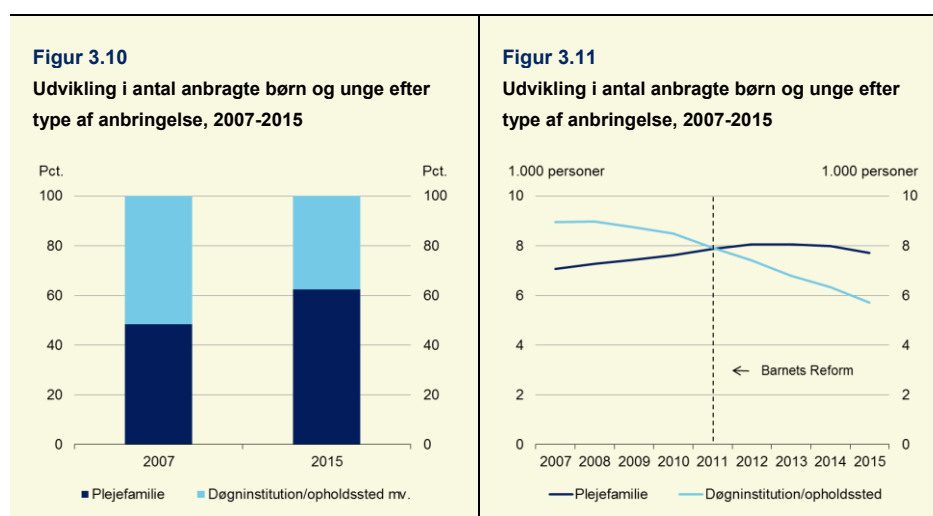
Det kan være meget forskelligt fra kommune til kommune, hvor meget der arbejdes med at implementere modellen lokalt. Herning Kommune var én af de første kommuner i Danmark til at implementere modellen, og måden at arbejde på omtales derfor også som "Herning-modellen".

Flere politiske aftaler på socialområdet har understøttet udviklingen og udbredelsen af Sverige-modellen, herunder Forebyggelsespakken i forbindelse med finansloven for 2014 og "Mod en tidligere, forebyggende og mere effektiv indsats", der blev aftalt i forbindelse med satspuljeaftalen for 2016.

Når et barn eller en ung under 18 år har brug for særlig støtte og behov for hjælp, som ikke kan imødekommes ved en forebyggende social indsats, kan kommunen iværksætte en anbringelse uden for hjemmet.

En anbringelse i en plejefamilie vil i mange tilfælde være at foretrække, fordi en plejefamilie kan give børn og unge en opvækst i stabile, familiære rammer og et trygt omsorgsmiljø med nære relationer til voksne. Nogle børn og unge vil imidlertid have behov for hjælp, som en plejefamilie i udgangspunktet ikke kan give dem. Her kan en anbringelse på et socialpædagogisk opholdssted eller en døgninstitution være den bedste løsning. Der er i hvert enkelt tilfælde tale om en konkret, individuel vurdering af barnets behov for hjælp og støtte.

Når kommunerne iværksætter en anbringelse uden for hjemmet, anvendes der i stigende grad plejefamilier. Ved udgangen af 2007 udgjorde anbragte i plejefamilier 48 pct., mens andelen var steget til 62 pct. ved udgangen af 2015, jf. figur 3.10.



Anm.: 0-17-årige, der var anbragt uden for hjemmet i hhv. 2007 og 2015. Figur 3.10 er opgjort pr. 31. december, mens figur 3.11 er opgjort som anbragte i løbet af hele året. Alderen er opgjort ved iværksættelsen af foranstaltningen.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Denne udvikling kommer også til udtryk ved, at antallet af anbragte børn og unge på døgninstitutioner og opholdssteder er faldet med omkring 3.000 personer, mens antallet af anbragte i plejefamilier er steget med knap 1.000 personer, jf. figur 3.11.

Barnets Reform trådte i kraft i januar 2011 i midten af den betragtede periode 2007-2015. Intentionen med reformen var blandt andet, at anbragte børn så vidt muligt skulle have en opvækst i stabile, familiære rammer og et trygt omsorgsmiljø med nære relationer til voksne. Med Barnets Reform blev de såkaldte kommunale plejefamilier indført. Kommunale plejefamilier er i kraft af særlige kompetencer og kvalifikationer godkendt til at have børn og unge i pleje, som har sværere problemstillinger.

Det betyder således, at kommunerne kan tilbyde børn og unge med forholdsvis komplekse problemer en anbringelse i en kommunal plejefamilie, jf. boks 3.3.

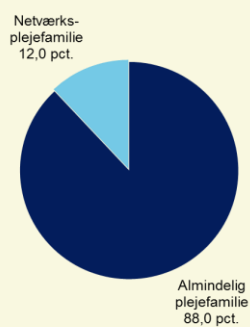
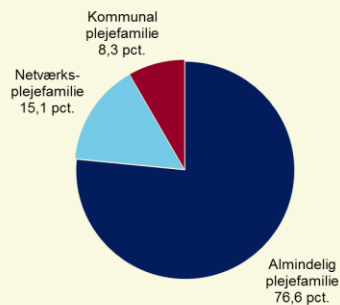
Boks 3.3**Barnets Reform**

Det overordnede mål med Barnets Reform, der trådte i kraft 1. januar 2011, var at sætte barnets behov i centrum. Reformen medførte blandt andet, at støtten til anbragte børns forældre blev styrket, yngre børn fik klageadgang, og der blev indført krav om, at anbringelsessteder skal høres ved eksempelvis flytning og ophør af anbringelsen. Barnets Reform betød også, at de såkaldte kommunale plejefamilier blev indført. Kommunale plejefamilier er i kraft af særlige kompetencer og kvalifikationer godkendt til at have børn og unge i pleje, som har sværere problemstillinger. Foruden kommunale plejefamilier skelner man overordnet mellem almindelige plejefamilietyper og netværksplejefamilier:

Almindelige plejefamilier er familier, der får løn/vederlag for at have et plejebarn boende. Det kræver ikke nødvendigvis en særlig uddannelse at blive plejeforældre. Plejeforældrene skal dog gennemføre et obligatorisk grundkursus, og der er krav om løbende supervision og efteruddannelse.

Netværksplejefamilier er familier, som har en personlig eller familier relation til det barn, der skal anbringes. Det kan fx være slægtninge eller andre i barnets eller den unges netværk, der påtager sig ansvaret for barnets omsorg og opdragelse. Der stilles samme krav om grundkursus, efteruddannelse og supervision som til almindelige plejefamilier.

Hovedparten af børn og unge anbragt i plejefamilier før Barnets Reform var anbragt i en almindelig plejefamilie, hvilket omfatter knap 90 pct., jf. figur 3.12.

Figur 3.12**Anbringelser i plejefamilie i 2010, før Barnets Reform****Figur 3.13****Anbringelser i plejefamilie i 2015, iværksat efter Barnets Reform**

Anm.: 0-17-årige, der var anbragt i plejefamilie på et tidspunkt i hhv. 2010 og 2015. Opgørelsen i figur 3.13 omfatter kun anbringelser iværksat efter 1. januar 2011, hvor Barnets Reform trådte i kraft. Enkelte personer kan optræde mere end én gang, hvis de har været anbragt i forskellige plejefamilietyper.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

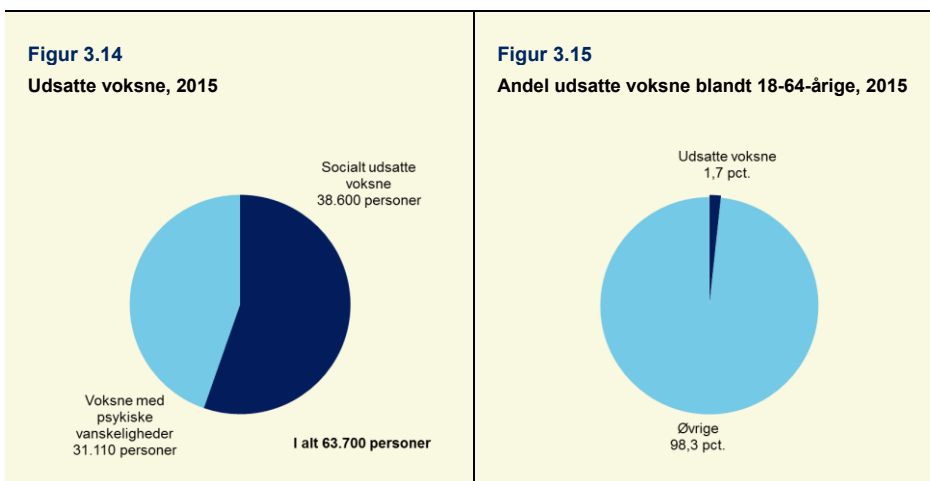
Efter Barnets Reform, udgør anbringelser i netværksplejefamilie en lidt større andel, mens de kommunale plejefamilier udgør godt 8 pct., jf. figur 3.13.

3.3 Sociale indsatser til udsatte voksne

Udsatte voksne er i denne redegørelse afgrænset til personer over 18 år, som på grund af psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer modtager en indsats efter serviceloven, samt personer, der modtager alkoholbehandling efter sundhedsloven.

Udsatte voksne er en meget sammensat gruppe af personer. Nogle har brug for hjælp til at håndtere et stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed. Andre har brug for støtte til at leve med en sindslidelse, for eksempel i form af socialpædagogisk støtte. For nogle er der tale om en enkeltstående og afgrænset problemstilling, som ikke umiddelbart har økonomiske, uddannelsesmæssige eller arbejdsmæssige konsekvenser. For andre har de sociale problemer en karakter, der i mange tilfælde vil kræve en intensiv og vedvarende støtte. Fælles for personer i gruppen er, at de har behov for hjælp til at kunne klare sig selv, eller har brug for hjælp til at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Ud af den samlede gruppe af udsatte voksne udgør voksne, der modtager en social indsats på grund af særlige sociale problemer (socialt udsatte voksne) ca. 38.600 personer. Mens voksne, der modtager en social indsats på grund af psykiske vanskeligheder, udgør ca. 31.100 personer. Nogle udsatte voksne indgår i begge grupper, jf. figur 3.14.



Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Opgørelsen i figur 3.14 vedrører personer på 18 år eller derover ultimo 2015. Den samme person kan modtage flere indsatser og indgå i mere end én gruppe. Opgørelsen i figur 3.15 vedrører 18-64-årige ultimo 2015. Se også bilag 4 for opgørelse af socialt udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder.

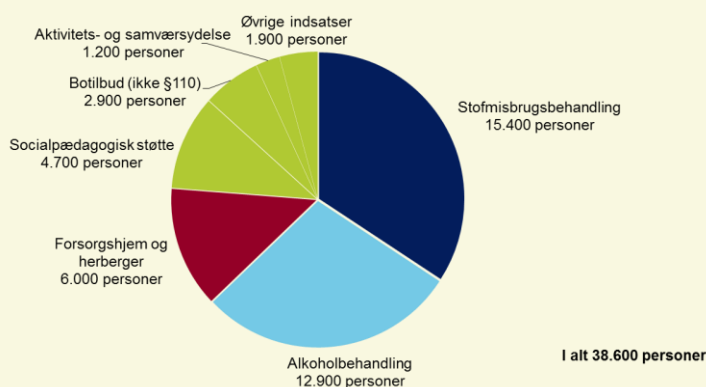
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Udsatte voksne, som modtager en social indsats som følge af psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, udgjorde 1,7 pct. af hele befolkningen i alderen 18-64 år i 2015, jf. figur 3.15.

Ud af den samlede gruppe på 38.600 udsatte voksne modtager over halvdelen behandling for stofmisbrug eller alkoholafhængighed. Omkring 15.400 personer modtager stofmisbrugsbehandling, mens ca. 12.900 personer er i alkoholbehandling. Hjemløse, der har overnattet på et forsorgshjem eller herberg, udgør omkring 6.000 personer mens ca. 4.700 personer modtager socialpædagogisk støtte, og ca. 2.900 personer modtager midlertidige eller længevarende botilbud, jf. figur 3.16. Den samme person kan modtage flere indsatser.

Figur 3.16

Socialt udsatte voksne opdelt efter indsats, 2015



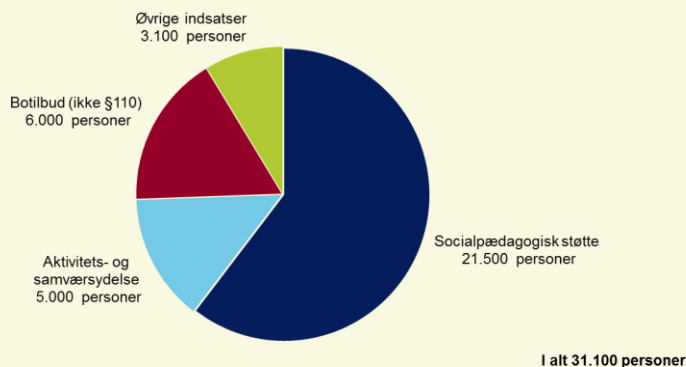
Anm.: Den samme person kan modtage flere indsatser. I opgørelsen af ”i alt” indgår en person kun én gang. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Antal personer i stofmisbrugs- og alkoholbehandling samt brugere af forsorgshjem er opgjort på landsplan. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.14 samt bilag 1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Udsatte voksne med psykiske vanskeligheder modtager støtte i den kommunale socialpsykiatri, der omfatter tilbud som støtte- og kontaktpersonordning, socialpædagogisk støtte til borgere i eget hjem, aktivitets- og samværsydelse eller midlertidige eller længevarende botilbud. De socialpsykiatriske tilbud yder en helhedsorienteret socialfaglig indsats, mens den regionale behandlingspsykiatri, yder den mere specialiserede psykiatriske behandling.

Blandt voksne med psykiske vanskeligheder udgør socialpædagogisk støtte den mest udbredte indsats. Ud af de 31.100 voksne med psykiske vanskeligheder modtager 21.500 socialpædagogisk støtte, mens 6.000 modtager botilbud og 5.000 modtager aktivitets- og samværsydelse, jf. figur 3.17.

Figur 3.17
Voksne med psykiske vanskeligheder opdelt efter indsats, 2015



Anm.: Den samme person kan modtage flere indsatser. I opgørelsen af ”i alt” indgår en person kun én gang. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.14 samt bilag 1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

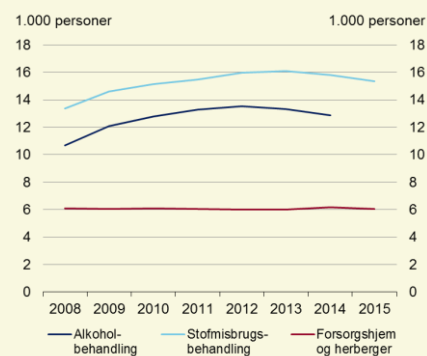
Formålet med socialpædagogisk støtte er at bidrage til udvikling og vedligeholdelse af personlige færdigheder, blandt andet med henblik på at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen mv., således at personen bliver bedre i stand til at gøre brug af samfundets almindelige tilbud.

Det er forskelligt fra indsats til indsats, hvor langt tilbage man kan følge udviklingen i antallet af udsatte voksne ved registerdata. For udsatte voksne med sociale problemer, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, kan udviklingen belyses fra 2008 til 2014. For gruppen af udsatte voksne, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse og botilbud kan udviklingen belyses ved registerdata fra 2014 til 2016. Det gælder både for voksne med sociale problemer og voksne med psykiske vanskeligheder.

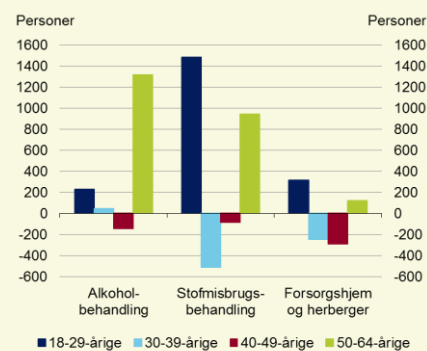
Antallet af udsatte voksne med sociale problemer, der modtager en indsats rettet mod stofmisbrug og alkoholafhængighed er steget siden 2008, mens antallet af udsatte med overnatninger på forsorgshjem og herberger har ligget nogenlunde stabilt. Udviklingen opgøres på baggrund af antallet af personer, hvor der er registreret en indsats som følge af sociale problemer eller psykiske vanskeligheder. Udviklingen kan blandt andet være påvirket af registreringsmæssige forhold i kommunerne og tilbuddene.

Antallet af personer i stofmisbrugsbehandling er steget fra 13.300 i 2008 til 15.400 i 2015. Blandt personer i ikke-anonym, offentligt finansieret alkoholbehandling er antallet steget fra 10.700 i 2008 til 12.900 i 2014, mens antallet af hjemløse med overnatninger på forsorgshjem og herberger har ligget stabilt på omkring 6.000 personer fra 2008 til 2015, jf. figur 3.18.

Figur 3.18
Udvikling blandt socialt udsatte voksne opdelt efter indsats, 2008-2015



Figur 3.19
Udvikling socialt udsatte voksne opdelt efter indsats og alder, 2008-2015



Anm.: Berørte personer på 18 år eller derover, som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes datamæssige forhold, eksempelvis at afslutningsdatoer for indsatser ikke registreres korrekt. Se i øvrigt anmærkningen til figur 3.14.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

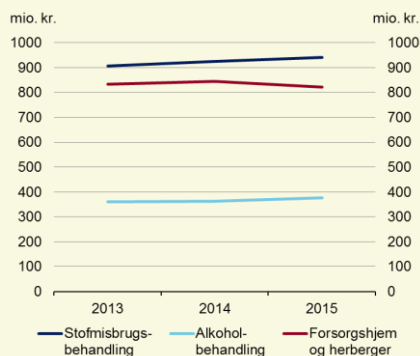
Blandt personer i stofmisbrugsbehandling er der kommet flere i behandling blandt 18-29-årige og over 50 år, mens der blandt personer i alkoholbehandling er kommet flere over 50 år, jf. figur 3.19.

Der skal tages en række forbehold for opgørelserne af udviklingen i antallet af personer i alkohol- og stofmisbrugsbehandling og brugere af forsorgshjem og herberger. I boks 3.4 er udviklingen for de tre målgrupper suppleret med andre tilgængelige oplysninger med henblik på at nuancere beskrivelsen af udviklingen for disse målgrupper.

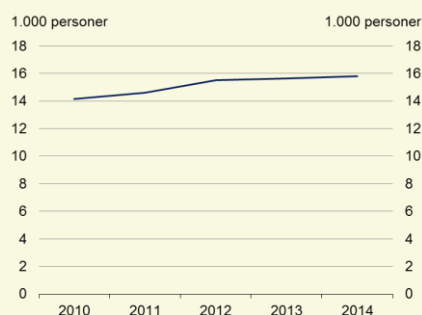
Boks 3.4**Udviklingen i antallet af udsatte voksne****Personer i alkohol- og stofmisbrugsbehandling**

Stigningen i antallet af personer, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug og alkoholafhængighed afspejler ikke nødvendigvis, at der er blevet flere socialt udsatte. Dels kan det være udtryk for, at flere vælger at søge behandling for et stofmisbrug eller alkoholafhængighed. Dels kan det afspejle en styrket indsats fra kommunernes side, herunder en mere opsøgende indsats. Og endelig kan det også skyldes en ændret registreringspraksis i kommunerne. Det samme gælder for faldet i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling og alkoholbehandling i 2014, der muligvis kan skyldes manglende indberetninger fra kommunerne og tilbuddene (se bilag 4).

Ser man på de samlede udgifter til alkohol- og stofmisbrugsbehandling de seneste år, har der været en lille stigning i perioden 2013-2014. Det tyder på, at behandlingsindsatsen ikke er blevet mindre, men at faldet i antallet af personer i alkohol- og stofmisbrugsbehandling kan skyldes manglende indberetninger.

Figur a**Udgifter opdelt efter indsatser, 2013-2015**

Anm.: 2017-pl. Se bilag 2 for opgørelse af udgifterne.
Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) samt egne beregninger.

Figur b**Personer i anonym og ikke-anonym, offentligt finansieret alkoholbehandling, 2010-2014**

Anm.: Opgjort på baggrund af registreringer i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (2016)

Når antallet af personer i alkoholbehandling er faldet fra 2013 til 2014, skal det ses i lyset af, at redegørelsen ikke omfatter personer i anonym behandling, da der ikke findes registeroplysninger for disse personer. Ser man på antallet af personer, der er registreret i både anonym og ikke-anonym, offentlig finansieret alkoholbehandling, er antallet steget i hele perioden fra 2010 til 2014. Derudover er der en mindre gruppe personer i alkoholbehandling, hvor behandlingen er selvbetalt eller betalt af arbejdspladsen mv.

Fra 2015 er kommunerne også forpligtiget til at tilbyde anonym ambulant stofmisbrugsbehandling til personer, der ikke har andre problemer end stofmisbrug. Redegørelsens opgørelser omfatter ikke denne gruppe af personer, da der ikke findes centralt tilgængelige registeroplysninger om personer i anonym stofmisbrugsbehandling.

Boks 3.4 (fortsat)**Personer med ophold på forsorgshjem og herberger**

Mens antallet af personer, som har gjort brug af forsorgshjem eller herberger, har ligget relativt stabilt over perioden 2008-2014, viser SFI's hjemløsetælling en stigning i antallet af hjemløse fra 2009-2015, jf. figur c.

Figur c

Antal pladser pr. dag på forsorgshjem og herberger, 2008-2014



Anm.: Antal pladser pr. dag er opgjort på baggrund af Ankestyrelsens Årsstatistikker for §110-bottilbud fra 2008 til 2014.

Kilde: Ankestyrelsen (2009-2015).

Figur d

Antal hjemløse, 2009-2015 (Hjemløsetællingen)



Anm.: Hjemløsetællingen finder sted i uge 6. Selve tællingen foretages ved, at sociale tilbud og lokale myndigheder udfylder et spørgeskema for hver person, de har haft kendskab til, som befinder sig i en hjemløshedssituation.

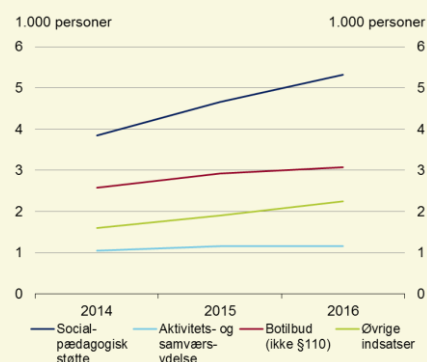
Kilde: SFI (2015a)

SFI gennemfører hvert andet år en landsdækkende hjemløsetælling. Hjemløse omfatter i tællingen personer, som ikke disponerer over egen (ejet eller lejet) bolig eller værelse, men som er henvist til midlertidige bo-alternativer, eller som bor midlertidigt og uden kontrakt hos familie, venner eller bekendte. Yderligere er personer uden et opholdssted den kommende nat medregnet. Der indgår også personer, som afsoner under kriminalforsorgen eller opholder sig på hospital/behandlingstilbud, og som mangler en boligløsning, fordi vedkommende skal løslades eller udskrives inden for 1 måned.

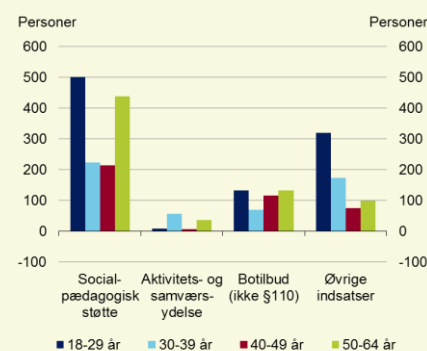
Den samlede stigning i antallet af hjemløse borgere skyldes primært en stigning blandt hjemløse, der overnatter midlertidigt og uden kontrakt hos familie og venner. Der er en række udfordringer forbundet med at kortlægge og opgøre antallet af hjemløse borgere, hvorfor de omkring 6.000 hjemløse, som er registreret ved tællingen i uge 6 i 2015, må anses for at være et minimumsskøn.

Antallet af socialt udsatte voksne, der modtager socialpædagogisk støtte vurderes at være steget fra knap 4.000 personer i 2014 til ca. 5.300 personer i 2016. Derudover har der også været en mindre stigning i antallet af socialt udsatte voksne, der modtager aktivitets- og samværsydelse og botilbud, fra ca. 2.600 personer i 2014 til omkring 3.100 i 2016, jf. figur 3.20.

Figur 3.20
Udvikling blandt socialt udsatte voksne opdelt efter indsats, 2014-2016



Figur 3.21
Udvikling blandt socialt udsatte voksne opdelt efter indsats og alder, 2014-2016



Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Berørte personer på 18 år eller derover, som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne og tilbuddene. Stigningen i socialpædagogisk støtte skal også ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens § 105, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte. Se i øvrigt bilag 1.

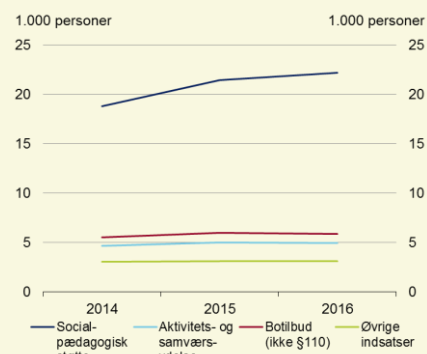
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte kan også ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte efter servicelovens. Dele af stigningen kan afspejle denne omlægning i tilrettelæggelse og registrering.

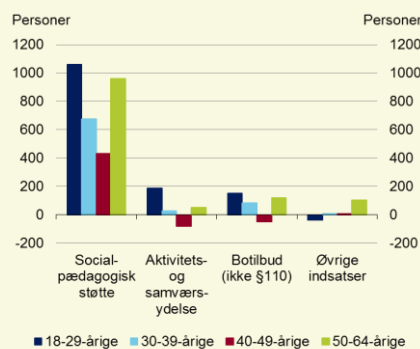
Stigningerne er særligt sket blandt personer i 18-29-årsalderen og i 50-64-årsalderen, jf. figur 3.21.

Blandt voksne med psykiske vanskeligheder har der været en stigning i antallet af personer, der modtager socialpædagogisk støtte fra omkring 18.800 personer i 2014 til ca. 22.200 i 2016, jf. figur 3.22. Antallet af voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager aktivitets- og samværsvydelse og botilbud, har i samme periode været nogenlunde stabilt.

Figur 3.22
Udvikling blandt voksne med psykiske vanskeligheder opdelt efter indsats, 2014-2016



Figur 3.23
Udvikling blandt voksne med psykiske vanskeligheder opdelt efter indsats og alder, 2014-2016



Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Se i øvrigt anmærkning til figur 3.19.

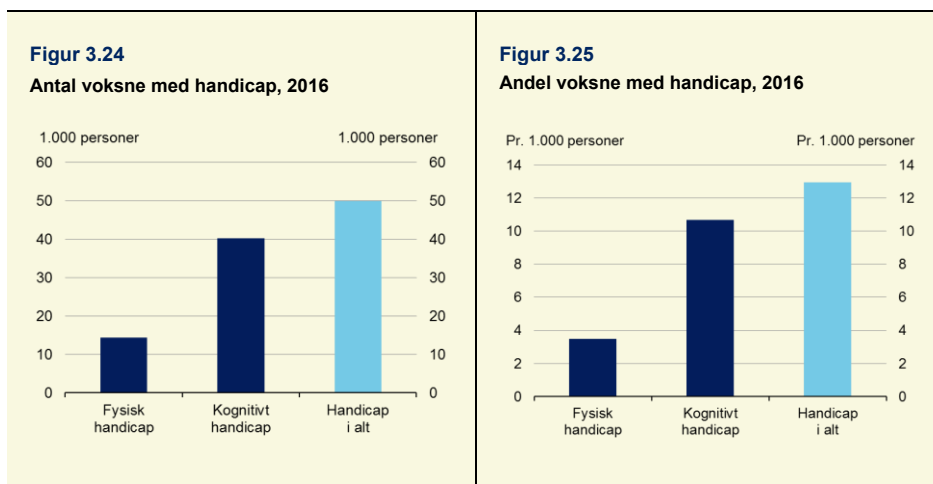
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Stigningen blandt voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager socialpædagogisk støtte, er sket i alle aldersgrupper. Den største stigning er sket blandt 18-29-årige og 50-64-årige, hvor antallet er steget med omkring 1.000 personer, jf. figur 3.23.

3.4 Sociale indsatser til voksne med handicap

Voksne med handicap omfatter i denne redegørelse personer på 18 år eller derover, med et fysisk eller kognitivt handicap, der modtager en handicapkompenserende indsats efter serviceloven.

Det skønnes, at der i 2016 er knap 50.000 modtagere af handicapkompenserende indsatser på landsplan. Personer med et kognitivt handicap udgør den største gruppe, jf. figur 3.24.



Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Opgørelsen i figur 3.24 vedrører personer på 18 år eller derover ultimo 2016. Opgørelsen i figur 3.25 vedrører 18-64-årige ultimo 2016. I ”Handicap i alt” indgår en person kun én gang.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

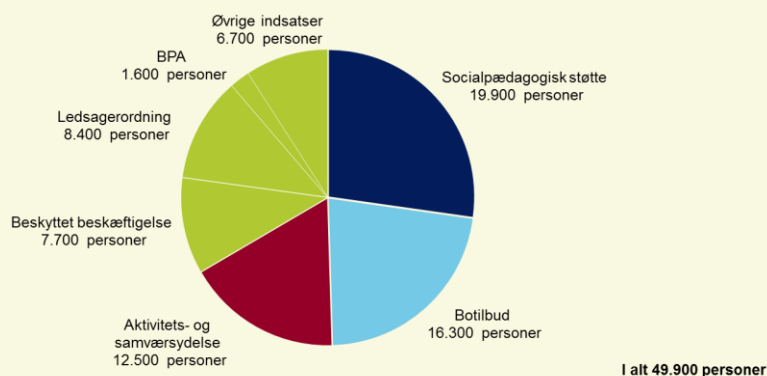
Det svarer til, at der er lidt over 12 modtagere af handicapkompenserende indsatser pr. 1.000 indbyggere i alderen 18-64 år på landsplan, jf. figur 3.25.

Der er tale om et underkantsskøn, idet det ikke er alle indsatser og ydelser til personer med handicap, der skal indberettes til den statistik, der udgør datagrundlaget for opgørelsen. Eksempelvis er det ikke obligatorisk for kommunerne at indberette visitation af hjælpemidler og dækning af nødvendige merudgifter. Personer, der kun modtager disse ydelser, indgår derfor ikke.

De mest udbredte indsatser til voksne med handicap er socialpædagogisk støtte og botilbud, jf. figur 3.26.

Figur 3.26

Modtagere af handicapkompenserende indsatser, 2016



Anm.: 18 år over derover ultimo 2016. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. I opgørelsen af "i alt" indgår en person kun én gang. Se i øvrigt bilag 1 og bilag 5.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

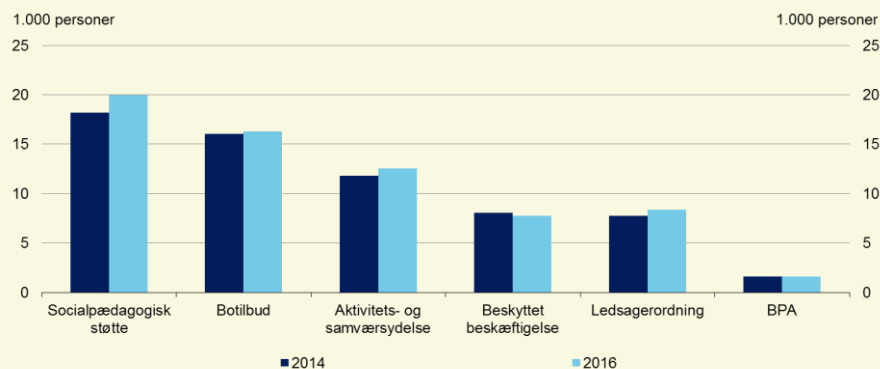
Socialpædagogisk støtte er rettet mod en meget bred gruppe af borgere, der omfatter eksempelvis personer med et fysisk handicap, autisme, udviklingshæmning og hjerneskade. Støtten kan bestå af mange former for hjælp og støtte afhængigt af borgerens konkrete situation og behov. Overordnet er formålet at sikre, at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser.

Botilbud omfatter længerevarende eller midlertidige ophold til borgere, der har betydelige funktionsnedsættelser, eksempelvis svær mental retardering, udviklingshæmning, autisme eller hjerneskade. Endeligt er der mange borgere, der modtager dagtilbud i form af enten beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud.

Antallet af personer, der modtager en indsats efter serviceloven på grund af et handicap, vurderes at være stigende. Stigningen skyldes særligt en vækst i antal modtagere af socialpædagogisk støtte, jf. figur 3.27.

Figur 3.27

Udvikling blandt personer med handicap efter indsats, 2014-2016



Anm.: 18 år og derover ultimo året. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne. Stigningen i socialpædagogisk støtte skal også ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens § 105, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte. Se i øvrigt bilag 1 og bilag 5.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det er vanskeligt entydigt at opgøre én bestemt årsag til stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte, men det kan blandt andet skyldes en tilgang af personer med forskellige diagnoser, eksempelvis ADHD og autisme. Se også kapitel 5 om handicap, diagnose og beskæftigelse.

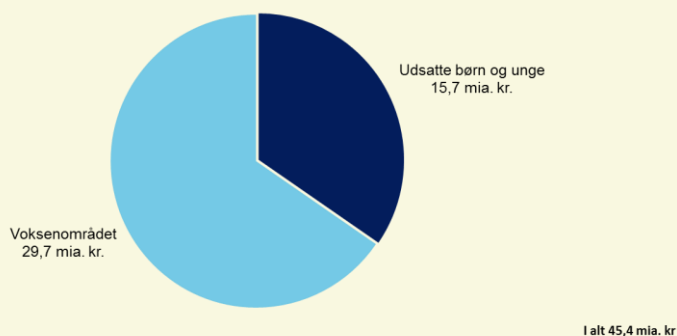
Hertil kommer, at dele af stigningen i antallet af modtagere af socialpædagogisk støtte også kan ses i lyset af, at der har været en omlægning af boformer fra serviceloven til almenboliglovens, hvor borgeren modtager socialpædagogisk støtte efter servicelovens.

I det næste afsnit ses der nærmere på udgifter til modtagere af sociale indsatser, både enhedsudgifterne og de samlede udgifter.

3.5 Hvad koster indsatserne?

De samlede offentlige udgifter til sociale indsatser udgjorde 45,4 mia. kr. i 2016. Udgifterne til udsatte børn og unge udgjorde 15,7 mia. kr. svarende til en tredjedel af de samlede udgifter. Udgifterne til voksenområdet (udsatte voksne og voksne med handicap) udgjorde 29,7 mia. kr. svarende til en tredjedel af udgifterne, jf. figur 3.28.

Figur 3.28
Udgifterne på det sociale område, 2016



Anm.: 2017-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. I opgørelsen af udgifterne på voksenområdet er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning fra ældreområdet ud fra en fordelingsnøgle. Se i øvrigt bilag 2.
Kilde: Danmarks Statistik (Kommunernes regnskaber) samt egne beregninger.

Når det gælder udgifterne til voksenområdet er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne i forhold til ældreområdet. Det skyldes blandt andet, at udgifterne til pleje og omsorg mv. til henholdsvis ældre og voksne i alderen 18-64 år ikke er adskilt i de kommunale regnskaber. Afgrænsning og opgørelsen af udgifter er derfor baseret på en fordelingsnøgle.

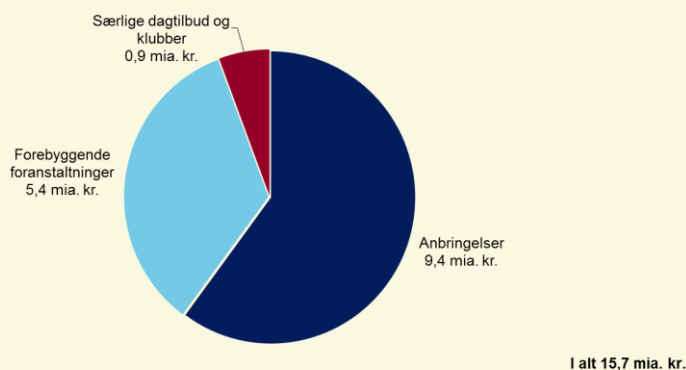
Den nuværende fordelingsnøgle er aftalt i 2007 mellem det daværende Socialministerium, KL og Finansministeriet. Med virkning fra kommunernes budgetlægning for 2018 ændres opgørelsesmetoden, da der er indikationer på, at den nuværende fordelingsnøgle undervurderer, hvor stor en del af de ikke-adskilte udgifter til ældre og voksne, der tilgår voksne med handicap mv. i den skønsmæssigt afgrænsede opgørelse af udgifterne.

Udgifter til udsatte børn og unge

Ud af de samlede udgifter til udsatte børn og unge udgjorde udgifter til anbringelser størstedelen. Der blev brugt 9,4 mia. kr. til anbringelser af børn og unge, mens 5,4 mia. kr. blev brugt til forebyggende foranstaltninger. Udgifterne til de særlige dagtilbud og klubber til børn og unge med betydelig og varig nedsat funktionsevne udgjorde 0,9 mia. kr. i 2016, jf. figur 3.29.

Figur 3.29

Udgifter til udsatte børn og unge efter type af foranstaltning, 2016



Anm.: 2017-pl. Samlede offentlige nettodrifudsudgifter. Se i øvrigt bilag 2.

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

De samlede offentlige udgifter til udsatte børn og unge har ligget på et relativt stabilt niveau over de seneste år. Udgiftsudviklingen fra 2012 til 2016 dækker imidlertid over faldende udgifter til anbringelser i døgninstitutioner og stigende udgifter til forebyggende foranstaltninger, jf. tabel 3.2.

Tabel 3.2

Udgifter til sociale foranstaltninger til børn og unge, 2012-2016

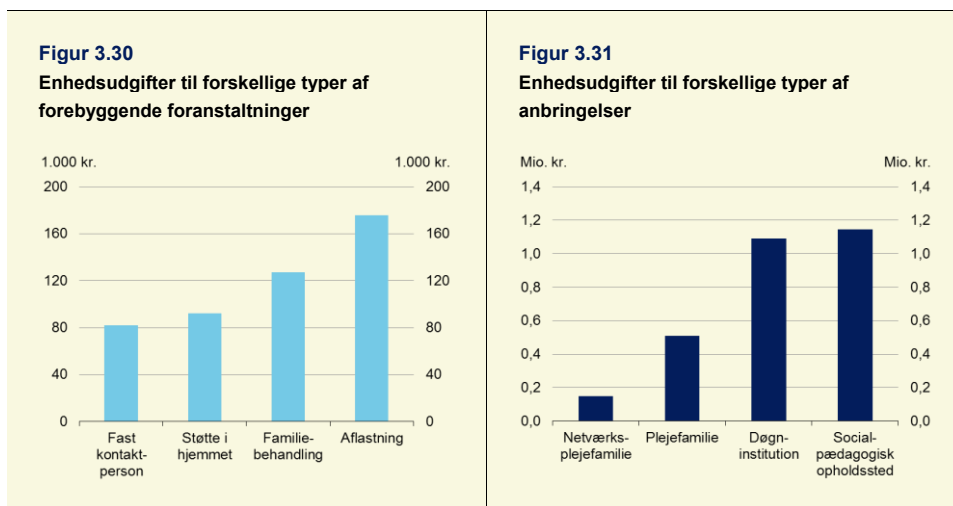
	2012	2013	2014	2015	2016
	----- Mia. kr. -----				
Anbringelser	9,9	9,9	9,7	9,6	9,4
Forebyggende foranstaltninger	4,2	4,4	4,6	5,1	5,4
Særlige dagtilbud og klubber	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9
Udsatte børn og unge i alt	15,2	15,3	15,3	15,6	15,7

Anm.: 2017-pl. Samlede offentlige nettodrifudsudgifter. Se i øvrigt bilag 2.

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

Hvor udgifterne til anbringelser er faldet med ca. 0,5 mia. kr., er udgifterne til de forebyggende foranstaltninger steget med ca. 1,2 mia. kr. i perioden 2012-2016.

De forebyggende foranstaltninger er generelt en meget billigere social indsats end anbringelser uden for hjemmet. Det kommer til udtryk ved, at enhedsudgifterne til de forskellige typer af forebyggende foranstaltninger varierer fra ca. 80.000 kr. til ca. 175.000 kr. pr. år, mens enhedsudgifterne til de mest almindelige anbringelsesformer varierer fra ca. 150.000 kr. til ca. 1,1 mio. kr. pr. år, jf. figur 3.30 og figur 3.31.



Anm.: 2017-pl. Enhedsudgifterne er beregnet som landsgennemsnit. Opgørelsen i figur 3.30 er baseret på aktivitets- og udgiftstal fra 2014, mens opgørelsen i figur 3.31 baserer sig på aktivitets- og udgiftstal fra 2015. Se i øvrigt bilag 2.

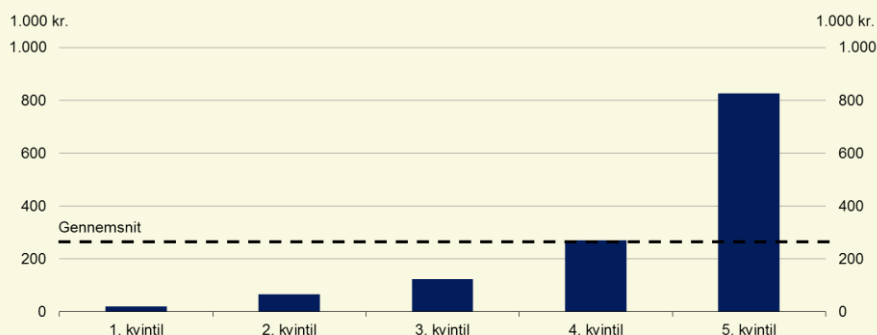
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Forskellene i enhedsudgifterne til de forskellige typer af forebyggende foranstaltninger og anbringelser betyder, at der er meget store variationer i det individuelle udgiftstræk, når det gælder sociale indsatser.

Det individuelle udgiftstræk blandt 60 pct. af gruppen af udsatte børn og unge (1.-3. kvartil) ligger under det gennemsnitlige individuelle udgiftstræk på omkring 260.000 kr. pr. år. De 20 pct. med det højeste udgiftstræk pr. person (5. kvartil), har i gennemsnit et årligt, individuelt udgiftstræk på over 800.000 kr., jf. figur 3.32.

Figur 3.32

Variation i årlige sociale udgifter pr. person blandt udsatte børn og unge



Anm.: 2017-pl. Gennemsnitligt udgiftstræk for indsatser efter serviceloven, hvor den samlede gruppe er opgjort i fem lige store grupper efter personernes udgiftstræk (kvintiler). Baseret på varighed pr. indsats og gennemsnitlig enhedsudgift pr. indsats i 2014. Se i øvrigt bilag 2.

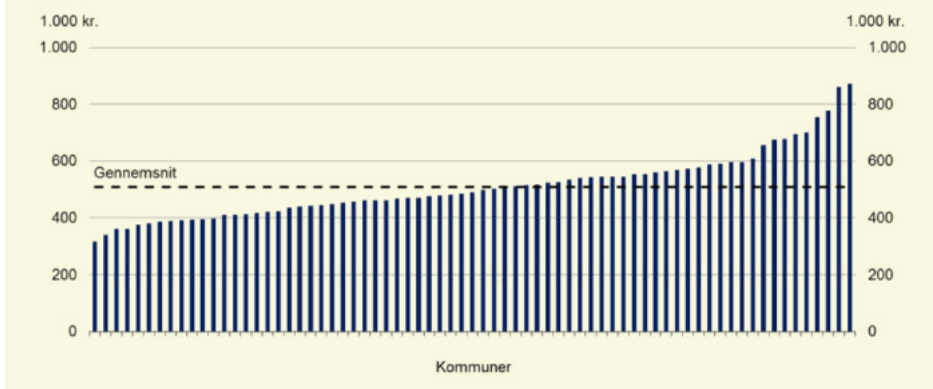
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Variationen i de årlige sociale udgifter afspejler blandt andet forskellige behov hos det enkelte barn. Ofte vil en vil en anbringelse i en plejefamilie kunne varetage barnets behov. I andre tilfælde kan en anbringelse i de specialiserede sociale tilbud være nødvendigt som fx på en døgninstitution eller et socialpædagogisk opholdssted. Der er stor forskel på, hvor meget det koster at anbringe et barn i henholdsvis plejefamilie eller på en døgninstitution. En netværksplejefamilie får som hovedregel kun dækket omkostninger til almindelige fornødenheder herunder kost og logi. Almindelige plejefamilier får udbetalt vederlag, mens institutionsanbringelser har flere udgifter, der blandt andet omfatter løn til personalet.

Der er imidlertid også stor variation i, hvad det koster at anbringe børn og unge fra kommune til kommune. Sammenligner man enhedsudgifterne til en anbringelse i plejefamilie, som er den mest udbredte anbringelsesform, varierer det fra lidt over 300.000 kr. i den billigste kommune til op mod 900.000 kr. i den dyreste kommune, jf. figur 3.33.

Figur 3.33

Kommunal variation i enhedsudgifter til en anbringelse i plejefamilie



Anm.: 2017-pl. Enhedsudgiften til en helårsanbringelse i plejefamilie i 2015 (inklusive kommunale plejefamilier og eksklusiv netværksplejefamilier). Opgørelsen omfatter 71 kommuner, der har haft mindst 30 helårsanbragte børn og unge i plejefamilie i 2015. Se i øvrigt bilag 2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Der kan være flere årsager til, at forskellene er så store mellem kommunerne. Opgørelsen ovenfor tager eksempelvis ikke højde for, at gruppen af udsatte børn og unge kan være forskellig fra kommune til kommune. Tyngden af problemer og støttebehovet kan være meget forskellige, hvilket betyder, at nogle børn og unge har behov for en mere omfattende social indsats. Forskellene kan dog også skyldes variation i serviceniveauer, visitation og indsatsstiltættelæggelse samt forskelle i indsatsernes effektivitet på tværs af kommuner.

Udgifter til voksne med handicap og udsatte voksne

De samlede offentlige udgifter til voksenområdet omfatter udgifterne til den kommunale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder og særlige sociale problemer samt til voksne med handicap. I 2016 udgjorde udgifterne 29,7 mia. kr., jf. tabel 3.3.

Tabel 3.3
Udgifter til voksenområdet, 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
	----- Mia. kr. -----				
I alt	31,3	30,5	30,3	30,1	29,7

Anm.: 2017-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. I opgørelsen er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning fra ældreområdet ud fra en fordelingsnøgle. Se i øvrigt bilag 2.

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

Kommunerne adskiller i deres kontering ikke udgifter til ældre og personer med handicap mv., idet ydelserne (fx personlig og praktisk hjælp) visiteres efter de samme paragraffer i serviceloven, som ikke skelner mellem, hvorvidt borgerens nedsatte funktionsniveau skyldes handicap eller alder. For at kunne opgøre de kommunale udgifter til hhv. ældre- og handicapområdet anvendes en fordelingsnøgle, hvor der foretages en skønsmæssig afgrænsning af voksenområdet fra ældreområdet. Opgørelsen af udgifterne og udviklingen på voksenområdet skal derfor tages med forbehold.

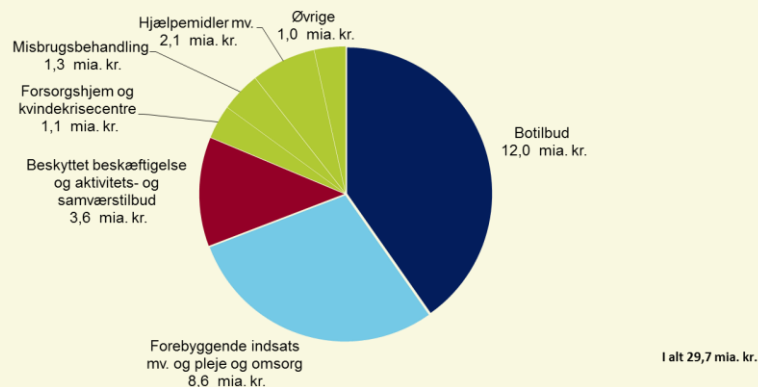
Der er tegn på, at fordelingsnøglen i stigende omfang undervurderer, hvor stor en andel af udgifterne, der tilgår voksenområdet i udgiftsopgørelsen. Opgørelsesmetoden ændres derfor fra og med kommunernes budgetlægning for 2018.

Det er ikke muligt at adskille, hvor stor en andel af de samlede udgifter, der går til henholdsvis personer med handicap og voksne med psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer. Det skyldes blandt andet, at den samme person både kan have en sindslidelse og et handicap, og at kommunernes registrering af udgifter i kontoplanen ikke alle steder er delt op på målgrupper.

De største udgiftsposter på voksenområdet udgøres af botilbud samt forebyggende indsatser mv. og pleje og omsorg, der blandt andet omfatter socialpædagogisk støtte, jf. figur 3.34.

Figur 3.34

Udgifter til voksenområdet efter type af indsats, 2016



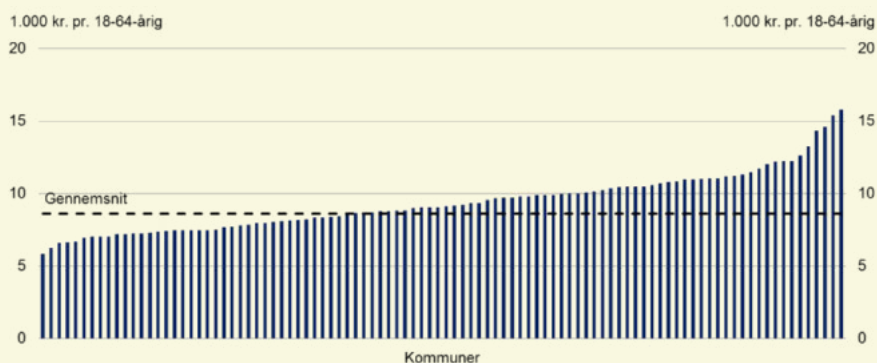
Anm.: 2017-pl. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. I opgørelsen er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning fra ældreområdet ud fra en fordelingsnøgle. Se i øvrigt bilag 2.

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

I 2016 brugte kommunerne i gennemsnit omkring 9.000 kr. på området for udsatte voksne og voksne med handicap pr. indbygger i alderen 18-64-år. Der er dog væsentlige forskelle i udgiftsniveauet på tværs af kommuner, jf. figur 3.35.

Figur 3.35

Kommunal variation i årlige sociale udgifter pr. indbygger



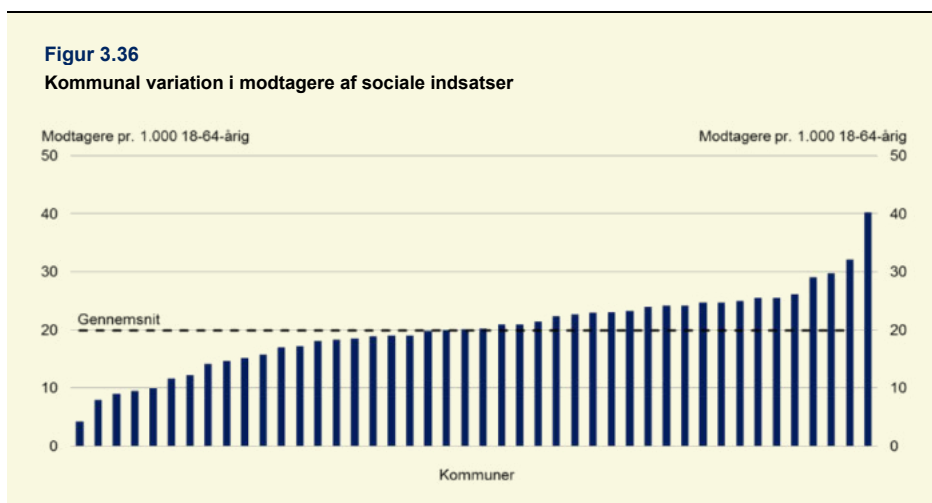
Anm.: 2017-pl. Opgørelsen omfatter alle 98 kommuner i 2016. Samlede offentlige nettodriftsudgifter. I opgørelsen er der foretaget en skønsmæssig afgrænsning fra ældreområdet ud fra en fordelingsnøgle. Se i øvrigt bilag 2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

De kommunale variationer kan afspejle, at nogle kommuner vil have relativt mange borgere med behov for hjælp og støtte efter serviceloven, mens andre vil have relativt få. Dermed har

kommunerne forskellige rammer og vil derfor også i vid udstrækning have forskellige udgifter til socialområdet. Forskellene i udgifter kan dog også skyldes elementer, der rækker ud over kommunernes rammevilkår for opgaveløsningen, fx visitation og indsatsstilletælgelse samt forskelle i indsatsernes effektivitet.

Kommunernes forskellige rammer for opgavevaretagelsen på socialområdet kommer også til udtryk i, at antallet af personer, der modtager en social indsats, da dette varierer fra omkring 10 til omkring 30 borgere pr. 1.000 indbyggere i alderen 18-64 år, jf. figur 3.36.



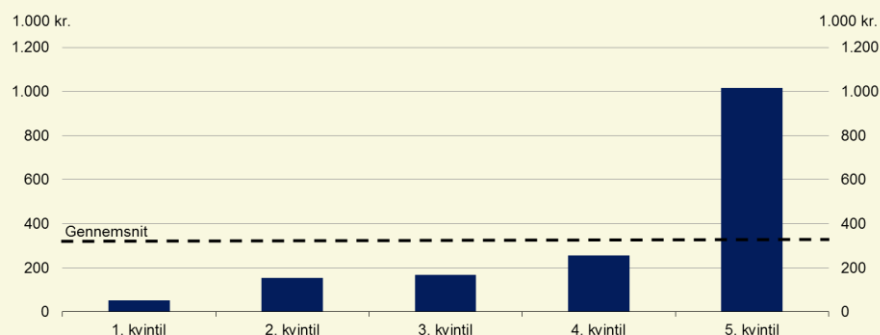
Anm.: 18-64 år ultimo 2016. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Omfatter ikke personer i misbrugsbehandling eller brugere af forsorgshjem og herberger. Opgjort eksklusiv modtagere af indsatser, som det er frivilligt for kommunen at indberette, med henblik på sammenlignelighed.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Der er samtidigt store forskelle i det individuelle udgiftstræk, det vil sige hvor meget den sociale indsats til den enkelte borger samlet set koster i løbet af et år. Udgiften til 80 pct. af modtagerne ligger mellem 50.000 og 250.000 kr. om året, mens udgiften til de sidste 20 pct. er over 1 mio. kr. pr år, jf. figur 3.37.

Figur 3.37

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



Anm.: 2017-pl. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Gennemsnitligt udgiftstræk for modtagere af indsatser efter serviceloven, hvor den samlede gruppe er opgjort i fem lige store grupper efter personernes udgiftstræk (kvintiler). Baseret på varighed pr. indsats og gennemsnitlig enhedsudgift pr. indsats i 2016. Ophold på forsorgshjem og herberg samt behandling af alkoholafhængighed og stofmisbrug indgår ikke. Se i øvrigt bilag 2.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Det skal ses på baggrund af, at indsatserne på socialområdet spænder meget bredt. For nogle borgere kan en kortvarig og begrænset indsats være tilstrækkelig, eksempelvis bostøtte i en kortere overgangsperiode eller en ledsagerordning i eksempelvis 10 timer om måneden. Andre borgere kan have behov for en betydelig og langvarig indsats i de fleste af døgnets timer for at sikre trivsel, fx personer med betydelige og varige handicap med ophold på botilbud.



4. Socialfaglige metoder

I dette kapitel foretages en vurdering af omfanget af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder på socialområdet, og i hvilken udstrækning metoderne anvendes i kommunerne.

Der har i de seneste 10-15 år været fokus på både udvikling og anvendelse af metoder, 'der virker' på socialområdet. Udviklingen er gået i retning af mere systematik i de sociale indsatser, udvikling af socialfaglige metoder og dokumentation af effekten af indsatserne.

Viden om, hvad der virker, er efterspurgt bredt blandt kommuner og andre aktører på området. Veldokumenterede socialfaglige metoder kan ikke bare hjælpe den enkelte modtager af en social indsats, men også sikre en bedre udnyttelse af de mange ressourcer, samfundet hvert år bruger på sociale indsatser.

Ikke alle modtagere af sociale indsatser er dækket af virksomme metoder i samme omfang. Det vurderes hverken at være realistisk eller nødvendigt at udvikle dokumenteret virksomme metoder for alle målgrupper eller alle specifikke problemstillinger blandt modtagere af sociale indsatser. Men det vurderes, at der er et stort potentiale for at forbedre sociale indsatser gennem fortsat udvikling og udbredelse af virkningsfulde metoder.

Socialstyrelsen spiller en central rolle i forhold til det nationale arbejde med at udvikle, afprøve, modne og udbrede socialfaglige metoder. Blandt styrelsens hovedopgaver er tilvejebringelse af ny socialfaglig viden og formidling og udbredelse af virkningsfulde metoder og god praksis på socialområdet. Samtidig rådgiver styrelsen kommuner, regioner, borgere og andre aktører i forhold til målgrupper generelt og specifikke problemstillinger.

Med vurderingerne og afdækningen i kapitlet er der taget et første skridt i retning af en kortlægning i form af en kobling af kendte, dokumenteret virksomme metoder med de tre hovedmålgrupper blandt modtagere af sociale indsatser, der kan identificeres via registerdata; udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap.

Vurderingerne i kapitlet skal bidrage til et styrket, samlet vidensgrundlag for det fremadrettede, strategiske arbejde med at udvikle og udbrede socialfaglige metoder med dokumenteret effekt, men peger i sig selv ikke på konkrete metodeudviklingsprojekter, der kan være relevante at sætte i gang.

En faglig vurdering af behovet for at igangsætte projekter rettet mod udvikling og udbredelse af nye metoder samt politiske beslutninger herom, kan ikke alene bero på en afdækning af, hvor der i dag eksisterer dokumenteret virksomme metoder. Det vil kræve en samlet vurdering og afvejning af en række forskellige hensyn. Det gælder blandt andet det økonomiske rationale for at udbrede metoderne – fx i forhold til omkostningseffektivitet – den kommunale efterspørgsel og målgruppernes størrelse og problemtungde, herunder hvor udgiftstung en

målgruppe er, samt potentialet for progression i en målgruppe. En sådan samlet vurdering ligger uden for rammerne af dette kapitel, men indgår i regeringens arbejde med området.

Det er også helt afgørende at se på resultaterne af de eksisterende indsatser, når man skal vurdere behovet for metodeudvikling. Hvis en målgruppe ser ud til at nå i mål i forhold til de relevante succeskriterier, der er for den sociale indsats, og hvis indsatsen vurderes at være tilstrækkelig effektiv, er der som udgangspunkt ikke behov for at bruge ressourcer på at udvikle nye metoder – også selvom der ikke eksisterer en egentlig socialfaglig metode, der retter sig mod den pågældende målgruppe. Her kan en struktureret socialfaglig indsats i kommunerne være tilstrækkelig. Og omvendt, hvis den sociale indsats ikke når i mål, selvom der på papiret findes en veldokumenteret metode, eller hvis resultaterne ikke står mål med de anvendte ressourcer, kan der stadig være behov for at arbejde videre med metodeudvikling på det konkrete område. Socialpolitisk Redegørelse 2016 gav på baggrund af en systematisk kortlægning af modtagere af sociale indsatser et indblik i resultaterne af indsatsen bredt på socialområdet for de tre hovedmålgrupper: udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap.

Afdækningen i kapitlet er baseret på forskning i og undersøgelser af socialfaglige metoder og indsatser, som Socialstyrelsen er bekendt med, og som blandt andet formidles via Vidensportalen. De metoder, der deklarerer på Vidensportalen, er udvalgt på baggrund af en systematisk afsøgning af dansk og international viden, der kvalitetsvurderes og formidles af fagpersoner i Socialstyrelsen efter klare retningslinjer. De socialfaglige metoder, som er medtaget i kapitlet, er dokumenteret virksomme gennem evalueringer med såkaldt 'stærke' designs. Se også www.vidensportal.dk.

Der kan lokalt i kommunerne og i de sociale tilbud anvendes virksomme metoder, som Socialstyrelsen ikke kender til – eller hvis effekt endnu ikke er dokumenteret. Kommuner og leverandører af sociale indsatser anvender forskellige metoder og tilgange i den socialfaglige praksis. Dele af denne praksis er allerede veldokumenteret virksom, mens andre dele virker, men blot endnu ikke er dokumenteret på et niveau, hvor man kan adskille det fra den mindre virkningsfulde praksis. Disse metoder indgår ikke i denne kortlægning. Metoder og indsatser anvendt på sundhedsområdet, fx i forhold til behandling af alkoholafhængighed, indgår heller ikke i afdækningen.

Selvom der principielt findes dokumenteret virksomme metoder for en bestemt gruppe af modtagere, er det ikke ensbetydende med, at metoden anvendes i praksis. Det skyldes, at metoderne ikke er implementeret i kommuner og tilbud.

Baggrunden herfor kan fx være, at der er tale om metoder, som reelt ikke er efterspurgt i kommunerne, samt at metoderne økonomisk, fagligt eller kulturelt ikke passer til praksis og situationen i kommunerne. Eller at der er tale om metoder, som reelt ikke er efterspurgt af kommunerne, eller som de ikke har kapacitet til at implementere. Der er flere eksempler på, at tidligere udviklede metoder ikke har været relevante for kommunerne.

På den måde peger resultaterne i kapitlet på, at der i det fremadrettede arbejde med udvikling og udbredelse er behov for et styrket fokus på, at metoderne skal være relevante, økonomisk og fagligt bæredygtige samt implementerbare for kommuner og sociale tilbud. Et kon-

kret eksempel på, at dokumenteret effekt kun er én blandt flere nødvendige betingelser for en succesfuld udbredelse af en metode, er erfaringerne fra projektet "Exit Prostitution". Til trods for gode resultater af projektet, lader metoden af andre årsager ikke til at være levedygtig i mere end én kommune efter projektets afslutning, jf. "Strategi for udvikling af sociale indsatser" (se også www.sm.dk).

Implementering og forankring af dokumenteret virksomme metoder i kommunerne og i sociale tilbud er en særskilt socialpolitisk udfordring. En succesfuld implementering vil blandt andet kræve, at metoden er økonomisk bæredygtig, at der er de rette kompetencer til stede i kommunen, samt opbakning såvel politisk og ledelsesmæssigt som fra medarbejderne. Der skal være opmærksomhed på, at anvendelse af metoden til det fulde potentiale forudsætter løbende integration af metodens tænkning og resultater i det faglige arbejde.

Selvom fokus i dette kapitel er på socialfaglige *metoder*, skal man være opmærksom på, at metoder, der er dokumenteret virksomme, ikke står alene i vidensbaseringen af den sociale indsats. Metoder er en systematisk tilgang til det sociale arbejde, som altid bygger på faglig viden. Vidensbaserede sociale indsatser handler i lige så høj grad om en løbende systematisk og kritisk faglig refleksion i det sociale arbejde og en stærk faglighed blandt medarbejdere i kommuner og tilbud.

Kapitlets hovedpointer er:

- Mange års fokus på øget anvendelse af metoder betyder, at der for en række målgrupper nu anvendes dokumenteret virksomme socialfaglige metoder i den sociale indsats. Der er imidlertid områder og målgrupper, der kun i begrænset omfang vurderes at være dækket af dokumenteret virksomme metoder.
- Der vurderes i begrænset omfang at være metoder, der har et forebyggende sigte og kan forhindre, at begyndende sociale problemer udvikler sig. Det samme gælder metoder, der har et uddannelses- og beskæftigelsesmæssigt fokus, som kan anvendes på tværs af modtagergrupperne, og som kan understøtte en målsætning om, at flere skal være en del af arbejdsfællesskabet.
- Op mod halvdelen af udsatte børn og unge og socialt udsatte voksne, der modtager sociale indsatser, har indikationer på flere sociale problemer. Der vurderes i begrænset omfang at være metoder, der understøtter kommunerne i en sammenhængende, helhedsorienteret og tværfaglig indsats over for disse mennesker.
- Der findes også undermålgrupper, der på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang vurderes at være dækket af dokumenteret virksomme metoder. Det gælder fx børn og unge med psykiske vanskeligheder, børn og unge udsat for seksuelle og voldelige overgreb samt voksne med kognitive udfordringer og et samtidigt misbrug.
- For så vidt angår grupper, der i udgangspunktet ikke kan identificeres via registerdata, vurderes det, at unge, der oplever udfordringer i forhold til at klare uddannelse og job, kun i begrænset omfang er dækket af dokumenterede metoder i dag.

- Det er afgørende for udviklingen af den sociale indsats, at staten, kommunerne og leverandører mv. samarbejder om at udvikle og sprede den gode socialfaglige praksis, som allerede findes lokalt. Socialstyrelsens nye redskab til identifikation af lovende praksis har netop til formål at finde og udvikle god, lokal praksis. På den måde kan den nationale metodeudvikling fremover i højere grad tage afsæt i lokale indsatser, som allerede fungerer godt.
- En central pointe er imidlertid, at udvikling og implementering af nye metoder i sig selv ikke er tilstrækkeligt til at sikre en effektiv social indsats. Det faglige arbejde, som socialarbejdere og andre fagpersoner i kommunen og i tilbud udfører, kan ikke altid omsættes til en metode. En succesfuld social indsats handler derfor i høj grad om en stærk faglighed og en systematisk tilgang i det sociale arbejde. Dertil kommer, at et godt, tværfagligt samarbejde vil understøtte den sociale indsats for borgere, der i mange tilfælde har flere og samtidige problemstillinger, der går på tværs af myndigheder og forvaltninger.

4.1 Dokumenteret virksomme socialfaglige metoder

I staten er arbejdet med at udvikle og udbrede dokumenteret virksomme socialfaglige metoder forankret i Socialstyrelsen, som i samarbejde med kommuner og leverandører af sociale tilbud udvikler, implementerer og formidler indsatser på hele det sociale område.

Socialfaglige metoder anvendes i kommuner og blandt leverandører af de medarbejdere, der har kontakt med borgerne. En metode er en struktureret måde at udføre en handling på, og en socialfaglig metode er dermed en metode, der anvendes til levering af en social indsats (se også www.socialebegreber.dk).

At en metode er *dokumenteret virksom* betyder, at det er systematisk undersøgt, at metoden virker i forhold til den eller de sociale problemstillinger, der kendetegner den specifikke målgruppe. Det kan gøres på forskellige måder og i forskellige niveauer, jf. tabel 4.1.

Den højest mulige vurdering (A) opnås ved egentlige effektstudier med en kontrolgruppe, som ikke modtager en indsats efter metoden, mens procesorienterede effektstudier af høj kvalitet (B) også giver solid dokumentation for, at en metode virker i forhold til borgernes sociale problemstillinger. Vurdering (C) dækker over forskellige evaluerings- og undersøgelsesmetoder, som ikke giver samme grad af dokumentation for årsagssammenhængen mellem en given metode og resultaterne for borgerne, men som dog stadig giver et bedre vidensgrundlag end slet ingen systematisk undersøgelse af metodens resultater (niveau D).

Tabel 4.1
Måling af effekt

Effektviden	Design og metoder	Højest mulige vurdering
Effektstudier med kontrolgruppe (effektstørrelse)	Fx metareview, eksperimenter, kvasi-eksperimenter (variansorienteret effektforståelse)	A
Procesorienterede effektstudier (kausale mekanismer)	Fx teoribaseret evaluering, virkningsevaluering (procesorienteret effektforståelse)	B
Før- og eftermåling (ikke-eksperimentelle)	Fx før- og eftermåling, simpel monitorering af centrale variable i indsatsens forandringsteori (uden kausalanalyse)	C
Ekspertvurdering	En eller flere eksperter inden for metoden vurderer, om indsatsen har positiv effekt	C
Eftermålinger	Kvalitativ eller kvantitativ måling af fx brugeres og fagprofessionelles vurdering af effekt	C

Kilde: Socialstyrelsens Vidensdeklaration. Se www.socialstyrelsen.dk.

Afdækningen i dette kapitel medtager kun socialfaglige metoder, der mindst kvalificerer til niveau B på Vidensdeklarationens effektdimension. På dette niveau er metoderne dokumenteret ved kvantitative effektmålinger eller veludførte teoribaserede evalueringer efter forskningsmæssige standarder. Det vil sige, at der enten findes specialiserede effektstudier eller veludførte teoribaserede evalueringer, som dokumenterer, at metoden virker.

Til brug for arbejdet med at understøtte en målrettet udvikling af metoder, der virker, har Børne- og Socialministeriet udviklet tre konkrete redskaber, som kan anvendes på tværs af målgrupper.

For det første er der med Socialstyrelsens Vidensdeklaration fra 2012 udviklet et fælles sprog for, hvordan man kan belyse og deklarere vidensniveauet bag en given socialfaglig metode, som det er vist i tabellen ovenfor.

For det andet har ministeriet med "Strategi for udvikling af sociale indsatser" (2017) etableret en systematisk tilgang til udvikling, afprøvning og udbredelse af socialfaglige metoder, der er dokumenteret virksomme, jf. boks 4.1.

Det er en del af den nye strategi, at det i høj grad skal være den kommunale efterspørgsel og efterspørgslen fra de sociale tilbud, der er afgørende for, hvilke målgrupper og metoder, der konkret er fokus på.

Denne tilgang til udviklingen af nye metoder på socialområdet vil være bærende i forhold til Børne- og Socialministeriets fremtidige arbejde med metoder og skal være med til at sikre, at en større del af støtten og hjælpen til socialt udsatte og mennesker med handicap kommer til at bygge på viden om, hvad der virker.

Strategien ligger til grund for arbejdet med metodeudvikling i forbindelse med Udviklings- og Investeringsprogrammet (UIP) på voksenområdet. UIP er et permanent udviklings- og investeringsprogram på voksenområdet, som er en del af satspuljeaftalen for 2017. Programmet skal medvirke til, at der fremadrettet bliver arbejdet mere systematisk med udvikling, afprøvning, modning og udbredelse af virksomme metoder for derved at understøtte en mere vidensbaseret social indsats. Formålet er at sikre, at flere udsatte voksne modtager hjælp og støtte, der medvirker til, at de kan opnå positive effekter i form af fx forbedret livskvalitet, opbygning af netværk, uddannelse og beskæftigelse.

Boks 4.1

Børne- og Socialministeriets Strategi for udvikling af sociale indsatser

Erfaringerne viser, at der er behov for en mere systematisk tilgang til udviklingsarbejdet på socialområdet. Det er ikke nyt, at der arbejdes med at udvikle og udbrede nye indsatser, men arbejdet har været for sporadisk funderet på enkeltstående aktiviteter, og der har ikke været tilstrækkelig systematik i, hvordan de forskellige aktiviteter er bragt i spil.

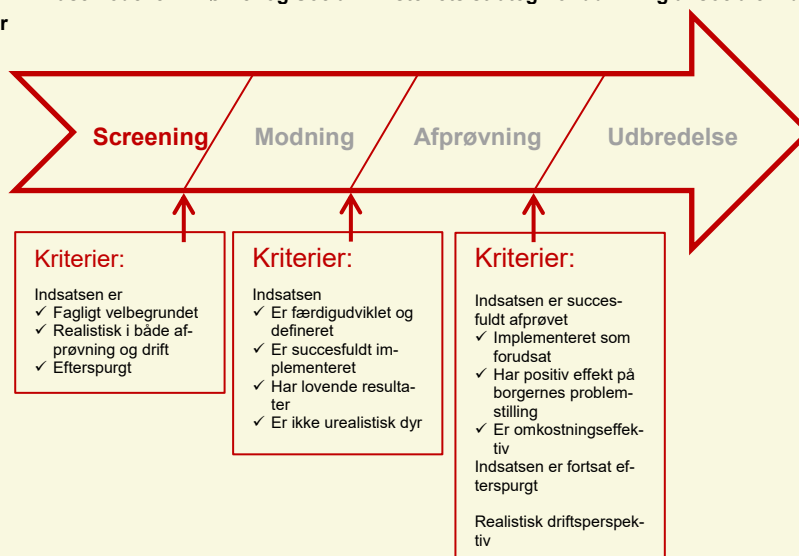
I nogle tilfælde er man straks gået i gang med at udbrede en metode, fordi den har vist lovende resultater lokalt eller i udlandet uden at indtænke, om metoden vil være effektiv i den konkrete kontekst. I andre tilfælde er man startet med afprøvning i stor skala med henblik på senere udbredelse uden at vurdere omkostningerne ved afprøvningen, eller man har arbejdet med modning, afprøvning og udbredelse på samme tid eller uden, at det har været klart, hvilken fase man er i. Udviklingen af nogle indsatser er også gået i stå, fordi der ikke har været afsat midler til de efterfølgende faser af udviklingsarbejdet.

Strategien for udvikling af sociale indsatser skal sikre et større afkast af investeringerne i at udvikle indsatser med dokumenteret effekt. Når arbejdet er bedre koordineret og sammentænkt, vil flere udviklingsprojekter resultere i en indsats med veldokumenteret effekt, som kommunerne kan bruge i den sociale indsats. I takt med at man i højere grad baserer sig på indsatser med dokumenteret effekt, vil der komme et større gennemslag af de ca. 45 mia. kr., der årligt bruges på sociale indsatser.

Boks 4.1 (fortsat)

Fasemodellen består af fire faser, jf. figur 4.1: Screeningsfasen, modningsfasen, afprøvningsfasen og udbredelsesfasen. National udvikling af sociale indsatser indledes med en screening af, om forudsætningerne for et succesfuldt udviklingsarbejde er til stede.

Figur 4.1: Fasemodellen i Børne- og Socialministeriets strategi for udvikling af sociale indsatser



Ud fra de tydelige kriterier skal der mellem hver fase træffes beslutning om, hvorvidt udviklingsarbejdet kan fortsætte – eller om der på baggrund af de foreløbige erfaringer i metodeudviklingsarbejdet er behov for at forlænge en fase eller gøre den om eller eventuelt helt at opgive indsatsen.

Se i øvrigt www.socialstyrelsen.dk og Børne- og Socialministeriet (2017).

For det tredje har Socialstyrelsen udviklet et redskab, som gør det muligt at identificere såkaldt lovende praksis i kommunerne. Lokalt udviklet praksis kan sagtens være god og virksom, uden at den er deklareret efter Vidensdeklarationen. For at en god, lokal praksis kan afprøves og udbredes i stor skala, er det imidlertid nødvendigt at "metodegøre" den, så det er klart, hvad metoden består i, og hvordan den fungerer i praksis. Socialstyrelsen har udviklet et måleredskab i form af et spørgeskema, som kan identificere lovende praksis, som kan indgå i afprøvning og eventuelt senere udbredelse.

Samlet set er det ambitionen at opnå et højt vidensniveau om effekterne af flere sociale indsatser, og gerne på niveau A på Vidensdeklarationens effektdimension. Det er imidlertid vigtigt, at netop også den lokalt udviklede metode også kan blive bredt anvendt og dokumenteret virksom, og derfor er ambitionen for flere sociale indsatser og metoder at nå niveau B på Vidensdeklarationens effektdimension.

I vurderingen af en metode er det af stor betydning, at effekten af indsatsen står mål med omkostningerne forbundet hermed, det vil sige metoden er omkostningseffektiv. Der eksisterer meget begrænset viden om omkostningseffektiviteten af sociale indsatser i Danmark. Socialstyrelsen forventes i efteråret 2017 at have færdigudviklet den socialøkonomiske investeringsmodel (SØM). Det overordnede mål med modellen er at vise de økonomiske konsekvenser af sociale indsatser over tid. Modellen kan således give brugbar viden om de økonomiske konsekvenser, som kan indgå i grundlaget, når kommunerne skal tage beslutninger om den sociale indsats. Læs mere om SØM på www.socialstyrelsen.dk.

De forskellige værktøjer, som relaterer sig til socialfaglige metoder, fremgår af boks 4.2.

Boks 4.2

Værktøjer til udvikling og afprøvning af socialfaglige metoder

- Drejebog for anvendelse af *Strategi for udvikling af sociale indsatser* i udviklingsprojekter.
- Validerede måleredskaber til måling af resultater og effektmålinger på det sociale område.
- Retningslinjer for økonomisk evaluering på det sociale område og et redskab til omkostningsvurdering.
- *Vidensdeklarationen*, der er en systematik for at tydeliggøre vidensgrundlaget bag sociale indsatser og metoder.
- Aktuelt bedste viden om sociale indsatser og metoder på *Vidensportalen*.
- *Lovende praksis på det specialiserede socialområde og Resultatdokumentation og Evaluering og Håndbog for sociale tilbud*, er redskaber til at udvikle og synliggøre værdien af lokale indsatser i kommunerne og på de sociale tilbud.
- I efteråret 2017 suppleres med den *Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM* – et redskab til at vurdere de økonomiske konsekvenser af sociale indsatser.

Læs mere på www.socialstyrelsen.dk.

Politikudviklingen på socialområdet kan imidlertid ikke alene baseres på udviklingen af dokumenteret virksomme metoder. En stor del af den sociale indsats er ikke metodegjort, og en endnu mindre andel er baseret på metoder, der dokumenteret virker.

Derfor er det vigtigt at supplere arbejdet med systematisk metodeudvikling med en bredere viden om målgrupperne på det sociale område og med viden om, i hvilken udstrækning de politiske målsætninger for den sociale indsats indfries. Uden denne type af viden vil det praktisk talt blive umuligt at prioritere og udvikle den socialpolitiske indsats på et analytisk grundlag. Den viden er blandt andet tilvejebragt i Socialpolitisk Redegørelse 2016 og i de øvrige kapitler i denne redegørelse.

4.2 Afdækning af socialfaglige metoder på socialområdet

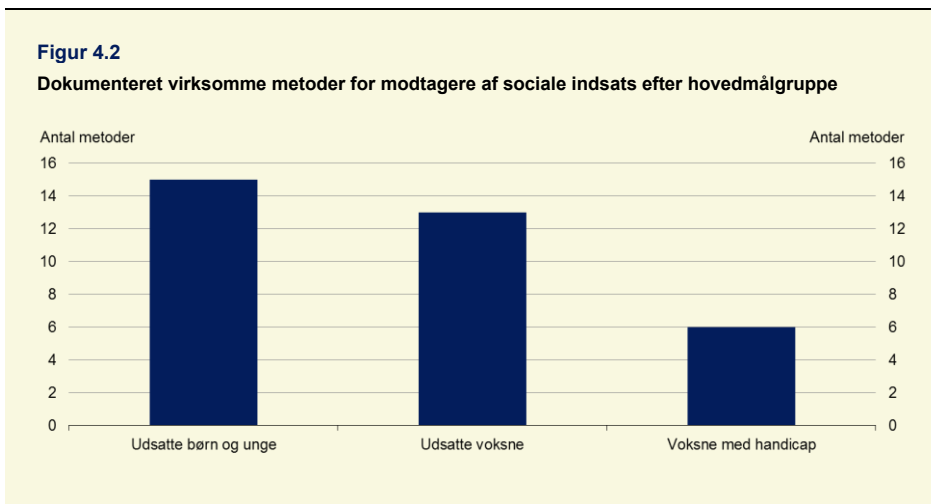
Socialfaglige metoder, der er dokumenteret virksomme, og som anvendes i kommunerne, er en vigtig del af en mere effektiv socialpolitik. Dette kapitel sætter fokus på i hvilket omfang modtagere af sociale indsatser kan siges at være dækket af dokumenteret virksomme metoder.

Disse specifikke metoder adskiller sig fra mere generelle faglige tilgange ved at følge en fast defineret systematik med ufravigelige elementer og handlinger, hvor rammerne for det professionelle skøn er klart defineret. Brede socialfaglige tilgange har karakter af mere generelle forståelsesrammer, fx et særligt syn på eller en særlig teori om en given social problemstilling og den måde, man møder borgere med disse sociale problemstillinger på. Kapitlets vurdering fokuserer på de socialfaglige metoder og ikke på de bredere socialfaglige tilgange.

Afdækningen tager udgangspunkt i de tre hovedmålgrupper af modtagere af sociale indsatser; udsatte børn og unge, udsatte voksne og voksne med handicap. For at gøre afdækningen så overskuelig som mulig er de tre grupper af modtagere så vidt muligt opdelt i undergrupper.

Afdækningen omfatter metoder, som Socialstyrelsen kender til, som er deklareret til mindst niveau B ifølge Vidensdeklarationen og som typisk er formidlet på Vidensportalen. Der vil være metoder med dokumenteret effekt, som er i anvendelse lokalt i Danmark, men som Socialstyrelsen ikke er bekendt med, og som derfor ikke indgår.

På denne baggrund har Socialstyrelsen vurderet om og i hvilket omfang, de enkelte modtagere af sociale indsatser er dækket af dokumenterede metoder. En simpel optælling af metoderne viser, at der findes flere dokumenteret virksomme metoder rettet mod udsatte børn og unge, end der gør for udsatte voksne og voksne med handicap, jf. figur 4.2.



Kilde: Socialstyrelsens egen opgørelse.

Det er imidlertid ikke nok at konstatere, *om og hvor* mange dokumenteret virksomme metoder der findes for en målgruppe. Derfor sker den samlede vurdering på baggrund af følgende tre kriterier:

- **Antal:** Der er en eller flere dokumenteret virksomme metoder til målgruppen
- **Bredde:** Metoderne dækker variationen i forhold til karakter, omfang og tyngde af målgruppens problemer.
- **Implementeringsomfang:** Metoderne er implementeret i flere kommuner

Alle tre kriterier er væsentlige i forhold til at vurdere i hvilken udstrækning, de dokumenteret virksomme metoder, der findes i dag, er dækkende for målgrupperne på socialområdet.

Kriteriet *antal* dækker over en simpel vurdering af, om der er én eller flere dokumenteret virksomme metoder til en bestemt målgruppe. Når kriteriet er relevant, skal det ses i lyset af, at en metode, der er dokumenteret virksom, i nogle tilfælde kun vil fungere i nogle kommuner, mens den ikke vil fungere i andre. Det kan blandt andet skyldes forskelle i organiseringen af den sociale indsats på tværs af kommuner. Derfor kan det være nyttigt med flere dokumenterede virksomme metoder til den samme målgruppe for at favne de forskelle, der er mellem kommunerne. Lægges kriteriet om antal alene til grund, kan konklusionen imidlertid fejlagtigt blive, at et område er dækket, selvom de tilgængelige metoder måske kun dækker den del af en målgruppe, som har meget svære problemstillinger. Antal er derfor et relevant kriterie, men kan ikke stå alene og skal vurderes sammen med bredde og implementeringsomfang.

Kriteriet *bredde* er relevant, da der vil være store forskelle i behovet for hjælp og støtte inden for de forskellige målgrupper. Det er altså ikke nok at have mange metoder, metoderne skal også dække variationen i målgruppernes behov. For eksempel er der behov for forskellige metoder på stofmisbrugsområdet, da målgruppen omfatter både helt unge med et hashmisbrug og mangeårige misbrugere af hårde stoffer. Derfor er det afgørende, at de metoder, der er til rådighed for en bestemt målgruppe, afspejler bredden i gruppens behov.

Endelig er *implementeringsomfang* et relevant kriterie. Det er ikke tilstrækkeligt at have et højt antal metoder, der dækker bredden i målgruppernes behov, hvis ikke de veldokumenterede metoder, der er til rådighed, er implementerede i kommunerne. Hvis der findes dokumenteret virksomme metoder, der ikke bliver brugt, kan det blandt andet skyldes, at der er tale om metoder, som reelt ikke er efterspurgt, samt at metoderne økonomisk, fagligt eller kulturelt ikke passer til praksis og situationen i kommunerne.

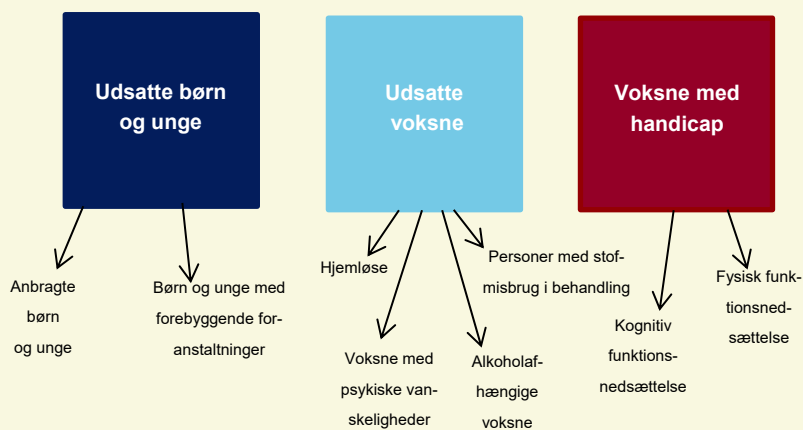
Ret beset er der to dimensioner, der er relevante at inddrage i vurderingen af implementeringsomfanget. Den ene dimension handler som nævnt om, hvorvidt metoderne rent faktisk bliver brugt i dag. Den anden dimension handler om, hvorvidt metoder bruges 'rigtigt' af de kommuner og tilbud, der anvender dem. Dokumenteret virksomme metoder, der bruges 'forkert', vil typisk ikke have den forventede effekt. En vurdering af sidstnævnte dimension ligger uden for rammerne af dette kapitel.

I den samlede vurdering og afdækning i kapitlet indgår også de metoder, som er under afprøvning, og som forventes at kunne leve op til kriteriet som dokumenteret virksom (niveau A eller B på Vidensdeklarationens effektdimension) ved afprøvnings afslutning.

Den centrale afdækningsmetode i kapitlet er illustreret i figur 4.3 med udsatte voksne som eksempel.

Figur 4.3
Beskrivelse af afdækningsmetoden

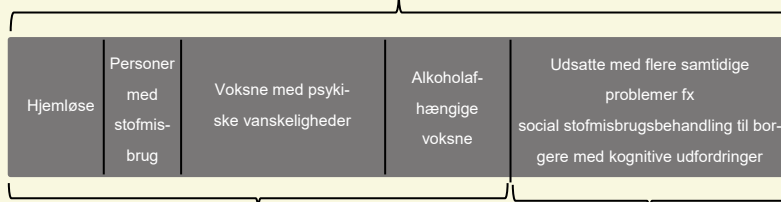
Modtagere af sociale indsatser, der kan identificeres via registerdata



Vurdering på baggrund af de tre kriterier

Antal? Bredde? Implementeringsomfang?

Udsatte voksne, der modtager sociale indsatser efter serviceloven



Der findes dokumenteret virksomme metoder på mindst niveau B for disse udsatte voksne

Der findes ikke dokumenteret virksomme metoder på mindst niveau B for disse udsatte voksne

Anm.: Der er tale om en illustration af den centrale afdækningsmetode i kapitlet for så vidt angår udsatte voksne, der modtager en indsats efter serviceloven. ”Dokumenteret virksomme metoder på niveau B” refererer til niveauer på Vidensdeklarationens effektdimension.

Afdækningen omfatter ikke en kvantitativ opgørelse af antallet af modtagere af sociale indsatser, der er dækket henholdsvis ikke er dækket af dokumenteret virksomme metoder.

En sådan vurdering er særlig vanskelig at foretage for børn og unge, hvor det ikke umiddelbart er muligt at koble de registeropgjorte modtagere af sociale indsatser med de målgrupper, som metoderne retter sig mod: På området for udsatte børn og unge er metoderne ofte udviklet på baggrund af én hændelse, som er udgangspunktet for indsatsen (fx omsorgssvigt eller overgreb) eller barnets adfærd (fx selvskadende adfærd eller adfærdsproblematikker). Metoderne går derfor på tværs af modtagergrupper, og registeroplysninger om udsatte børn og unge omfatter ikke præcise oplysninger om, hvad der ligger til grund for anbringelsen eller den forebyggende foranstaltning.

Generelle resultater

Der er vurderingen, at kommunernes helhedsorienterede indsats over for borgere, der ofte har flere sociale problemer, kun i begrænset omfang er dækket af dokumenteret virksomme metoder. Dette gælder på tværs af hovedmålgrupperne.

For mange modtagere af sociale indsatser er selvforsørgelse og et selvstændigt liv et realistisk mål med indsatsen, jf. også Socialpolitisk Redegørelse 2016, men området vurderes generelt kun i begrænset omfang at være dækket af metoder, der har et klart uddannelses- og beskæftigelsesmæssigt fokus.

Samtidig er det Socialstyrelsens erfaring fra samarbejdet med kommunerne, at metoder, der i højere grad har et forebyggende end et behandlende sigte, og som kan understøtte de tidlige, opfølgende og forebyggende indsatser, er efterspurgt af kommunerne.

Disse resultater er bredt gældende for alle tre hovedmålgrupper på socialområdet.

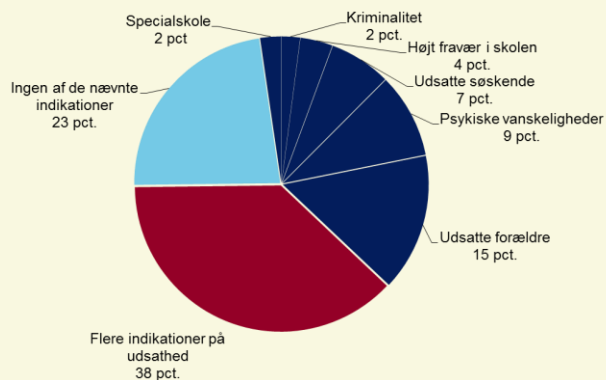
I de følgende tre afsnit vurderes omfanget af dokumenteret virksomme socialfaglige på socialområdet for hver af hovedmålgrupperne.

Resultater: Udsatte børn og unge

Børn og unge, der modtager en social indsats, vil have mange forskellige problemstillinger, og der kan være stor forskel på tyngden af deres problemer.

Forskellene i problemstillinger og i tyngden af deres problemer kan belyses via registerdata ved at se på, om de har nogle bestemte indikationer på udsathed, herunder om de har flere indikationer på én gang, jf. figur 4.5.

Figur 4.5
Udsatte børn og unge opdelt på indikationer på udsathed



Anm.: Personer i alderen 0-22 år, der modtog en social foranstaltning i 2014.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Figur 4.5 vedrører kun udsatte børn og unge, der modtager en social foranstaltning efter serviceloven, og som derfor kan identificeres via registerdata.

For så vidt angår børn og unge med psykiske vanskeligheder som depression, selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser er det Socialstyrelsens vurdering på baggrund af kendskab til metoder på området, at disse grupper kun i begrænset omfang er dækket af socialfaglige metoder i dag, jf. boks 4.3.

Vurderingen skal ses i lyset af, at antallet af børn og unge med psykiske vanskeligheder i kommunerne opleves at være i vækst, og at metoder, der kan anvendes til behandling, udredning og især støtte for disse børn og unge i det sociale system, kun i begrænset omfang findes eller er udbredt i dag. Det gælder specifikt psykisk sårbare børn og unge, der ikke har så svære lidelser, og derfor ofte heller ikke udredes i det psykiatriske system.

Det bemærkes, at børn og unge, der udredes og behandles inden for det psykiatriske system, kan være omfattet af indsatser inden psykiatrien, hvor indsatsen baserer sig på sundhedsfaglige metoder mv., der har dokumenteret effekt.

Desuden vurderes det, at børn og unge, der kunne have gavn af tidlige og mere forebyggende indsatser, kun i begrænset omfang er dækket af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder i dag. Sådanne metoder kan understøtte den omlægning, mange kommuner i disse år foretager for netop at sætte ind, inden problemerne udvikler sig, herunder særligt over for udsatte børn og unge med begyndende tegn på psykiske vanskeligheder. Der er et udviklingsarbejde i gang i den tidlige indsats, men området er, ud fra Socialstyrelsens vurdering af de kendte metoder, fortsat kun dækket i begrænset omfang.

Endelig vurderes også udsatte børn og unge, der er blevet udsat for seksuelle og/eller voldelige overgreb, kun i begrænset omfang at være dækket af metoder.

For så vidt angår andre grupper af udsatte børn og unge, er det vurderingen, at de i høj eller nogen grad er dækket af dokumenteret virksomme metoder i dag. Det gælder blandt andet børn og unge i risiko for eller udsat for omsorgssvigt, udsatte børn og unge med rusmiddelproblematikker og udsatte børn og unge med kriminalitetsproblematikker, jf. boks 4.3.

Boks 4.3**Udsatte børn og unge – afdækning af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder**

Ud fra de tre kriterier og på baggrund af viden om kommunernes arbejde vurderes følgende specifikke grupper af udsatte børn og unge i begrænset omfang at være dækket af dokumenteret virksomme metoder:

- Udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder som depression, selvskade og spiseforstyrrelser

Børn og unge med depression, selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser er kun i begrænset omfang dækket af dokumenteret virksomme metoder, da de eksisterende metoder ikke dækker hele spektret af belastningsgrader inden for den kommunale forpligtelse.

- Udsatte børn og unge med begyndende tegn på psykiske vanskeligheder

Der findes i begrænset omfang metoder, der understøtter en tidlig og mere forebyggende indsats for børn og unge med begyndende psykiske vanskeligheder. Et udviklingsarbejde i gang i forhold til den tidlige indsats, men området er, ud fra Socialstyrelsens vurdering af de kendte metoder, fortsat kun dækket i begrænset omfang.

- Udsatte børn og unge udsat for seksuelle og voldelige overgreb

Ifølge en igangværende kortlægning af metoder til brug for børn og unge udsat for seksuelle eller voldelige overgreb findes der ingen veldokumenterede socialfaglige metoder til målgruppen.

Boks 4.3 (fortsat)

Følgende målgrupper vurderes i nogen grad eller i høj grad at være dækket af dokumenteret virksomme metoder efter samme kriterier. Der er endvidere angivet eksempler på metoder, der kan bruges i forhold til den enkelte målgruppe. Se i øvrigt vidensportalen.dk for en samlet opgørelse over metoderne

Målgruppe	Samlet vurdering	Eksempler på metoder
Udsatte børn og unge i risiko for eller udsat for omsorgssvigt	Det vurderes, at målgruppen i <u>høj grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> og <i>bredde</i> , da de eksisterende dokumenteret virksomme metoder dækker både forskellige aldersgrupper og grader af problemstillinger. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området i <u>nogen grad</u> at være dækket. Mange af landets kommuner har fx implementeret DUA.	De Utrolige År (DUA) Basic Førskole
Udsatte børn og unge med rusmiddelproblematikker	Det vurderes, at målgruppen i <u>høj grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> og <i>bredde</i> , da der findes en række forskellige dokumenteret virksomme metoder i dag, som dækker unge i forskellige aldersgrupper og med misbrug i forskellig grad. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området i <u>nogen grad</u> at være dækket. Flere kommuner anvender fx MI.	Motiverende Interview (MI), U-18 (udviklet af Aarhus Kommune) og U-Turn (udviklet af Københavns Kommune)
Udsatte børn og unge med kriminalitetsproblematikker	Det vurderes, at målgruppen i <u>høj grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> og <i>bredde</i> , da der findes dokumenteret virksomme metoder til målgruppen. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området i <u>nogen grad</u> at være dækket. Der er fx flere kommuner, der anvender ART.	Aggression Replacement Training (ART) og Funktionel Familie Terapi (FFT)
Udsatte børn og unge med angst	Det vurderes, at målgruppen i <u>nogen grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> og <i>bredde</i> , da der findes dokumenteret virksomme metoder for målgruppen. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området i <u>nogen grad</u> at være dækket. Der er fx flere kommuner, der anvender eller har implementeret Cool Kids.	Cool Kids / Chilled
Udsatte børn og unge med adfærdsproblematikker	Det vurderes, at målgruppen i <u>høj grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> og <i>bredde</i> , da der findes dokumenteret virksomme metoder for målgruppen. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området i <u>nogen grad</u> at være dækket. Der er fx flere kommuner har implementeret PMTO.	Parent Management Training Oregon, både i gruppe og individuelt (PMTO)

Herudover findes der tværgående metoder, som kan dække flere målgrupper, fx Makkerlæring, der er rettet mod udsatte børns læring.

Det er endvidere Socialstyrelsens erfaring, at kommunerne tilpasser deres tilbudsvifte med forebyggende indsatser, som skal sikre en tidlig indsats med fokus på familien og netværkets egne ressourcer, men som også går på tværs af det sociale og de almene systemer, herunder sundhed, uddannelse og beskæftigelse.

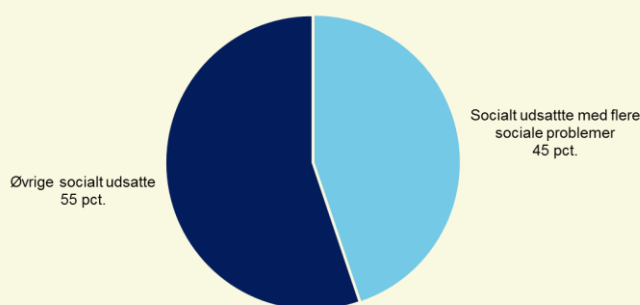
Det skal understreges, at det hverken vurderes at være realistisk eller nødvendigt at udvikle dokumenteret virksomme metoder for alle de nævnte målgrupper eller specifikke problemstillinger. En sådan vurdering indebærer en afvejning af blandt andet omkostningseffektivitet, den kommunale efterspørgsel, målgruppernes størrelse, herunder hvor udgiftstung en målgruppe er, samt tyngden af gruppens problemer og potentialet for progression.

Resultater: Udsatte voksne

Socialt udsatte voksne omfatter socialt udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder omfatter voksne. Gruppen er kendetegnet ved meget forskelligartede typer af problemstillinger.

Næsten halvdelen af alle socialt udsatte har flere sociale problemer i den forstand, at de modtager flere forskellige sociale indsatser, eller at de har været dømt for kriminalitet eller er blevet stillet en psykisk, stof- eller alkoholrelateret diagnose, jf. figur 4.6.

Figur 4.6
Udsatte voksne med flere sociale problemer, 2014



Anm: Personer på 18 år eller derover ultimo 2014. Udsatte omfatter personer, der har modtaget behandling for alkoholafhængighed, stofmisbrug samt brugere af forsorgshjem eller herberger. Se boks 6.5 i kapitel 6 for opgørelse af "Flere sociale problemer".

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Når en stor del har flere sociale problemer, skyldes det i høj grad, at mange socialt udsatte også har en psykiatrisk diagnose eller en diagnose forårsaget af alkoholafhængighed eller stofmisbrug.

De forskellige problemer, som udsatte har, vurderes i varierende grad at være dækket af dokumenteret virksomme metoder. I forhold til indsatsen mod hjemløshed og i stofmisbrugsbehandlingen er der igangsat metodeudvikling og -udbredelse i kommunerne af behandlingsrettede metoder. I forhold til voksne med psykiske vanskeligheder er der på nuværende tidspunkt et omfattende metodeudviklingsarbejde i gang.

For andre problemstillinger er der udviklet og afprøvet dokumenteret virksomme metoder i betydeligt mindre omfang.

I vurderingen af status for metoderne rettet mod socialt udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder bemærkes det, at den generelt, både målt i forhold til antal og implementering i kommunerne, i høj eller i nogen grad er dækket af dokumenterede metoder.

Målt efter de tre kriterier samlet er undermålgrupperne imidlertid i nogen grad dækket, da de eksisterende metoder ikke dækker variationen i behovet for hjælp og støtte fuldt ud: Udsatte voksne har forskellige grader, antal og tyngde af problemer, og er metoderne rettet mod en konkret problemstilling i svær grad, vil de ikke dække behovet hos den del af udsatte voksne, der har problemet i lettere grad.

Boks 4.4 sammenfatter afdækningen af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder rettet mod udsatte voksne.

Boks 4.4

Udsatte voksne – afdækning af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder

Ud fra de tre kriterier og på baggrund af viden om kommunernes arbejde vurderes følgende specifikke grupper af udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder i begrænset omfang at være dækket af dokumenteret virksomme metoder:

- Social stofmisbrugsbehandling til borgere med kognitive udfordringer
Rehabiliterende metoder for denne målgruppe er kun i mindre grad udbredt og dækker ikke alle kommuner
- Socialt udsatte voksne med psykiske vanskeligheder og flere sociale problemer som fx misbrug
Der findes kun metoder i begrænset omfang, der retter sig mod voksne med flere og samtidige sociale problemer.

Boks 4.4 (fortsat)

Følgende målgrupper vurderes i nogen grad eller i høj grad at være dækket af dokumenteret virksomme metoder efter samme kriterier. Der er endvidere angivet eksempler på metoder, der kan bruges i forhold til den enkelte målgruppe. Se i øvrigt vidensportalen.dk for en samlet opgørelse over metoderne. Metoder, der er knyttet til sundhedsområdet, fx i forhold til behandling for alkoholafhængighed er ikke medtaget.

Målgruppe	Samlet vurdering	Eksempler på metoder
Stofmisbrug	Det vurderes, at målgruppen i <u>nogen grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> og <i>bredde</i> , da der findes flere dokumenteret virksomme metoder, der dækker forskellige stofmisbrugsproblematikker, både for personer med nyere og længerevarende misbrug. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området i <u>nogen grad</u> at være dækket. Fx er MI kognitiv adfærdsterapi implementeret i flere kommuner.	Motiverende Interview (MI), kognitiv adfærdsterapi
Hjemløshed	Det vurderes, at målgruppen i <u>høj grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> , da der findes flere metoder, og i <u>nogen grad</u> hvad angår <i>bredde</i> , da der ikke er udviklet mere specialiserede metoder til delmålgrupper af hjemløse, fx unge hjemløse. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området i <u>nogen grad</u> at være dækket. Fx implementeres både CTI og ICM i flere kommuner i øjeblikket.	Critical Time Intervention (CTI), Intensive Care Management (ICM)
Psykiske vanskeligheder	Det vurderes, at målgruppen i <u>høj grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> , og i <u>nogen grad</u> hvad angår <i>bredde</i> , da der findes flere dokumenteret virksomme metoder, der dækker forskellige psykiske vanskeligheder og sociale problematikker for personer med såvel svære psykiske lidelser som mindre omfattende psykiske udfordringer. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området i nogen grad at være dækket. Fx ses en stigende interesse for implementering af Åben Dialog i flere kommuner, mens de øvrige metoder fortsat kun er implementeret i mere begrænset omfang.	Socialfærdighedstræning i grupper, Åben Dialog

Det er i øvrigt Socialstyrelsens erfaring, at en række kommuner ønsker at udvikle den recoveryorienterede og rehabiliterende indsats i forhold til voksne med svære psykiske vanskeligheder og flere sociale problemer. Det skyldes dels, at målgruppen kan være svær at opspore, fastholde og følge op på i forhold til støtte og behandling, dels at der kun i begrænset omfang findes metoder, der tilgodeser og forholder sig til borgernes samlede og indbyrdes afhængige problemstillinger. Den manglende udbredelse af de metoder og indsatser, der findes, skal ses i sammenhæng med, at de er relativt omkostningstunge, samt fordrer mange forskellige fagligheder i et tæt og omfattende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Der vurderes i dag kun i begrænset omfang at være metoder, der retter sig mod voksne med flere sociale problemstillinger, jf. boks 4.4.

For eksempel har SFI (2016) set på kapaciteten i stofmisbrugsbehandlingen, og i denne analyse angiver mange kommuner, at der mangler målrettede behandlingstilbud til borgere med samtidigt misbrug og psykiske vanskeligheder.

Kommunerne oplever samtidig i disse år en stigende aktivitet på området, som skyldes en øget tilgang af mennesker med psykiatriske lidelser, både blandt voksne og i særdeleshed blandt unge under 30 år. Det vurderes at følge af en stigning i antallet af børn og unge, der diagnosticeres, samt af psykisk sårbare unge med et mindre, men udtalt støttebehov. Tilsvarende kan kortere indlæggelser og fokus på recovery og rehabilitering have haft betydning for den oplevede stigning. Samlet set vurderes det, at voksne, der kan have gavn af forebyggende og helhedsorienterede indsatser, som kan hindre, at problemerne udvikler sig, kun i begrænset omfang er dækket af dokumenteret virksomme metoder.

Med et helhedsorienteret fokus i indsatsen er det samtidigt vigtigt, at metoderne kan gå på tværs af psykiatriske, sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser, og at de har et uddannelses- og beskæftigelsesrettet fokus.

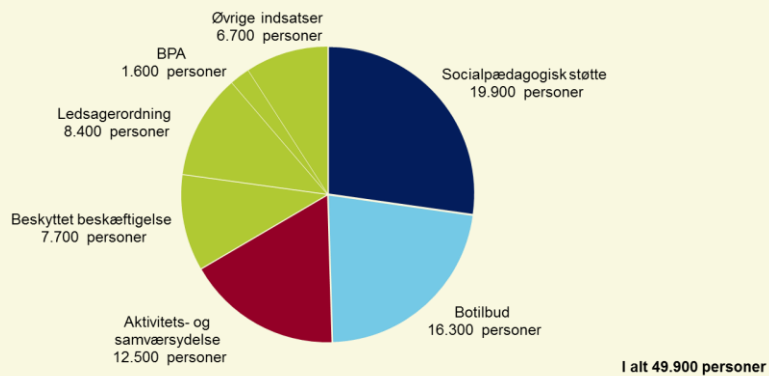
Det skal igen understreges, at det hverken vurderes at være realistisk eller nødvendigt at udvikle dokumenteret virksomme metoder for alle de nævnte målgrupper eller specifikke problemstillinger. En sådan vurdering indebærer en afvejning af blandt andet omkostningseffektivitet, den kommunale efterspørgsel, målgruppernes størrelse, herunder hvor udgiftstung en målgruppe er, samt tyngden af gruppens problemer og potentialet for progression.

Resultater: Voksne med handicap

Voksne med handicap, der modtager sociale indsatser, er ikke nødvendigvis udsatte, men har et behov for at blive kompenseret for deres nedsatte funktionsevne gennem sociale indsatser. De mest udbredte indsatser til voksne med handicap er såkaldt socialpædagogisk støtte og botilbud, men mange modtager også beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværsydelse, jf. figur 4.7.

Figur 4.7

Modtagere af indsatser med handicap, 2016



Anm.: 18 år over derover ultimo 2016. Baseret på 44 kommuner og opregnet til landsplan. Den samme person kan modtage flere indsatser.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Selvom voksne med handicap målt efter antallet af metoder i høj grad er dækket af metoder, er der imidlertid en tendens til, at området som helhed kun i nogen grad er dækket. På baggrund af Socialstyrelsens kendskab til metoder, vurderes de ikke at være dækkende for modtagernes varierende behov og heller ikke at være bredt implementeret i kommunerne.

Boks 4.5 sammenfatter afdækningen af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder rettet mod voksne med handicap.

Boks 4.5**Voksne med handicap – afdækning af dokumenteret virksomme socialfaglige metoder**

Ud fra de tre kriterier og på baggrund af viden om kommunernes arbejde vurderes følgende specifikke grupper af voksne med handicap i begrænset omfang at være dækket af dokumenteret virksomme metoder:

- Voksne med handicap, særligt autisme og udviklingshæmning, med behov for støtte i forhold til uddannelse og beskæftigelse

Der er ikke kendskab nok til socialfaglige metoder med dokumenteret virkning, der dækker målgruppen.

Følgende målgrupper vurderes i nogen grad eller i høj grad at være dækket af dokumenteret virksomme metoder efter samme kriterier. Der er endvidere angivet eksempler på metoder, der kan bruges i forhold til den enkelte målgruppe. Se i øvrigt vidensportalen.dk for en samlet opgørelse over metoderne.

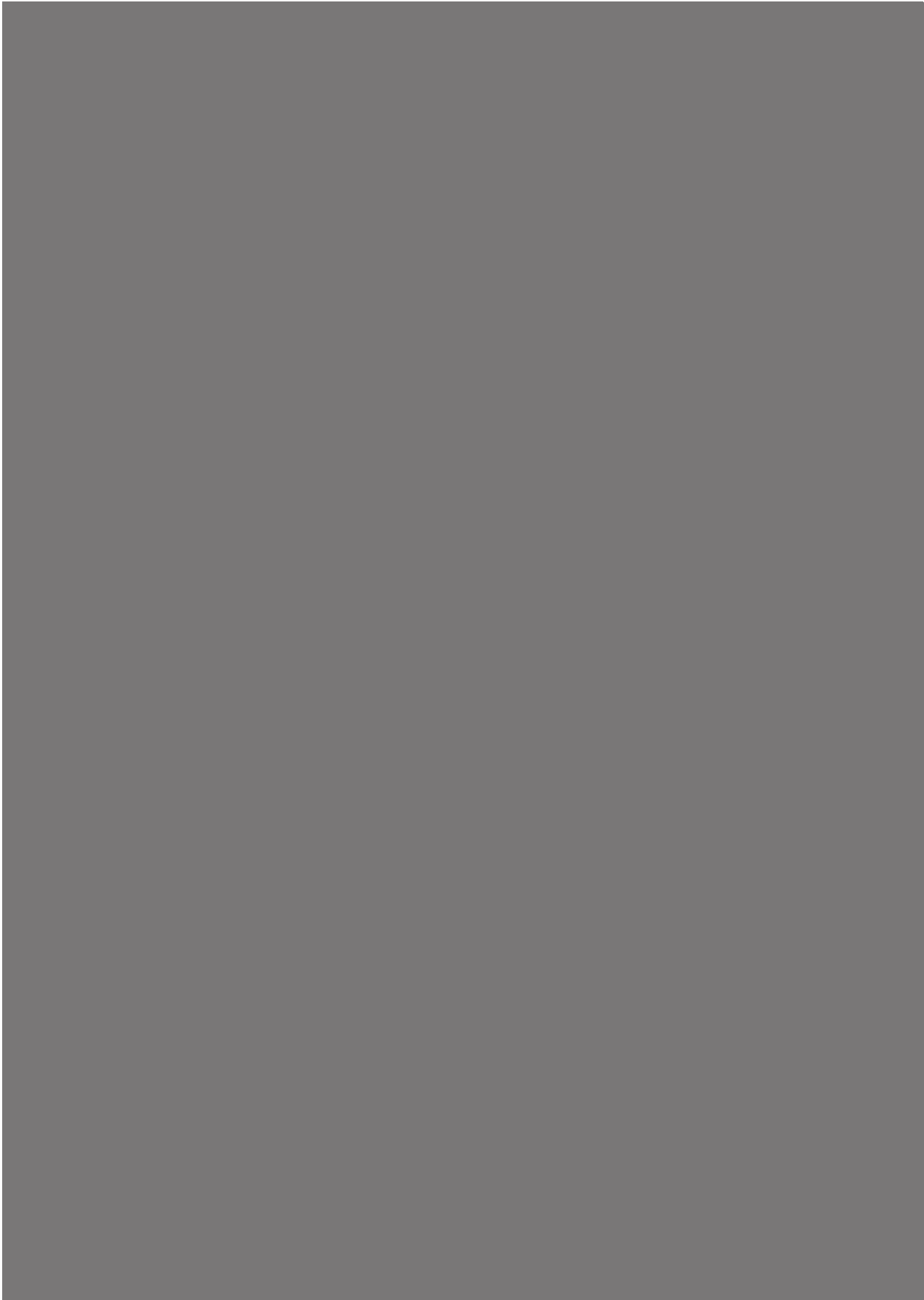
Målgruppe	Samlet vurdering	Eksempler på metoder
Fysisk funktionsnedsættelse	Det vurderes, at målgruppen <u>i nogen grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> , <i>bredde</i> , og <i>implementeringsomfang</i> , da mange fysiske funktionsnedsættelser kompenseres med hjælpemidler og indsatser ifølge serviceloven.	Mange fysiske funktionsnedsættelser kompenseres med hjælpemidler og indsatser ifølge serviceloven snarere end metoder
Kognitiv funktionsnedsættelse	Det vurderes, at målgruppen <u>i nogen grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> , da der findes flere metoder, og <u>i nogen grad</u> hvad angår <i>bredde</i> , da flere inden for målgruppen er dækket, men enkelte delmålgrupper er ikke dækket. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området <u>i nogen grad</u> at være dækket.	Metacognitive Strategy Instruction, Case Coordination Model
Komplekse problemstillinger	Det vurderes, at målgruppen <u>i nogen grad</u> er dækket for så vidt angår <i>antal</i> , og <u>i nogen grad</u> hvad angår <i>bredde</i> , da flere inden for målgruppen er dækket, men enkelte delmålgrupper er ikke dækket. For så vidt angår <i>implementeringsomfang</i> vurderes området <u>i nogen grad</u> at være dækket. Fx anvendes PECS i flere kommuner.	The Picture Exchange Communication System (PECS), Betaprojektmodellen

Socialstyrelsen vurderer på baggrund af afdækningen, at voksne med kognitive vanskeligheder eller fysiske funktionsnedsættelser, såsom ADHD, autisme, cerebral parese og lettere udviklingshæmning i begrænset omfang er dækket af metoder, jf. boks 4.5. Denne konklusion understøttes af redegørelsens analyse af handicap, diagnoser og beskæftigelse. Det kan således ikke afvises, at der er en sammenhæng mellem dækningen af metoder for denne gruppe og deres mulighed for deltagelse i uddannelse og beskæftigelse.

Nogle borgere, for eksempel voksne med svær udviklingshæmning, har primært behov for indsatser, der sikrer dem et værdigt liv med høj livskvalitet, mens det for andre er realistisk at indgå i uddannelsesforløb eller beskæftigelse.

Med den rette støtte kan den sidstnævnte gruppe af voksne opnå deltagelse i samfundet og et selvstændigt liv. Det kræver i mange tilfælde imidlertid en vedvarende, social indsats, der involverer flere forvaltninger og aktører, men som i dag kun i begrænset omfang er støttet af dokumenteret virksomme metoder.

Som nævnt ved de øvrige målgrupper vurderes det hverken at være realistisk eller nødvendigt at udvikle dokumenteret virksomme metoder for alle de nævnte målgrupper eller specifikke problemstillinger.



5. Handicap, diagnoser og beskæftigelse

Voksne med handicap er i dette kapitel afgrænset til borgere i alderen 18-64 år, som på grund af en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse modtager en handicapkompenserende indsats i form af støtte eller hjælp efter serviceloven.

Gruppen af personer, der modtager handicapkompenserende indsatser, er meget forskelligartet i relation til både støttebehov og potentiale for at deltage på arbejdsmarkedet. I dette kapitel inddrages diagnoser for at belyse, hvor forskelligartet gruppen af personer med handicap er. Diagnoseerne omfatter blandt andet ADHD, autisme, cerebral parese (spastisk lamelse), Downs, erhvervet hjerneskade, gig, udviklingshæmning (mental retardering) og muskelsvind. Det skal understreges, at analysen alene omfatter personer, som har modtaget en indsats efter serviceloven, med den pågældende diagnose.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- På tværs af de fleste diagnosegrupper har op mod 5-10 pct. beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag. Det omfatter både ordinær beskæftigelse og personer i fleksjob. Hovedparten af personerne modtager førtidspension.
- Inden for alle diagnosegrupper er der en del, der modtager midlertidige ydelser, fx kontanthjælp og SU. Her kan beskæftigelse være et realistisk mål med den rette indsats. Blandt personer med ADHD og autisme modtog henholdsvis ca. 55 pct. og ca. 40 pct. midlertidige ydelser i 2014.
- Blandt personer med erhvervet hjerneskade som modtager en indsats efter serviceloven, har mange tidligere været i beskæftigelse. Ca. 50 pct. af personerne med erhvervet hjerneskade, der modtager midlertidige forsørgelsesydelse i 2014, har haft beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag i mindst ét fuldt kalenderår i perioden 2008-2014. Disse personer vil dermed have erfaringer, ressourcer og kompetencer fra tidligere beskæftigelse, der kan bringes i spil igen.
- For mange personer med Downs, cerebral parese og udviklingshæmning handler indsatsen om at understøtte livskvalitet og kompensere for funktionsnedsættelsen, idet selvforsørgelse for mange ikke vil være et realistisk mål. Omkring 80 pct. har modtaget førtidspension senest fra 25-års alderen. Selvom få personer med disse diagnoser har beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag, bidrager flere dog aktivt i forskellige former for arbejdsfællesskaber. Omkring 30 pct. af førtidspensionisterne med udviklingshæmning og Downs deltager i beskyttet beskæftigelse.

- Personer med ADHD og autisme er i mindre grad på førtidspension, og færre overgår til førtidspension i den undersøgte periode end blandt eksempelvis personer med erhvervet hjerneskade. Blandt modtagerne af en beskæftigelsesrettet indsats i 2014 med erhvervet hjerneskade modtager 22 pct. førtidspension i 2015. For personer med ADHD og autisme er det i størrelsesordenen 3-4 pct.
- Billedet hænger formentlig sammen med reformen af førtidspension og fleksjob fra 2013, da knap 90 pct. af personerne med ADHD er under 40 år. Sigtet med reformen var blandt andet at begrænse tilgangen til førtidspension for personer under 40 år.
- Mange personer med ADHD og autisme, som har modtaget en indsats efter serviceloven, modtager kontanthjælp i lang tid. Cirka 30 pct. af alle med ADHD og knap 20 pct. af alle med autisme har modtaget kontanthjælp i 1½ år eller mere i perioden 2014-2016. Dette står i kontrast til de resterende diagnosegrupper, hvor i størrelsesordenen 3-8 pct. har modtaget kontanthjælp i lang tid.
- Resultaterne indikerer samlet set, at flere med ADHD og autisme kan blive en del af arbejdsfællesskabet gennem en bedre sammenhæng mellem de socialfaglige og beskæftigelsesrettede indsatser.
- Antallet af personer med en diagnose for ADHD eller autisme er på landsplan steget betragteligt over de seneste år.

5.1 Handicap og diagnoser

Voksne med handicap er opgjort som personer i alderen 18-64 år, der modtager hjælp og støtte efter serviceloven i 2014. Der er tale om en meget forskelligartet gruppe. Nogle har fra fødslen haft en funktionsnedsættelse som følge af eksempelvis Downs eller cerebral parese og har i dag ophold på et længevarende botilbud, hvor de modtager hjælp og støtte til de fleste personlige og praktiske opgaver i dagligdagen. Andre har først i voksenlivet fået eksempelvis sklerose og modtager hjælp til ledsagelse, men lever i øvrigt et selvstændigt liv.

Beskæftigelsespotentialer for mennesker med handicap er meget forskelligt. For nogle er en bevægelse mod uddannelse og beskæftigelse det relevante mål for indsatsen. For andre er ordinær eller støttet beskæftigelse ikke et realistisk sigtepunkt. Her handler indsatsen blandt andet om at kompensere for funktionsnedsættelsen og i videst muligt omfang understøtte borgerens selvhjulpenhed og livskvalitet.

I dette kapitel inddrages diagnoser for at belyse, hvor forskelligartet gruppen af voksne med handicap er, og for at afdække, hvor der kan være et beskæftigelsespotentiale.

Boks 5.1**Voksne med handicap**

I kapitlet er voksne med handicap defineret som personer i alderen 18-64 år, der modtager hjælp og støtte efter serviceloven i 2014. Gruppen med handicap er opgjort på baggrund af De Kommunale Serviceindikatorer, hvor der indgår oplysninger om modtagere af handicapkompenserende indsatser fra 44 kommuner i perioden 2014-2016. Statistikken omfatter de væsentligste indsatser for voksne, herunder socialpædagogisk støtte, midlertidige og længerevarende botilbud, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud, ledsagerordning og såkaldt borgerstyret personlig assistance (BPA). Se bilag 5 for yderligere om datagrundlaget.

Oplysninger om blandt andet hjælpemidler indgår dog ikke i statistikken. Personer, der alene modtager hjælpemidler, indgår derfor ikke. Det forventes at der i efteråret 2017 etableres en statistik om hjælpemidler, jf. kapitel 8 om datastrategi for socialområdet. Personer, der alene modtager hjælpemidler, må formodes at udgøre en relativt ressourcestærk gruppe sammenlignet med den gruppe, der indgår i denne analyse.

Personer, der alene modtager hjælp efter anden lovgivning, indgår heller ikke, eksempelvis personer, der udelukkende får hjælp til arbejdsredskaber og arbejdspladsindretninger i forlængelse af lov om aktiv beskæftigelsesindsats.

Redegørelsens definition af handicap er relativt snæver, da den alene omfatter modtagere af indsatser efter serviceloven. SFI (2017) har i rapporten "Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016" eksempelvis anvendt en bredere definition baseret på, at respondenterne i en spørgeskemaundersøgelse selv vurderer, om de har et handicap eller et længevarende helbredsproblem. Hver femte dansker mellem 18 og 64 år vurderer, at de har et handicap eller et længevarende helbredsproblem, svarende til ca. 780.000 personer.

Ved læsning af kapitlet er det endeligt vigtigt at være opmærksom på, at der ikke er tale om en generel analyse af eksempelvis personer med udviklingshæmning eller gig. Analysen omhandler kun modtagere af udvalgte indsatser efter serviceloven med eksempelvis udviklingshæmning eller gig. Modtagerne af indsatser efter serviceloven må antages at omfatte personer med de mest betydelige og varige funktionsnedsættelser inden for diagnosegruppen.

Det er vigtigt at huske på, at der aldrig kan laves en entydig kobling mellem en diagnose og borgerens konkrete funktionsnedsættelse. Det er meget individuelt, hvordan funktionsevnen påvirkes som følge af en sygdom, og der kan være en stor underskov af specifikke diagnoser under de generelle diagnosegrupper, der danner grundlag for analyserne i dette kapitel. Hertil kommer, at der ikke kan sættes lighedstegn mellem det forhold, at borgeren på et tidspunkt i sit liv har fået stillet en diagnose, og så det forhold, at borgeren aktuelt har en funktionsnedsættelse, der gør det nødvendigt at modtage hjælp og støtte.

Det er altid en konkret og individuel vurdering af borgerens samlede funktionsnedsættelse, der er udgangspunktet for, at borgeren visiteres til en handicapkompenserende indsats efter serviceloven og aldrig en diagnose.

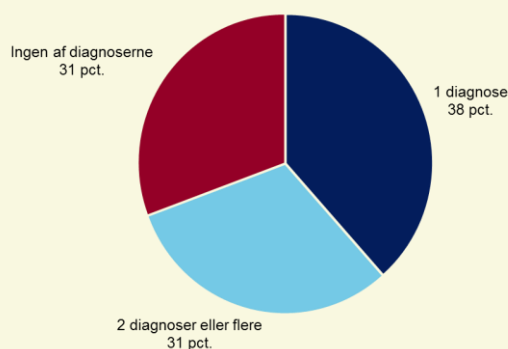
Boks 5.2**Diagnoser**

I kapitlet indgår udvalgte diagnoser, der kan være forbundet med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse:

- ADHD
- Autismespektrum
- Cerebral parese (spastisk lammelse)
- Downs
- Epilepsi
- Erhvervet hjerneskade
- Gigt mv.
- Udviklingshæmning (mental retardering)
- Muskelsvind mv.
- Sklerose

Listen er ikke udtømmende, idet der findes mange andre former for sygdomme og funktionsnedsættelser, der kan være forbundet med et handicap. Listen er et analytisk værktøj til datamæssigt at opgøre udvalgte diagnoser, der kan være forbundet med et handicap. Diagnosegrupperne er udarbejdet af Børne- og Socialministeriet efter input fra relevante kliniske selskaber og i dialog med Sundhedsdatastyrelsen. Diagnosegrupperne baserer sig på indlæggelser, ambulante besøg og skadestuekontakter på sygehuse i perioden 1995-2014. Forekomsten af diagnoserne kan være undervurderet, da kontakter til egen læge og privatpraktiserende speciallæge ikke indgår. Se bilag 5 for definitioner af diagnosegrupperne.

Blandt personer der modtager handicapkompenserende indsatser efter serviceloven er det godt to tredjedele der er registreret med én eller flere diagnoser, jf. figur 5.1.

Figur 5.1**Personer med handicap efter antal diagnoser**

Anm.: 18-64 år ultimo 2014. Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Personer med handicap omfatter modtagere af handicapkompenserende indsatser i målgrupperne 'Fysisk funktionsnedsættelse' og 'Intellektuel/kognitiv funktionsnedsættelse'.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

For den resterende knap en tredjedel er der ikke registreret en af de udvalgte diagnoser, jf. også boks 5.3.

Boks 5.3

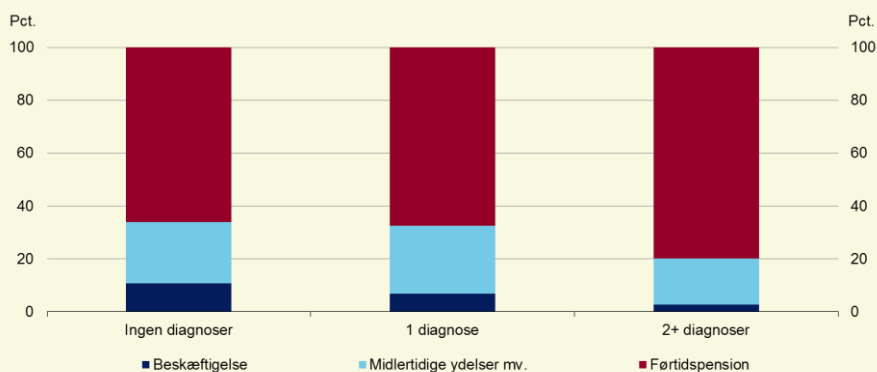
Personer med handicap uden en af de udvalgte diagnoser

Omkring 30 pct. har ikke fået en af de udvalgte diagnoser. Dette kan skyldes flere forhold. For det første er oplysningerne om diagnoser baseret på kontakter til hospitalssystemet. Behandling hos egen læge og privatpraktiserende speciallæger indgår derfor ikke. For det andet findes der en række sygdomme og funktionsnedsættelser, der kan give anledning til et handicap, som ikke er medtaget i analysen. Eksempelvis er personer med synsnedsættelse og hørenedsættelse ikke opgjort. Hertil kommer, at der findes en lang række diagnoser for sjældne handicap, der heller ikke indgår.

Personer uden en af de udvalgte diagnoser har stort set samme forsørgelsesgrundlag i 2014 som personer med en diagnose. Der er dog en tendens til, at der er lidt flere i beskæftigelse blandt personer uden en diagnose, jf. figur 5.2.

Figur 5.2

Forsørgelsesgrundlag for mennesker med handicap efter antal diagnoser, 2014



Anm.: 18-64 år ultimo 2014. Baseret på Danmarks Statistiks definition af væsentligste indkomstkilde i løbet af året. Beskæftigelse omfatter også nogle personer i fleksjob. Midlertidige ydelser mv. består af bl.a. kontanthjælp, dagpenge mv.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

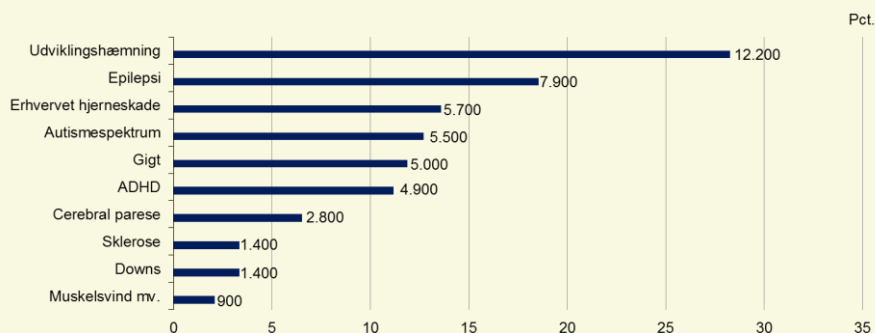
Andelen i beskæftigelse er lavest blandt personer med to diagnoser eller flere. Samtidig har gruppen den højeste andel med førtidspension som forsørgelsesgrundlag. Det kan skyldes, at denne gruppe har de mest betydelige funktionsnedsættelser og evt. en kombination af flere forskellige funktionsnedsættelser.

I analysen indgår alle personer med handicap, dvs. også personer uden diagnoser, hvor der vises tal for alle personer med handicap.

Udviklingshæmning er den største enkelte diagnosegruppe, idet ca. hver tredje modtager af handicapkompenserende indsatser optræder i denne gruppe, jf. figur 5.3.

Figur 5.3

Personer med handicap efter diagnoser



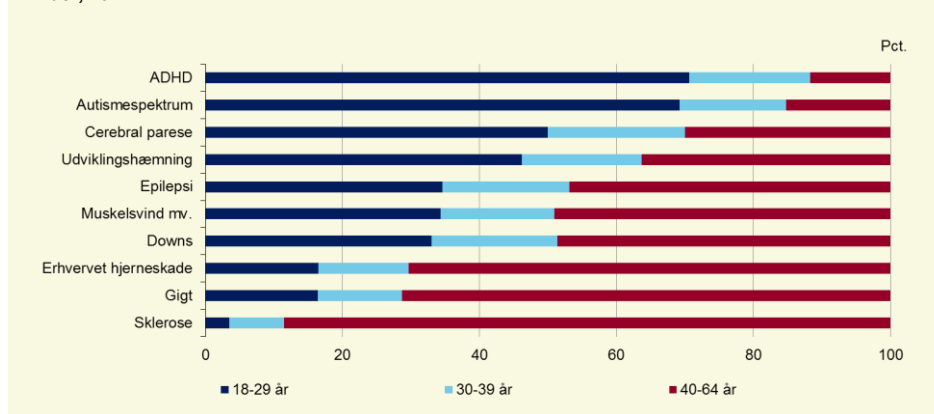
Anm.: 18-64 år ultimo 2014. Opgjort som antal personer på landsplan, jf. anm. til figur 5.1. Den samme person kan indgå i flere diagnosegrupper.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Diagnoser, der kan give anledning til psykiske funktionsnedsættelser, fylder mest. Det omfatter blandt andet udviklingshæmning, erhvervet hjerneskade, autisme og ADHD. Antalsmæssigt fylder personer med muskelsvind, sklerose og Downs mindst blandt modtagerne af handicapkomponerende indsatser. Nogle personer i analysen vil have mere end en diagnose, jf. også figur 5.1.

Der er markante forskelle i alderssammensætningen både inden for og på tværs af diagnosegrupperne. Knap 90 pct. af gruppen med autisme og ADHD er under 40 år. Over to tredjedele af personerne med sklerose, gigt og erhvervet hjerneskade er over 40 år, jf. figur 5.4.

Figur 5.4
Alder, 2014

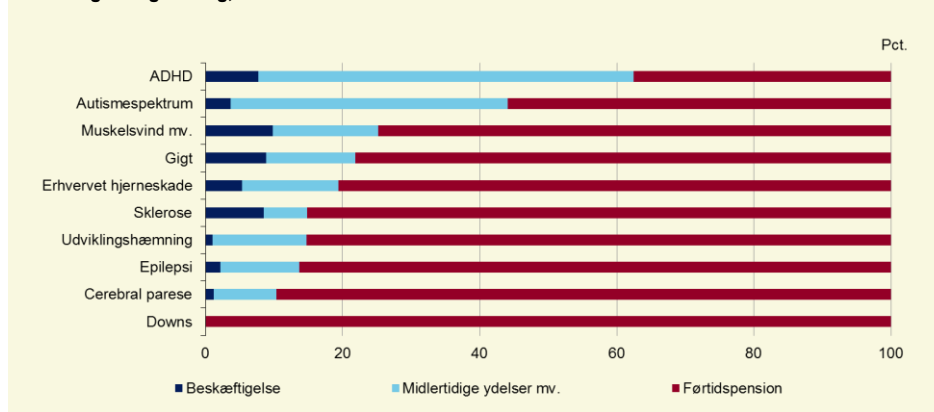


Anm.: 18-64 år ultimo 2014.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Op mod 5-10 pct. har beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag. Førtidspension udgør forsørgelsesgrundlaget for omkring 80 pct. eller derover blandt hovedparten af personerne med handicap på tværs af diagnosegrupperne. For personer med ADHD og autisme er andelen af førtidspensionister dog betydeligt mindre, og flere modtager midlertidige indkomstoverførsler. Blandt modtagere af indsatser efter serviceloven med ADHD og autisme er det henholdsvis 55 pct. og 40 pct., der modtager midlertidige indkomstoverførsler, jf. figur 5.5.

Figur 5.5
Forsørgelsesgrundlag, 2014



Anm.: Baseret på Danmarks Statistiks definition af væsentligste indkomstkilde i løbet af året. Beskæftigelse omfatter nogle personer i fleksjob. Midlertidige ydelser mv. består samlet set af kontanthjælp (53 pct.), sygedagpenge/jobafklaringsforløb/revalidering (11 pct.), SU (10 pct.), dagpenge/ledighedsydelse (7 pct.), ressourceforløb (4 pct.), selvforsørgelse (8 pct.) og andre (7 pct.).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt personer med ADHD og autisme består midlertidige ydelser mv. i 2014 af hovedsageligt kontanthjælp (hhv. 63 og 54 pct.), SU (8 og 12 pct.), sygedagpenge, revalidering og jobafklaring (11 og 13 pct.). Få deltager i ressourceforløb (3. pct.).

Personer med førtidspension som forsørgelsesgrundlag kan være i såkaldt beskyttet beskæftigelse eller i skånejob (løntilskud for førtidspensionister). Her vil forsørgelsesgrundlaget være førtidspension, men personen vil deltage i forskellige former for arbejdsfællesskaber.

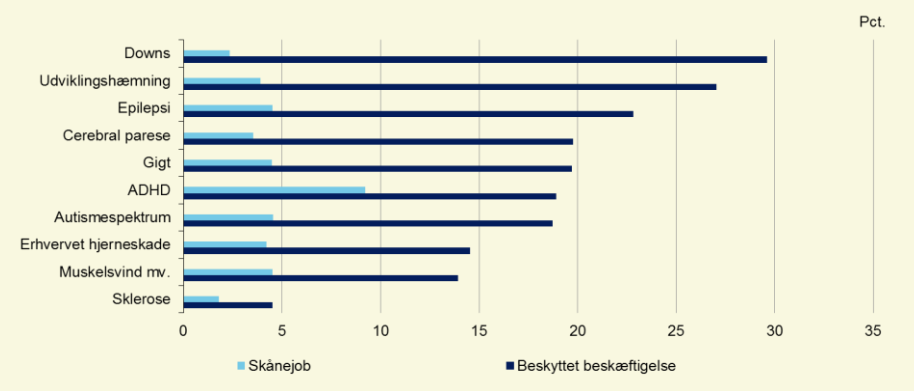
Beskyttet beskæftigelse henvender sig til personer under folkepensionsalderen, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet. Beskyttet beskæftigelse består i udførelsen af enkelte afgrænsede opgaver, der indgår som led i en produktion af varer eller tjenesteydelser.

Skånejob (løntilskud for førtidspensionister) henvender sig til modtagere af førtidspension, der ikke er i stand til at få eller fastholde beskæftigelse på ordinære vilkår på arbejdsmarkedet. Jobbet behøver ikke være et særligt tilrettelagt job, men vil ofte være det.

Modtagerne af førtidspension er i langt højere grad i beskyttet beskæftigelse end i skånejob. Andelen i beskyttet beskæftigelse er særligt høj blandt personer med Downs og udviklingshæmning, hvor omkring 25-30 pct. deltager i beskyttet beskæftigelse, jf. figur 5.6.

Figur 5.6

Beskæftigelsesaktiviteter blandt førtidspensionister, 2014



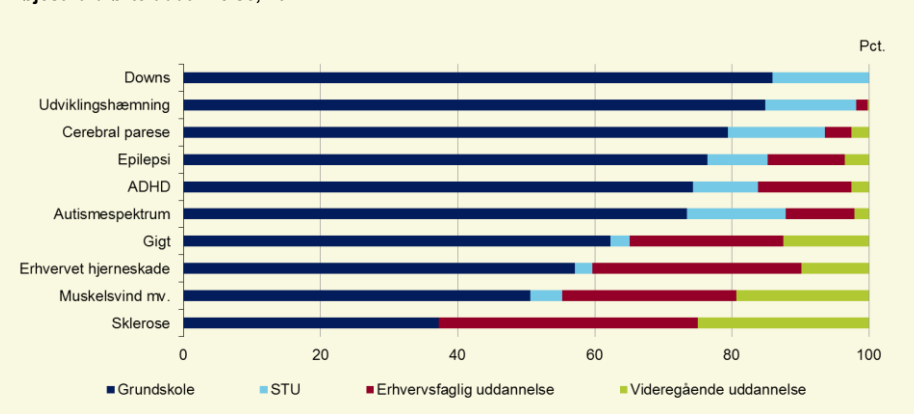
Anm.: 18-64 år ultimo 2014. Opgjort som personer, der på et tidspunkt i 2014 har deltaget i hhv. skånejob eller beskyttet beskæftigelse.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Uddannelsesniveaet blandt personer med handicap, der modtager indsatser efter serviceloven, er generelt lavere end for befolkningen som helhed. Personer med Downs, udviklingshæmning og cerebral parese har næsten alle grundskole som højest fuldførte uddannelse. Blandt personer med erhvervet hjerneskade, muskelsvind og sklerose er der flere, som har gennemført en erhvervsfaglig eller en videregående uddannelse, jf. figur 5.7.

Figur 5.7

Højest fuldførte uddannelse, 2014



Anm.: 18-64 år ultimo 2014. Grundskole er inkl. uoplyst. Erhvervsfaglig uddannelse er inkl. gymnasial uddannelse. Personer der har grundskole som højest fuldførte uddannelse og har afsluttet en STU indgår i STU. Personer med erhvervsfaglig, gymnasial eller videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse og afsluttet STU fremgår med deres højest fuldførte uddannelse.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Forskellene i uddannelsesniveau kan være en afspejling af, at eksempelvis sklerose og erhvervet hjerneskade kan være indtruffet i voksenalderen efter, at personen har taget en uddannelse. Heroverfor er eksempelvis Downs og cerebral parese medfødt. Hertil kommer, at de kognitive funktioner påvirkes i meget varierende grad af de forskellige typer af handicap.

Boks 5.4

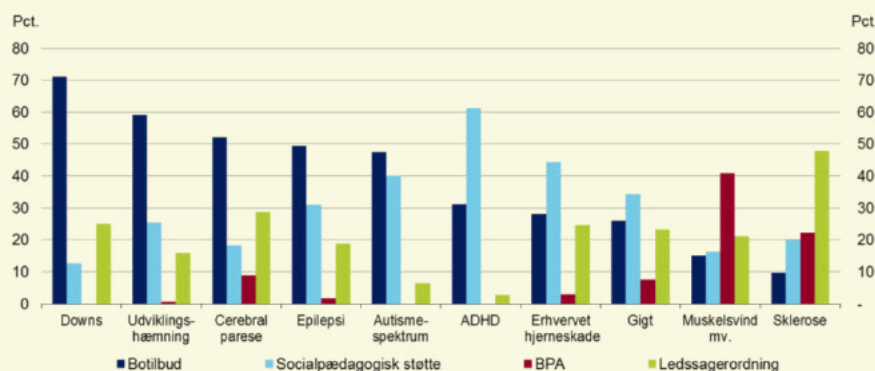
Uddannelse øger jobchancerne for personer med handicap

SFI (2017) har undersøgt sammenhængen mellem uddannelse og beskæftigelse i rapporten "Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016".

Resultaterne viser, at uddannelse øger sandsynligheden for beskæftigelse for personer med handicap. Andelen i beskæftigelse er ca. 80 pct. blandt personer med videregående uddannelse, mens det kun er omkring 40 pct. for personer med en grundskoleuddannelse. Uddannelse øger også sandsynligheden for arbejde for personer uden handicap, men rapporten viser, at uddannelse betyder endnu mere for personer med handicap.

Der er en betydelig variation i, hvilke indsatser der gives til personer i de forskellige diagnosegrupper. Personer med Downs og udviklingshæmning, som har modtaget en indsats efter serviceloven, har i højere grad ophold på botilbud, mens personer med muskelsvind og sklerose, som har modtaget en indsats efter serviceloven, i højere grad modtager hjælp til ledsagelse eller borgerstyret personlig assistance (BPA), hvor borgeren selv fungerer arbejdsgiver for en række handicapshjælpere, jf. figur 5.8.

Figur 5.8
Sociale indsatser i 2014 efter udvalgte diagnoser



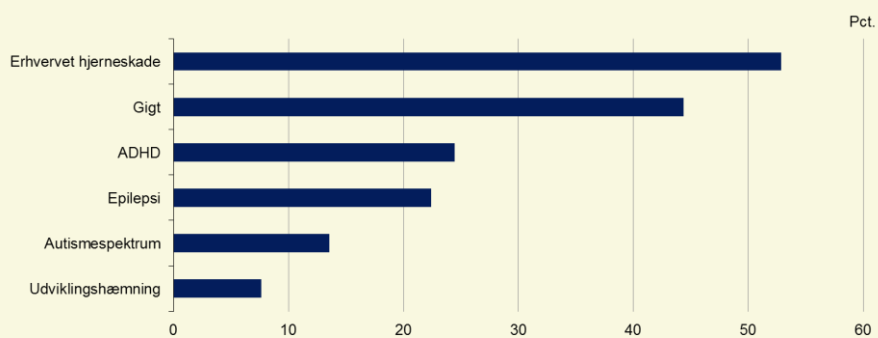
Anm.: Botilbud omfatter midlertidigt ophold (servicelovens § 107), længerevarende ophold (servicelovens §§ 108 og 192, § 105 i lov om almene boliger samt lov om friplejeboliger) samt socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, der leveres i et botilbud. Socialpædagogisk støtte omfatter indsatser efter servicelovens § 85 og er opgjort eksklusiv ydelser, der leveres på et botilbud samt, hvor personen i samme år er registreret med et midlertidigt eller længerevarende botilbud. Registreringspraksis i forhold til socialpædagogisk støtte og botilbud varierer og der kan være usikkerhed forbundet med opgørelsen. Den samme person kan modtage flere indsatser.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Personer med ophold i botilbud vil ofte modtage hjælp og støtte til mange personlige og praktiske opgaver i hverdagen, da botilbud gives til borgere med betydelige og varige funktionsnedsættelser. Det er dog ikke alle steder, at borgeren i statistikken er registreret som modtager af eksempelvis socialpædagogisk støtteindsats oveni botilbuddet. Det er dog ikke ensbetydende med, at borgeren ikke modtager socialpædagogisk støtte i botilbuddet. Socialpædagogisk støtte er i figuren opgjort eksklusiv ydelser, der leveres på et botilbud og omfatter dermed ikke den socialpædagogiske støtte, der leveres i forbindelse med et botilbud.

5.2 Diagnoser og beskæftigelsespotentialer

I nogle diagnosegrupper er der en del personer, som har kompetencer og ressourcer, der med den rigtige hjælp og støtte kan bringes i spil på arbejdsmarkedet. Her handler indsatsen i høj grad om at understøtte borgerens beskæftigelsespotentialer. Omkring 50 pct. med erhvervet hjerneskade, der i 2014 modtager midlertidige ydelser mv. har haft beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag i mindst ét fuldt kalenderår i perioden 2008-2014, jf. figur 5.9.

Figur 5.9**Beskæftigelse som forsørgelsesgrundlag i mindst ét kalenderår i perioden 2008-2014 for personer som modtog midlertidige ydelser mv. i 2014**

Anm.: Baseret på væsentligste indkomstkilde i året. Diagnosegrupperne Downs, muskelsvind, cerebral parese og sklerose er udeladt på grund af datagrundlagets størrelse.

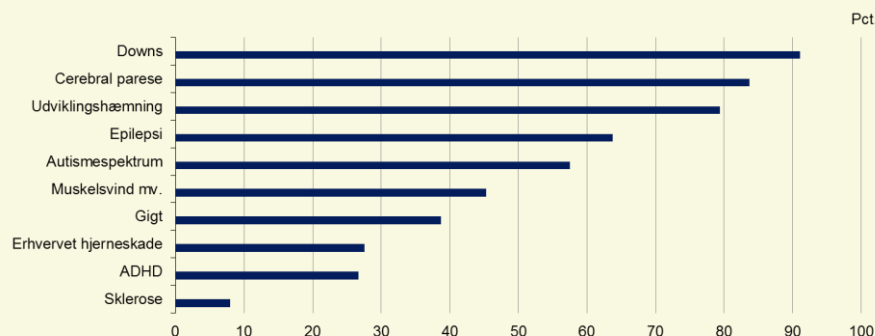
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Den høje andel med tidligere beskæftigelse kan være en afspejling af, at erhvervet hjerneskade og gigt i højere grad er funktionsnedsættelser, der indtræder i voksenlivet hos personer, der måske allerede har haft en tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er dog ikke muligt entydigt at afgøre, hvorvidt funktionsnedsættelsen indtraf efter perioden med beskæftigelse eller hvorvidt personerne har været beskæftigede samtidigt med, at de har haft et handicap. Dette skyldes blandt andet, at der ikke findes data for modtagere af indsatser efter serviceloven før 4. kvartal 2013.

Det er ikke alle personer med handicap, hvor et fokus på beskæftigelse er realistisk. Nogle personer har betydelige og varige funktionsnedsættelser og har modtaget førtidspension fra tidligt i deres voksenliv. Her handler indsatsen om at kompensere for borgerens funktionsnedsættelse og understøtte livskvalitet. Dette gør sig særligt gældende for personer med Downs, cerebral parese og udviklingshæmning, hvor omkring 80 pct. er blevet bevilget førtidspension senest som 25-årig, jf. figur 5.10.

Figur 5.10

Tildelt førtidspension senest som 25-årig efter diagnose



Anm.: 25-58-årige primo 2014. Baseret på oplysninger om væsentligste indkomstkilde i perioden 1980-2014. Se også Socialpolitisk Redegørelse 2016.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

5.3 Veje mod beskæftigelse

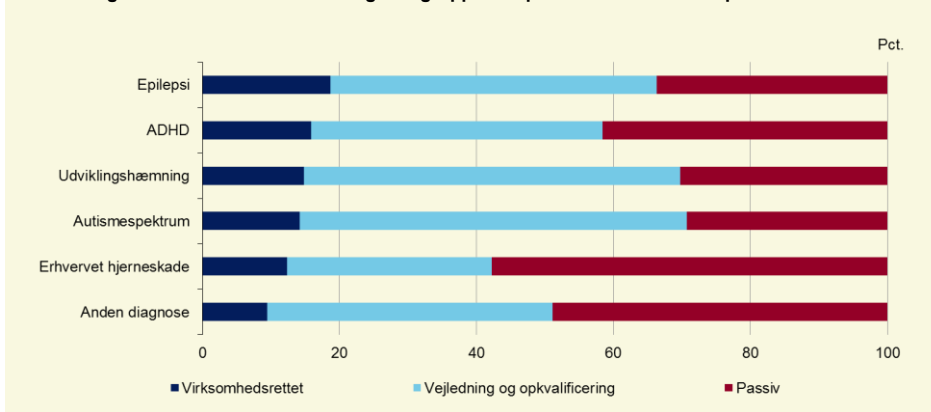
Mange personer, der modtager en indsats efter serviceloven, har midlertidige overførselsindkomster som forsørgelsesgrundlag, herunder kontanthjælp, og deltager i beskæftigelsesrettede indsatser i beskæftigelsessystemet. I dette afsnit ses nærmere på disse grupper, da der særligt her kan være et beskæftigelsespotentiale.

Konkret fokuseres der på personer, der i uge 46 i 2014 modtog en beskæftigelsesrettet indsats opgjort for modtagere af kontanthjælp, uddannelseshjælp, integrationsydelse, dagpenge, ledighedsydelse, forrevalidering, revalidering, ressourceforløb, jobafklaring og sygedagpenge. Denne gruppe omfatter 17 pct. af alle modtagere af indsatser efter serviceloven med handicap, og 75 pct. af modtagerne, der har midlertidige ydelser som forsørgelsesgrundlag, jf. figur 5.5.

Omkring 10-20 pct. af modtagerne af beskæftigelsesrettede indsatser i 2014, deltog i virksomhedsrettede tilbud. Virksomhedsrettede tilbud omfatter løntilskud, virksomhedspraktik og nytteindsats. Vejledning og opkvalificering er den hyppigst benyttede indsats, jf. figur 5.11.

Figur 5.11

Beskæftigelsesindsats i 2014 efter diagnosegrupper for personer med handicap

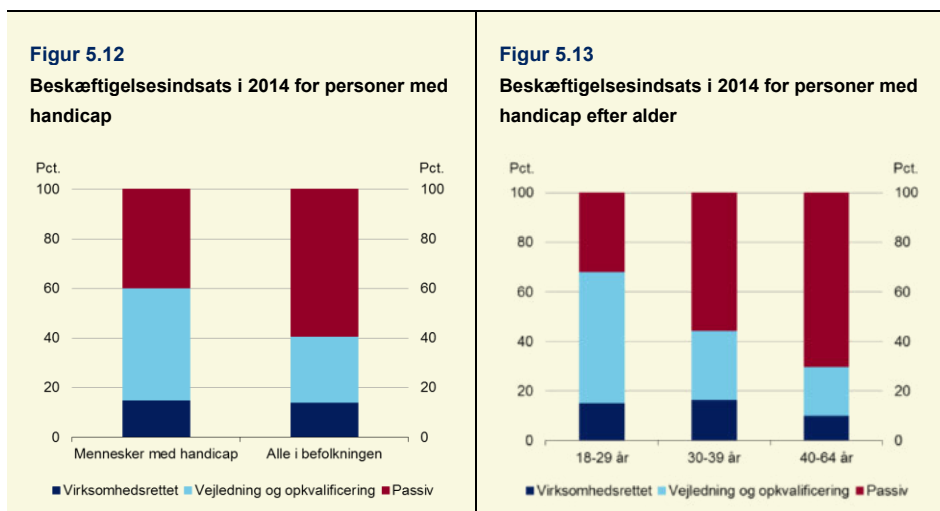


Anm.: 18-64 år ultimo 2014. Opgjort for modtagere af beskæftigelsesindsatser i uge 46 i 2014, hvor der i DREAM kan opdeles efter redskabsvifte. Omfatter ydelserne kontanthjælp, uddannelseshjælp, integrationsydelse, dagpenge, ledighedsydelse, forrevalidering, revalidering, ressourceforløb, jobafklaring og sygedagpenge. Virksomhedsrettet indsats omfatter løntilskud, virksomhedspraktik og nytteindsats. 'Anden diagnose' består af cerebral parese, Downs, gigt, muskelsvind og sklerose, der er lagt sammen på grund af datagrundlagets størrelse.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Vejledning og opkvalificering består af ordinær uddannelse og øvrig vejledning og opkvalificering. Øvrig vejledning og opkvalificering benyttes mest og kan omfatte korte vejlednings- og afklaringsforløb, eksempelvis kurser i jobsøgning.

Personer med handicap modtager i højere grad vejledning og opkvalificering sammenlignet med alle modtagere af beskæftigelsestilbud i befolkningen. Det er særligt de yngre aldersgrupper, der modtager vejledning og opkvalificering. Omvendt er der flest passive modtagere af ydelser blandt personer i alderen 40-64 år. Andelen, der modtager virksomhedsrettede tilbud, er omkring 10-20 pct. for alle aldersgrupper, jf. figur 5.12 og figur 5.13.



Anm.: 18-64 år ultimo 2015. Personer, der modtog en beskæftigelsesindsats i uge 46 i 2014. Se også anmærkningerne til figur 5.11.

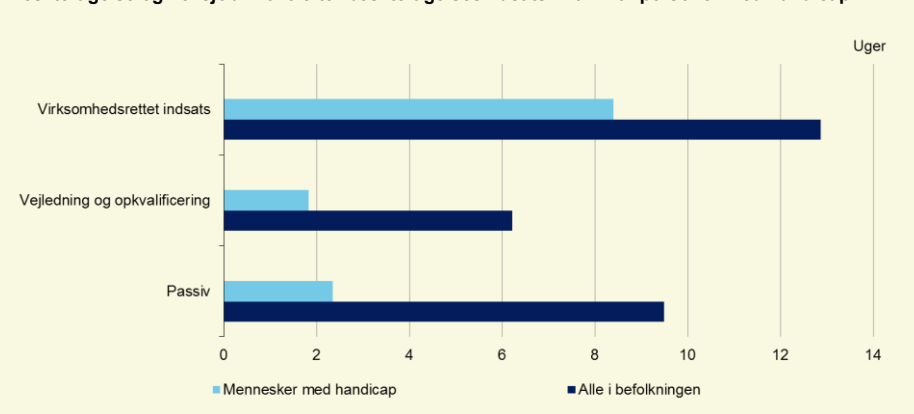
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udover virksomhedsrettede tilbud og vejledning og opkvalificering kan borgeren i beskæftigelsesregi bevilges en såkaldt mentor. Mentorordningen kan anvendes til alle, der har behov for en mentor for at opnå eller fastholde beskæftigelse eller en beskæftigelsesfremmende aktivitet. Det har ikke været muligt at opgøre, hvor mange der eventuelt har en mentor. Det samme er tilfældet for social- og sundhedsindsatsen, der kan bevilges til personer i ressourceforløb.

Carsten Koch-udvalgets udredning af den aktive beskæftigelsesindsats viste blandt andet, at der er størst effekt af en virksomhedsrettet indsats, jf. Beskæftigelsesministeriet (2015). Disse resultater genfindes, når man ser på personer med handicap. Dem, der har modtaget virksomhedsrettede tilbud er i højere grad enten beskæftigede eller i fleksjob året efter. Gruppen af personer med handicap, der har modtaget virksomhedsrettede tilbud i 2014, er samlet set i beskæftigelse eller fleksjob i over 8 uger det efterfølgende år. Den tilsvarende gruppe, der har modtaget vejledning og opkvalificering eller har været passive modtagere af overførsler, har kun været i beskæftigelse eller fleksjob i omkring 2 uger, jf. figur 5.14.

Figur 5.14

Beskæftigelse og fleksjob i 2015 efter beskæftigelsesindsats i 2014 for personer med handicap



Anm.: 18-64 år ultimo 2015. Personer, der modtog en beskæftigelsesindsats i uge 46 i 2014. Opgjort som det gennemsnitlige antal uger i beskæftigelse eller fleksjob i 2015. Beskæftigelse opgjort pba. branchekode i DREAM. Se også anmærkningen til figur 5.11.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når de aktive tilbud er forbundet med den højeste efterfølgende beskæftigelse, kan det også ses på baggrund af, at det formentligt er de mest ressourcerstærke personer med handicap, der i udgangspunktet har modtaget disse tilbud.

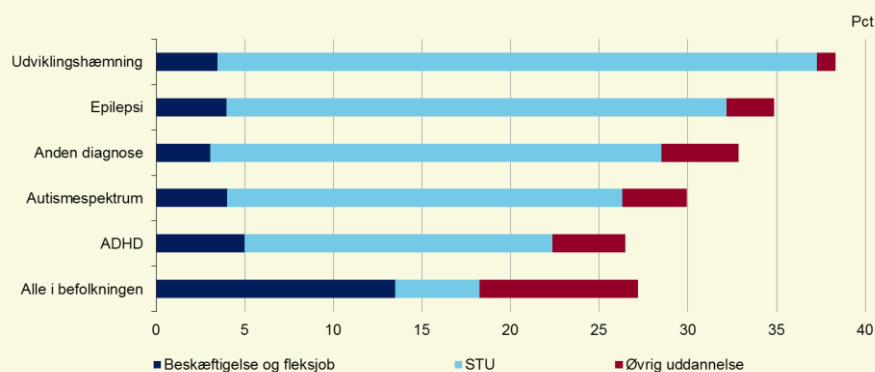
Mens beskæftigelsesgraden blandt personer med handicap er lavere end blandt alle andre modtagere af beskæftigelsesindsatser, er der langt flere, der er tilknyttet en såkaldt Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU).

STU er en ungdomsuddannelse, der retter sig mod unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov, der ikke har mulighed for at gennemføre anden ungdomsuddannelse. Uddannelsen har eksisteret siden 2007 og har til formål, at de unge opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og eventuelt til videre uddannelse og beskæftigelse.

Det er særligt personer med udviklingshæmning, der er i gang med en STU. Blandt 18-29-årige med udviklingshæmning er 34 pct. tilknyttet STU i 2015, mens dette kun gælder for 5 pct. blandt alle modtagere af beskæftigelsesrettede indsatser i den 46. uge af 2014, jf. figur 5.15.

Figur 5.15

Beskæftigelse, fleksjob, STU og øvrig uddannelse i 2015 efter diagnose for personer med handicap, 18-29 år.



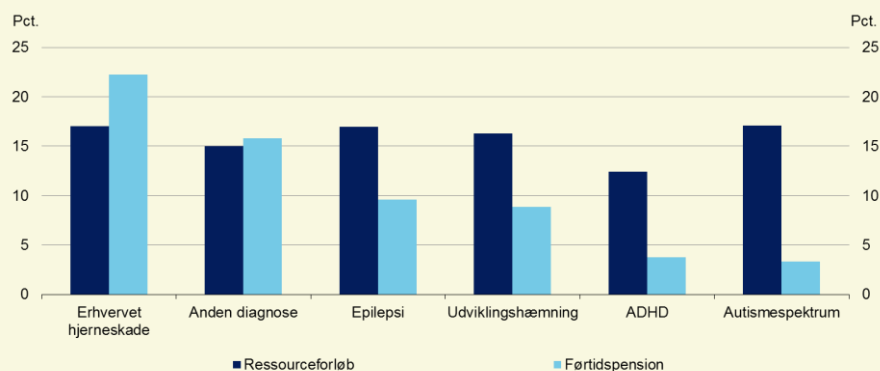
Anm.: 18-29 år ultimo 2015. Opgjort som den gennemsnitlige aktivitetsgrad i 2015 for personer, der modtog en beskæftigelsesindsats i uge 46 i 2014. STU og øvrig uddannelse opgjort på baggrund af elevregistret. Øvrig uddannelse omfatter alle uddannelser i elevregistret over grundskole og forberedende uddannelser. 'Anden diagnose' består af diagnosegrupperne cerebral parese, Downs, gig, muskelsvind, sklerose og erhvervet hjerneskade, der er slået sammen på grund af datagrundlagets størrelse. Se også anm. til figur 5.11 og 5.14.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Mange personer med erhvervet hjerneskade, der i 2014 modtog midlertidige forsørgelsesydelse, bevilges førtidspension frem mod 2015. Dette står i modsætning til personer med ADHD og autisme, hvor langt færre modtager førtidspension i 2015 sammenlignet med de øvrige diagnosegrupper. Blandt modtagerne af en beskæftigelsesrettet indsats i 2014 med erhvervet hjerneskade overgår 22 pct. til førtidspension i 2015. For personer med ADHD og autisme er det i størrelsesorden 3-4 pct., der overgår til førtidspension, jf. figur 5.16.

Figur 5.16

Ressourceforløb og førtidspension i 2015 efter diagnose for personer med handicap



Anm.: 18-64 år ultimo 2015. Personer, der modtog en beskæftigelsesindsats i uge 46 i 2014. Opgjort som modtagere af ressourceforløb eller førtidspension på et tidspunkt i 2015. 'Anden diagnose' se anmærkningen til figur 5.11.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

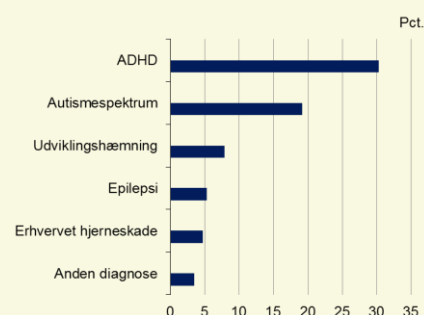
Resultaterne hænger formentlig i et vist omfang sammen med førtidspension- og fleksjobreformen fra 2013, da knap 90 pct. af personerne med ADHD er under 40 år. Det var netop blandt personer under 40 år, at tilgangen til førtidspension blev begrænset i forbindelse med reformen. I stedet kan der tilbydes et individuelt tilrettelagt ressourceforløb. Ressourceforløb omfatter en tværfaglig og sammenhængende indsats, der skal hjælpe borgeren videre i livet og på sigt i arbejde eller uddannelse.

Resultaterne tyder dog på, at der ikke er flere blandt personer med ADHD og autisme, der deltager i ressourceforløb. Det lader dermed ikke til, at den lavere tilgang til førtidspension modsvares af en højere deltagelse i ressourceforløb for personer med ADHD og autisme. Her skal man dog være opmærksom på, at det ikke er sikkert, at alle med ADHD eller autisme er i målgruppen for et ressourceforløb.

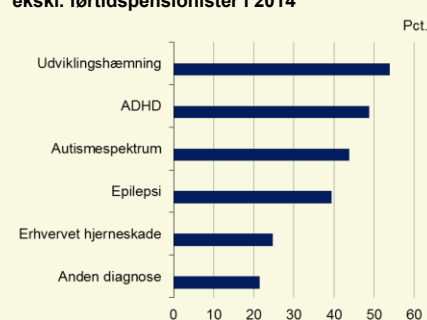
Mange personer med ADHD og autisme modtager kontanthjælp i lang tid, hvilket ikke er tilfældet i de øvrige diagnosegrupper. Blandt alle personer med ADHD har 30 pct. modtaget kontanthjælp i mindst 1½ år i perioden 2014-2016. Blandt personer med autisme er det knap 20 pct. I denne opgørelse indgår alle modtagerne af indsatser efter serviceloven med diagnosen og ikke kun modtagere, der har deltaget i beskæftigelsesrettede indsatser. Dette står i kontrast til de resterende diagnosegrupper, hvor i størrelsesordenen 3-8 pct. har modtaget kontanthjælp i lang tid.

Hvis man udelukkende ser på personer, der ikke modtager førtidspension i 2014, er andelen af langvarige kontanthjælpsmodtagere også høj blandt personer med udviklingshæmning, jf. figur 5.17 og 5.18.

Figur 5.17
Kontanthjælp i mindst 1,5 år i perioden 2014-2016 blandt alle modtagere med diagnose



Figur 5.18
Kontanthjælp i mindst 1,5 år i perioden 2014-2016 blandt alle modtagere med diagnose, ekskl. førtidspensionister i 2014



Anm.: 18-64 år ultimo 2016. Kontanthjælp inkluderer også uddannelseshjælp. Omfatter både job- og aktivitetsparate (alle visitationskategorier). 'Anden diagnose' se anmærkningen til figur 5.11.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ved læsning af figur 5.18 skal man huske på, at hovedparten af gruppen med udviklingshæmning modtager førtidspension, og at figuren dermed omhandler en mindre gruppe.

Boks 5.5

Social Støtte

I forbindelse med satspuljeaftalen for 2017-2020 er der igangsat et samarbejdsprojekt mellem Socialstyrelsen og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering for gruppen af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere over 30 år med minimum et års ledighed.

Formålet med projektet er at hjælpe flere borgere med handicap, psykiske lidelser og sociale problemer i beskæftigelse. Borgeren modtager en socialfaglig og beskæftigelsesrettet indsats og bliver bevilget en mentor eller en socialpædagogisk støtteperson i overgangen til job. Støttepersonen arbejder efter CTI-metoden (Critical Time Intervention), som er en evidensbaseret metode målrettet borgere i en kritisk overgangsfase – her den vanskelige overgang fra et liv uden job til et liv med job.

Indsatsmodellen består af følgende elementer:

- Indledende afklaring og udarbejdelse af én samlet plan for borgerens vej til job.
- Jobformidling og igangsættelse af et virksomhedsrettet forløb med ordinære timer.
- Fokuseret, intensiv og tidsafgrænset indsats baseret på CTI med det formål, at borgeren fastholder tilknytningen til arbejdspladsen og kan trives i en hverdag med job også på længere sigt.

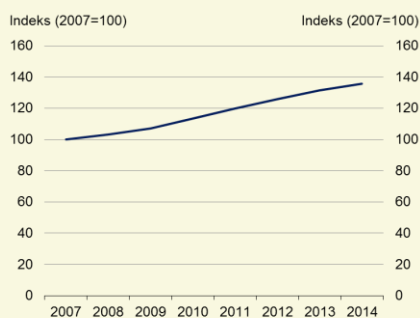
5.4 Udvikling i diagnosegrupper

I dette afsnit belyses udviklingen af diagnoser på landsplan. Diagnosegrupperne består derfor ikke kun af personer, der har modtaget en indsats efter serviceloven, men af alle der har den givne diagnose.

På landsplan har der de seneste år været en stigning i antallet af personer, der modtager en eller flere af de diagnoser, der indgår i kapitlet. Betraget over perioden 2007-2014 er andelen af befolkningen, der inden for en 5-årig periode har modtaget en eller flere af diagnoserne, steget med 40 pct. Særligt ADHD og autisme har været i en kraftig vækst, jf. figur 5.19 og 5.20.

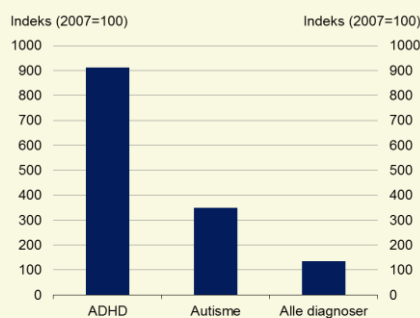
Figur 5.19

Andel af befolkning 18-64 år med én eller flere af de udvalgte diagnoser, 2007-2014



Figur 5.20

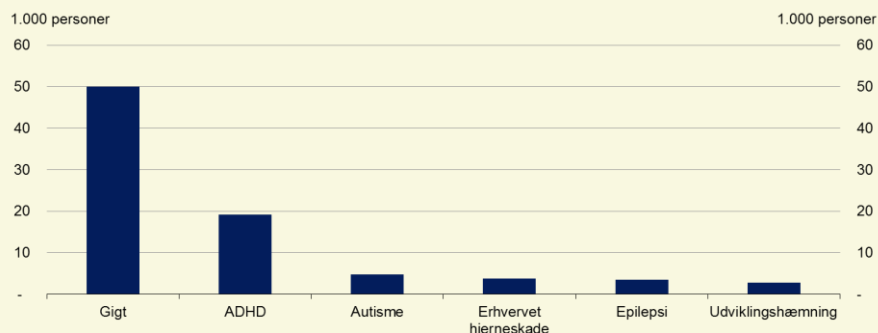
Udvalgte diagnoser med størst relativ stigning fra 2007 til 2014



Anm.: Opgjort som andel af befolkning i alderen 18-64 år det pågældende år med en eller flere diagnoser i året eller i de fire foregående år vurderet efter tidspunkt for start af behandling.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I absolutte tal er det særligt gig, ADHD og autisme, der er steget, jf. figur 5.21.

Figur 5.21**Absolut stigning i personer med diagnose fra 2007 til 2014**

Anm.: 18-64-årige. Se anmærkningen til figur 5.19 og 5.20.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Stigningen i personer med gigt skal ses på baggrund af, at gigt rammer en væsentligt bredere og større gruppe end modtagere af indsatser efter serviceloven.

Væksten i antal personer med en diagnose for ADHD kan skyldes en ændring i sygdomsopfattelse, og at der er kommet øget opmærksomhed på opsporing og diagnostik.

Stigningen i antal personer med en diagnose på landsplan kan ikke nødvendigvis tages som et udtryk for en tilsvarende stigning i antal borgere, der har behov for ydelser efter serviceloven. Det er langt fra alle personer med eksempelvis ADHD eller autisme, der har behov for eller er berettiget til eksempelvis socialpædagogisk støtte.



6. Socialt udsatte voksne – geografisk fordeling og udvikling

I dette kapitel bliver der set nærmere på, hvordan socialt udsatte voksne, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, fordeler sig geografisk i landet. Herunder på forskellige typer af kommuner. Der ses også på, hvordan antallet af modtagere har udviklet sig over tid og på den geografiske udvikling i antallet af socialt udsatte voksne med flere sociale problemer.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Der er socialt udsatte voksne i alle kommuner. Det varierer fra kommune til kommune, hvor stor en del af den voksne befolkning, der modtager en social indsats. Kommuner med mange socialt udsatte voksne findes i alle dele af landet.
- De store byer og kommuner tegner sig for en stor del af de socialt udsatte voksne. Men i forhold til indbyggertallet er der ikke flere socialt udsatte voksne i de fire største kommuner – København, Aarhus, Odense og Aalborg – end der er i landets øvrige kommuner. I den forstand er socialt udsathed ikke et storbyfænomen.
- Kommunernes varierende størrelse og demografi gør, at kommunerne har forskellige forudsætninger, som det er vigtigt at have for øje, når der udvikles og udbredes virksomme indsatser. Ved tilrettelæggelsen af sociale indsatser vil antallet af borgere i en målgruppe for indsatsen have en væsentlig betydning for, hvordan den enkelte kommune med fordel kan tilrettelægge indsatsen organisatorisk. Ligesom det kan medføre behov for, at der fx indgås samarbejde på tværs af kommunegrænser og tænkes i, hvordan indsatserne kan favne flere målgrupper.
- Samlet set er antallet af socialt udsatte voksne, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, steget fra knap 28.000 i 2008 til lidt over 32.500 i 2014. Det skyldes, at flere personer er registreret som modtagere af indsatser rettet mod stofmisbrug og alkoholafhængighed.
- Stigningen i antallet af socialt udsatte voksne gør sig gældende for alle typer af kommuner. Men den største stigning er sket uden for landets fire største kommuner. Det gælder både, når man ser på *antallet* af socialt udsatte voksne, og når man ser på *andelen* af socialt udsatte voksne, hvor andelen er opgjort i forhold til kommunernes indbyggertal. Når der er registreret flere voksne, der modtager sociale

indsatser rettet mod misbrug, kan det tyde på, at kommunerne generelt har styrket deres fokus på at tilbyde behandling til personer med stofmisbrug og alkoholafhængighed.

- Stigningen skyldes ikke nødvendigvis, at flere har problemer med misbrug og afhængighed. Udviklingen kan blandt andet være påvirket af registringsmæssige forhold i kommunerne og tilbuddene.
- Der er klare udfordringer forbundet med at opgøre den geografiske fordeling og udvikling i antallet af socialt udsatte voksne. Det understreger vigtigheden af at arbejde strategisk med at få bedre data, så man fremover bedre kan følge udviklingen blandt socialt udsatte voksne.
- Til trods for de datamæssige udfordringer viser analyserne i kapitlet, at antallet af socialt udsatte voksne, der modtager sociale indsatser som følge af misbrug og hjemløshed, er steget i hele landet. For at kunne sikre gode resultater af den sociale indsats, er det derfor afgørende, at kommuner i hele landet kan tilbyde sociale indsatser af høj kvalitet og at kommuner, der ikke selv har de nødvendige tilbud lokalt, kan købe disse hos andre kommuner og private udbydere.
- Næsten halvdelen af alle socialt udsatte voksne, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, har indikationer på at have flere sociale problemer. Det gælder på tværs af landet for alle typer af kommuner.
- Andelen af socialt udsatte voksne med indikationer på flere sociale problemer har været relativt stabil i løbet af de seneste år. Fra 2008 til 2014 har andelen ligget på omkring 45 pct. Flere sociale problemer vil i denne sammenhæng sige, at personerne modtager flere forskellige sociale indsatser, eller at personerne modtager en social indsats samtidig med, at de enten er dømt for kriminalitet eller har fået stillet en diagnose, fx en psykiatrisk diagnose.

6.1 Geografisk fordeling

Det er først og fremmest kommunerne, der yder hjælp og støtte til gruppen af socialt udsatte voksne. Kommunerne er ifølge serviceloven forpligtiget til at tilbyde en social indsats ud fra en konkret og individuel vurdering af den enkelte borgers behov.

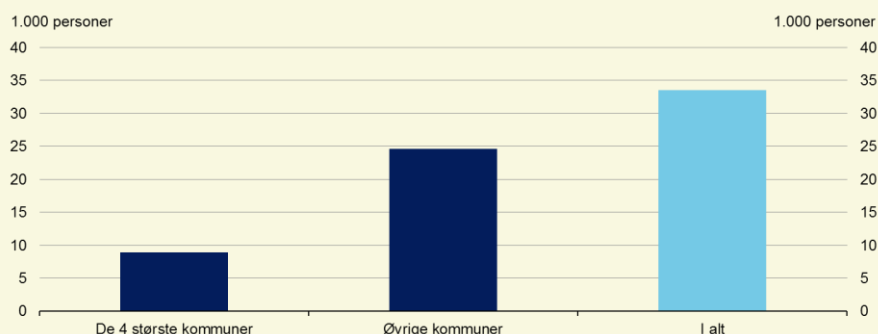
Organiseringen af indsatsen varierer fra kommune til kommune. Kommunernes varierende størrelse og demografi gør, at kommunerne har forskellige forudsætninger, som det er vigtigt at have for øje, når der udvikles og udbredes virksomme indsatser. Ved tilrettelæggelsen af sociale indsatser vil antallet af borgere i en målgruppe for indsatsen have en væsentlig betydning for, hvordan den enkelte kommune med fordel kan tilrettelægge indsatsen organisatorisk. Ligesom det kan medføre behov for, at der fx indgås samarbejde på tværs af kommunegrænser og tænkes i, hvordan der kan tilrettelægges indsatser, der favner flere målgrupper.

For at kunne sammenligne antallet af socialt udsatte voksne på tværs af landets kommuner er analyserne om geografisk fordeling afgrænset til sociale indsatser, hvor der findes landsdækkende registerdata. Disse indsatser omfatter stofmisbrugs- og alkoholbehandling og sociale tilbud i form af forsorgshjem og herberger.

De store byer og kommuner tegner sig for en stor del af de socialt udsatte voksne. Omkring 32.500 har modtaget en social indsats på grund af hjemløshed eller misbrug. Heraf tegner København, Aarhus, Aalborg og Odense sig for knap 9.000 personer, jf. figur 6.1.

Figur 6.1

Socialt udsatte voksne opdelt efter kommuner, 2014



Anm. Personer på 18 år eller derover ultimo 2014. Socialt udsatte omfatter personer, der har modtaget behandling for alkoholafhængighed, stofmisbrug samt brugere af forsorgshjem eller herberger. En person kan have modtaget en indsats i flere forskellige kommuner. Se i øvrigt boks 6.1 for geografisk fordeling og bilag 1 og bilag 4 for opgørelsen af socialt udsatte voksne.

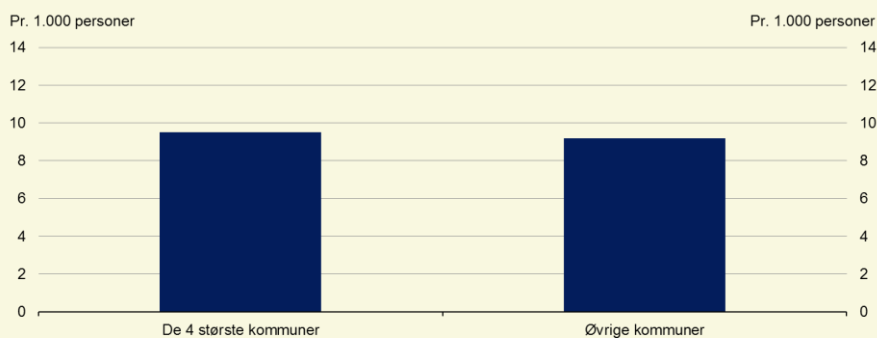
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Når mange socialt udsatte kommer fra de fire største kommuner, skal det i høj grad ses i lyset af, at en stor del af den danske befolkning bor i disse kommuner. Sammenligner man antallet af socialt udsatte pr. kommune med det samlede antal borgere i kommunerne, er der ikke flere socialt udsatte i de store kommuner, end der er i landets øvrige kommuner. I den forstand er social udsathed ikke et storbyfænomen.

Både i de fire største kommuner og i landets øvrige kommuner er der lidt under 10 socialt udsatte voksne pr. 1.000 personer i kommunen, jf. figur 6.2.

Figur 6.2

Socialt udsatte voksne pr. 1.000 personer, opdelt efter kommunetyper, 2014



Anm.: Langt størstedelen af gruppen af socialt udsatte voksne er mellem 18 og 64 år. Opgørelsen af socialt udsatte voksne pr. 1.000 personer er derfor afgrænset til 18-64-årige. Se anmærkningen til figur 6.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Hvilken kommune, der har forpligtelsen til at iværksætte en social indsats, afhænger af en række forskellige forhold, herunder tidligere sociale indsatser, hvor borgeren opholder sig, og hvor de sociale problemer er opstået. I denne redegørelse er den geografiske fordeling af udsatte voksne opgjort med henblik på at belyse, hvilken kommune der har ansvaret for borgerens sociale indsats.

Boks 6.1 giver en mere detaljeret beskrivelse af, hvornår en kommune er forpligtiget til at hjælpe, og hvordan den geografiske fordeling af socialt udsatte voksne er opgjort i dette kapitel.

Boks 6.1**Opgørelse af geografisk fordeling**

Der gør sig en række forhold gældende, når det skal bestemmes hvilken kommune, der har pligt til at tilbyde en social indsats, når borgeren har brug for hjælp eller støtte på grund af særlige sociale problemer.

For stofmisbrugsbehandling og ophold på forsorgshjem og herberger efter serviceloven ligger forpligtigelsen som udgangspunkt hos borgerens opholdskommune. Opholdskommunen er den kommune, hvor borgeren har bopæl eller sædvanligvis opholder sig. Afhængig af borgerens sociale indsats og historik kan det også være borgerens tidligere (oprindelige) opholdskommune, der har forpligtigelsen til at yde hjælp. Det gælder fx, når den oprindelige opholdskommune eller anden offentlig myndighed har medvirket til, at borgeren har fået ophold i en anden kommune.

Den geografiske fordeling af personer i stofmisbrugsbehandling er opgjort på baggrund af den opholdskommune, der er registreret i "Ventetider vedr. behandlingssgaranti for stofmisbrugere" (se bilag 4).

Der findes ikke centralt tilgængelige oplysninger om opholdskommunen (eller tidligere opholdskommune) for personer med ophold på forsorgshjem og herberger. Kommunefordelingen er derfor opgjort på baggrund af registreringen af botilbuddenes beliggenhedskommune i botilbudsstatistikken med henblik på at fordele gruppen efter, hvor de pågældende har haft overnatninger.

For alkoholbehandling efter sundhedsloven er det borgerens bopælskommune, der altid afholder udgifterne for alkoholbehandling. Den geografiske fordeling af personer i alkoholbehandling er derfor opgjort på baggrund af den bopælskommune, som er registreret i "Det Nationale Alkoholbehandlingsregister" (se bilag 4).

Man kan læse mere om, hvornår en kommune er forpligtiget til at tilbyde en indsats i kapitel 3 i retssikkerhedsloven og sundhedslovens §§ 141 og 252.

Læs mere om opgørelsen af socialt udsatte voksne i bilag 4.

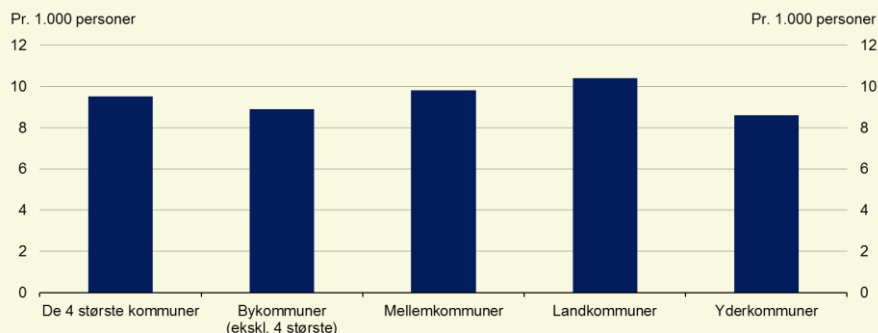
For at kunne sammenligne antallet af socialt udsatte voksne på tværs af forskellige typer af kommuner er landets kommuner i denne redegørelse opdelt efter deres strukturelle, demografiske og økonomiske forhold, herunder fx befolkningstæthed, beskæftigelsesgrad og uddannelsesniveau i arbejdsstyrken mv. Der skelnes mellem yderkommuner, landkommuner, mellemkommuner, bykommuner samt de fire største kommuner, jf. boks 6.2

Antallet af socialt udsatte voksne er nogenlunde ens på tværs af de forskellige kommunetyper, når man sammenligner antallet af socialt udsatte med det samlede antal borgere i kommunerne.

I mellem- og landkommunerne er der omkring 10 udsatte voksne pr. 1.000 personer, mens der er omkring 9 socialt udsatte voksne pr. 1.000 personer i landets bykommuner. I landets yderkommuner er der lidt over 8 socialt udsatte voksne pr. 1.000 personer, jf. figur 6.3.

Figur 6.3

Socialt udsatte voksne pr. 1.000 personer fordelt på kommunetyper



Anm.: Se anmærkningen til figur 6.2 og boks 6.2 for opgørelsen af kommunetyper.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Boks 6.2

Opgørelse af kommunetyper

Opgørelsen af kommunetyper tager udgangspunkt i opdelingen af kommuner i by-, mellem-, land- og yderkommuner fra landdistriktsprogrammet for 2007-2013. Kommunerne er opdelt på baggrund af deres strukturelle, økonomiske og demografiske karakteristika mv. Opdelingen betyder, at kommuner med store byer kan være grupperet som landkommuner, hvis kommunernes karakteristika samlet set gør dem sammenlignelige med andre landkommuner.

Yderkommunerne er de kommuner, der har den laveste befolkningstæthed, beskatningsgrundlag, uddannelsesniveau og udvikling i beskæftigelsen mv. Herefter kommer landkommuner, mellemkommuner og bykommuner. I denne redegørelse er de fire største kommuner grupperet for sig selv.

De 4 største kommuner: København, Odense, Aalborg og Aarhus.

Bykommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Fredensborg, Frederiksberg, Frederikssund, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Greve, Gribskov, Helsingør, Herlev, Hillerød, Hvidovre, Høje Taastrup, Hørsholm, Kolding, Køge, Lejre, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rudersdal, Rødovre, Skanderborg, Solrød og Vallensbæk.

Mellemkommuner: Favrskov, Faxe, Fredericia, Halsnæs, Holbæk, Horsens, Ishøj, Middelfart, Næstved, Odder, Ringsted, Silkeborg, Slagelse, Sorø, Stevn, Tårnby og Vejle.

Landkommuner: Assens, Billund, Brønderslev, Esbjerg, Fanø, Frederikshavn, Faaborg-Midtfyn, Guldborgsund, Haderslev, Hedensted, Herning, Hjørring, Holstebro, Ikast-Brande, Jammerbugt, Kalundborg, Kerteminde, Mariagerfjord, Nordfyns, Nyborg, Odsherred, Randers, Rebild, Svendborg, Syddjurs, Sønderborg, Vejen, Viborg, Vordingborg og Aabenraa.

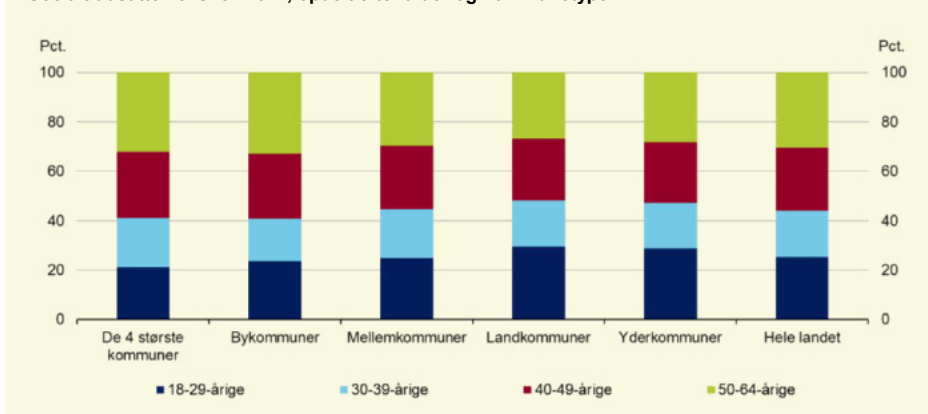
Yderkommuner: Bornholm, Langeland, Lemvig, Lolland, Læsø, Morsø, Norddjurs, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Skive, Struer, Thisted, Tønder, Varde, Vesthimmerlands og Ærø.

Kilde: Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri (2008).

Der er socialt udsatte voksne i alle aldersgrupper. Den samlede gruppe af socialt udsatte voksne, der modtager stofmisbrugs- eller alkoholbehandling eller overnatter på forsorgshjem og herberger, er jævnt fordelt i alle aldersgrupper. Det gælder uanset kommunetype. I de fire største kommuner og de øvrige bykommuner er der dog lidt flere socialt udsatte over 50 år, når man sammenligner med de andre typer af kommuner, jf. figur 6.4

Figur 6.4

Socialt udsatte voksne i 2014, opdelt efter alder og kommunetype



Anm.: Alder ultimo 2014. Se i øvrigt anmærkningen til figur 6.3.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvordan gruppen af socialt udsatte voksne er sammensat. I nogle kommuner er der flere hjemløse, der overnatter på forsorgshjem og herberger, mens der i andre kommuner er flere i behandling for stofmisbrug eller alkoholafhængighed.

De fire største kommuner adskiller sig fra de øvrige kommunetyper ved at have mange udsatte voksne, der har overnattet på forsorgshjem eller herberger. Det skal ses i lyset af, at en stor del af landets herberger og forsorgshjem er placeret i landets største kommuner. Derudover er gruppen af socialt udsatte voksne relativt jævnt fordelt over de forskellige typer af kommuner. Det tyder på, at bestemte sociale problemer ikke knytter sig til bestemte typer af kommuner.

I de fire største kommuner er der 2,7 personer pr. 1.000 personer, der har overnattet på forsorgshjem og herberger. Til sammenligning er der i hele landet 1,7 personer pr. 1.000 personer, jf. tabel 6.1.

Tabel 6.1
Socialt udsatte voksne mellem 18 og 64 år opdelt efter kommunetype og indsats, 2014

	Alkoholbehand- ling	Stofmisbrugs- behandling	Forsorgshjem og herberger	I alt
----- Pr. 1.000 personer -----				
2014				
De 4 største kommuner	2,9	4,5	2,7	9,5
- Københavns Kommune	3,2	5,7	2,5	10,9
- Aarhus Kommune	2,2	1,7	2,8	6,4
- Aalborg Kommune	1,7	3,1	3,4	7,7
- Odense Kommune	4,0	6,8	3,0	12,7
Bykommuner	3,6	4,1	1,6	8,9
Mellemkommuner	4,0	5,0	1,1	9,8
Landkommuner	3,5	5,3	2,2	10,4
Yderkommuner	3,2	4,2	1,4	8,6
Hele landet	3,4	4,5	1,7	9,0

Anm.: Se anmærkningen til figur 6.3. Det bemærkes, at indberetningerne af personer i stofmisbrug i Aarhus kommune i 2014 er ukomplet. Se bilag 4 for mere information om indberetningen af data.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

I de øvrige kommunetyper har størstedelen af gruppen af socialt udsatte voksne modtaget en social indsats på grund af problemer som følge af alkoholafhængighed eller stofmisbrug. Når der blandt landkommunerne også er mange, der har overnattet på forsorgshjem og herberg, skyldes det blandt andet, at der ligger et stort botilbud i Holstebro.

SFI (2015a) gennemfører hvert andet år en landsdækkende hjemløsetælling. Hjemløse i tællingen omfatter personer, som ikke disponerer over egen (ejet eller lejet) bolig eller værelse, men som er henvist til midlertidige boalternativer på gaden eller på forsorgshjem og herberger, som bor midlertidigt og uden kontrakt hos familie, venner eller bekendte eller som afsoner under kriminalforsorgen, skal løslades inden for en måned og mangler en bøløsning mv. Hjemløsetællingen viser, at der er hjemløse i alle dele af landet, men at den største gruppe af hjemløse findes i de fire største kommuner.

Alle kommuner skal kunne tilbyde borgere med særlige sociale problemer og behov en social indsats. Det betyder imidlertid ikke, at kommunerne skal have alle former for sociale tilbud beliggende i deres egen kommune. De mindre kommuner køber typisk pladser af andre kommuner, regioner og private tilbud. I Boks 6.3 er der set nærmere på kommunernes forsyningspligt og den geografiske fordeling af tilbud til socialt udsatte voksne.

Boks 6.3**Geografisk fordeling af tilbud til socialt udsatte voksne**

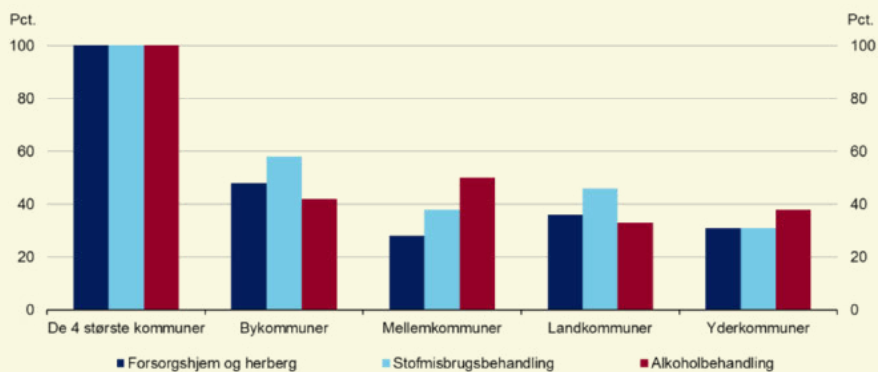
Det er kommunerne, der skal sørge for, at der er de nødvendige tilbud efter serviceloven (forsyningsforpligtelse, jf. servicelovens § 4). Kommunerne kan opfylde deres forsyningsforpligtelse ved brug af egne tilbud eller ved samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud. Kommunalbestyrelsen skal inddrage både faglige og økonomiske hensyn, når der skal træffes afgørelse om fx ophold i et tilbud efter serviceloven, men hensynet til kommunernes økonomi kan dog aldrig stå alene.

På sundhedsområdet er regioner og kommuner ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder indsatser vedrørende forebyggelse, sundhedsfremme og behandling (§ 4). Bestemmelsen gælder også tilbud om alkoholbehandling (§ 141).

Tilbud til socialt udsatte voksne er geografisk spredt over hele landet, men ikke alle kommuner har tilbud til socialt udsatte voksne beliggende i egen kommune. Disse kommuner køber i stedet pladser hos kommunale, regionale eller private tilbud beliggende i andre kommuner.

I denne opgørelse er der set nærmere på den geografiske fordeling af tilbud til socialt udsatte voksne i form af stofmisbrugsbehandlingstilbud, alkoholbehandlingstilbud og forsorgshjem og herberger.

De fire største kommuner tilbyder alle ovenstående tilbud beliggende inden for egen kommune til socialt udsatte voksne. Størstedelen af kommunerne blandt de øvrige typer af kommuner har i mindre grad disse tilbud til socialt udsatte voksne i deres egen kommune, jf. figur a.

Figur a**Andel af kommuner med udvalgte tilbud til socialt udsatte voksne, opdelt efter kommunetype**

Anm.: Opgjort ultimo 2016. Omfatter tilbud til socialt udsatte voksne beliggende i den pågældende kommune. Tilbuddene kan være kommunalt, regionalt eller privat ejet. Opgørelsen afspejler ikke antallet af tilbud beliggende i kommunen, men om der er tilbud til socialt udsatte voksne i kommunen. Se i øvrigt boks 6.2 for opgørelsen af kommunetyper.

Kilde: Egne beregninger på udtræk fra Tilbudsportalen og Danmarks Statistiks registerdata .

For opgørelse af tilbud til socialt udsatte voksne på kommuneniveau se bilag 4. Datagrundlaget beror på tilbuddenes egen indberetning til Tilbudsportalen. Tilbudsportalen er et landsdækkende register over sociale tilbud. Registrering på Tilbudsportalen og godkendelse af socialtilsynet er en forudsætning for, at tilbuddet kan indgå i kommunernes forsyning. Se Tilbudsportalen.dk for yderligere information.

Hvis man ser på fordelingen af socialt udsatte voksne i kommunerne ud fra et danmarkskort – frem for at se på forskellige kommunetyper – er der socialt udsatte i hele landet. Det varierer fra kommune til kommune hvor stor en del af den voksne befolkning, der modtager en social indsats. Men kommuner med mange socialt udsatte voksne findes i alle dele af landet. Det gælder for alle indsatser blandt socialt udsatte voksne, herunder personer der modtager alkoholbehandling, stofmisbrugsbehandling og har haft overnatninger på forsorgshjem og herberger.

SFI har også undersøgt den kommunale variation i andelen af personer, der tilhører gruppen af voksne i udsatte positioner. Her belyses den geografiske fordeling af personer, der tilhører marginaliserede grupper, på baggrund af oplysninger om indikationer på sociale problemer over et helt livsforløb.

Boks 6.4

Rapporten ”Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark”

SFI (2015b) har foretaget en kortlægning af social marginalisering i Danmark. I rapporten anvendes en række risikoindikatorer, men i hovedreglen ikke information om konkrete indsatser eller sociale ydelser. Social marginalisering måles ved fire risikoindikatorer: 1) psykisk sygdom (diagnose), 2) stof- eller alkoholmisbrug (diagnose og behandling), 3) hjemløshed (Ankestyrelsens botilbudsstatistik) eller 4) fængselsophold.

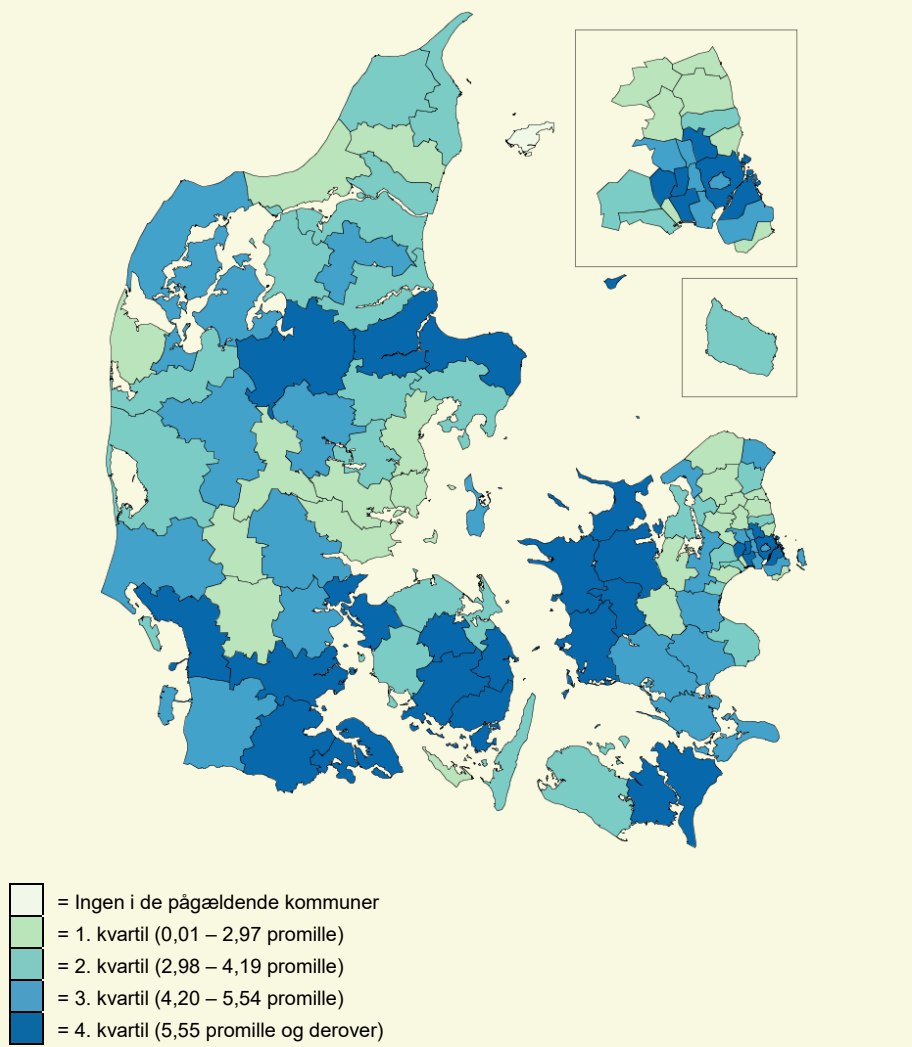
SFI vurderer, at der er ca. 180.000 personer i alt, som tilhører en af de marginaliserede grupper. Rapporten belyser variationen mellem kommunerne i andelen, der tilhører en af de marginaliserede grupper. SFI finder, at der generelt er en betydelig variation mellem kommunerne, også i samme landsdele, når man ser på den samlede gruppe af marginaliserede personer. Når den samlede gruppe opdeles i forskellige aldersgrupper mv., er der også tydelige geografiske mønstre.

Risikoindikatorer er opgjort over hver enkelt persons hidtidige livsløb, i det omfang datakilderne tillader det.

I forhold til personer i stofmisbrugsbehandling, er der væsentlig forskel på, hvor mange der er i stofmisbrugsbehandling i de enkelte kommuner. Kommunerne med mange socialt udsatte i stofmisbrugsbehandling er bredt fordelt over hele landet, jf. figur 6.5.

Figur 6.5

Socialt udsatte voksne i stofmisbrugsbehandling pr. 1.000 personer, 2014

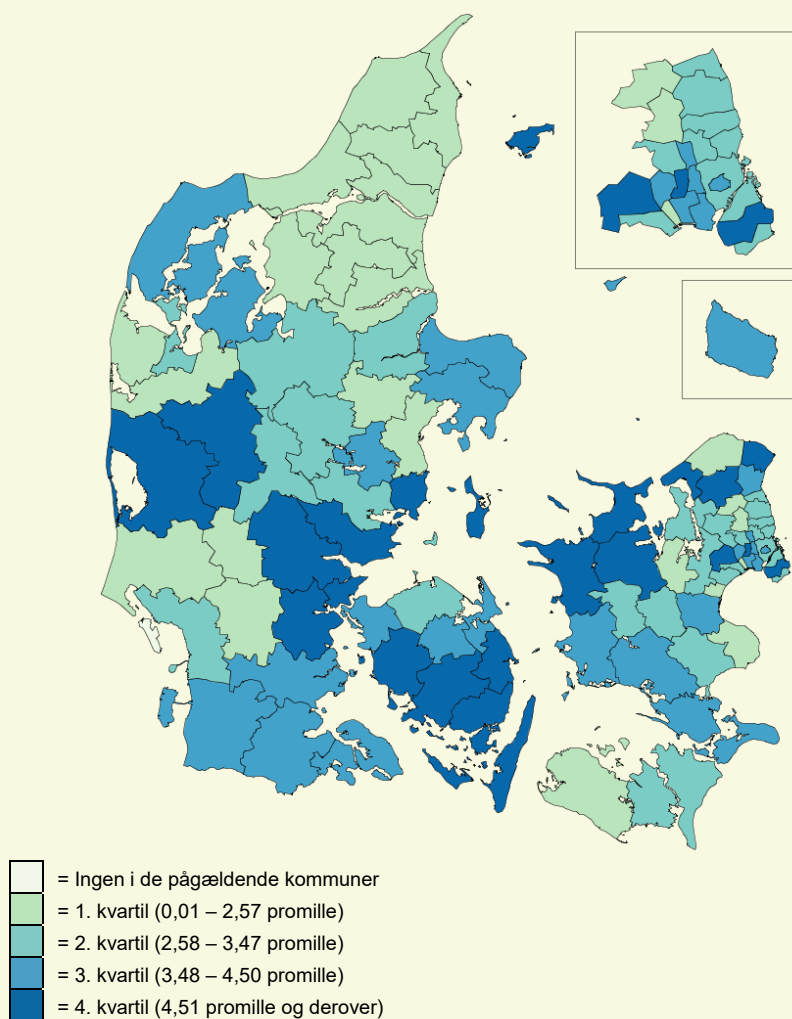


Anm.: Se anmærkningen til figur 6.3. Den kommunale fordeling af personer i stofmisbrugsbehandling er opgjort på baggrund af opholdskommunen. Der er personer, som har fået behandling i flere forskellige kommuner. Intervallerne er opgjort med henblik på at opdele antallet af kommuner i fire lige store grupper (kvartiler).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Når nogle kommuner har meget få personer i stofmisbrugsbehandling, skyldes det for en række kommuner, at indberetningerne har været ukomplette (se bilag 4).

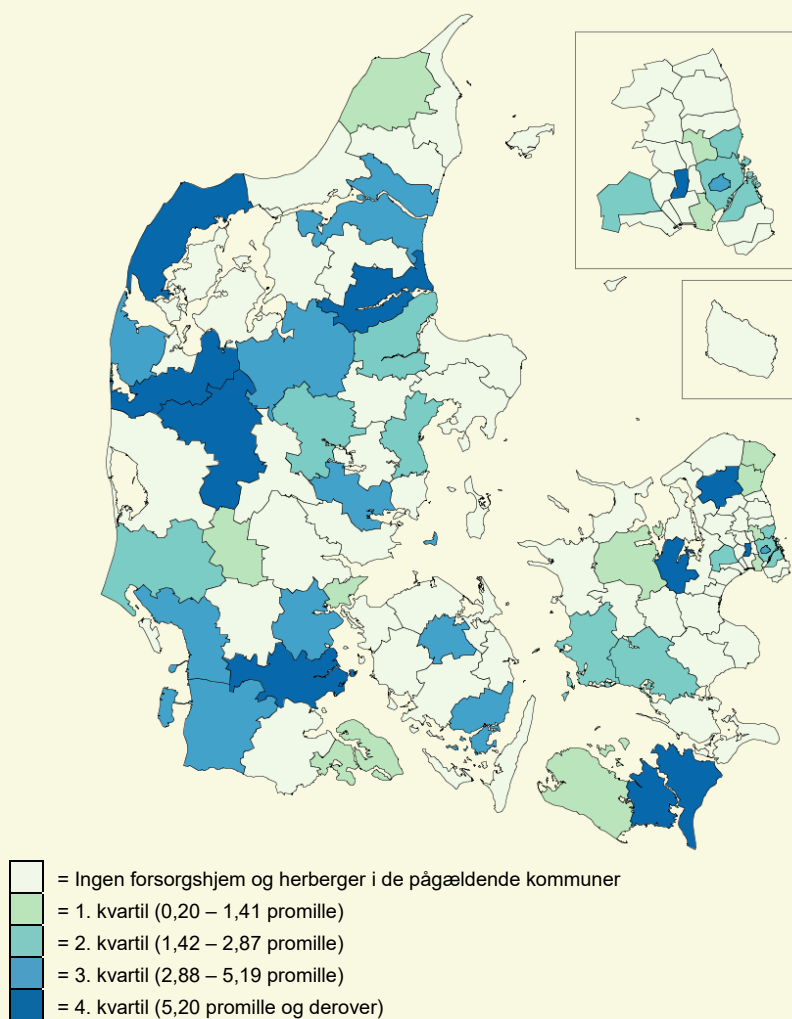
Der tegner sig i høj grad det samme billede for den geografiske fordeling af personer i alkoholbehandling. Her er det ligeledes forskelligt fra kommune til kommune hvor mange, der er i alkoholbehandling, ligesom kommunerne med mange personer i alkoholbehandling er bredt fordelt over landets regioner, jf. figur 6.6.

Figur 6.6**Socialt udsatte voksne i alkoholbehandling pr. 1.000 personer, 2014**

Anm.: Den kommunale fordeling af personer i alkoholbehandling er opgjort på baggrund af bopælskommune, se i øvrigt anmærkningen til figur 6.5. Intervallerne er opgjort med henblik på at opdele antallet af kommuner i fire lige store grupper (kvartiler).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

For personer med ophold på forsorgshjem og herberger er den kommunale fordeling opgjort på baggrund af, hvor den enkelte har haft ophold. Hvilke kommuner, der har mange personer, der har overnattet på forsorgshjem og herberger, er derfor i høj grad bestemt af hvor i landet, der er forsorgshjem og herberger, jf. figur 6.7.

Figur 6.7**Socialt udsatte voksne med ophold på forsorgshjem og herberger pr. 1.000 personer, 2014**

Anm.: Den kommunale fordeling er opgjort på baggrund af botilbuddenes beliggenhedskommuner. Se i øvrigt anmærkningen til figur 6.5. Intervallerne er opgjort med henblik på at opdele antallet af kommuner i fire lige store grupper (kvartiler).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Men forsorgshjemmene og herbergerne bliver også i høj grad benyttet af personer, der har registreret adresse i andre kommuner, fordi nogle brugere rejser rundt i landet, flytter midlertidigt eller registrerer adresse hos bekendte eller familie.

Næste afsnit ser på udviklingen i antallet af socialt udsatte voksne og ser nærmere på hvor i landet, der har været en udvikling i antallet af udsatte voksne.

6.2 Geografisk udvikling

Samlet set er antallet af socialt udsatte voksne, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, steget fra knap 28.000 i 2008 til lidt over 32.500 i 2014.

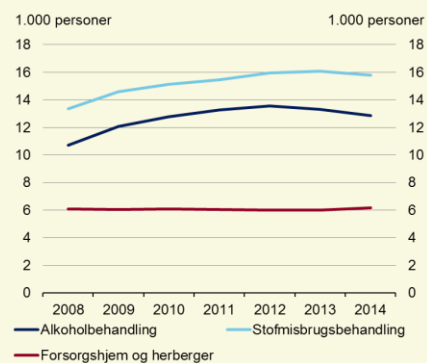
Det skyldes, at flere personer er registreret som modtagere af indsatser rettet mod stofmisbrug og alkoholafhængighed. Stigningen i antallet af personer, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug og alkoholafhængighed, afspejler ikke nødvendigvis, at der er blevet flere socialt udsatte. Dels kan det være udtryk for, at flere vælger at søge behandling for et stofmisbrug eller en alkoholafhængighed. Dels kan det afspejle en styrket indsats fra kommunernes side, herunder en mere opsøgende indsats. Og endelig kan det også skyldes en ændret registreringspraksis i kommunerne. Faldet i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling og alkoholbehandling i 2014 kan muligvis skyldes manglende indberetninger fra kommunerne og tilbuddene.

Antallet af personer, der modtager en indsats rettet mod hjemløshed i form af ophold på et forsorgshjem eller herberg, har ligget stabilt over perioden 2008-2014.

Fra 2008 til 2014 er antallet af personer i stofmisbrugsbehandling steget fra knap 13.500 i 2008 til omkring 16.000, mens antallet af personer i alkoholbehandling er i samme periode steget fra godt 10.500 til knap 13.000 i 2014. Gennem hele perioden har der hvert år været omkring 6.000 personer, som har gjort brug af forsorgshjem eller herberger, jf. figur 6.8.

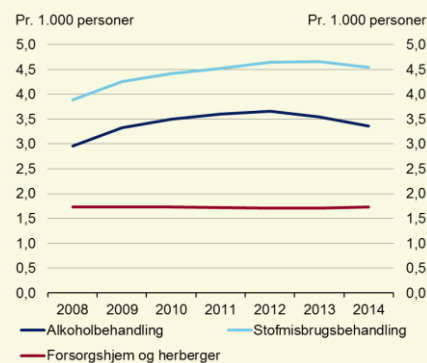
Figur 6.8

Socialt udsatte voksne over 18 år i Danmark, 2008-2014



Figur 6.9

Socialt udsatte voksne mellem 18 og 64 år i Danmark, 2008-2014



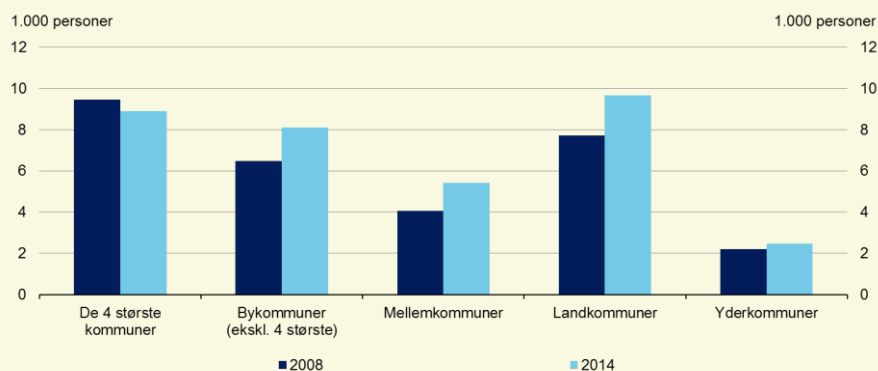
Anm.: Berørte personer på 18 år eller derover, som indgår i befolkningsregisteret ultimo året. Nogle personer har haft flere behandlingsforløb eller overnatninger, og nogle af personerne indgår i mere end én gruppe. Alder er opgjort ultimo året. Promillen er opgjort på baggrund af antallet af personer i alderen 18-64 år ultimo året. Det bemærkes, at dele af stigningen kan skyldes registreringsmæssige forhold i kommunerne og tilbuddene. Faldet i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling og alkoholbehandling i 2014 kan muligvis skyldes manglende indberetninger fra kommunerne og tilbuddene. Se i øvrigt bilag 4 for opgørelsen af socialt udsatte voksne.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Samlet set er antallet af socialt udsatte voksne, der modtager indsatser rettet mod stofmisbrug, alkoholafhængighed eller hjemløshed, også steget, når man tager højde for den generelle befolkningsudvikling, jf. figur 6.9.

Den samlede stigning i antallet af socialt udsatte voksne fra 2008 til 2014 skyldes i høj grad, at der kommet flere socialt udsatte uden for landets fire største kommuner. Når antallet af socialt udsatte voksne ikke er steget i de fire største kommuner, kan en del af forklaringen være manglende eller ukomplette indberetninger i Aarhus kommune (se bilag 4).

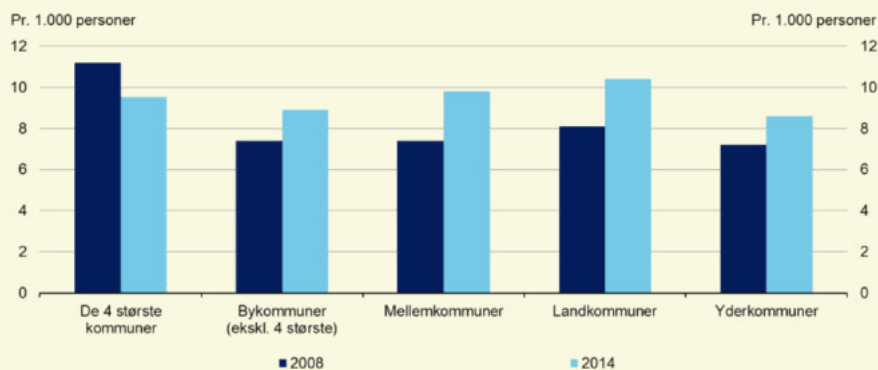
Antallet af socialt udsatte voksne er steget mest i landkommunerne, hvor der er næsten 2.000 flere udsatte i 2014 sammenlignet med 2008. I bykommunerne og mellemkommunerne er antallet steget med omkring 1.500 udsatte fra 2008 til 2014, jf. figur 6.10.

Figur 6.10**Udvikling blandt socialt udsatte voksne opdelt efter kommunetype, antal**

Anm.: Se anmærkingen til figur 6.8 og boks 6.2 for opgørelse af kommunetyper.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Det er de samme kommunetyper, hvor antallet af udsatte er steget, når man tager højde for den generelle befolkningsudvikling. Her er antallet af udsatte steget med næsten 2,5 socialt udsatte pr. 1.000 personer i mellem- og landkommunerne, mens der er kommet omkring 1,5 socialt udsatte flere pr. 1.000 personer i bykommunerne og yderkommunerne, jf. figur 6.11.

Figur 6.11**Udvikling blandt socialt udsatte voksne opdelt efter kommunetype, pr. 1.000 personer**

Anm.: Promillen er opgjort på baggrund af antallet af personer i alderen 18-64 år ultimo året. Se anmærkingen til figur 6.10.

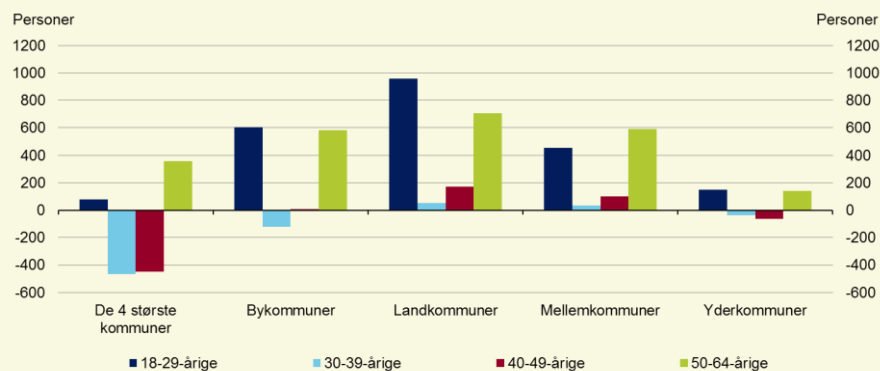
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Når der er registreret flere voksne, der modtager sociale indsatser rettet mod misbrug, kan det tyde på, at kommunerne generelt har styrket deres fokus på at tilbyde behandling til personer med stofmisbrug og alkoholafhængighed.

Stigningerne i antallet af socialt udsatte voksne er primært sket blandt personer i 18-29-årsalderen og over 50 år. Det gælder på tværs af alle kommunetyper, jf. figur 6.12.

Figur 6.12

Udvikling blandt socialt udsatte voksne opdelt efter kommunetype og alder, 2008-2014



Anm.: Faldet i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling og alkoholbehandling i 2014 kan muligvis skyldes manglende indberetninger fra kommunerne og tilbuddene. Se anmærkningen til figur 6.10.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Når flere socialt udsatte samlet set modtager en indsats rettet mod misbrug og hjemløshed, skyldes det primært, at flere personer uden for de fire største byer er kommet i behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug, jf. tabel 6.2.

Tabel 6.2

Socialt udsatte voksne mellem 18 og 64 år opdelt efter kommunetype, udvikling fra 2008 til 2014

	Alkohol- behandling	Stofmisbrugs- behandling	Forsorgshjem og herberger	I alt
----- Pr. 1.000 personer -----				
Udvikling fra 2008 til 2014				
De 4 største kommuner	-0,5	-0,7	-0,5	-1,7
Bykommuner	0,5	0,8	0,2	1,5
Mellemkommuner	1,1	1,2	0,1	2,4
Landkommuner	0,8	1,3	0,1	2,3
Yderkommuner	0,4	0,8	0	1,4
Hele landet	0,4	0,6	0	1,1

Anm.: Se anmærkningen til figur 6.12.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

6.3 Socialt udsatte voksne med flere sociale problemer

Sociale indsatser til voksne ydes typisk til personer med særlige sociale problemer. Problemerne kan imidlertid være mere eller mindre udtalte. Der er personer, der har et enkeltstående og afgrænset problem. Det kan fx være personer med alkoholafhængighed, som ud over deres alkoholbehandling ikke har brug for hjælp og støtte. Men der er også personer, hvor problemerne kommer til udtryk i flere aspekter af livet, og der er behov for mere intensiv og vidtrækkende indsats, der kan tage hånd om flere problemer samtidig.

I dette kapitel anvendes forskellige indikatorer til at indkredse socialt udsatte med flere sociale problemer. Der er tale om personer, som enten modtager mere end én indsats, fx en bruger af forsorgshjem, som samtidigt er i stofmisbrugsbehandling, eller personer som modtager en social indsats, og hvor der samtidigt er indikationer på andre problemer, fx en psykiatrisk diagnose eller kriminalitet. Problemerne vil i mange tilfælde være forbundet. Eksempelvis kan et misbrug hos nogle personer føre til kriminel adfærd.

For mange socialt udsatte står de sociale problemer i vejen for et aktivt liv med uddannelse og arbejde. Problemerne kan også have konsekvenser for familierelationer og sociale relationer. Blandt socialt udsatte voksne, hvor der er indikationer på flere sociale problemer, er der større risiko for, at borgerenes sociale netværk lider skade, og at borgeren bliver marginaliseret. Når man ser på den geografiske fordeling af socialt udsatte voksne, er det derfor også relevant at se på, om der er forskel i andelen af socialt udsatte voksne med indikationer på flere sociale problemer på tværs af landets kommuner.

De forrige afsnit har vist, at der er socialt udsatte i hele landet. Dette afsnit ser nærmere på, om der er forskelle i andelen af socialt udsatte med flere sociale problemer på tværs af landets kommuner.

Boks 6.5 giver en detaljeret beskrivelse af opgørelsen af socialt udsatte med flere sociale problemer.

Boks 6.5**Socialt udsatte voksne med flere sociale problemer**

I dette kapitel anvendes forskellige indikatorer til at indkredse socialt udsatte med flere sociale problemer. Socialt udsatte voksne omfatter personer, der har modtaget en indsats som følge af alkoholafhængighed eller stofmisbrug, eller har overnattet på forsorgshjem eller herberg. Socialt udsatte voksne med flere sociale problemer omfatter gruppen af socialt udsatte voksne, som derudover enten har modtaget flere forskellige indsatser, har en specifik psykiatrisk diagnose eller er dømt for kriminalitet.

Modtager flere sociale indsatser

Socialt udsatte voksne, som har modtaget mere end én social indsats i 2014. Det vil sige personer, som modtager mere end én af indsatserne stofmisbrugsbehandling, alkoholbehandling eller ophold på forsorgshjem eller herberg.

Har en diagnose

Socialt udsatte voksne, som derudover har en psykiatrisk diagnose eller en diagnose forårsaget af alkoholafhængighed eller stofmisbrug. Der er medtaget diagnoser stillet i forbindelse med kontakt til sundhedsvæsenet eller psykiatrien i perioden 2012-2014. Diagnoseerne følger definitionerne i SFI (2015b). Der er set bort fra diagnoser knyttet til henholdsvis stofmisbrug eller alkoholafhængighed som indikationer på flere sociale problemer i de tilfælde, hvor den udsatte modtager en indsats for henholdsvis stofmisbrugs- eller alkoholbehandling.

Dømt for kriminalitet

Socialt udsatte voksne, som derudover har modtaget en betinget eller ubetinget dom eller har modtaget en foranstaltningsdom i perioden 2012-2014.

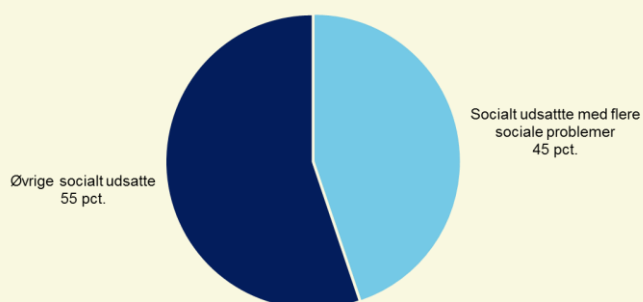
Opgørelsen bygger på opgørelsen af komplekse problemer fra Socialpolitisk Redegørelse 2016. Opgørelsesmetoden adskiller sig ved kun at indeholde oplysninger om personer, der har modtaget stofmisbrugs- eller alkoholbehandling og personer der har overnattet på forsorgshjem og herberger. Frem for komplekse problemer er der i denne redegørelse i stedet set på socialt udsatte voksne med flere sociale problemer.

Resultaterne fra "Socialpolitisk Redegørelse 2016", Social- og Indenrigsministeriet (2016), viser, at socialt udsatte med flere sociale problemer klarer sig dårligere på en lang række punkter sammenlignet med øvrige socialt udsatte. Når fordelingen af den sociale indsats skal fordeles geografisk, er det derfor også interessant at se nærmere på, om der er forskelle i kravene til indsatserne på tværs af landets kommuner.

Næsten halvdelen af alle socialt udsatte har flere sociale problemer i den forstand, at de modtager flere forskellige sociale indsatser, eller at de har været dømt for kriminalitet eller er blevet stillet en psykisk, stof- eller alkoholrelateret diagnose, jf. figur 6.13.

Figur 6.13

Socialt udsatte voksne med flere sociale problemer, 2014

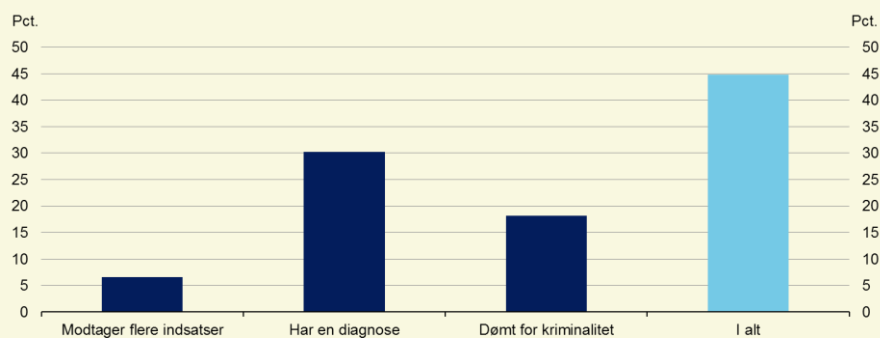


Anm.: Personer på 18 år eller derover ultimo 2014. Udsatte omfatter personer, der har modtaget behandling for alkoholafhængighed, stofmisbrug samt brugere af forsorgshjem eller herberger. Se boks 6.5 for opgørelse af ”Flere sociale problemer”.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Når en stor del har flere sociale problemer, skyldes det i høj grad, at mange socialt udsatte også har en psykiatrisk diagnose eller en diagnose forårsaget af alkoholafhængighed eller stofmisbrug.

Omkring 30 pct. af alle personer, som har modtaget stofmisbrugs- eller alkoholbehandling eller har overnattet på forsorgshjem eller herberger, har en psykiatrisk diagnose. Næsten 20 pct. er dømt for kriminalitet, og lidt over 7 pct. har modtaget flere indsatser, jf. figur 6.14.

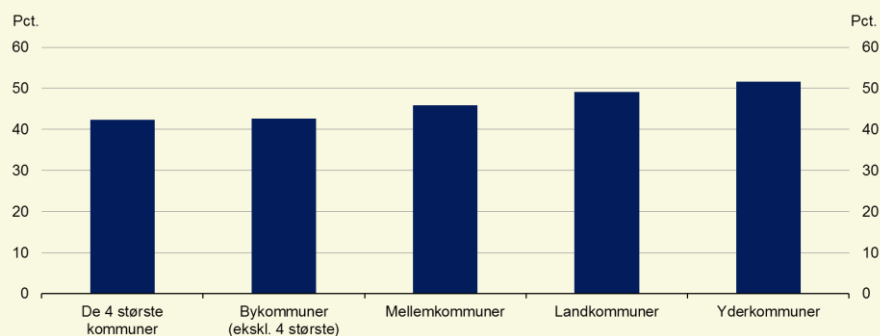
Figur 6.14**Socialt udsatte voksne med flere sociale problemer, 2014**

Anm.: Se anmærkningen til figur 6.12.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Der er udsatte med indikationer på flere sociale problemer i alle typer af kommuner. Men sammenlignes gruppen af socialt udsatte voksne på forskellige kommunetyper, kan man se, at der er lidt flere socialt udsatte med indikationer på flere sociale problemer i landets yderkommuner og landkommuner.

I yderkommunerne og landkommunerne er det omkring 50 pct., der har flere sociale problemer. I mellemkommunerne er det lidt over 45 pct., mens det i de fire største kommuner og de øvrige bykommuner er i størrelsesordenen 40-45 pct., der har flere sociale problemer, jf. figur 6.15.

Figur 6.15**Socialt udsatte voksne med flere sociale problemer, opdelt efter kommunetype, 2014**

Anm.: Se anmærkningen til figur 6.13 og boks 6.2 for opgørelse af kommunetyper.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Når der er flere socialt udsatte med indikationer på flere sociale problemer i yderkommunerne og landkommunerne, skyldes det, at en større andel socialt udsatte i disse kommuner har en diagnose eller er dømt for kriminalitet, jf. tabel 6.3.

Tabel 6.3**Socialt udsatte voksne med flere sociale problemer opdelt på kommunetyper og undergrupper, 2014**

	Modtager flere sociale indsatser	Har en diagnose	Dømt for kriminalitet	I alt
	----- Pct. -----			
De 4 største kommuner	5,8	28,5	17,0	42,4
Bykommuner	4,3	30,7	16,2	42,7
Mellemkommuner	3,3	32,6	19,5	45,9
Landkommuner	5,3	33,7	21,9	49,1
Yderkommuner	3,1	36,5	22,8	51,6
Hele landet	6,6	30,2	18,2	44,8

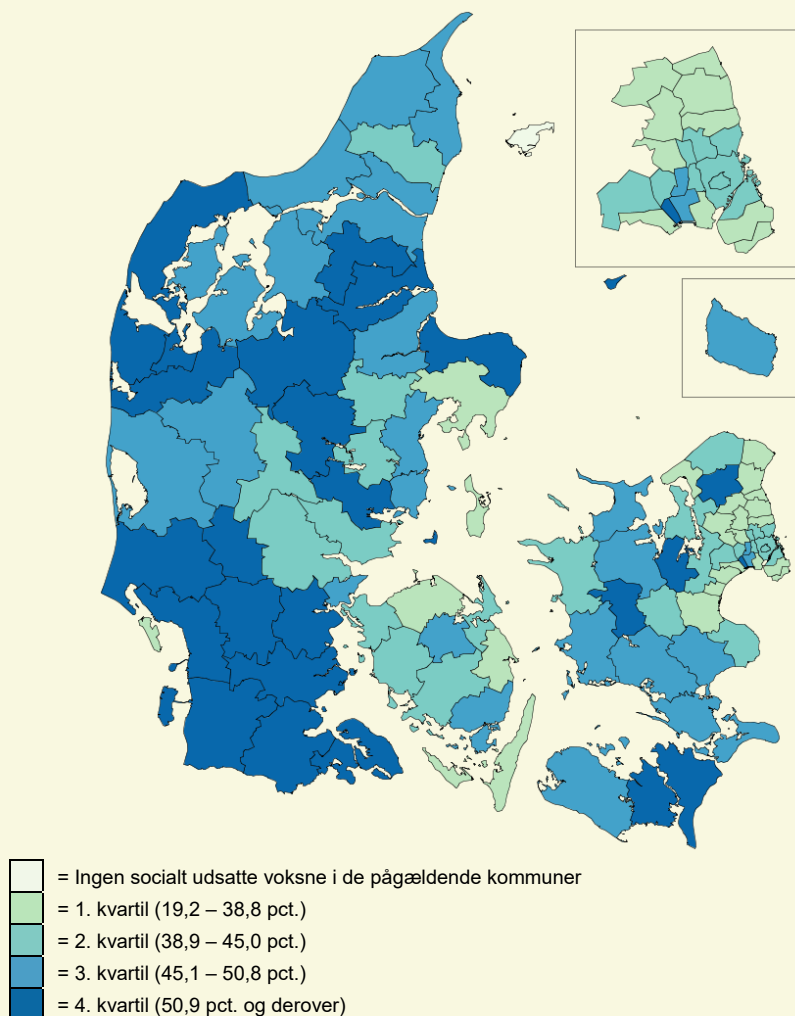
Anm.: Se anmærkningen til figur 6.15.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Ser man på den geografiske fordeling af socialt udsatte med flere sociale problemer, er der flest udsatte med indikationer på flere sociale problemer i de vestlige dele af Jylland og Sjælland, jf. figur 6.16.

Figur 6.16

Andel af socialt udsatte voksne med flere sociale problemer, 2014

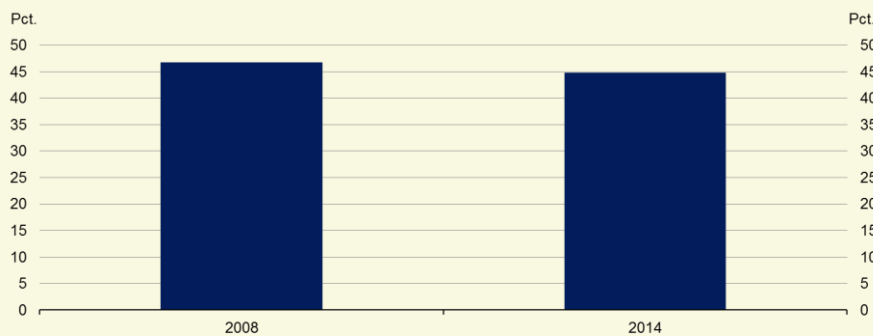


Anm.: Se anmærkningen til figur 6.15. Intervallerne er opgjort med henblik på at opdele antallet af kommuner i fire lige store grupper (kvartiler).

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Andelen af socialt udsatte voksne med indikationer på flere sociale problemer er næsten uændret, når man sammenligner socialt udsatte i 2008 med socialt udsatte i 2014.

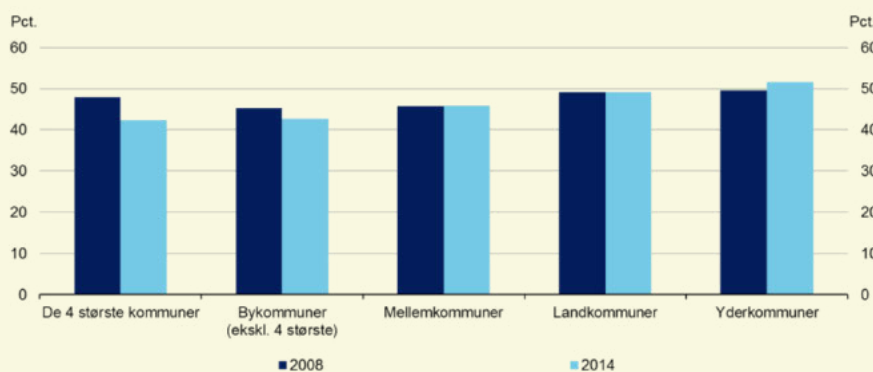
I både 2008 og 2014 har omkring 45 pct. af alle socialt udsatte voksne indikationer på flere sociale problemer, diagnoser og kriminalitet, jf. figur 6.17.

Figur 6.17**Udvikling i flere sociale problemer blandt socialt udsatte voksne**

Anm.: Se anmærkningen til figur 6.15.

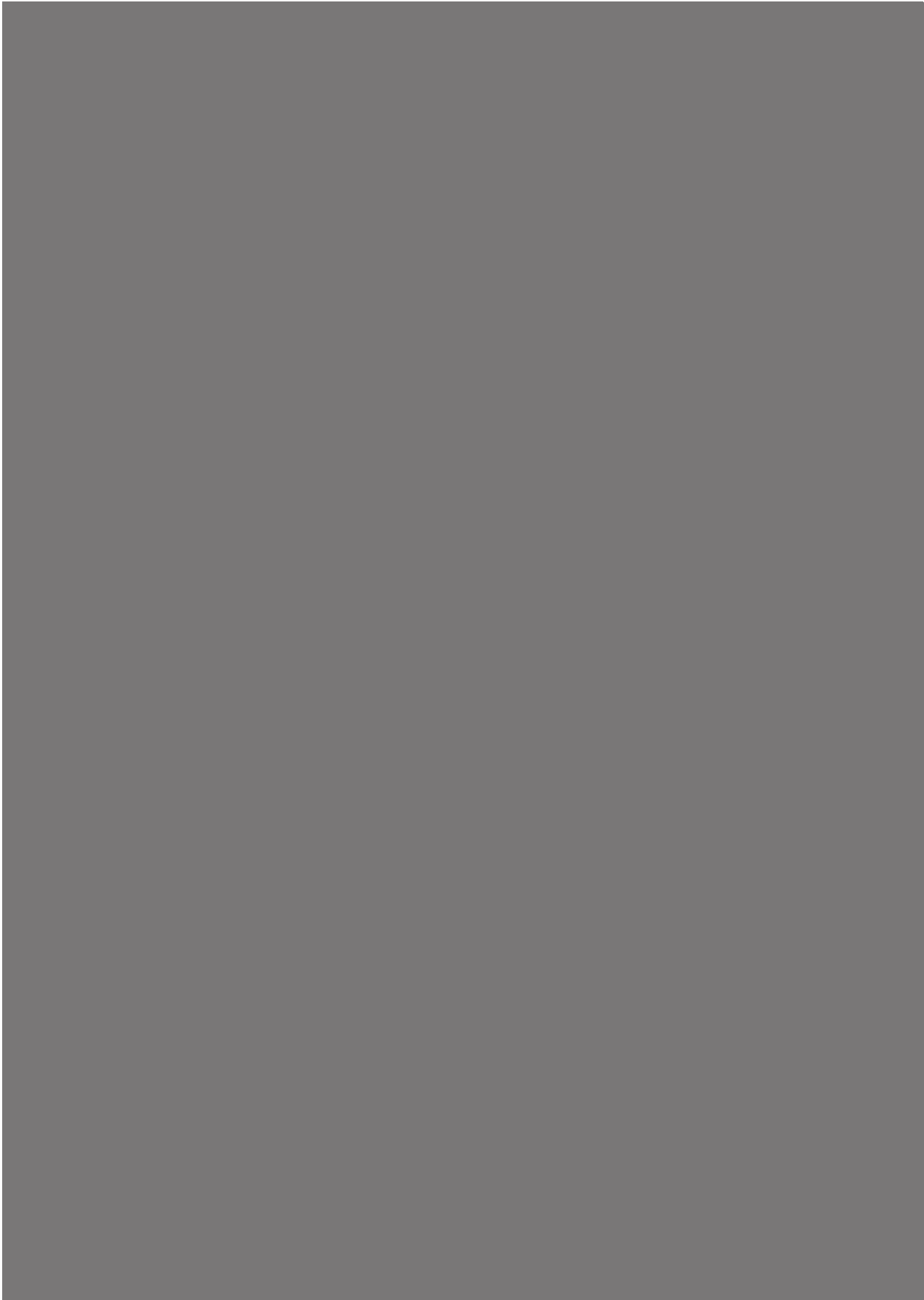
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Dette billede gør sig gældende på tværs af alle kommunetyperne, hvor der er meget lidt variation i andelen af socialt udsatte voksne med flere problemer fra 2008 til 2014, jf. figur 6.18.

Figur 6.18**Udvikling i flere sociale problemer blandt socialt udsatte voksne, opdelt efter kommunetype**

Anm.: Se anmærkningen til figur 6.15.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.



7. Kriminalitet blandt udsatte børn og unge

Analyserne i dette kapitel sætter fokus på kriminalitet blandt udsatte børn og unge. Når unge begår kriminalitet, er det ikke alene til skade for samfundet og de skadelidte. En kriminel løbebane kan udgøre en barriere for et selvstændigt liv med uddannelse og arbejde. Derfor er det ét af regeringens 10 mål for social mobilitet, at færre udsatte unge skal begå kriminalitet.

Hvis et barn eller en ung person begår gentagen eller alvorlig kriminalitet, kan kommunen iværksætte en social foranstaltning. Det kan fx være 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.

Kriminalitet er i dette kapitel afgrænset til sigtelser for overtrædelser af straffeloven. Personer under 15 år kan ikke sigtes eller dømmes for overtrædelser af straffeloven, jf. den kriminelle lavalder. Hvis politiet imidlertid har dem mistænkt for at have begået en lovovertrædelse, bliver det registreret og indgår i Danmarks Statistiks sigtelsesregistre som en "mistanke". I denne analyse betegnes sigtelser af personer fra det fyldte 15. år og mistanker mod personer under 15 år under ét som "sigtelser".

Personer, der er sigtet eller mistænkt for en lovovertrædelse, er ikke nødvendigvis skyldige. Når det alligevel er fundet mere relevant at anvende sigtelser frem for domme, så skyldes det blandt andet, at udsatte børn og unge i mange tilfælde begår kriminalitet, før de fylder 15 år. Hvis man alene ser på fældende strafferetlige afgørelser, får man således ikke det fulde billede af, hvor mange udsatte børn og unge, der begår kriminalitet.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Udsatte børn og unge begår langt hyppigere kriminalitet end andre børn og unge. Blandt de ca. 18.500 udsatte børn og unge, der er omfattet af denne analyse, har godt 5.200 været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fyldte 18 år. Det svarer til 28 pct. Til sammenligning er det under 5 pct. blandt øvrige børn og unge.
- Mange udsatte børn og unge begår kriminalitet, allerede før de fylder 15 år. Hvor det er lidt over 11 pct. blandt udsatte børn og unge, der har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven som mindreårige, er det under 2 pct. blandt øvrige børn og unge.

- Udsatte børn og unge, der bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven som mindreårige, bliver i mange tilfælde sigtet for nye overtrædelser, efter de er fyldt 15 år. Blandt udsatte børn og unge, der har været sigtet som mindreårige, er det ca. 60 pct., der også er sigtet for en overtrædelse af straffeloven i 15-17-årsalderen. Det indikerer, at det kan være afgørende med en målrettet og effektiv forebyggelsesindsats første gang, børn og unge begår kriminalitet.
- Næsten hvert femte udsatte barn eller ung har modtaget en fældende strafferetlig dom for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 18 år. Heraf har mere end 30 pct. også været sigtet for en overtrædelse af straffeloven som mindreårig.
- Blandt udsatte børn og unge, der begår kriminalitet, har ca. 45 pct. ikke været omfattet af en social foranstaltning, når de bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven første gang. Mange af dem bliver allerede sigtet, før de fylder 14 år. Resultaterne indikerer, at det kan være afgørende med en tidlig og generel, kriminalitetsforebyggende indsats, hvis andelen af udsatte børn og unge, der begår kriminalitet, skal nedbringes.
- Når kommunen iværksætter en social foranstaltning efter, at barnet eller den unge har begået kriminalitet, hænger foranstaltningen ikke nødvendigvis sammen med den begåede kriminalitet. I mere end 30 pct. af tilfældene går der mindst to år, før der iværksættes en foranstaltning. Det skal formentligt også ses i lyset af, at den første sigtelse i mange tilfælde er mindre alvorlig. Omkring halvdelen af sigtelserne vedrører tyveri.
- Hvis barnet eller den unge imidlertid begår mere alvorlig kriminalitet første gang, som fx vold eller røveri, er der større sandsynlighed for, at kommunen iværksætter en foranstaltning relativt hurtigt. I de tilfælde, hvor kommunen har iværksat en foranstaltning, før der er gået et halvt år, har personen været sigtet for vold eller røveri i 26 pct. af tilfældene. Til sammenligning gælder det 12 pct. af tilfældene, hvor der er gået mere end to år.
- Børn og unge anbragt på døgninstitutioner og opholdssteder er tydeligt overrepræsenteret blandt børn og unge, der er omfattet af en social foranstaltning, når de begår kriminalitet første gang. Det skal dog ses i lyset af, at de oftest har flere udfordringer og mere komplekse problemer end eksempelvis børn og unge anbragt i en plejefamilie.

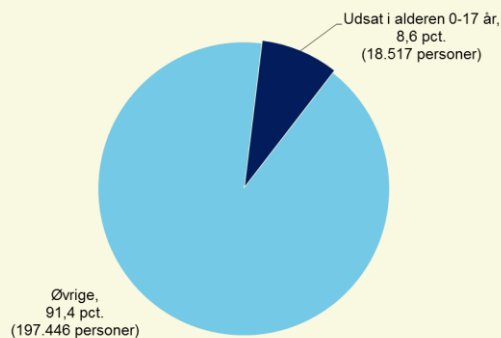
7.1 Udsatte børn og unge og kriminalitet

Analyserne i dette kapitel sætter fokus på kriminalitet blandt udsatte børn og unge. Når unge begår kriminalitet, er det ikke alene til skade for samfundet og de skadelidte. En kriminel løbebane kan udgøre en barriere for et selvstændigt liv med uddannelse og arbejde. Derfor er det ét af regeringens 10 mål for social mobilitet, at færre udsatte unge skal begå kriminalitet.

Udsatte børn og unge er i dette kapitel afgrænset til 17-19-årige i 2015, der har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning på et tidspunkt i 0-17-årsalderen. Gruppen udgør ca. 18.500 personer svarende til knap 9 pct. af alle 17-19-årige i 2015, jf. figur 7.1.

Figur 7.1

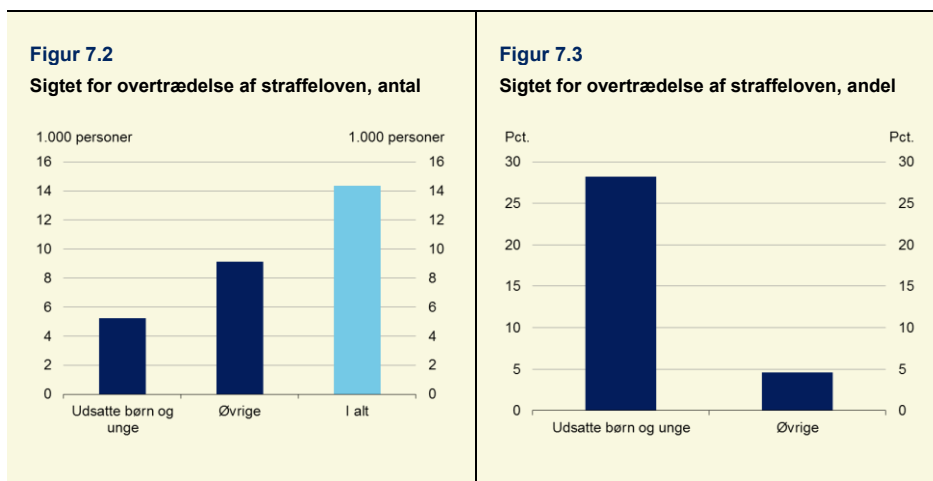
Andel udsatte børn og unge blandt 17-19-årige i 2015



Anm.: Udsatte børn og unge blandt 17-19-årige i 2015. Udsatte børn og unge omfatter personer, der har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning i alderen 0-17 år. Familierettede forebyggende foranstaltninger indgår ikke. Se i øvrigt bilag 3.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt alle 17-19-årige i 2015, har lidt flere end 14.000 personer været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 18 år. Heraf udgør udsatte børn og unge ca. 5.200 personer, jf. figur 7.2.



Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de er fyldt 18 år. Udsatte børn og unge omfatter personer, der har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning i alderen 0-17 år.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

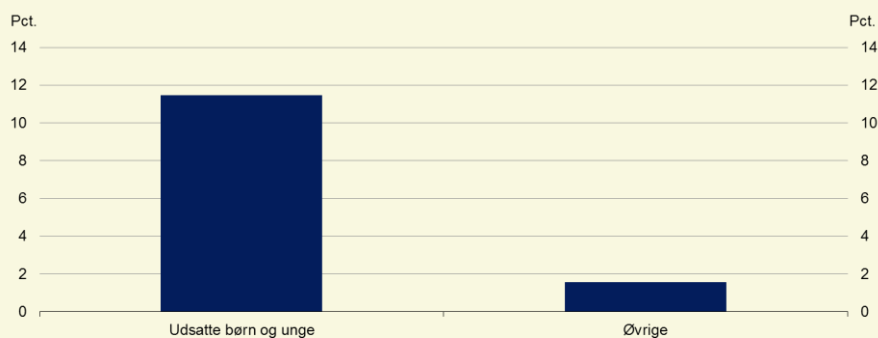
Udsatte børn og unge begår således langt hyppigere kriminalitet end andre børn og unge. Hvor det er 28 pct. blandt udsatte børn og unge, der er sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 18 år, gælder det lidt under 5 pct. blandt øvrige børn og unge, jf. figur 7.3.

Personer, der er sigtet for en lovovertrædelse, er ikke nødvendigvis skyldige. Når det alligevel er fundet mere relevant at anvende sigtelser frem for domme, så skyldes det blandt andet, at udsatte børn og unge i mange tilfælde begår kriminalitet, før de fylder 15 år, som er den kriminelle lavalder. Hvis man alene ser på fældende strafferetlige afgørelser, får man således ikke det fulde billede af, hvor mange udsatte børn og unge, der begår kriminalitet.

Blandt udsatte børn og unge er det lidt over 11 pct., der har været sigtet som mindreårig. Til sammenligning er det lidt under 2 pct. blandt øvrige børn og unge, jf. figur 7.4.

Figur 7.4

Andel sigtet for overtrædelse af straffeloven som mindreårig



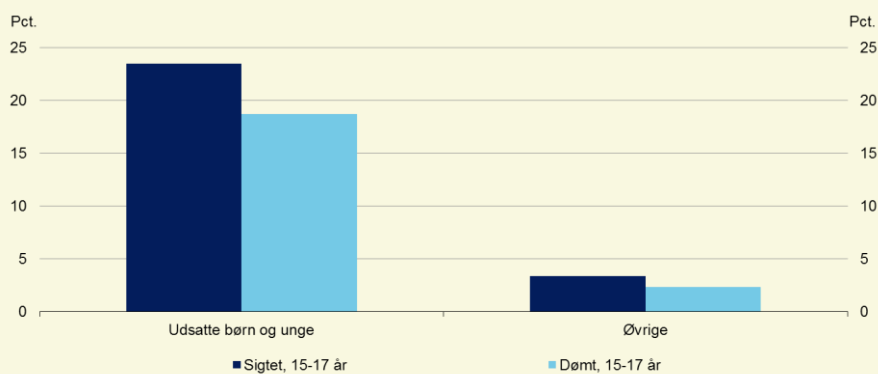
Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været sigtet/mistænkt for en overtrædelse af straffeloven, før de er fyldt 15 år. For perioden 1. juli 2010 – 1. marts 2012, hvor den kriminelle lavalder blev sænket til 14 år, omfatter ”sigtet som mindreårig” ikke 14-årige. Se i øvrigt anmærkning til tabel a i boks 7.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

For personer over den kriminelle lavalder er det imidlertid muligt at opgøre, hvor stor en andel der bliver dømt for overtrædelser af straffeloven. Blandt udsatte børn og unge, er det lidt over 23 pct., der er blevet sigtet for en overtrædelse af straffeloven i alderen 15-17-år, mens det er knap 19 pct., der er kendt skyldige og dømt, før de er fyldt 18 år, jf. figur 7.5.

Figur 7.5

Andel sigtet og dømt for overtrædelse af straffeloven



Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været sigtet og dømt for en overtrædelse af straffeloven. For perioden 1. juli 2010 – 1. marts 2012, hvor den kriminelle lavalder blev sænket til 14 år, indgår sigtelser og domme blandt 14-årige i opgørelsen. Fældende strafferetlige afgørelser, der træffes efter, at den unge er fyldt 18 år, indgår ikke. Se i øvrigt anmærkning til tabel a i boks 7.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt øvrige børn og unge er det markant færre, 3 pct., som er blevet sigtet for en overtrædelse af straffeloven i alderen 15-17-år, mens det er 2 pct., der er kendt skyldige og dømt, før de er fyldt 18 år.

Der kan være tilfælde, hvor der endnu ikke er truffet en strafferetlig afgørelse i sagen, når den sigtede fylder 18 år. Der kan derfor være en lille andel, som er blevet sigtet som 17-årig, og som først bliver dømt, efter de er fyldt 18 år. Domme blandt 18-årige indgår ikke i figur 7.5.

Se boks 7.1 for nærmere afgrænsning af sigtelser og domme blandt udsatte børn og unge.

Boks 7.1**Kriminalitet blandt udsatte børn og unge**

Udsatte børn og unge omfatter i denne analyse alle 17-19-årige i 2015, der på et tidspunkt i alderen 0-17 år har modtaget en social foranstaltning enten i form af en anbringelse uden for hjemmet eller en personrettet forebyggende foranstaltning. Familierettede forebyggende foranstaltninger indgår ikke, da der ikke foreligger data tilbage i tid. Den samlede analysepopulation af udsatte børn og unge udgør 18.517 personer, jf. tabel a.

Kriminalitet omfatter i denne analyse mistanker, sigtelser og domme for overtrædelser af straffeloven. Børn og unge under 15 år, som er den kriminelle lavalder, kan ikke sigtes og dømmes, men optræder stadig i Danmarks Statistiks sigtelsesregistre som mistænkte. Denne analyse omfatter derfor mistanker mod personer under 15 år samt sigtelser og domme af personer fra det fyldte 15. år. Mistanker og sigtelser betegnes i denne analyse under ét som "sigtelser". Overtrædelser af færdselsloven og øvrige særlove indgår ikke. Personer, der er sigtet eller mistænkt for en lovovertrædelse, er ikke nødvendigvis skyldige. Når det alligevel er fundet mere relevant at anvende sigtelser frem for domme, så skyldes det blandt andet, at udsatte børn og unge i mange tilfælde begår kriminalitet, før de fylder 15 år. Hvis man alene ser på fældende strafretlige afgørelser, får man således ikke det fulde billede af, hvor mange udsatte børn og unge, der begår kriminalitet. Omvendt er der personer over den kriminelle lavalder, som er sigtet for en lovovertrædelse, som ikke bliver dømt. Det betyder, at man overestimerer andelen af børn og unge, der begår kriminalitet, hvis man alene ser på sigtelser.

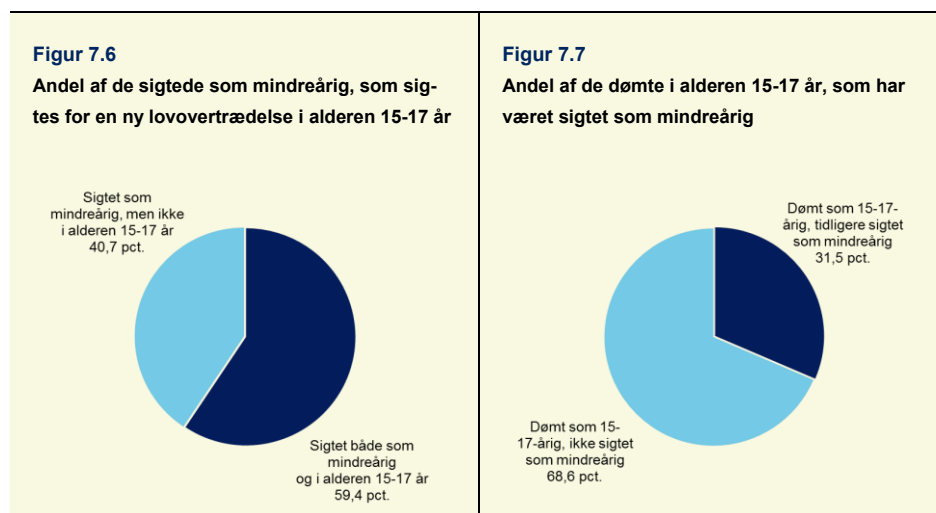
Tabel a**Kriminalitet blandt 17-19-årige, 2015**

	Anbragte	Personrettet foranstaltning	Udsatte børn og unge i alt	Øvrige
----- Antal -----				
Personer	5.088	13.429	18.517	197.446
----- Pct. -----				
Sigtet, < 15 år	13,0	10,9	11,5	1,6
Sigtet, 15-17 år	27,1	22,1	23,5	3,4
Dømt, 15-17 år	21,5	17,6	18,7	2,4
Sigtet i alt	32,1	26,7	28,2	4,6

Anm.: 17-19-årige i 2015. Sigtelser og domme omfatter overtrædelser af straffeloven. For perioden 1. juli 2010 – 1. marts 2012, hvor den kriminelle lavalder blev sænket til 14 år, indgår 14-årige ikke i gruppen "Sigtet, < 15 år". I denne periode indgår 14-årige i "Sigtet, 15-17 år" samt "Dømt, 15-17 år". "Udsatte børn og unge i alt" omfatter personer, der har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning i alderen 0-17 år. Da børn og unge kan have modtaget flere forskellige foranstaltninger i alderen 0-17 år, er "Anbragte" og "Personrettet foranstaltning" opgjort ud fra den første iværksatte foranstaltning.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Når udsatte børn og unge bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven som mindreårig, bliver de i mange tilfælde sigtet for en ny overtrædelse, efter de er fyldt 15 år. Blandt udsatte børn og unge, der har været sigtet som mindreårig, er det ca. 60 pct., der også er sigtet for en lovovertrædelse i 15-17 årsalderen, jf. figur 7.6.



Anm.: 17-19-årige i 2015, der både har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven samt modtaget en social foranstaltning i alderen 0-17 år. "Sigtet som mindreårig" omfatter personer under 15 år, som er mistænkt for en overtrædelse af straffeloven. For perioden 1. juli 2010 – 1. marts 2012, hvor den kriminelle lavalder blev sænket til 14 år, omfatter "Sigtet som mindreårig" personer under 14 år. I denne periode indgår 14-årige i gruppen "Sigtet som 15-17-årig". Se i øvrigt anmærkning til tabel a i boks 7.1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Udsatte børn og unge, der bliver dømt for en overtrædelse af straffeloven i alderen 15-17 år, har også i mange tilfælde været sigtet som mindreårig. Blandt udsatte børn og unge, der bliver dømt for en overtrædelse af straffeloven i 15-17-årsalderen, har knap en tredjedel, 31 pct., også været sigtet som mindreårig, jf. figur 7.7.

På trods af, at der kan være tale om mindre alvorlige overtrædelser af straffeloven, som fx tyveri, er der grund til at tage lovovertrædelser blandt mindreårige alvorligt, da en stor del af gruppen begår kriminalitet igen.

Den resterende del af kapitlet vil fokusere på, hvorvidt udsatte børn og unge har modtaget en social foranstaltning, når de begår kriminalitet første gang. Nogle børn og unge har modtaget en social foranstaltning længe før, de begår kriminalitet. Der kan fx være tale om personer, som er blevet anbragt uden for hjemmet i en tidlig alder, og som begår kriminalitet flere år senere. I andre tilfælde iværksætter kommunen først en social foranstaltning efter, at den unge har begået kriminalitet. Her kan kriminalitet være en medvirkende årsag til, at kommunen iværksætter den sociale foranstaltning.

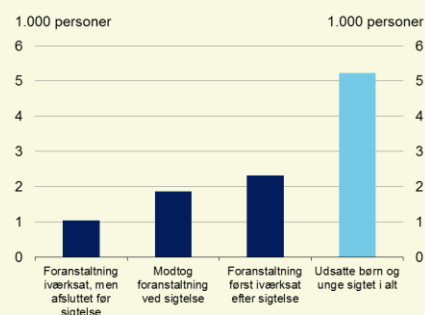
7.2 Udsatte børn og unge, der begår kriminalitet, før en social foranstaltning er iværksat

Hvis udsatte børn og unge primært begår kriminalitet, efter der er iværksat en social foranstaltning, fordrer det et øget fokus på, hvordan den iværksatte indsats kan blive bedre til at holde udsatte børn og unge ude af kriminalitet. Hvis udsatte børn og unge derimod oftest begår kriminalitet, før der er iværksat en social foranstaltning, fordrer det et større fokus på en tidlig opsporing af kriminalitetstruede børn og unge samt en generel kriminalitetsforebyggende indsats.

Blandt de godt 5.200 udsatte børn og unge, der har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 18 år, er det lidt under 2.000 svarende til ca. 35 pct., der er omfattet af en aktuel foranstaltning, når de bliver sigtet første gang, jf. figur 7.8 og 7.9.

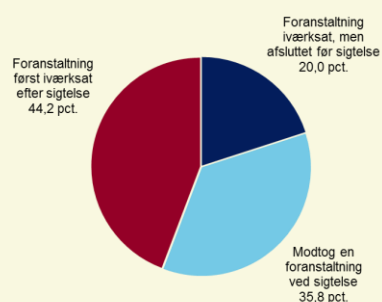
Figur 7.8

Udsatte børn og unge sigtet for overtrædelse af straffeloven efter tidspunkt for iværksættelse af første foranstaltning, antal



Figur 7.9

Udsatte børn og unge sigtet for overtrædelse af straffeloven efter tidspunkt for iværksættelse af første foranstaltning, andele



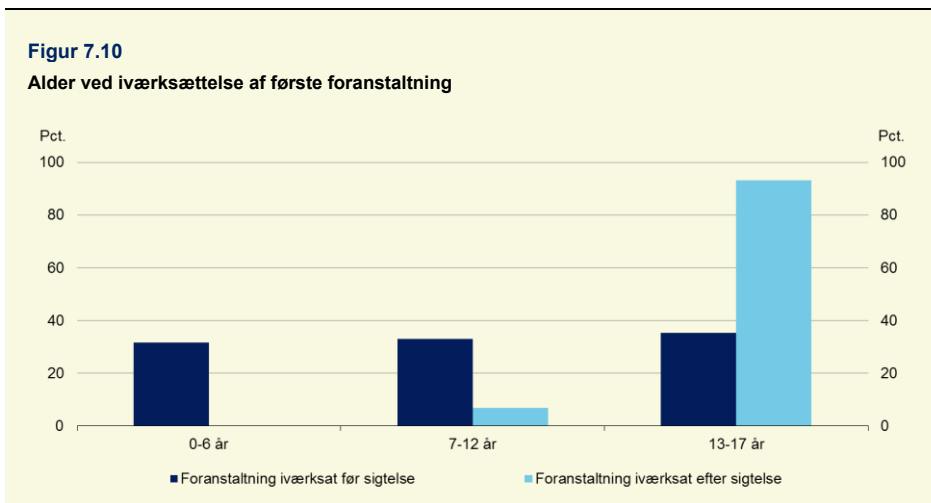
Anm.: 17-19-årige i 2015, der både har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven og modtaget en social foranstaltning i alderen 0-17 år. En social foranstaltning omfatter anbringelser uden for hjemmet og personrettede forebyggende foranstaltning. Opgørelsen er baseret på gerningsdatoen og datoen for iværksættelsen af første sociale foranstaltning.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I samme gruppe af børn og unge er det lidt under halvdelen, 44 pct., der ikke har modtaget en social foranstaltning, før de bliver sigtet første gang. Endelig har 20 pct. været omfattet af en eller flere sociale foranstaltninger, før de bliver sigtet, men er det ikke længere.

Opgørelsen omfatter ikke familierettede forebyggende foranstaltninger, da der ikke foreligger data tilbage i tid. Det betyder, at kommunen kan have iværksat en social foranstaltning rettet mod familien, fx familierådgivning, før den unge bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven første gang.

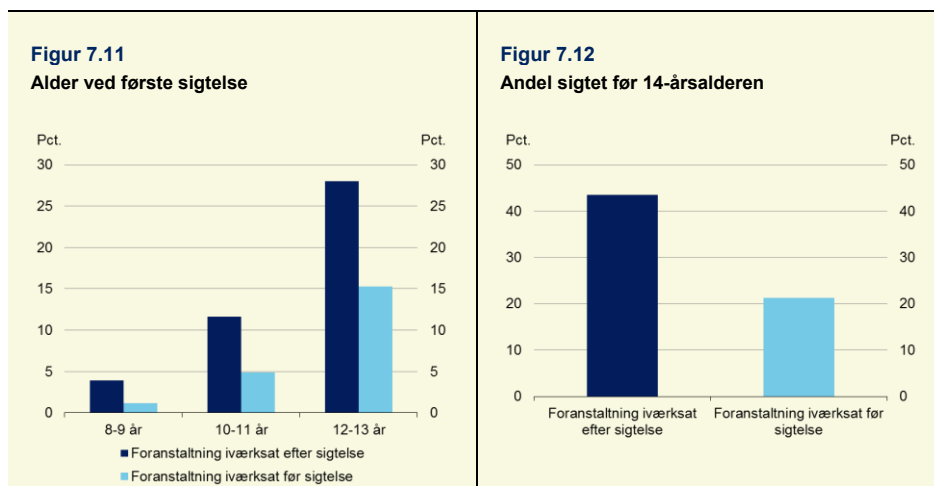
Børn og unge bliver sjældent sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 10 år. Når udsatte børn og unge bliver sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de har modtaget en social foranstaltning, er det naturligt, at den sociale foranstaltning iværksættes i en relativt sen alder. Mere end 90 pct. af gruppen har således modtaget første foranstaltning i 13-17-årsalderen, jf. figur 7.10.



Anm.: 17-19-årige i 2015, der både har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven og modtaget en social foranstaltning i alderen 0-17 år. Se i øvrigt anmærkning til figur 7.8.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Det kendetegner samtidig udsatte børn og unge, der er blevet sigtet, før de har modtaget en social foranstaltning, at de ofte bliver sigtet i en relativt tidlig alder. Lidt flere end 10 pct. bliver således sigtet første gang i 10-11-årsalderen, jf. figur 7.11. Sammenlagt er det knap 45 pct., der er blevet sigtet for en overtrædelse af straffeloven, før de fylder 14 år, jf. figur 7.12.



Anm.: 17-19-årige i 2015, der både har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven og modtaget en social foranstaltning i alderen 0-17 år. Se i øvrigt anmærkning til figur 7.8.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

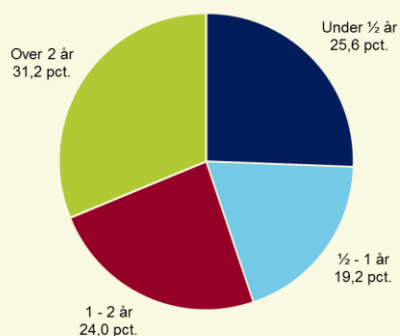
Når forholdsmæssigt mange udsatte børn og unge begår kriminalitet, før en social foranstaltning er iværksat, og i mange tilfælde allerede før 14-årsalderen, så indikerer det, at det kan være afgørende med en tidlig og generel, kriminalitetsforebyggende indsats, hvis andelen af udsatte børn og unge, der begår kriminalitet, skal nedbringes.

Når børn og unge, der ikke tidligere har modtaget en social foranstaltning, begår kriminalitet, vil kommunen ikke nødvendigvis iværksætte en social foranstaltning med det samme. Hvis der er tale om mindre alvorlig kriminalitet, som fx tyveri, og der ellers ikke er tegn på mistrivsel hos barnet eller alvorlige sociale problemer i hjemmet, vil kommunen sjældent iværksætte en social foranstaltning.

Blandt udsatte børn og unge, der ikke har modtaget en social foranstaltning, når de begår kriminalitet, er det omkring i hvert fjerde tilfælde, 26 pct., at kommunen iværksætter en social foranstaltning, før der er gået et halvt år. I mere end 30 pct. af tilfældene, går der mere end to år fra den første sigtelse, til kommunen iværksætter en social foranstaltning, jf. figur 7.13.

Figur 7.13

Periode fra første sigtelse til iværksættelse af første foranstaltning



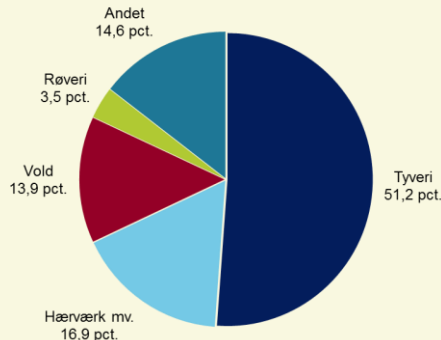
Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, og senere har modtaget en social foranstaltning i alderen 0-17 år. Se i øvrigt anmærkning til figur 7.8. Opgørelsen er baseret på 2.310 personer.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I de tilfælde, hvor der går lang tid, fra den unge bliver sigtet første gang, til kommunen iværksætter en social foranstaltning, er der ikke nødvendigvis en sammenhæng mellem den begåede kriminalitet og den iværksatte foranstaltning. Når der kan gå op til to år, før der bliver iværksat en foranstaltning, skal det blandt andet ses i lyset af, at der i mange tilfælde er tale om mindre alvorlig kriminalitet. Blandt udsatte børn og unge, der ikke har modtaget en social foranstaltning, når de bliver sigtet første gang, vedrører sigtelsen tyveri i godt halvdelen af tilfældene, jf. figur 7.14.

Figur 7.14

Første sigtelse for overtrædelse af straffeloven



Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, og senere har modtaget en social foranstaltning i alderen 0-17 år. Se i øvrigt anmærkning til figur 7.8 og tabel 7.1. Opgørelsen er baseret på 2.307 personer.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Hvis barnet eller den unge imidlertid begår mere alvorlig kriminalitet første gang, som fx vold eller røveri, er der større sandsynlighed for, at kommunen iværksætter en foranstaltning relativt hurtigt. I de tilfælde, hvor kommunen har iværksat en foranstaltning, før der er gået et halvt år, har personen været sigtet for vold eller røveri i 26 pct. af tilfældene. Til sammenligning gælder det 12 pct. af tilfældene, hvor der er gået mere end to år, før kommunen har iværksat en foranstaltning, jf. tabel 7.1.

Tabel 7.1

Tidspunkt for iværksættelse af første foranstaltning efter type af lovovertrædelse

	Under ½ år	½ - under 1 år	1 - 2 år	Over 2 år
	----- Antal -----			
Personer i alt	588	444	554	721
	----- Pct. -----			
Tyveri eller hærværk mv.	55,6	65,3	70,8	77,7
Vold eller røveri	25,7	17,1	16,4	11,7
Andet	18,7	17,6	12,8	10,7

Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, og som efterfølgende har modtaget en social foranstaltning. "Tyveri" omfatter både butikstyveri og brugstyveri. "Hærværk mv." omfatter også brandstiftelse. Se i øvrigt bilag 3.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Hvis et barn eller en ung begår gentagende eller alvorlig kriminalitet, kan kommunen iværksætte en forebyggende foranstaltning. Det kan fx være 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. For børn og unge i alderen 15-17 år, kan domstolene ligeledes iværksætte en anbringelse uden for hjemmet som led i en strafferetlig afgørelse. Det kan fx være en anbringelse på en sikret døgninstitution som et alternativ til varetægtsfængsling i et arresthus eller afsoning i et fængsel.

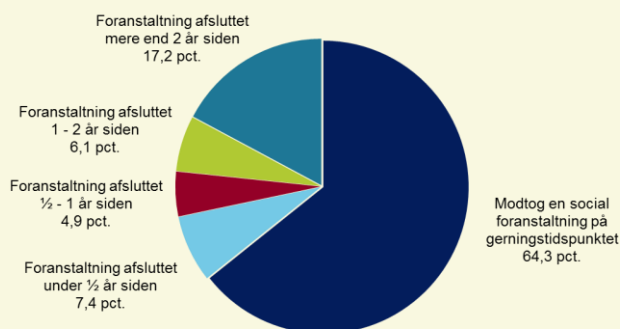
7.3 Udsatte børn og unge, der begår kriminalitet, efter en social foranstaltning er iværksat

Nogle børn og unge har som beskrevet allerede modtaget en social foranstaltning, når de begår kriminalitet første gang. Der kan være tale om unge, som har modtaget en social foranstaltning i barndommen, fx en kortvarig anbringelse uden for hjemmet, men som begår kriminalitet flere år senere.

Blandt de børn og unge, som havde modtaget en social foranstaltning, da de begik kriminalitet første gang, var ca. 65 pct. stadig omfattet af en social foranstaltning på gerningstidspunktet. I 17 pct. af tilfældene var den sociale foranstaltning afsluttet mindst to år tidligere, jf. figur 7.15.

Figur 7.15

Andel, der modtog en foranstaltning før og på gerningstidspunktet

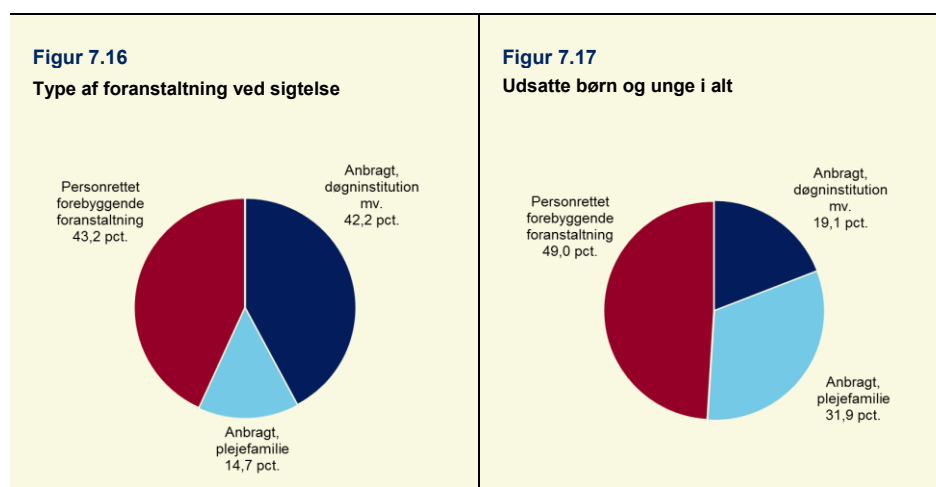


Anm.: 17-19-årige i 2015, der har modtaget en social foranstaltning, og efterfølgende er blevet sigtet for en overtrædelse af straffeloven i alderen 0-17 år. "Social foranstaltning" omfatter anbringelser uden for hjemmet og personrettede forebyggende foranstaltninger. Familierettede forebyggende foranstaltning indgår ikke. Figuren er baseret på 2.903 personer.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Opgørelsen omfatter ikke familierettede forebyggende foranstaltninger, da der ikke foreligger data tilbage i tid. Det betyder, at kommunen kan have erstattet den tidligere sociale foranstaltning med indsatser målrettet forældrene, fx familierådgivning.

Blandt de børn og unge, der var omfattet af en social foranstaltning, da de begik kriminalitet første gang, var 42 pct. anbragt på en døgninstitution eller et opholdssted. Omkring 15 pct. var anbragt i en plejefamilie, mens de resterende 43 pct. modtog en personrettet forebyggende foranstaltning, jf. figur 7.16.



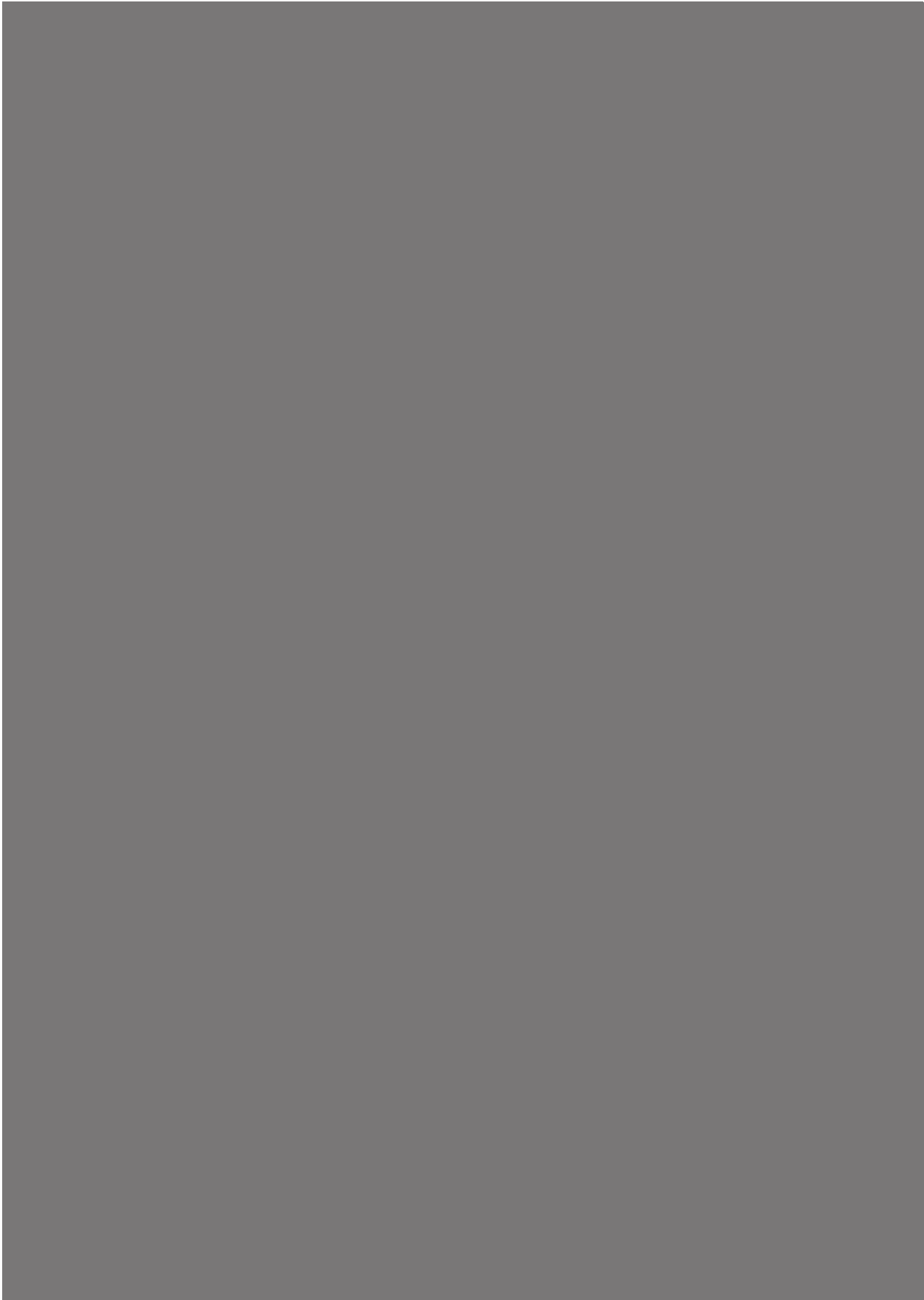
Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, og som modtog en social foranstaltning i alderen 0-17 år. "Udsatte børn og unge i alt" omfatter personer i alderen 0-17 år, der var anbragt uden for hjemmet eller modtog en personrettet forebyggende foranstaltning ultimo 2015. Anbragte børn og unge kan også have modtaget en forebyggende foranstaltning under anbringelsen. Familierettede forebyggende foranstaltninger indgår ikke.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Ser man på den samlede andel af udsatte børn og unge, der er anbragt på en døgninstitution eller et opholdssted, så udgør de 19 pct., mens anbragte i plejefamilier udgør knap 32 pct., jf. figur 7.17.

Børn og unge anbragt på døgninstitutioner og opholdssteder er tydeligt overrepræsenteret blandt de børn og unge, der begår kriminalitet, mens de er omfattet af en social foranstaltning.

Når relativt flere børn og unge på døgninstitutioner og opholdssteder begår kriminalitet under anbringelsen, skal det blandt andet ses i lyset af, at de oftest har flere udfordringer end børn og unge i plejefamilier. Børn og unge, der anbringes på en døgninstitution, har i udgangspunktet mere komplekse problemer og brug for en specialiseret social indsats, som ofte ikke kan tilbydes i almindelige plejefamilier.



8. Status på fremdrift for datastrategien for børne- og socialområdet

Børne- og Socialministeriet arbejder strategisk med dataudvikling, og ministeriets datastrategi for 2016-2020 omfatter en ambitiøs plan for bedre data på børne- og socialområdet. Visionen for datastrategien er, at der for alle målgrupper på ministerieområdet indsamles dækkende og aktuelle data af høj kvalitet. Målbilleder og konkrete initiativer i den oprindelige strategi er udførligt beskrevet i Socialpolitisk Redegørelse 2016.

Dette kapitel gør status for gennemførte og kommende initiativer under strategien. Desuden gøres der status på fremdrift for datagrundlaget for de enkelte hovedmålgrupper på ministerområdet: Dagtilbud, udsatte børn og unge, udsatte voksne samt børn og voksne med handicap. Generelt følger udmøntningen af datastrategien planen, og der er allerede opnået en række væsentlige resultater i 2016 og første halvår af 2017, jf. afsnit 8.1.

Bedre data om dagtilbud og den sociale indsats skal sikre, at vidensgrundlaget på området bliver større. Det vil skabe værdi for alle aktører, da det styrker mulighederne for at identificere de typer af indsatser, der har de bedste effekter og er mest omkostningseffektive. Samtidig får kommunerne større indblik i andre kommuners praksis og bedre vilkår for erfaringsudveksling på tværs af kommunegrænserne. Bedre data rummer også værdifuld viden om målgrupper, samspillet mellem sociale ydelser samt organisering af arbejdet, hvilket også er med til at sikre kommunerne bedre ledelsesinformation. Herudover styrker bedre data borgerens muligheder for valg af indsats.

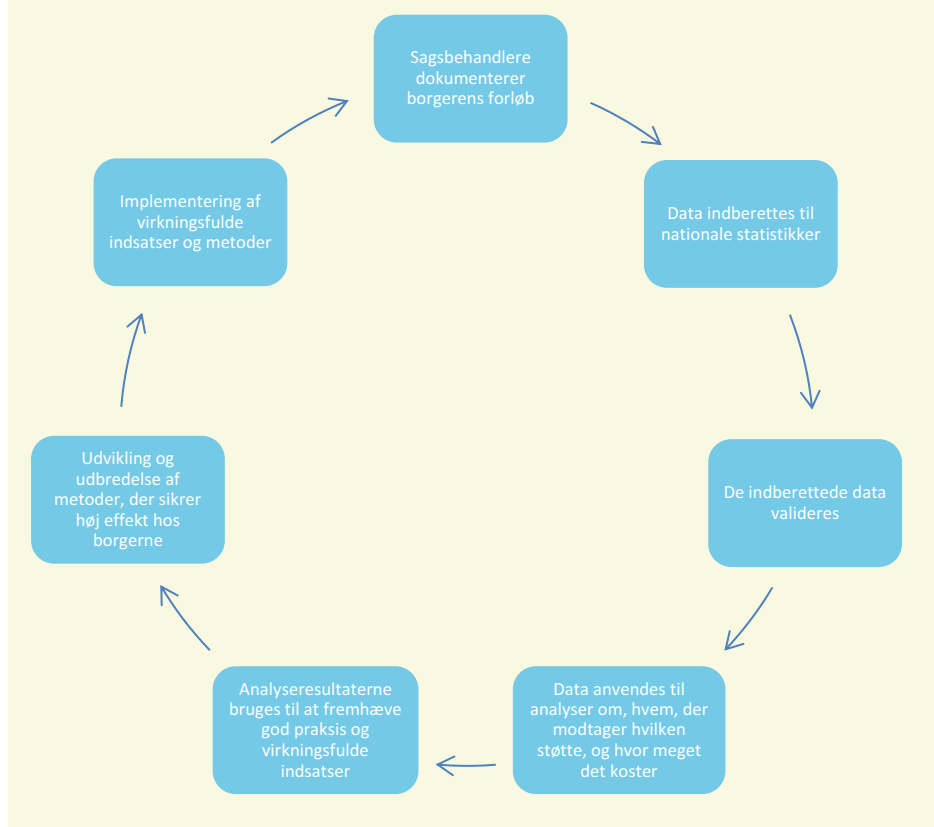
Kommunernes dokumentation af aktiviteter og indsatser til børn i dagtilbud og socialt udsatte borgere udgør fundamentet for hele datagrundlaget på børne- og socialområdet, og det er gennem sagsbehandlernes dokumentation af praksis i kommunerne, at grundstenen til de nationale statistikker bliver lagt.

De nationale statistikker kan blandt andet anvendes til analyser, der eksempelvis kan skabe ny viden om, hvad der virker, hvor der er brug for en mere effektiv socialpolitisk indsats, og understøtte udbredelsen af effektive indsatser. Resultaterne fra analyserne føder direkte ind i arbejdet med politikudvikling, hvor de i mange tilfælde er helt grundlæggende for nye tiltag. Data anvendes også til at sammenligne centrale nøgletal om aktiviteter, som danner baggrund for kvalitetsudvikling, effektivisering og styring på lokalt og nationalt niveau på både dagtilbuds- og socialområdet.

De elementer, som indgår i arbejdet med at skabe ny viden om sociale indsatser, der virker, illustreres i figur 8.1.

Figur 8.1

Elementer, som indgår i grundlaget for at kunne skabe ny viden om sociale indsatser



Anm.: Dagtilbudsdata følger ikke nøjagtig samme cyklus, som er beskrevet i denne figur.

8.1 Der er gået et år – hvad har vi nået?

I dette afsnit præsenteres de væsentligste resultater i 2016 og første halvår af 2017 som følge af arbejdet med udmøntning af datastrategien.

Synliggørelse af kommunernes registreringspraksis

I Socialpolitisk Redegørelse 2016 blev det som et forsøg besluttet at synliggøre kommunernes arbejde med dataregistrering og kvalitetssikring af data om forebyggende foranstaltninger til udsatte børn, unge og familier.

Den større synlighed har givet øget opmærksomhed i kommunerne på at levere data til tiden, og er derfor videreført i dette års redegørelse og udbredt til anbringelsesstatistikken samt statistikken om udsatte voksne og personer med handicap.

Landkortene, der synliggør resultaterne af kommunernes arbejde med dataregistrering og kvalitetssikring, findes under gennemgangen af de enkelte statistikområder senere i kapitlet.

Ny databekendtgørelse

De gældende krav til kommunernes dataindberetning på det sociale område er i dag ikke samlet ét sted. Det kan derfor forekomme uklart, hvad der skal indberettes af hvem og hvornår, hvilket kan give anledning til et unødigt ressourceforbrug og upræcise indberetninger i kommunerne.

Regeringen har derfor i juni 2017 vedtaget et lovforslag, som giver ministeriet hjemmel til at udstede en databekendtgørelse, der så vidt muligt samler alle regler og informationer om dataindberetningen på det sociale område ét sted. Databekendtgørelsen skal gøre det helt klart, hvori indberetningspligten består, så formålet med indberetningerne i højere grad er synligt og forståeligt, og så det sikres, at alle ønskede data indberettes.

Baseret på erfaringer fra blandt andet beskæftigelsesområdet forventes det, at en databekendtgørelse relativt hurtigt vil kunne få en positiv effekt på kommunernes registrering og indberetningspraksis. Samtidig vil en fælles databekendtgørelse i højere grad sikre, at leverandørerne af kommunernes indberetningssystemer får et overblik over aktuelle, og eventuelt nye, tekniske krav med videre.

Konstaterer ministeriet væsentlige og vedvarende fejl eller mangler i kommunernes og regionernes indberetninger, lægges der også op til at det med henvisning til databekendtgørelsen fremadrettet vil være muligt at kræve, at kommunerne og regionerne retter op på deres praksis.

Sanering i statistikkerne

Det er en helt central præmis for datastrategien, at kommunerne samlet set ikke skal registrere og indberette mere end i dag. Børne- og Socialministeriet, KL og Danmarks Statistik har derfor arbejdet målrettet på at sikre, at det kun er de mest nødvendige data, der indsamles centralt, jf. boks 8.1.

Boks 8.1**Sanering i statistikkerne på socialområdet**

De foreløbige resultater peger på, at der er tale om betydelige saneringer, som vil lette indberetningsbyrden for kommunerne væsentligt, særligt med hensyn til statistikkerne på området for udsatte børn og unge. Det skyldes blandt andet, at ministeriet har lagt stor vægt på at sanere de oplysninger, som kommunerne har nævnt som en ekstra arbejdsgang, der tager lang tid og er omstændig at gennemføre. Herudover har ministeriet haft fokus på at sanere oplysninger, der kan indhentes via samkørsel med andre registre, så der ikke indsamles de samme oplysninger flere gange.

Fremadrettet kan kommunerne stadig registrere de sanerede oplysninger i forbindelse med deres egen sagsbehandling, og de kan stadig bruge oplysningerne lokalt til eksempelvis ledelsesinformation. Den eneste forskel er, at de ikke længere skal indberette oplysningerne til staten. Saneringen ændrer således ikke hverken borgerens retssikkerhed eller kommunernes mulighed for at følge egen praksis.

Sanering af statistikkerne på området for udsatte børn og unge

I både anbringelsesstatistikken og underretningsstatistikken er ca. 50 pct. af indberetningskravene saneret. Det er blandt andet data om opfølgningshandlinger i underretningsstatistikken og generelle opfølgninger i anbringelsesstatistikken, der er saneret. Kommunerne indberettede i 2015 mere end 67.000 opfølgningshandlinger til underretningsstatistikken og mere end 12.000 generelle opfølgninger til anbringelsesstatistikken. Ændringerne blev implementeret fra januar 2017.

Sanering af statistikken for voksne med handicap

I alt er der saneret 10 indberetningskrav i statistikken for voksne med handicap. Det svarer til 24 pct. af indberetningskravene. Fra 2018 skal kommunerne udelukkende indberette centrale ydelser, målgruppe og oplysninger om datoer. De reviderede krav bliver implementeret i kommunerne den 1. januar 2018.

Sanering af § 110-statistikken om boformer og herberger

Der er også saneret i kravene til indberetning til statistikken på § 110 i serviceloven om boformer og herberger, hvor 4 ud af 12 indberetningskrav er saneret. Det svarer til 33 pct. af indberetningskravene. De reviderede krav er implementeret og gældende fra og med 2017.

Sanering af § 18-redegørelsen om frivilligt socialt arbejde

Per 1. juli 2017 fjernes kravene om kommunernes indberetning til § 18-redegørelsen, da det er muligt at følge udviklingen i den økonomiske støtte til frivillige sociale foreninger og organisationer på baggrund af tal fra det kommunale regnskabssystem. Hele den eksisterende § 18-statistik bliver således saneret, så der undgås dobbeltregistrering af oplysninger, som kan finde i kommunernes regnskabssystem.

Etablering af kvindekrisecenterstatistik og hjælpemiddelstatistik

Børne- og Socialministeriet har per 1. januar 2017 iværksat en indsamling af oplysninger til en ny individbaseret statistik om kvinder og børn på krisecentre. De nye registerdata vil bidrage til at belyse omfanget af vold i nære relationer og give mulighed for at følge op på regeringens sociale mobilitetsmål om, at flere udsat for vold i nære relationer skal i uddannelse og beskæftigelse. Statistikken for 2017 forventes offentliggjort i foråret 2018.

Ministeriet har også iværksat en pilotindsamling af oplysninger til en ny statistik om personer, der får udleveret genbrugshjælpemidler og kropsbårne hjælpemidler med henblik på at danne en national hjælpemiddelstatistik på cpr-niveau. Projektet kører i 77 kommuner. Projektet skal vise, om det er muligt at opnå dækkende data for de personer, der får udleveret hjælpemidler på baggrund af de registreringer, der allerede foretages i hjælpemiddelsystemerne, så kommunerne ikke skal pålægges yderligere dokumentationskrav. Ministeriet har en klar formodning om, at denne løsning vil være tilstrækkelig for at etablere en fyldestgørende national hjælpemiddelstatistik. De første opgørelser af brugen af hjælpemidler fra de 77 kommuner forventes offentliggjort ultimo 2017.

8.2 Hvad skal vi nå i de kommende år?

Visionen for datastrategien er, at der for målgrupperne udsatte børn og unge, udsatte voksne og personer med handicap bliver indsamlet dækkende data om, hvem der modtager hvilke indsatser, ydelser og tilbud samt hvornår og til hvilken pris, jf. figur 8.2.

Med oprettelsen af Børne- og Socialministeriet i november 2016 blev dagtilbudsområdet en del af ministeriets ressortområde. Med overdragelsen af ansvaret for området er udfordringerne med at sikre mere dækkende og valide dagtilbudsdata lagt ind under ministeriets datastrategi.

Figur 8.2

Hvilke data er der brug for, og hvilke krav skal data leve op til?

Målgrupper:

Udsatte børn og unge
Børn med handicap
Udsatte voksne
Voksne med handicap
Dagtilbud

Dækkende data på cpr-niveau om:

Hvem får en ydelse?
Hvilken ydelse (fx anbringelse, botilbud og plads i dagtilbud)?
Hvad koster ydelsen?
Hvem visiterer, betaler og leverer ydelsen, og hvor foregår den?
I hvilken periode gives ydelsen?

Høj kvalitet: Data er korrekte.

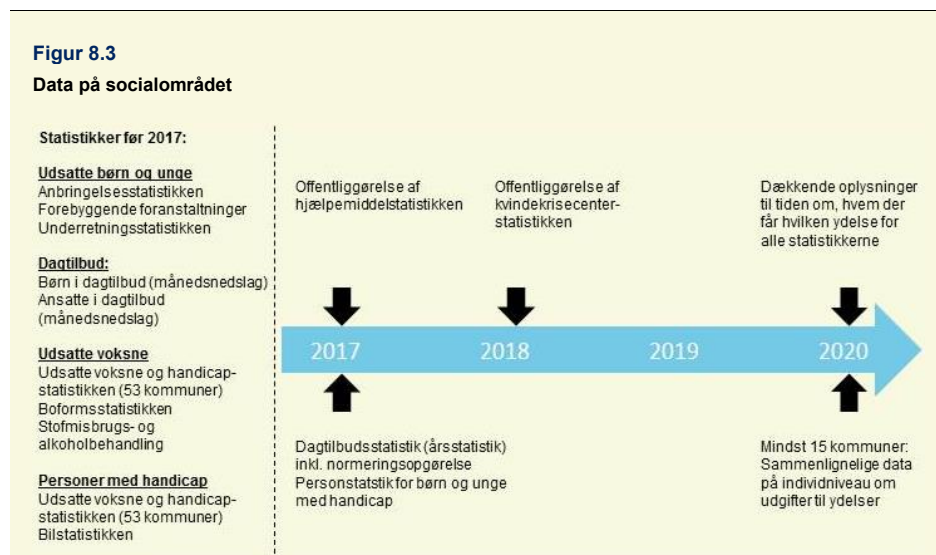
Høj aktualitet: Data er validerede og godkendte inden for den fastsatte tidsfrist.

Dækkende: Data indeholder alle relevante oplysninger.

Fremadrettet vil der være fokus på at indfri følgende mål:

- I 2017 skal en ny personstatistik om borgere med handicap, der får tildelt hjælpemidler, offentliggøres for første gang.
- I 2017 skal den nye dagtilbudsstatistik, herunder den nye normeringsopgørelse, offentliggøres for første gang.
- I 2017 skal det afklares, om der kan etableres en statistik om børn og unge under 18 år med handicap på baggrund af eksisterende dataindsamlinger.
- I 2017 skal det undersøges, hvordan forretningsgange og valideringsprocesser i forbindelse med behandling af data til statistikkerne kan synliggøres.
- I 2017 gennemføres en systematisering og en større sanering af de oplysninger, sociale tilbud indberetter til Tilbudsportalen.
- I 2017 igangsættes et samarbejde med 15 kommuner, som ønsker at tilvejebringe og forbedre udvalgte økonomi- og aktivitetsdata, så der i 2020 centralt kan indsamles sammenlignelige personoplysninger om udgifter til ydelser for kommunerne.
- I 2017 skal det afdækkes, hvilke udfordringer der er i forhold til at udvikle et mere retvisende institutionsregister på dagtilbudsområdet.
- I 2017 og fremadrettet i takt med udviklingen af nye og bedre dagtilbudsdata skal området integreres i ministeriets analysearbejde.
- I løbet af 2017 og 2018 skal resultaterne af det omfattende sanerings- og tilpasningsarbejde i børnestatistikkerne og statistikken om udsatte voksne og personer med handicap implementeres.
- I løbet af 2017 og 2018 skal stofmisbrugsstatistikken gennemgå et eftersyn, der skal sikre øget kvalitet i data. Det skal blandt andet undersøges, hvordan statistikken kan tilrettelægges på en mere hensigtsmæssig måde for kommuner og tilbud.
- I 2018 skal en ny statistik om borgere, der opholder sig på kvindekrisecentre, offentliggøres for første gang.

Målene vises i figur 8.3.



8.3 Dagtilbud

Mange af de udfordringer, som dagtilbudsstatistikken er forbundet med, er de samme som på socialområdet, da data på dagtilbudsområdet også primært stammer fra de kommunale sagsbehandlingssystemer. Derfor anvendes de procedurer og initiativer for forbedring af datakvaliteten, som ministeriet har god erfaring med virker på socialområdet, også på dagtilbudsområdet.

På dagtilbudsområdet indberetter kommunerne oplysninger til følgende statistikker:

- 1) Antal børn i dagtilbud
- 2) Antal ansatte i dagtilbud
- 3) Budgetoplysninger om dagtilbud
- 4) Sprogvurderinger i dagtilbud

På baggrund af oplysninger om antal børn og personale udarbejder Danmarks Statistik en normeringsopgørelse, jf. boks 8.2.

Boks 8.2**Dagtilbudsstatistik og normeringsopgørelse på dagtilbudsområdet**

Med finanslovsaftalen for 2013 blev det besluttet at omlægge den hidtidige indsamling af dagtilbudsdata til en årsopgørelse i stedet for et månedsnedslag og at etablere en ny normeringsopgørelse. Den første årsopgørelse skulle foretages for 2015 og indeholde data om antal børn i dagtilbud, antal ansatte i dagtilbud og øvrige data vedrørende dagtilbuddene som eksempelvis de ansattes uddannelse og stilling samt en opgørelse for normeringer i dagtilbud.

Der var imidlertid så store udfordringer med kvaliteten af de indsamlede data for 2015, at en retvisende dagtilbudsstatistik, herunder en normeringsopgørelse, endnu ikke har kunnet offentliggøres. Den nye dagtilbudsstatistik forventes offentliggjort den 30. juni 2017. Det gælder data fra både 2015 og 2016.

For dagtilbudsområdet er datamodenheden svingende i forhold til oplysninger om børn og ansatte i dagtilbud, jf. tabel 8.1.

Tabel 8.1**Status på dagtilbudsdata**

Ydelsestype	Hvem	Hvor	Hvornår	Ansvarlig	Pris	Kvalitet	Aktualitet
Børn i dagtilbud	Grøn	Gul	Grøn	Grøn	Rød	Gul	Rød
Ansatte i dagtilbud	Grøn	Gul	Grøn	Grøn	Rød	Gul	Rød
Normeringsopgørelse	Rød						

Rød: Lav datamodenhed, det vil sige, at data ikke kan anvendes til analyseformål endnu.

Gul: Der er udfordringer med hensyn til datamodenhed, men data kan bruges til analyseformål.

Grøn: Høj datamodenhed, det vil sige, at data er umiddelbart anvendelige til analyseformål.

Anm.: Der er i dag ikke krav om at indberette personoplysninger om prisen for en dagtilbudsplads.

Kilde: Udarbejdet pba. kommunernes dataindberetninger til Danmarks Statistik.

Datakvaliteten for hvilke børn, der er indskrevet i dagtilbud, og hvornår de er indskrevet, er generelt god. Det samme gælder datakvaliteten for antallet af ansatte. Der er ligeledes gode data for, hvilken kommune, der er ansvarlig for hvilke børn og hvilke ansatte. Der er dog store udfordringer med at fordele både børn og ansatte på institutionsniveau i den enkelte kommune.

For at udarbejde en retvisende normeringsopgørelse på institutionsniveau er det nødvendigt at vide, hvilke børn og hvilke ansatte, der hører til hvilken institution. På baggrund af udfordringerne med dette offentliggøres normeringer alene på kommuneniveau og ikke på institutionsniveau i juni 2017. Der arbejdes målrettet på, at det fremadrettet vil blive muligt at offentliggøre normeringer på institutionsniveau.

liggøre normeringer på institutionsniveau. Det er vurderingen, at dette mål kan nås inden 2020.

Statistikken, der offentliggøres den 30. juni 2017, kommer ikke til at indeholde data for alle 98 kommuner. En ny valideringsprocedure betyder, at alle kommuner selv skal godkende de centralt beregnede tal for antal fuldtidsbørn og antal fuldtidsansatte. Det er en meget krævede proces for kommunerne, som tager tid. Den 30. juni offentliggøres derfor kun data for de kommuner, der har godkendt beregningerne.

Omlægningen af dagtilbudsstatistikken fra et månedsnedslag til en årsopgørelse, jf. boks 8.2, og de heraf følgende udfordringer betyder, at der i dag er en meget lav aktualitet for dagtilbudsdata, idet de senest offentliggjorte tal er fra 2014. Data for 2015 og 2016 forventes imidlertid at være tilgængelig fra den 30. juni 2017. Da dagtilbudsdata efter 2014 opgøres på en ny måde, kan tallene for 2015 og 2016 ikke sammenlignes med tidligere år.

Initiativer fremadrettet

Datastrategien omfatter en række initiativer, der fremadrettet skal sikre endnu flere rettidige, korrekte og dækkende data på dagtilbudsområdet.

Boks 8.3 beskriver de nye datainitiativer på dagtilbudsområdet.

Boks 8.3

Datainitiativer på dagtilbudsområdet

- Etablering af normeringsopgørelse på institutionsniveau, hvilket kræver udvikling af et mere retvisende institutionsregister
- Integration af dagtilbudsområdet i ministeriets analysearbejde i takt med udviklingen af data, eksempelvis den nye årsstatistik og normeringsopgørelsen
- Indsamling af sprogvurderinger fra de kommuner, der gennemfører dem obligatorisk for alle indskrevne børn i dagtilbud
- Udvikling af en ny informationsportal, hvor det er muligt at sammenligne centrale nøgletal på dagtilbudsområdet, jf. aftale mellem regeringen, DF, S og RV om 'Stærke dagtilbud – alle børn skal med i fællesskabet'

8.4 Udsatte børn og unge

Socialt udsatte børn og unge har et særligt behov for støtte og får enten en forebyggende foranstaltning og/eller er anbragt uden for hjemmet. Der kan for eksempel være tale om et barn, der er anbragt i plejefamilie, fordi barnets forældre ikke formår at drage den rette omsorg for barnet. Der kan også være tale om en ung, der har en fast kontaktperson tilknyttet

for at hjælpe og støtte den unge til øget stabilitet i dagligdagen og en god overgang til voksenlivet. Bilag 6 giver en oversigt over de forskellige foranstaltninger.

På området for socialt udsatte børn og unge indberetter kommunerne oplysninger til to statistikker, som bliver anvendt til at identificere målgruppen:

- 1) Anbringelsesstatistikken
- 2) Statistikken om forebyggende foranstaltninger

Herudover indberetter kommunerne oplysninger, når de modtager en underretning med en bekymring om, at et barn eller en ung ikke trives. Det kan for eksempel være sundhedsplejersken, der underretter om omsorgssvigt over for barnet, eller skolen, der underretter om den unges problemskabende, indad-reagerende eller selvskadende adfærd.

For udsatte børn og unge er datamodenheden generelt høj i forhold til oplysninger om, hvem der modtager ydelser, hvem der visiterer, betaler og leverer ydelserne, samt hvornår og hvor ydelserne gives, jf. tabel 8.2.

Tabel 8.2

Status på data for udsatte børn og unge

Ydelsestype	Hvem	Hvor	Hvornår	Ansvarlig	Pris	Kvalitet	Aktualitet
Anbringelser	Gul			Grøn	Rød	Gul	
Personrettede forebyggende	Grøn				Rød	Grøn	Gul
Familierettede forebyggende	Grøn				Rød	Grøn	Gul
Underretninger	Gul	Grøn			Rød	Gul	

Rød: Lav datamodenhed, det vil sige, at data ikke kan anvendes til analyseformål endnu.

Gul: Der er udfordringer med hensyn til datamodenhed, men data kan bruges til analyseformål.

Grøn: Høj datamodenhed, det vil sige, at data er umiddelbart anvendelige til analyseformål.

Anm.: Der er i dag ikke krav om at indberette personoplysninger om prisen for ydelser til udsatte børn.

Kilde: Udarbejdet pba. kommunernes dataindberetninger til Danmarks Statistik og Ankestyrelsen.

Siden offentliggørelsen af Socialpolitisk Redegørelse 2016 er datakvaliteten for, hvornår børn og unge modtager en forebyggende foranstaltning, blevet bedre, og derfor er feltet 'hvornår' gået fra gul til grøn for de forebyggende foranstaltninger. Forbedringen er især opnået ved implementering af en ny procedure for nedlukning af indsatser over årsskifte i DUBU, som er et af de helt centrale kommunale registrerings- og indberetningssystemer. Med den ny funktionalitet er den overordnede kvalitet af data om de forebyggende foranstaltninger blevet bedre, og derfor er feltet 'kvalitet' også gået fra gul til grøn.

Selv om datamodenheden generelt er høj, er der enkelte områder, hvor der er udfordringer. For anbringelser indsamles der i dag oplysninger om, hvilke typer af anbringelsessteder kommunerne benytter, for eksempel døgninstitutioner og plejefamilier, men der indsamles ikke yderligere relevante oplysninger.

For både anbringelser og underretninger viser nye undersøgelser desuden, at det ikke er alle relevante personer, der er med i statistikkerne, og derfor er feltet 'hvem' gået fra grøn til gul. Ligeledes viser undersøgelserne, at der er udfordringer med start- og sluttidspunkt for anbringelser, hvorfor feltet 'hvornår' er gået fra grøn til gul. Udfordringerne skyldes blandt andet problemer med den automatiske overførsel af data fra kommunernes systemer til Danmarks Statistik. En del af disse udfordringer er allerede løst, mens der fortsat arbejdes på at løse de resterende udfordringer i regi af datastrategien.

For hele området er datamodenheden lav med hensyn til oplysninger om pris, da der ikke er krav om at indberette personoplysninger om udgifter til ydelser til udsatte børn.

Statistikken om forebyggende foranstaltninger

Et mål for datastrategien har været i højere grad at involvere leverandører af kommunernes registrerings- og indberetningsløsninger for at sikre kommunerne de bedst mulige forudsætninger for at indberette dækkende kvalitetsdata om udsatte børn og unge til tiden.

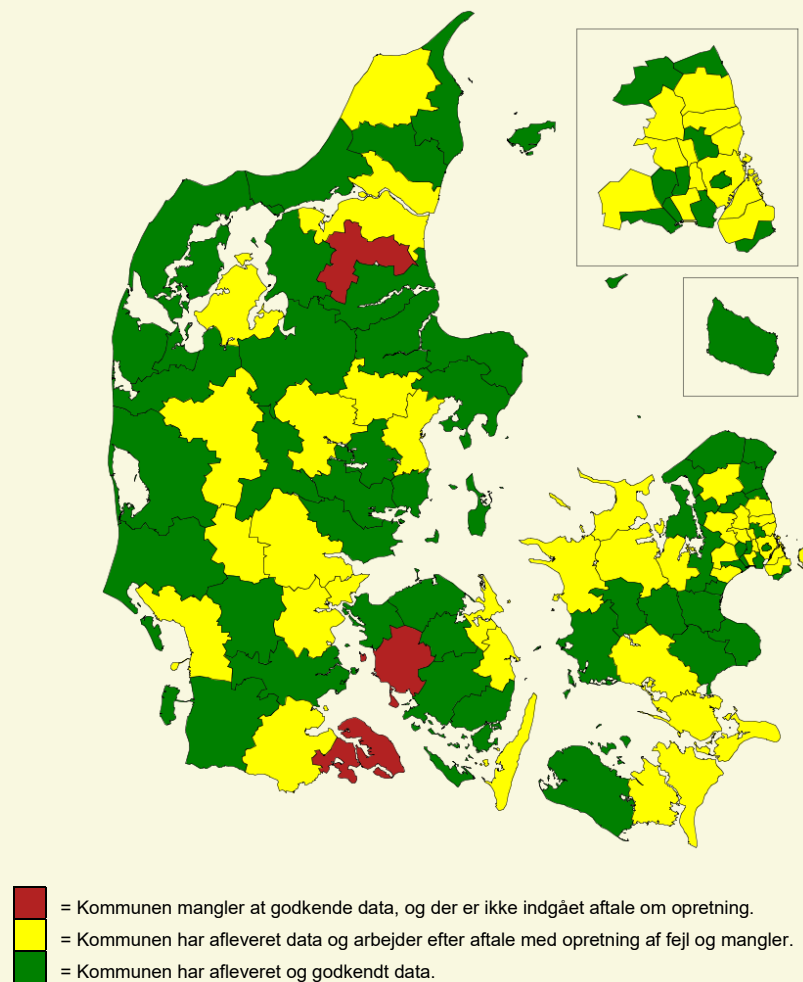
Ministeriet har derfor indledt en intensiveret dialog med leverandørerne og taget initiativ til en møderække mellem leverandører, ministerie og Danmarks Statistik. Møderækken skal sikre en mere hensigtsmæssig vidensdeling i forbindelse med eksempelvis implementering af nye tekniske krav til indberetning af oplysninger om udsatte børn og unge. Der er desuden taget initiativ til at skærpe de kommunale topledere fokus på datakvaliteten og herigennem styrke kommunernes arbejde med dataregistrering og indberetning.

Sammenlignet med data fra 2015 var der i 2016 i alt 13 flere kommuner, der afleverede og godkendte data om personrettede og familierettede forebyggende foranstaltninger til tiden.

58 kommuner har afleveret og godkendt data om forebyggende foranstaltninger fra 2016 til tiden. 37 kommuner har afleveret data til tiden, men har indgået en aftale med Danmarks Statistik om opretning af manglende og fejlbehæftet data. 3 kommuner mangler stadig at godkende deres data og har ikke indgået en aftale med Danmarks Statistik, jf. figur 8.4.

Figur 8.4

Status for kommunernes indberetninger om forebyggende foranstaltninger, 2016



Anm.: Figuren bygger på kommunernes indberetninger af personrettede og familierettede forebyggende foranstaltninger til udsatte børn og unge til Danmarks Statistik.

Kilde: Danmarks Statistik.

Anbringelsesstatistikken

For at sikre en større dækningsgrad og en bedre datakvalitet er der i 2016 gennemført en omfattende sanering i anbringelsesstatistikken og de andre statistikker for udsatte børn, jf. boks 8.1. Samtidig er der gennemført en tilpasning af de oplysninger, der fortsat indgår i statistikkerne, eksempelvis er listen over udslagsgivende årsager til anbringelse opdateret, så

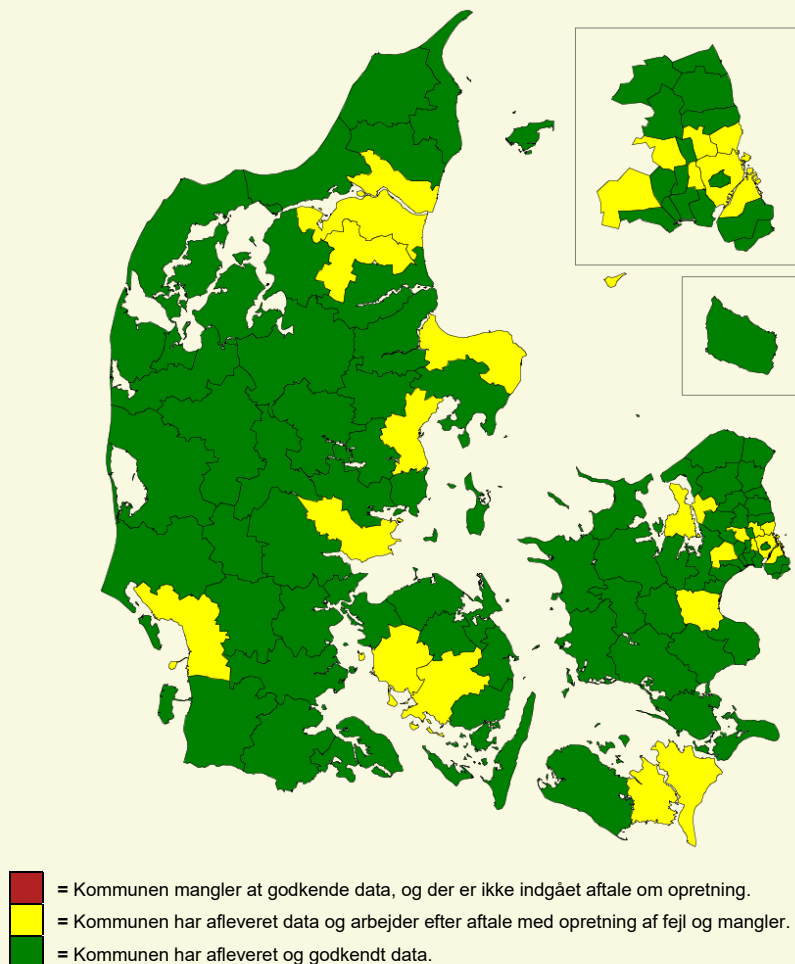
den i højere grad afspejler den kommunale praksis, samtidig med at den er reduceret fra 37 til 16 svarmuligheder, så den i højere grad er til at overskue. En række af de reviderede indberetningskrav er allerede implementeret, mens de resterende vil blive implementeret til og med 2018.

Saneringen og implementeringen heraf gennemføres i tæt samarbejde med både kommuner og systemleverandører. I anbringelsesstatistikken er både oplysninger, der ikke længere anvendes i tilstrækkelig grad, og oplysninger, der kan hentes ved samkøring med andre registre, saneret væk. Det gælder eksempelvis oplysninger om generelle opfølgninger under anbringelsen og oplysninger om afgørelser i børn- og ungeudvalget. Derudover er de tilbageblevne oplysninger målrettede, så de i højere grad er i overensstemmelse med kommunernes praksis.

Ministeriet har i 2016 også arbejdet tæt sammen med kommuner og systemleverandører for at skabe øget funktionalitet i de systemer, som kommunerne anvender til indberetning af data om anbragte børn og unge. Arbejdet har resulteret i implementering af en række nye procedurer i DUBU, så systemet i højere grad understøtter korrekt indberetning i kommunerne. Der er for eksempel implementeret en procedure, der sikrer at kommunernes sletning af en forkert indtastet oplysning overføres til statistikken, så der ikke indgår forkerte og fejlagtige oplysninger i statistikken. Der er dog fortsat udfordringer med den automatiske overførsel af data fra kommunernes systemer til Danmarks Statistik.

Anbringelser var i Socialpolitisk Redegørelse 2016 ikke en del af proceduren for synliggørelse af kommunernes arbejde med dataregistrering og kvalitetssikring, men er kommet med i år. 81 kommuner har afleveret og godkendt data fra 2016 om anbringelser til tiden. 17 kommuner har afleveret data til tiden, men har indgået en aftale med Danmarks Statistik om opretning af manglende og fejlbehæftet data. Der er ingen kommuner, der mangler at aflevere deres data, jf. figur 8.5.

Figur 8.5
Status for kommunernes indberetninger om anbringelser, 2016



Anm.: Figuren bygger på kommunernes indberetninger af anbringelser til Danmarks Statistik.

Kilde: Danmarks Statistik.

Initiativer fremadrettet

Problemer med forsinkede data med lav kvalitet kan skyldes flere forhold i kommunerne: Manglende viden om korrekt indberetning, manglende prioritering af indberetningsopgaven og rent tekniske udfordringer.

Boks 8.4 beskriver eksempler på datainitiativer på området for udsatte børn og unge, der fremadrettet skal sikre endnu flere rettidige, korrekte og dækkende data.

Boks 8.4**Datainitiativer på området for udsatte børn og unge**

- De nye indberetningskrav efter sanering og målretning af statistikkerne skal implementeres, og der skal i den forbindelse udarbejdes nye vejledninger om korrekt indberetning til kommunerne samt om korrekt systemopsætning til systemleverandørerne
- Det skal undersøges, hvordan der kan skabes bedre gennemsigtighed i forhold til hvilke data Danmarks Statistik modtager fra kommunerne

8.5 Udsatte voksne

Udsatte voksne er personer over 18 år, der modtager en social ydelse på grund af et socialt problem eller en psykisk lidelse. Indsatsen kan for eksempel bestå af bostøtte, et behandlingsforløb for stofmisbrug, et ophold på et krisecenter eller på et forsorgshjem. Bilag 6 giver en oversigt over de forskellige foranstaltninger.

På området for udsatte voksne er der fire statistikker, som bliver anvendt til at identificere målgruppen:

- 1) Statistikken om udsatte voksne og personer med handicap
- 2) Kvindekrisecenterstatistikken
- 3) Boformstatistikken
- 4) Statistikken om stofmisbrugsbehandling

Tabel 8.3 viser datamodenheden for data om udsatte voksne.

Tabel 8.3
Status på data for udsatte voksne

Ydelsestype	Hvem	Hvor	Hvornår	Ansvarlig	Pris	Kvalitet	Aktualitet
Udsatte voksne og personer med handicap							
Kvindekrise-center-statistikken							
Boform-statistikken							
Stofmisbrugs-behandlings-statistikken							

Rød: Lav datamodenhed, det vil sige, at data ikke kan anvendes til analyseformål endnu.

Gul: Der er udfordringer med hensyn til datamodenhed, men data kan bruges til analyseformål.

Grøn: Høj datamodenhed, det vil sige, at data er umiddelbart anvendelige til analyseformål.

Anm.: Der er i dag ikke krav om at indberette personoplysninger om prisen for ydelser til udsatte voksne.

Kilde: Udarbejdet pba. kommunernes dataindberetninger til Danmarks Statistik.

Statistikken for udsatte voksne og personer med handicap beskrives nærmere under afsnittet om børn og voksne med handicap.

Kvindekrisecenterstatistik

I dag indsamles viden om kvinder på krisecentre til en årsstatistik via en årlig, frivillig undersøgelse. Det er dog ikke alle brugere, der deltager i undersøgelsen, ligesom det er relativt få der i forbindelse med undersøgelsen oplyser deres cpr-nummer. Det betyder blandt andet, at det fra centralt hold er svært at følge op på kvindens situation efter opholdet, da det ikke er muligt at sammenkoble oplysninger om brugerne af krisecentrene med andre relevante individbaserede oplysninger i for eksempel beskæftigelses- eller uddannelsesregistre. På denne baggrund er statistikken markeret med gule felter i tabel 8.3.

I regi af datastrategien er der derfor etableret en indsamling af individbaserede data om kvinder og deres eventuelt medfølgende børn på krisecentre til en national statistik. Den nye statistik er baseret på de cpr-oplysninger, der allerede registreres på krisecentret i forbindelse med et ophold, og statistikken medfører derfor ikke yderligere dokumentationskrav. Sagsgangen i forhold til en borgers ophold på et krisecenter er uændret, og borgerens ret til at opholde sig anonymt er også uændret. Hvis borgeren opholder sig anonymt på krisecentret, indgår borgeren stadig i statistikken, men uden cpr-nummer.

Krisecenterstatistikken er under implementering. Indsamling til den nye statistik blev påbegyndt 1. januar 2017, og statistikken for 2017 forventes offentliggjort i foråret 2018.

Biformstatistikken

Der er data for alle kommuner om borgere med særlige sociale problemer, der opholder sig i en boform efter § 110 i serviceloven – det vil sige på et herberg, et forsorgshjem eller lignende. Generelt er datakvaliteten høj, og derfor er statistikken markeret med grønne felter i tabel 8.3.

Som led i datastrategien har boformsstatistikken gennemgået en sanerings- og kvalitetssikringsøvelse, hvor flere indberetningskrav er blevet fjernet. Oplysninger, der kan hentes ved samkøring med andre registerdata, er saneret. Derudover er formuleringerne i indberetningskemaet blevet skærpet og målrettet. De justerede indberetningskrav er implementeret og gældende fra og med 2017.

Stofmisbrugsbehandling

Data om personer i stofmisbrugsbehandling bliver indsamlet på tværs af socialområdet og sundhedsområdet i én fælles indberetningsløsning – Stofmisbrugsdatabasen. Der er en række udfordringer med dækningsgraden, og derfor er statistikken markeret med gule felter i tabel 8.3.

I løbet af 2017 bliver indberetningen af data til Stofmisbrugsdatabasen afdækket nærmere, blandt andet med fokus på at identificere barrierer for indberetningen af data blandt kommuner og tilbud. På baggrund heraf vil der blive peget på konkrete udviklingsmuligheder, som vil sikre en bedre datakvalitet fra 2018 og frem.

Initiativer fremadrettet

Boks 8.5 viser de fremadrettede initiativer på området for udsatte voksne.

Boks 8.5

Datainitiativer på området for udsatte voksne

- Bedre individdata om brugere af kvindekrisecentre offentliggøres
- Stofmisbrugsdatabasen gennemgår et eftersyn med henblik på at udpege konkrete udviklingsmuligheder til at sikre bedre data
- De nye indberetningskrav til boformstatistikken skal implementeres med henblik på en større dækningsgrad og øget kvalitet

8.6 Børn og voksne med handicap

Personer med handicap modtager støtte eller hjælp på grund af en fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Støtte og hjælp kan for eksempel bestå af socialpædagogisk støtte, botilbud, udlevering af hjælpemidler samt dækningen af nødvendige merudgifter. Bilag 6 giver en oversigt over de forskellige foranstaltninger.

På handicapområdet er der tre statistikker, som enten allerede anvendes eller fremadrettet skal anvendes til at identificere målgruppen:

- 1) Statistikken om udsatte voksne og personer med handicap
- 2) Hjælpemiddelstatistikken
- 3) Statistik om børn med handicap

Tabel 8.4 viser datamodenheden for data om personer med handicap.

Tabel 8.4
Status på data for personer med handicap

Ydelsestype	Hvem	Hvor	Hvornår	Ansvarlig	Pris	Kvalitet	Aktualitet
Ophold							
Behandling							
Støtte, aktivitet og samvær							
Tildeling af hjælpemidler							
Børn med handicap							

Rød: Lav datamodenhed, det vil sige, at data ikke kan anvendes til analyseformål endnu.
 Gul: Der er udfordringer med hensyn til datamodenhed, men data kan bruges til analyseformål.
 Grøn: Høj datamodenhed, det vil sige, at data er umiddelbart anvendelige til analyseformål.

Anm.: Der er i dag ikke krav om at indberette personoplysninger om prisen for handicaprelaterede ydelser, eller om at indberette personoplysninger om børn og unge med handicap til et samlet register.

Kilde: Udarbejdet pba. kommunernes dataindberetninger til Danmarks Statistik.

Statistikken om udsatte voksne og personer med handicap

Et mål for datastrategien i 2016 har været, at statistikken om udsatte voksne og personer med handicap skulle indeholde data fra 65 kommuner. Ved indgangen til 2016 var der 32 kommuner, der indberettede data, og tallet er nu steget til 54 kommuner. Derfor er statistikken markeret med gule felter i tabel 8.4.

En af grundene til, at målsætningen om 65 kommuner ikke blev indfriet, er, at det har vist sig sværere end forventet for kommunernes indberetningssystemer at indberette data til Danmarks Statistik i en bestemt struktur, ligesom dokumentationen af området og prioritering af opgaven varierer mellem kommunerne. Herudover har kommunerne svært ved at genkende de tal, de får sendt til godkendelse. Til gengæld er vurderingen, at datakvaliteten er steget væsentligt for de kommuner, der indgår i statistikken.

Et mål for datastrategien har været i højere grad at involvere leverandører af kommunernes registrerings- og indberetningsløsninger for at sikre kommunerne de bedst mulige forudsætninger for at indberette dækkende kvalitetsdata til tiden om udsatte voksne og personer med handicap.

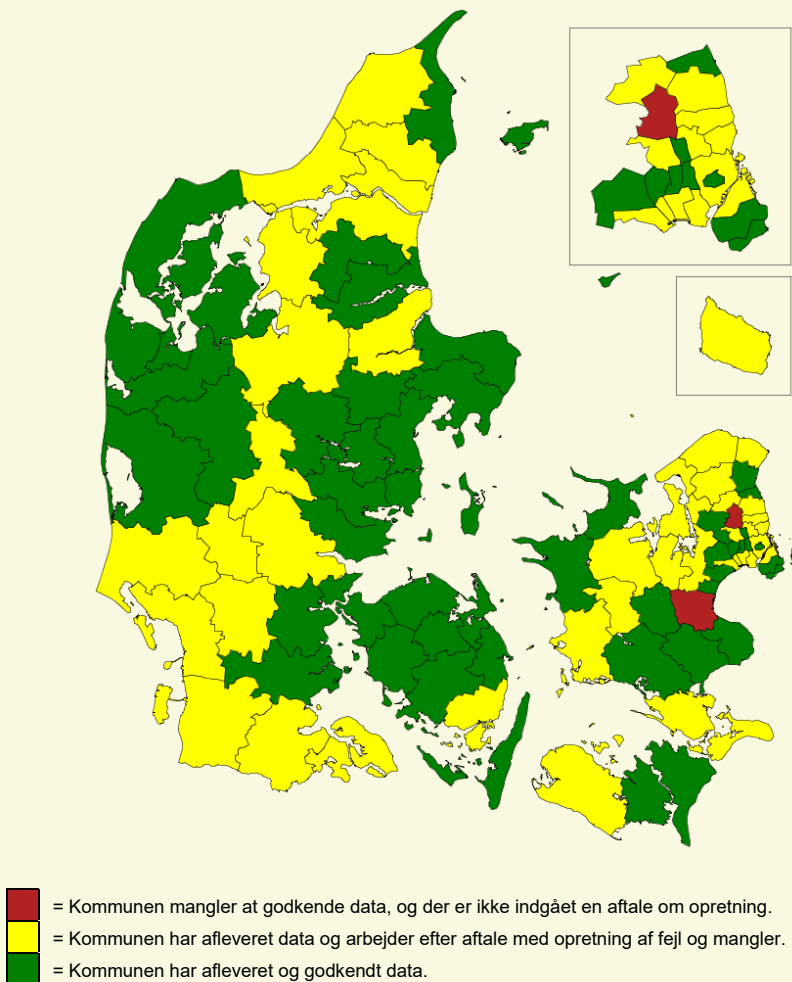
Ministeriet har derfor, ligesom på området for udsatte børn og unge, indledt en intensiveret dialog med leverandørerne af kommunernes indberetningssystemer på området for udsatte voksne og personer med handicap. Ministeriet har taget initiativ til en møderække mellem leverandører, ministerie og Danmarks Statistik. Møderækken skal sikre en mere hensigtsmæssig vidensdeling og en hurtigere løsning af udfordringer i forbindelse med kommunernes indberetning af oplysninger til statistikken. Der er desuden taget initiativ til at skærpe de kommunale topledere fokus på datakvaliteten og herigennem styrke kommunernes arbejde med dataregistrering og indberetning.

Herudover bliver kravene til indberetningen reduceret. I forbindelse med den saneringsøvelse, der gennemføres i forhold til en række af ministeriets statistikker, er der i statistikken om udsatte voksne og personer med handicap fjernet 10 krav, hvilket svarer til at 24 pct. af alle indberetningerne er saneret. Saneringen træder i kraft fra den 1. januar 2018.

Ydelser til udsatte voksne og personer med handicap var ikke i Socialpolitisk Redegørelse 2016 en del af proceduren for synliggørelse af kommunernes arbejde med dataregistrering og kvalitetssikring, men er kommet med i år. 54 kommuner har indberettet og godkendt data til statistikken om udsatte voksne og personer med handicap. 42 kommuner har indberettet data, men kan ikke endnu godkende det og arbejder derfor på at oprette fejl og mangler. 2 kommuner mangler at aflevere data, jf. figur 8.6.

Figur 8.6

Status for kommunernes indberetninger om handicaprelaterede ydelser, 2016



Anm.: Figuren bygger på kommunernes indberetninger af ydelser til udsatte voksne og personer med handicap til Danmarks Statistik.

Kilde: Danmarks Statistik.

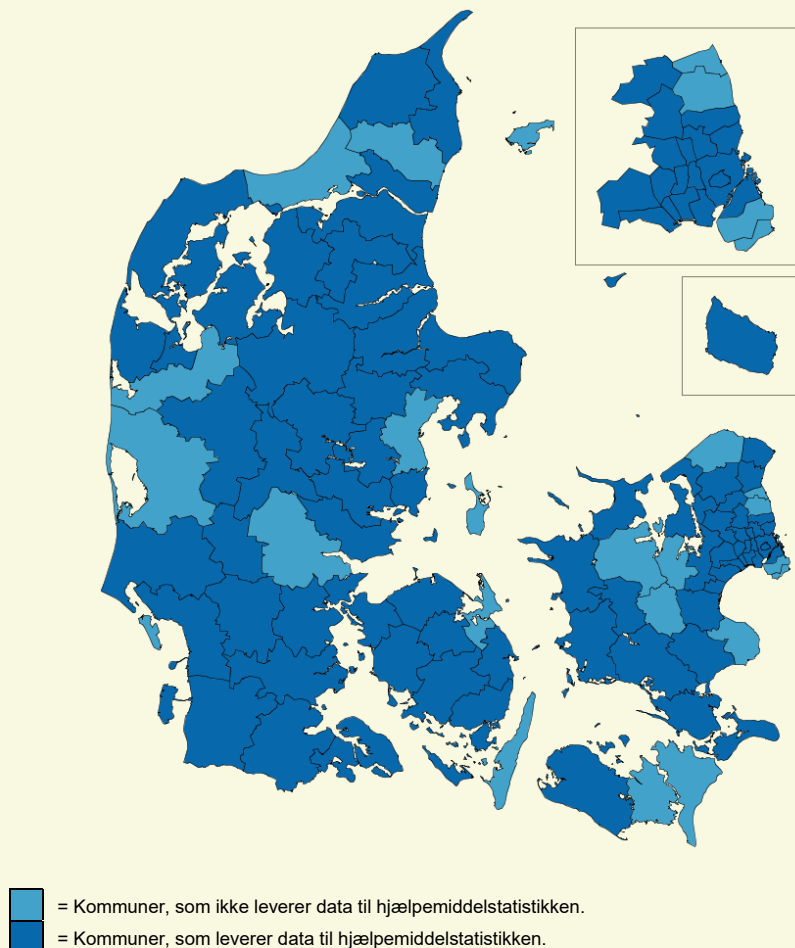
Hjælpe­mid­del­statistik

Børne- og Socialministeriet har i 2016 påbegyndt en pilotindsamling af data om tildeling af hjælpemidler med henblik på at danne en national hjælpemiddelstatistik.

Statistikken vil kunne belyse hvilke, og hvor mange personer, der gør brug af de 3 mia. kr., der årligt anvendes til hjælpemidler på social- og ældreområdet, samt hvordan hjælpemidlerne i kommunerne fordeles på forskellige hjælpemiddeltyper. Statistikken vil dermed styrke viden­grundlaget om målgruppen af personer med handicap, der ikke nødvendigvis modtager en ydelse efter serviceloven, men har behov for hjælpemidler for at få hverdagen til at fungere bedre. Hjælpe­mid­del­statistikken kan blandt andet kvalificere datagrundlaget for regeringens mål om, at flere personer med handicap skal i uddannelse og beskæftigelse.

I alt 77 kommuner får i 2017 implementeret en it-løsning, som kan levere data til hjælpemiddelstatistikken, jf. figur 8.7. Opbygningen af statistikken løber frem til 2019, og undervejs bliver løsningen og kvaliteten af data evalueret. På baggrund af denne evaluering vil der blive udviklet en permanent løsning, som kan sikre, at alle kommuner får mulighed for at levere data til hjælpemiddelstatistikken. De 77 kommuner, der er med i pilotindsamlingen, har alle et eksisterende IT-system, der understøtter indsamlingen til hjælpemiddelstatistikken. Den første offentliggørelse på baggrund af individbaserede hjælpemiddeldata fra de 77 pilotkommuner forventes ultimo 2017.

Figur 8.7
Kommuner som indleverer data til hjælpemiddelstatistikken



Anm.: Figuren bygger på kommunernes indberetninger af tildeling af hjælpemidler til personer med handicap til Danmarks Statistik.

Kilde: Danmarks Statistik.

Børn med handicap

Børne- og Socialministeriet indsamler systematisk data om personer, der er fyldt 18 år, med handicap, men ikke om personer under 18 år med handicap.

Børn og unge med handicap, der modtager en indsats efter serviceloven, vil i en vis udstrækning indgå i gruppen af børn og unge, der er registreret som modtagere af forebyggen-

de foranstaltninger og anbringelser. Ud over disse indsatser modtager børn og unge med handicap også en række indsatser, som er specifikt tilrettelagt til denne målgruppe, eksempelvis særlige dagtilbud. Disse indsatser indgår ikke i de eksisterende registerdata, ligesom det i dag ikke er muligt på baggrund af registerdata at udsondre børn og unge med handicap fra øvrige børn og unge, der modtager en forebyggende foranstaltning eller anbringelse.

På den baggrund er det et mål i ministeriets datastrategi at etablere en ny statistik om børn, som modtager en ydelse efter serviceloven grundet en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Løsningen er ved at blive undersøgt og de endelige resultater af undersøgelsen vil foreligge i 2017.

De foreløbige resultater tyder på, at det vil være muligt at identificere en stor del af målgruppen ved at få oplysninger om børnenes cpr-nummer i forbindelse med kommunernes indberetning af merudgiftsydelse og tabt arbejdsfortjeneste. Kommunerne indberetter allerede disse oplysninger, men det sker ofte på forældrenes cpr-nummer, og det er endnu uvist, om de indberettede oplysninger er dækkende.

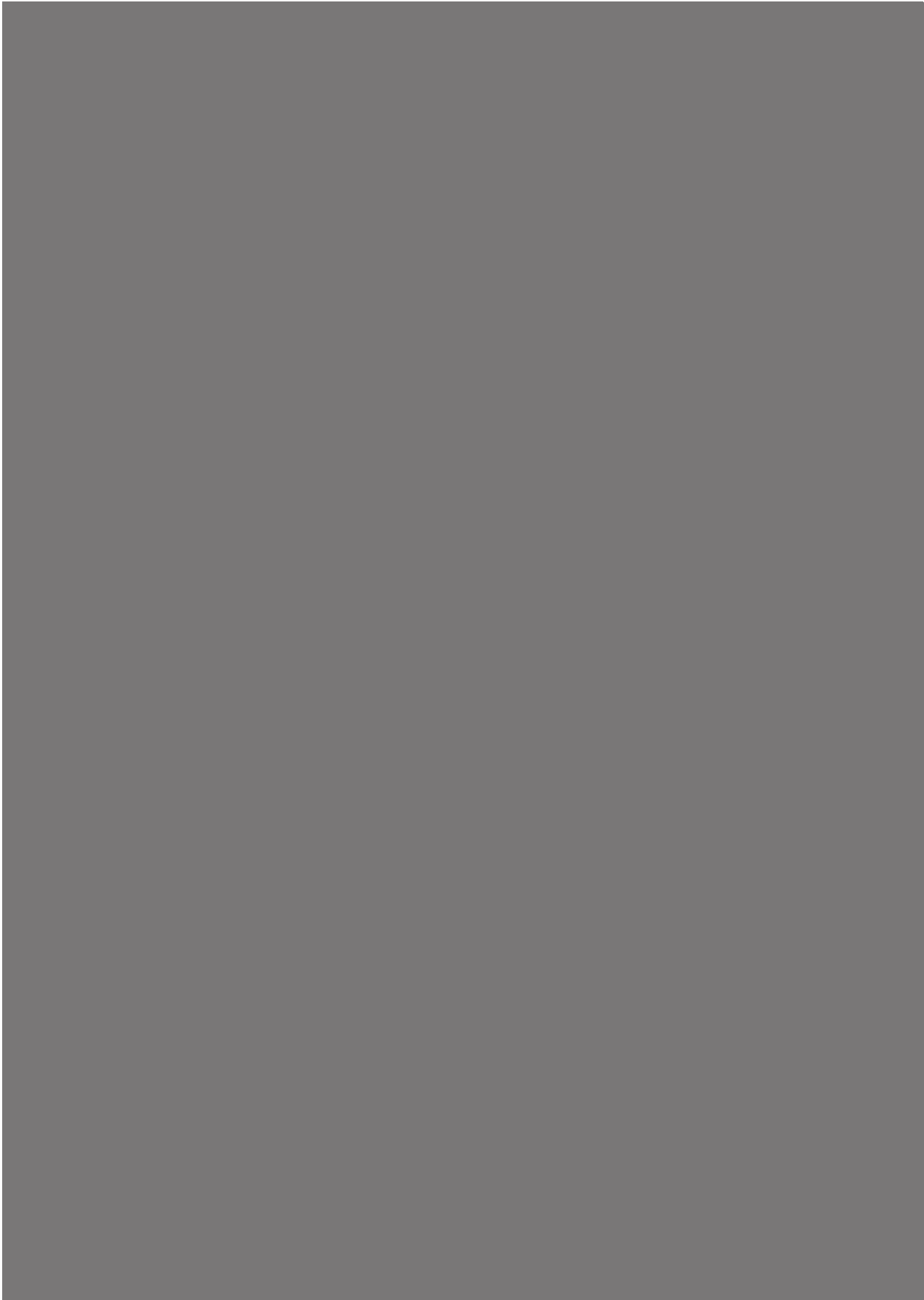
Initiativer fremadrettet

I boks 8.6 beskrives initiativer på handicapområdet for 2017 og frem.

Boks 8.6

Datainitiativer på handicapområdet

- Offentliggørelse af individdata om tildeling af hjælpemidler til borgere med handicap
- Det skal afklares, om der kan indhentes data om børn og unge med handicap, da der i dag kun indsamles oplysninger om personer, der er fyldt 18 år, med handicap,
- Implementering af nye krav efter sanering i statistikken om udsatte voksne og personer med handicap
- Det skal undersøges, om der kan indhentes dækkende data om personer, der modtager merudgiftsydelse og tabt arbejdsfortjeneste, og om der kan indhentes oplysninger om både forældrenes og børnenes cpr-nummer



Bilag 1: Modtagere af sociale indsatser på voksenområdet

Dette bilag giver et samlet overblik over voksne modtagere af indsatser efter serviceloven samt alkoholbehandling efter sundhedsloven.

Tabel 1
Modtagere af sociale indsatser

Indsats	Handicap	Sindslidelse / Socialt problem	Samlet
Dag- og døgnafstning (§ 84)	400	100	500
Socialpædagogisk støtte (§ 85) *)	19.700	23.900	39.700
Afløsning, personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp (§ 95)	300	-	300
Borgerstyret personlig assistance (§ 96)	1.600	-	1.600
Ledsagerordning (§ 97)	8.100	300	8.200
Kontaktperson for døvblinde (§ 98)	300	-	300
Speciallægelig og psykologisk behandling samt terapi (§ 102)	100	200	300
Stofmisbrugsbehandling (§ 101)	-	15.400	15.400
Alkoholbehandling (§ 141 i sundhedsloven)	-	12.900	12.900
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	8.000	1.500	9.200
Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	12.400	5.700	17.100
Midlertidigt ophold (§ 107)	6.300	4.100	9.500
Længerevarende ophold (**)	8.200	2.900	10.200
Socialpædagogisk støtte i botilbud (***)	2.400	900	3.100
Botilbud i alt ****)	16.200	7.700	21.900
Herberg og forsorgshjem (§ 110)	-	6.000	6.000
Modtagere i alt *****)	49.500	63.700	105.700

Anm.: 18 år og derover ultimo året. *) Opgjort eksklusiv, hvor der til ydelsen er registreret, at den leveres på et botilbud samt, hvor personen i samme kalenderår er registreret med et midlertidigt eller længerevarende botilbud. **) Længerevarende ophold omfatter §§ 108 og 192 i lov om social service og § 105 i lov om almene boliger samt lov om friplejeboliger. ***) Socialpædagogisk støtte i botilbud omfatter socialpædagogisk støtte efter § 85, hvor der til ydelsen er registreret et botilbud. ****) Botilbud i alt omfatter midlertidigt og længerevarende ophold samt socialpædagogisk støtte i botilbud. Registreringspraksis i forhold til socialpædagogisk støtte og botilbud varierer og der kan være usikkerhed forbundet med opgørelsen. *****) Modtagere i alt er antal unikke personer på tværs af alle ydelser, inkl. ydelser det er frivilligt for kommunerne at indberette, bl.a. merudgiftsydelse efter § 100. Stof- og alkoholmisbrugsbehandling samt herberg- og forsorgshjem er baseret på nationale registre. Øvrige indsatser er baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Modtagere i alt er beregnet på baggrund af det samlede antal unikke personer registreret i De Kommunale Serviceindikatorer samt personer i alkohol- eller stofmisbrugsbehandling med myndighedskommune blandt de ovennævnte 44 kommuner samt brugere af botilbud efter § 110 med bopælsadresse i de 44 kommuner. Modtagere i alt og modtagere af indsatser opgjort på baggrund af De Kommunale Serviceindikatorer er opregnet til landsplan på baggrund af indbyggertal vægtes med køn og alder og afrundet til nærmeste 100. Alkoholbehandling er baseret på modtagere i 2014.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Bilag 2: Dokumentation af beregning 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 enhedsudgifterne til de enkelte indsatser. De skal derfor tolkes med varsomhed.

Enhedsudgifterne er opgjort ved at sammenholde de årlige driftsudgifter til en given foranstaltning med antallet af helårspersoner, der har modtaget foranstaltningen i løbet af året. Driftsudgifterne er de samlede offentlige nettodriftsudgifter til en given indsats, dvs. før statsrefusion til kommunerne. Indtægter fra eventuel egenbetaling er fraregnet. Driftsudgifterne omfatter både direkte driftsudgifter samt foranstaltningens anslåede andel af udgifter, der ikke kan henføres til specifikke indsatser (udgifter til administration mv.). Driftsudgifterne bygger på oplysninger fra kommunernes regnskaber.

Antallet af helårspersoner er opgjort på baggrund af oplysninger fra en række forskellige registre (individdata), herunder registre fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, om modtagere af sociale foranstaltninger. Registerne indeholder bl.a. individoplysninger om start- og slutdato. På den baggrund er det muligt at optælle antallet af uger, hvor en given ydelse er blevet modtaget i løbet af et år.

De beregnede enhedsudgifter dækker en stor del af den sociale indsats ifølge serviceloven til de tre målgrupper: Udsatte børn og unge, udsatte voksne samt personer med handicap. Det er ikke muligt at beregne enhedsudgifter for en del af indsatsen. Enten fordi udgifterne ikke kan isoleres til målgrupperne, eller fordi der ikke er oplysninger om modtagerne. Det er bl.a. ikke muligt at opgøre enhedsudgifterne til støtte til hjælpemidler mv. (§§ 112-117), kvindekri-secentre (§ 109), særlige dagtilbud og særlige klubber (§§ 32 og 36) samt rådgivning og konsulentbistand mv. (§§ 11-12). Kontantydelse til dækning af merudgifter (§§ 41 og 100), tabt arbejdsfortjeneste (§ 42) og pasning af nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom (§ 118) indgår heller ikke i beregningerne.

Enhedsudgifter for udsatte børn og unge

Tabel 1 nedenfor redegør for de kommunale konti (funktioner/grupperinger) og registervariable, som indgår i beregningen af de enkelte enhedsudgifter for udsatte børn og unge. For eksempel fremgår kommunernes driftsudgifter til aflastningsordninger af funktion 5.28.21, gruppering 005 i det kommunale regnskabssystem. Antallet af uger i aflastningsordninger kan opgøres på baggrund af variabelen PGF=210 i Danmarks Statistiks register over forebyggende foranstaltninger til udsatte børn og unge.

Udgifterne til aflastningsordninger er en del af de samlede udgifter til forebyggende foranstaltninger (funktion 5.28.21). På funktionen fremgår en række udgifter, som ikke er fordelt på specifikke ydelser (ca. 14 pct. af de samlede udgifter). Det drejer sig om udgifterne på gruppering 014 (Børnehuse til undersøgelse ved overgreb eller mistanke herom), 200 (Ledelse og administration) og 999 (Sum af uautoriserede grupperinger). I beregningerne er disse udgifter fordelt på de øvrige grupperinger under funktionen med baggrund i grupperingernes udgiftsandel. For eksempel udgør udgifterne til aflastningsordninger 24,9 pct. af de samlede udgifter på 5.28.21, ekskl. gruppering 014, 200 og 999. 24,9 pct. af udgifterne på gruppering 014, 200 og 999 er derfor tillagt udgifterne til aflastningsordninger. Denne fremgangsmåde er anvendt generelt i beregningerne. Metoden er behæftet med usikkerhed, idet bl.a. udgifterne på gruppering 999 (Sum af uautoriserede grupperinger) måske kun vedrører en del af ydelserne under funktionen. Nogle enhedsudgifter kan dermed blive overvurderet og andre undervurderet. Alternativet, hvor udgifterne på gruppering 999 ikke medregnes, vil imidlertid også give et skævt billede af enhedsudgifterne.

Det bemærkes endvidere, at aktiviteten i udslusningsordninger (PGF=250) er fordelt på de forskellige typer af anbringelsessteder. Normalt betragtes udslusning som en forebyggende foranstaltning, men udgifterne er registreret under anbringelser.

Enhedsudgifter for udsatte voksne og mennesker med handicap

Tabel 2 redegør for de kommunale konti og registervariable, som indgår i beregningen af de enkelte enhedsudgifter for udsatte voksne samt personer med handicap. Enhedsudgifterne for de to målgrupper er opgjort under ét. Dels fordi udsatte voksne og personer med handicap i mange tilfælde får tildelt ydelser efter det samme lovgrundlag, dels fordi det er usikkert, om de anvendte kilder er præcise nok til at opgøre enhedsudgifterne for hver målgruppe for sig.

Beregningen af enhedsudgifterne for ophold på forsorgshjem samt behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug bygger på landsdækkende oplysninger. De øvrige enhedsudgifter er baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. Der er kun beregnet enhedsudgifter for de ydelser, hvor indberetningen til De Kommunale Serviceindikatorer er obligatorisk.

Når det gælder botilbud (§§ 107-108 i serviceloven) og botilbudslignende ophold (§ 105 i almenboligloven) i kombination med socialpædagogisk støtte (§ 85 i serviceloven), er der forskel på, hvordan kommunerne i praksis kombinerer og registrerer ydelserne. Opgørelsen af enhedsudgifterne til socialpædagogisk støtte, længerevarende ophold og midlertidigt ophold vurderes derfor at være mere usikker end opgørelsen af de øvrige enhedsudgifter.

Et andet usikkerhedsmoment er manglende afslutningsdatoer i registerdata for blandt andet indsatser i De Kommunale Serviceindikatorer og misbrugsbehandling. Hvis der ikke er oplysninger om en afslutningsdato, anses behandlingen for at være i gang. Særligt i registret for behandling af alkoholafhængighed er der mange forløb uden en afslutningsdato. Det kan afspejle, at mange personer er i mere eller mindre permanent behandling, fx med antabus. Men det kan også betyde, at enhedsudgiften er undervurderet.

Fortolkningen af enhedsudgifterne

Generelt giver enhedsudgifterne et klart billede af, at der er stor variation i udgifterne til den sociale indsats afhængig af hvilke foranstaltninger, den enkelte borger modtager. Fx varierer enhedsudgifterne til anbringelser af udsatte børn og unge fra 148.000 kr. i en netværksplejefamilie til knap 3,0 mio. kr. i en sikret døgninstitution, hvilket bl.a. afspejler forskellige problemer, udfordringer og behov hos det enkelte barn.

De beregnede enhedsudgifter fanger dog ikke den fulde variation. For det første kan en given paragraf (foranstaltning) dække over stor variation i den indsats, der ydes inden for rammerne af paragraffen. Fx har borgere i længerevarende botilbud (§ 108) vidt forskellige udfordringer og behov, hvorfor bl.a. omfanget af personaleressourcer, der går til den enkelte borger, vil variere. Det kan både gøre sig gældende inden for det enkelte tilbud, men også på tværs af tilbud, som i mange tilfælde er specialiserede/rettet mod bestemte målgrupper, fx personer med svære psykiske lidelser, personer med fysiske funktionsnedsættelser, personer med dobbeltbelastninger osv. (se fx Tilbudsportalen.dk).

For det andet dækker nogle af enhedsudgifterne over flere ydelser. Det gælder fx behandling for alkoholafhængighed, hvor data ikke giver mulighed for at skelne mellem ambulant, dag- og døgnbehandling. Det samme gør sig gældende for enhedsudgiften "Økonomisk støtte til indehaveren af forældremyndigheden mv.", som bl.a. dækker over udgifter, der bevirker, at en anbringelse uden for hjemmet kan undgås, udgifter, der kan bidrage til en stabil kontakt mellem forældre og barn under barnets anbringelse og udgifter til prævention.

For det tredje udtrykker enhedsudgifterne et gennemsnitsbeløb på tværs af kommuner. Enhedsudgifterne varierer sandsynligvis fra kommune til kommune bl.a. på grund af forskelle i tilrettelæggelsen af indsatsen. Hertil kommer ovennævnte variation i borgernes behov og udfordringer, som også kan give anledning til kommunale forskelle. Endelig skal man være opmærksom på, at enhedsudgifterne afspejler, at nogle ydelser typisk bliver tildelt i et begrænset antal timer pr. uge, fx ledsageordning, mens andre ydelser er på døgnbasis, fx opholdsydelser.

Den anvendte beregningsmetode kan i princippet benyttes til at opgøre enhedsudgifterne i den enkelte kommune. Man skal imidlertid være opmærksom på, at flere forhold bidrager til usikkerhed, hvis man bruger metoden til at præsentere enhedsudgifter på kommuneniveau. Mellemkommunale betalinger, hvor handlekommune og betalingskommune ikke er den samme (se Socialebegreber.dk), kan indebære en vis uoverensstemmelse mellem indsats og udgifter, idet indsatsen typisk registreres efter handlekommune, mens udgifterne til indsatsen registreres efter betalingskommune. Frit valg kan fx indebære, at en kommune får overdraget handleforpligtelsen, mens udgifterne til indsatsen stadig bliver afholdt af den oprindelige opholdskommune.

Tilgangen i kilderne kan også bidrage til usikkerhed i opgørelsen af enhedsudgifterne. Udgifterne til indsatsen bygger, som nævnt, på oplysninger fra de kommunale regnskaber. Disse angiver et samlet udgiftstal for hver af de sociale ydelser. Det vides derfor ikke, om opgørelsen af udgifterne er direkte koblet til den individualspecifikke 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.

Hvis man fremadrettet skal komme tættere på at opgøre retvisende enhedsudgifter på et mere detaljeret niveau, herunder i den enkelte kommune, forudsætter det, at både indsatsen og udgifterne hertil registreres på individniveau. Det er en del af Datastrategien på socialområdet at tilvejebringe et sådan datagrundlag for mindst 15 kommuner i 2020, jf. kapitel 8.

Tabel 1

Udsatte børn og unge

	Enhedsudgift, 2017-pl
Forebyggende foranstaltninger, Familiereftede	
Praktisk, pædagogisk og anden støtte i hjemmet § 52, stk. 3, nr. 4	92.000 kr.
Familiebehandling § 52, stk. 3, nr. 3	127.000 kr.
Døgnophold for familien § 52, stk. 3, nr. 4	930.000 kr.
Fast kontaktperson § 52, stk. 3, nr. 6	51.000 kr.
Anden hjælp § 52, stk. 3, nr. 9	196.000 kr.
Økonomisk støtte til indehaveren af forældremyndigheden mv. § 52, stk. 3, nr. 1 og § 52 a	46.000 kr.
Støtteperson til indehaveren af forældremyndigheden mv. §§ 54 og 54 a	34.000 kr.
Forebyggende foranstaltninger, Personreftede	
Aflastningsordninger § 52, stk. 3, nr. 5	176.000 kr.
Fast kontaktperson § 52, stk. 3, nr. 6	82.000 kr.
Formidling af praktikophold § 52, stk. 3, nr. 8	43.000 kr.

Tabel 1 (fortsat)

Udsatte børn og unge

	Enhedsudgift, 2017-pl
Anbringelsessted	
Plejefamilie, inkl. kommunal plejefamilie § 66, stk. 1, nr. 1 og 2	508.000 kr.
Netværksplejefamilie § 66, stk. 1, nr. 3	148.000 kr.
Eget værelse, kollegie eller kollegielignende opholdssted § 66, stk. 1, nr. 4	276.000 kr.
Socialpædagogisk opholdssted § 66, stk. 1, nr. 5	1.146.000 kr.
Kost- og efterskoler § 66, stk. 1, nr. 5	371.000 kr.
Skibsprojekt § 66, stk. 1, nr. 5	795.000 kr.
Døgninstitution § 66, stk. 1, nr. 6	1.091.000 kr.
Sikret døgninstitution mv. § 66, stk. 1, nr. 6	2.953.000 kr.
Uoplyst	686.000 kr.

Anm.: 2017-pl. Opgjort som de samlede offentlige nettodriftsudgifter pr. helårsperson. Enhedspriserne for de personrettede og familierettede forebyggende foranstaltninger er baseret på aktivitets- og udgiftstal fra 2014.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 2
Udsatte børn og unge, dokumentation

	Modtagere (registervariable)	Bemærkninger
Forebyggende foranstaltninger, Familierettede		
Praktisk, pædagogisk og anden støtte i hjemmet §52, stk. 3, nr. 4 (5.28.21.002)	PGF = 415	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Familiebehandling § 52, stk. 3, nr. 3 (5.28.21.002)	PGF = 420	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Døgnophold for familien § 52, stk. 3, nr. 4 (5.28.21.004)	PGF = 425	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Fast kontaktperson § 52, stk. 3, nr. 6 (5.28.21.008)	PGF = 430	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Anden hjælp § 52, stk. 3, nr. 9 (5.28.21.010)	PGF = 440, 275	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Økonomisk støtte til indehaveren af forældremyndigheden mv. § 52, stk. 3, nr. 1 og § 52 a (5.28.21.011)	PGF = 404, 406, 407, 445, 450, 451, 452	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Støtteperson til indehaveren af forældremyndigheden mv. §§ 54 og 54 a (5.28.21.013)	PGF = 435, 245	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999. Hovedparten (99 pct.) af aktiviteten er familierettede foranstaltninger (PGF=435).
Forebyggende foranstaltninger, Personrettede		
Aflastningsordninger § 52, stk. 3, nr. 5 (5.28.21.005)	PGF = 210	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Fast kontaktperson § 52, stk. 3, nr. 6 (5.28.21.007)	PGF = 220, 230, 270, 271, 272, 280, 290	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.
Formidling af praktikophold § 52, stk. 3, nr. 8 (5.28.21.009)	PGF = 240	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.21.014, 5.28.21.200 og 5.28.20.999.

Tabel 2 (fortsat)

Udsatte børn og unge, dokumentation

	Modtagere (Registervariable)	Bemærkninger
Anbringelsessted og funktion		
Plejefamilie, inkl. kommunal plejefamilie § 66, stk. 1, nr. 1 og 2 (5.28.20.001 5.28.20.008)	SGSTED = 100, 130, 140 PGF = 110, 120, 130, 150, 160, 170, 180, 199	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.009, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning)
Netværksplejefamilie § 66, stk. 1, nr. 3 (5.28.20.002)	SGSTED = 100, 120 PGF = 110, 120, 130, 150, 160, 170, 180, 199	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.009, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. 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)	SGSTED = 600, 120 PGF = 110, 120, 130, 150, 160, 170, 180, 199	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.009, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning)
Socialpædagogisk opholdssted § 66, stk. 1, nr. 5 (5.28.20.003)	SGSTED = 400, 130, 140 PGF = 110, 120, 130, 150, 160, 170, 180, 199	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.009, 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. 5 (5.28.20.004)	SGSTED = 500, 130, 140 PGF = 110, 120, 130, 150, 160, 170, 180, 199	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.009, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning)
Skibsprojekt § 66, stk. 1, nr. 5 (5.28.20.006)	SGSTED = 700, 130, 140 PGF = 110, 120, 130, 150, 160, 170, 180, 199	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.28.20.007, 5.28.20.009, 5.28.20.092 og 5.28.20.999. Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning). Der er ganske få anbragte i skibsprojekt, hvorfor den beregnede enhedsudgift er relativt usikker.

Tabel 2 (fortsat)

Udsatte børn og unge, dokumentation

	Modtagere (Registervariable)	Bemærkninger
Anbringelsessted og funktion (fortsat)		
Døgninstitution § 66, stk. 1, nr. 6 (5.28.23)	STSTED = 200, 220, 230, 240, 800 PGF = 110, 120, 150, 180, 199	Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning).
Sikret døgninstitution mv. § 66, stk. 1, nr. 6 (5.28.24)	STSTED = 210 PGF = 110, 120, 150, 180, 199 STSTED = Alle i kombination med PGF = 130, 160, 170	Inkl. en forholdsmæssig andel af aktiviteten på PGF=250 (udslusning). Endvidere indgår perioder, hvor anbragte børn og unge er i Kriminalforsorgens varetægt (PGF=130, 160, 170), idet udgifterne hertil indgår på 5.28.24.

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 STSTED er dokumenteret her: <http://dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/boern-og-unge/ststed>. Udgifterne bygger på tal fra de kommunale regnskaber og omfatter kun driftsudgifter (dranst=1). En dokumentation af den kommunale kontoplan findes på følgende link: <http://budregn.sim.dk/budget-og-regnskabssystem-for-kommuner.aspx>.

Kilde: De kommunale regnskaber samt egne beregninger på registerdata.

Tabel 3**Udsatte voksne og personer med handicap**

	Enhedsudgift, 2017-pl
Borgerstyret personlige assistance § 96	1.355.000 kr.
Socialpædagogisk støtte mv. §§ 85 og 102	168.000 kr.
Ophold på forsorgshjem/herberg § 110	419.000 kr.
Alkoholmisbrugsbehandling § 141 i sundhedsloven	41.000 kr.
Stofmisbrugsbehandling (dagbehandling) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven	71.000 kr.
Stofmisbrugsbehandling (døgn) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven	707.000 kr.
Længerevarende ophold § 108	1.061.000 kr.
Midlertidigt ophold § 107	872.000 kr.
Kontaktperson for døvblinde § 98	209.000 kr.
Ledsageordning § 97	30.000 kr.
Beskyttet beskæftigelse § 103	135.000 kr.
Aktivitets- og samværsydelse § 104	158.000 kr.

Anm.: 2017-pl. Opgjort som de samlede offentlige nettodriftsudgifter pr. helårsperson i 2016, stofmisbrugsbehandling dog i 2015 og alkoholbehandling i 2014. Tal for alkohol- og stofmisbrugsbehandling samt herberg og forsorgshjem er baseret på nationale registerdata og udgifter på landsplan. Øvrige indsatser er baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016. De Kommunale Serviceindikatorer er indberettet af handlekommune, der ikke nødvendigvis er betalingskommune. Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifter kontoret på grp. 200 (ledelse og administration) og 999 (uautoriserede grupperinger) samt evt. egenbetaling for nogle ydelser.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Tabel 4

Udsatte voksne og personer med handicap, dokumentation

	Modtagere (Registervariable)	Bemærkninger
Borgerstyret personlige assistance § 96 (5.32.32.003)	MODT_YDELSE_KO DE = 1.13.2	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.32.32.200 og 5.32.32.999.
Socialpædagogisk støtte mv. §§ 85 og 102 (5.32.33.004, 5.38.50.005, 5.38.52.005)	MODT_YDELSE_KO DE = 1.12, 1.12.1-1.12.7, 1.3.1, 1.3.2, 1.3.4	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.32.33.200, 5.32.33.999, 5.38.50.200, 5.38.50.999, 5.38.52.200 og 5.38.52.999. Enhedsudgiften omfatter også udgifter og modtagere vedr. § 102. [75] pct. af udgifterne på 5.38.50.005 og 5.38.52.005 er medregnet, idet grupperingerne også omfatter udgifter til §§ 83, 84 og 86 for personer i botilbud. Dette har dog begrænset betydning for den beregnede enhedsudgift.
Ophold på forsorgshjem/herberg § 110 (5.38.42.001)	Alle forløb i registeret	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.42.092 og 5.38.42.999.
Alkoholmisbrugsbehandling § 141 i sundhedsloven (5.38.44)	TXUDGIFT=01	Modtagerdata giver ikke mulighed for at adskille behandlingsforløbene i ambulant, dag- og døgnbehandling. Hovedparten af udgifterne går til ambulant behandling og dagbehandling.
Stofmisbrugsbehandling (dagbehandling) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven (5.38.45.001)	K-BEHINT = Ambulant behandlingsintensitet, Dagbehandlingsintensitet	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.45.092, 5.38.45.200 og 5.38.45.999.
Stofmisbrugsbehandling (døgn) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven (5.38.45.002)	K-BEHINT = Døgnbehandlingsintensitet	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.45.092, 5.38.45.200 og 5.38.45.999. Inkl. udgifter til §§ 83-86 samt § 102 ifm. behandlingen.
Længerevarende ophold § 108 (5.38.50 (ex. gruppering 005))	MODT_YDELSE_KO DE = 1.8.1 MODT_TILB_KODE = 3.1.0, 3.1.1	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.50.200 og 5.38.50.999.
Midlertidigt ophold § 107 5.38.52 (ex. gruppering 005)	MODT_YDELSE_KO DE = 1.8.2 MODT_TILB_KODE = 3.5	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.52.200 og 5.38.52.999.
Kontaktperson for døvblinde § 98 (5.38.53.003)	MODT_YDELSE_KO DE = 1.13.3	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.53.999.

Tabel 4 (fortsat)**Udsatte voksne og personer med handicap, dokumentation**

	Modtagere (Registervariable)	Bemærkninger
Kontaktperson for døv- blinde § 98 (5.38.53.003)	MODT_YDELSE_KO DE = 1.13.3	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.53.999.
Ledsageordning § 97 (5.38.53.004)	MODT_YDELSE_KO DE = 1.13.4	Inkl. en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.53.999.
Beskyttet beskæftigelse § 103 5.38.58	MODT_YDELSE_KO DE = 1.4	-

Anm.: Se bilag 1 for kilde til opgørelse af modtagere.

Kilde: De kommunale regnskaber samt egne beregninger på registerdata.

Bilag 3: Udsatte børn og unge

Dette bilag giver en detaljeret beskrivelse af, hvordan udsatte børn og unge er afgrænset. Desuden viser bilaget fordelinger på køn og alder for forskellige sociale foranstaltninger til udsatte børn og unge. Endelig indeholder bilaget en opgørelse af kriminalitet blandt udsatte børn og unge, der supplerer analyserne i kapitel 7.

I Boks 1 er afgrænsningen af udsatte børn og unge beskrevet.

Boks 1**Afgrænsning udsatte børn og unge**

Udsatte børn og unge vedrører 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. For en detaljeret beskrivelse af paragrafkoderne se bilag 6 boks 1.

Børn og unge mellem 15 og 17 år kan også anbringes uden for hjemmet af strafferetlige årsager ved dom, når opholdet er led i afsoning, jf. § 78 i straffuldbyrdelsesloven, eller en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling på et anbringelsessted, jf. § 74 a i straffeloven (ungdomssanktion). Hertil kommer anbringelser ved kendelse i varetægtsurrogat på et anbringelsessted, jf. § 765 i retsplejeloven. Disse personer indgår også i målgruppen af udsatte børn og unge.

Der har siden 1977 været indsamlet registerdata (individdata) vedrørende anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger, jf. Danmarks Statistiks register for udsatte børn og unge. I 2014 er statistikken udbygget med individdata for modtagere af familierettede forebyggende foranstaltninger. Den sociale indsats efter serviceloven i forhold til udsatte børn og unge er dog ikke fuldt belyst af registerdata. Det drejer sig bl.a. om den forebyggende indsats under § 11, idet der ikke er pligt til en børnefaglig undersøgelse eller særskilt journalpligt i tilknytning hertil.

Udsatte børn og unge, 0-17 år

Hvis et barn eller en ung person under 18 år har brug for særlig støtte, skal kommunen undersøge forholdene og iværksætte en eller flere relevante foranstaltninger. En foranstaltning kan enten være i form af en forebyggende indsats eller en anbringelse uden for hjemmet. Eksempler på forebyggende indsatser er familiebehandling, aflastningsophold eller en fast kontaktperson. Anbringelser uden for hjemmet kan for eksempel være i en plejefamilie, på en døgninstitution eller på et socialpædagogisk opholdssted. Et behov for støtte kan skyldes forhold i familien, fx at forældrene af forskellige årsager ikke kan varetage omsorgen for barnet. Eller forhold, der knytter sig til barnet eller den unge selv, fx adfærdsproblemer eller en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

Udsatte børn og unge, 18-22 år

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 udslusningsordning fra et tidligere anbringelsessted.

Fordelinger på køn og alder

Tabel 1 viser fordelinger på køn og alder for forskellige sociale foranstaltninger til udsatte børn og unge.

Tabel 1

Udsatte børn og unge

	Anbragt	Forebyggende foranstaltninger, Personrettede	Forebyggende foranstaltninger, Familierettede	I alt
----- Antal personer -----				
Køn				
Mænd	8.749	12.581	22.602	34.450
Kvinder	7.346	9.240	19.473	28.219
I alt	16.095	21.821	42.075	62.669
Alder				
0-5-årige	1.595	1.142	7.086	8.173
6-10-årige	2.579	3.315	10.416	13.124
11-14-årige	3.471	5.130	10.833	14.959
15-17-årige	4.951	6.461	11.083	16.741
18-22-år	3.499	5.773	2.657	9.672
I alt	16.095	21.821	42.075	62.669

Anm.: Udsatte børn og unge omfatter alle 0-22-årige, der var anbragt uden for hjemmet eller modtog en forebyggende foranstaltning i 2015. Forebyggende foranstaltninger omfatter både familie- og personrettede forebyggende foranstaltninger. Den samme person kan både have været anbragt uden for hjemmet og modtaget en eller flere forebyggende foranstaltninger i løbet af 2015. Alderen er opgjort medio året. Personer, der fyldte 23 år i første halvår 2015, er medregnet som 22-årige.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Opgørelse af kriminalitet blandt udsatte børn og unge

Boks 2 indeholder supplerende tabeller til analyserne i kapitel 7.

Boks 2

Kategorisering af sigtelser for overtrædelse af straffeloven

Kategoriseringen af sigtelser for overtrædelser af straffeloven i kapitel 7 er baseret på gerningskoden SIG_GER7, der indgår i Danmarks Statistiks registre over sigtelser og domme. Koden beskriver, hvilken lovovertrædelse der ligger til grund for sigtelsen. Kategoriseringen samt gerningskoder er beskrevet i tabel a nedenfor.

Tabel a

	Gerningskode	Beskrivelse
Tyveri	1328	Tyveri fra bil, båd mv.
	1332	Butikstyverier mv.
	1336	Andre tyverier
	1339	Tyv./brugstyv. af indregistreret køretøj
	1342	Tyv./brugstyv. af knallert
	1345	Tyv./brugstyv. af cykel
	1348	Tyv./brugstyv. af andet
Hærværk	1351	Ulovlig omgang med hittegods
	1390	Hærværk
Vold	1312	Brandstiftelse
	1210	Vold o.l. mod offentlig Myndighed
	1252	Simpel vold
	1255	Alvorligere vold
	1258	Særlig alvorlig vold
1260	Vold mod sagesløs	
Røveri	1380	Røveri
Andet	-	Øvrige overtrædelser af straffeloven

Boks 2 (fortsat)**Overtrædelser af færdselsloven og øvrige særlove**

I kapitel 7 om kriminalitet blandt udsatte børn og unge er kriminalitet opgjort som sigtelser og domme for overtrædelser af straffeloven. Overtrædelser af færdselsloven og øvrige særlove indgår ikke. Andelen af udsatte børn og unge, der er blevet sigtet for en lovovertrædelse, stiger dog ikke markant, hvis man også inkluderer overtrædelser af færdselsloven og øvrige særlove. Hvor det er 28 pct. blandt udsatte børn og unge, der alene har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, er det 33 pct., der har været sigtet for en lovovertrædelse, når man inkluderer overtrædelser af færdselsloven og øvrige særlove, jf. tabel b.

Tabel b

	Udsatte børn og unge	Øvrige
	----- Pct. -----	
Sigtet, straffeloven	28,1	4,6
Sigtet, straffeloven samt øvrige særlove	30,4	5,8
Sigtet, straffeloven, færdselsloven og øvrige særlove	33,0	7,9

Anm.: 17-19-årige i 2015, der er sigtet for en lovovertrædelse, før de er fyldt 18 år. "Udsatte børn og unge" omfatter personer, der har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning i alderen 0-17 år.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Kriminalitet blandt udsatte børn og unge og etnicitet

Børn og unge, der ikke er født i Danmark, udgør en særlig delgruppe, når man ønsker at se på, hvornår udsatte børn og unge begår kriminalitet første gang. Alder ved indvandring har også en naturlig betydning for, hvor tidligt kommunen kan iværksætte en social foranstaltning.

Hvis man sammenligner indvandrere med efterkommere, der både har modtaget en social foranstaltning og har været sigtet for en overtrædelse af straffeloven, er der imidlertid kun en meget lille forskel på, hvor stor en andel der begik kriminalitet hhv. før og efter den sociale indsats. Blandt både indvandrere og efterkommere er det således 57 pct., der ikke havde modtaget en social foranstaltning, da de blev sigtet for en overtrædelse af straffeloven første gang, jf. tabel c.

Tabel c

	Etniske danskere	Efterkommere	Indvandrere
	----- Antal -----		
Personer	4.097	726	398
	----- Pct. -----		
Foranstaltning iværksat før første sigtelse	59,3	43,0	42,7
Modtog ingen foranstaltning før første sigtelse	40,7	57,0	57,3
I alt	100	100	100

Anm.: 17-19-årige i 2015, der har været anbragt uden for hjemmet eller modtaget en personrettet forebyggende foranstaltning i alderen 0-17 år.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Bilag 4: Udsatte voksne

Dette bilag giver en detaljeret beskrivelse af, hvordan udsatte voksne er afgrænset, og hvor mange udsatte voksne der er, når man opdeler på indsatser, køn og alder.

Desuden belyses den geografiske fordeling af tilbud til socialt udsatte voksne i form af forsorghjem og herberger samt alkohol- og stofmisbrugsbehandlingstilbud.

I Boks 1 er afgrænsningen af udsatte voksne, herunder socialt udsatte voksne og voksne med psykiske vanskeligheder, beskrevet.

Boks 1**Afgrænsning udsatte voksne**

Udsatte voksne er i denne redegørelse afgrænset til personer over 18 år, som på grund af psykiske vanskeligheder eller særlige sociale problemer modtager en indsats efter serviceloven, samt personer, der modtager alkoholbehandling efter sundhedsloven.

Socialt udsatte voksne

Socialt udsatte voksne omfatter personer i stofmisbrugs- og alkoholbehandling, personer med ophold på forsorgshjem samt personer, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse og botilbud mv. på grund af særlige sociale problemer.

Personer i stofmisbrugsbehandling omfatter personer, der har modtaget stofmisbrugsbehandling mindst 1 dag efter servicelovens §101, og er registreret i registret "Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere" (VBGS). Opgørelsen omfatter ikke personer i anonym stofmisbrugsbehandling eller personer, som modtager behandling ved Kriminalforsorgen.

Socialstyrelsen har i forbindelse med indberetninger for 2014 foretaget en gennemgang af kommunernes indberetninger. Der er en række kommuner, som vurderes ikke at have indberettet data eller indberettet ukomplet. Det gælder Ringsted, Lolland, Samsø, Mariagerfjord, Aarhus, Ikast-Brande, Skive, Ishøj, Egedal, Vejen og Hvidovre kommuner.

Personer i alkoholbehandling omfatter personer, der modtager offentligt finansieret alkoholbehandling efter sundhedslovens §141 og er registreret i "Det Nationale Alkoholbehandlingsregister" (NAB). Personer i anonym alkoholbehandling indgår ikke i opgørelsen.

Det bemærkes at ikke alle institutioner har indberettet komplette data for 2014. Der er i alt registreret omkring 15.800 personer i NAB, som i 2014 har været i offentligt finansieret alkoholbehandling. Se også Sundhedsdatastyrelsen (2016).

Personer med ophold på forsorgshjem eller herberger omfatter brugere af forsorgshjem, herberger, krisecentre og familieinstitutioner mv. efter servicelovens § 110, som er registreret i botilbudsstatistikken.

Personer, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse, botilbud og øvrige indsatser omfatter personer, der modtager en social indsats efter serviceloven, og er registreret i De Kommunale Serviceindikatorer i målgruppen "Socialt problem".

Gruppen er opregnet til landsplan på baggrund af registreringer fra de 44 kommuner, som har registreret data for 2014-2016. Se bilag 5 for yderligere oplysninger om opgørelsesmetode og de indsatser, der er registreret i De Kommunale Serviceindikatorer.

Voksne med psykiske vanskeligheder

Udsatte voksne med psykiske vanskeligheder omfatter personer, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse og botilbud mv. på grund af en sindslidelse.

Personer, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse, botilbud og øvrige indsatser omfatter personer, der modtager en social indsats efter serviceloven, og er registreret i De Kommunale Serviceindikatorer i målgruppen "Sindslidelse" (psykisk lidelse).

Gruppen er opregnet til landsplan på baggrund af registreringer fra de 44 kommuner, som har registreret data for 2014-2016. Se bilag 5 for yderligere oplysninger om opgørelsesmetode og de indsatser, der er registreret i De Kommunale Serviceindikatorer.

Fordelinger på køn og alder

I tabel 1 er antallet af socialt udsatte voksne socialt udsatte voksne på forsorgshjem og herberger og i stofmisbrugs- eller alkoholbehandling opdelt på køn og alder.

Tabel 1

Socialt udsatte voksne på forsorgshjem og herberger eller i stofmisbrugs- eller alkoholbehandling, opdelt på køn og alder, 2015

	Alkohol- behandling*	Stofmisbrugs- behandling	Forsorgshjem og herberger
----- Antal personer -----			
Køn			
Mænd	8.800	11.500	4.600
Kvinder	4.100	3.900	1.400
I alt	12.900	15.400	6.000
Alder			
18-29-årige	800	5.700	1.400
30-39-årige	1800	3.200	1.100
40-49-årige	3.600	3.200	1.600
50-64-årige	5.300	2.900	1.700
65 år eller derover	1.300	200	200
I alt	12.900	15.400	6.000

Noter: *Alkoholbehandling omfatter personer i alkoholbehandling i 2014.

Anm.: Se boks 1 for opgørelse af socialt udsatte voksne. Afrundinger kan medføre, at tallene ikke summer til totalen.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

I tabel 2 er antallet af socialt udsatte voksne, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse botilbud mv. opdelt på køn og alder.

Tabel 2

Socialt udsatte voksne, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse, botilbud samt øvrige, opdelt på alder og køn, 2015

	Socialpædagogisk støtte	Aktivitets- og samværsydelse	Botilbud	Øvrige
----- Antal personer -----				
Køn				
Mænd	2.900	600	1.900	1.300
Kvinder	1.800	500	1.000	600
I alt	4.700	1.200	2.900	1.900
Alder				
18-29-årige	1.300	200	1.100	800
30-39-årige	900	200	500	300
40-49-årige	1.100	200	500	400
50-64-årige	1.200	400	600	400
65 år eller derover	200	100	200	100
I alt	4.700	1.200	2.900	1.900

Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Se boks 1 for opgørelse af socialt udsatte voksne. Afrundinger kan medføre, at tallene ikke summer til totalen.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

I tabel 3, er antallet af voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse, botilbud mv opdelt på køn og alder.

Tabel 3

Voksne med psykiske vanskeligheder, der modtager socialpædagogisk støtte, aktivitets- og samværsydelse, botilbud samt øvrige, opdelt på alder og køn, 2015

	Socialpædagogisk støtte	Aktivitets- og samværsydelse	Botilbud	Øvrige
	----- Antal personer -----			
Køn				
Mænd	9.500	2.200	3.600	1.500
Kvinder	11.900	2.800	2.400	1.500
I alt	21.500	5.000	6.000	3.100
Alder				
18-29-årige	5.400	1.000	1.900	700
30-39-årige	4.800	800	900	600
40-49-årige	4.900	1.200	1.100	700
50-64-årige	5.200	1.700	1.600	900
65 år eller derover	1.100	400	500	200
I alt	21.500	5.000	6.000	3.100

Anm.: Baseret på 44 kommuner, der indgår i De Kommunale Serviceindikatorer i perioden 2014-2016, og opregnet til landsplan p.b.a. indbyggertal. Se boks 1 for opgørelse voksne med psykiske vanskeligheder. Afrundinger kan medføre, at tallene ikke summer til totalen.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Geografisk fordeling af tilbud til socialt udsatte voksne

Det er kommunerne, der skal sørge for, at der er de nødvendige tilbud efter serviceloven (forsyningspligt, jf. servicelovens § 4), der hvor kommunerne har forsyningsforpligtelsen. Kommunerne kan løfte sit forsyningsansvar ved brug af egne tilbud, regionale tilbud eller private tilbud. Der kan endvidere indgås samarbejde med andre kommuner og regioner. Kommunalbestyrelsen skal inddrage både faglige og økonomiske hensyn, når der skal træffes afgørelse, men hensynet til kommunernes økonomi kan dog aldrig stå alene.

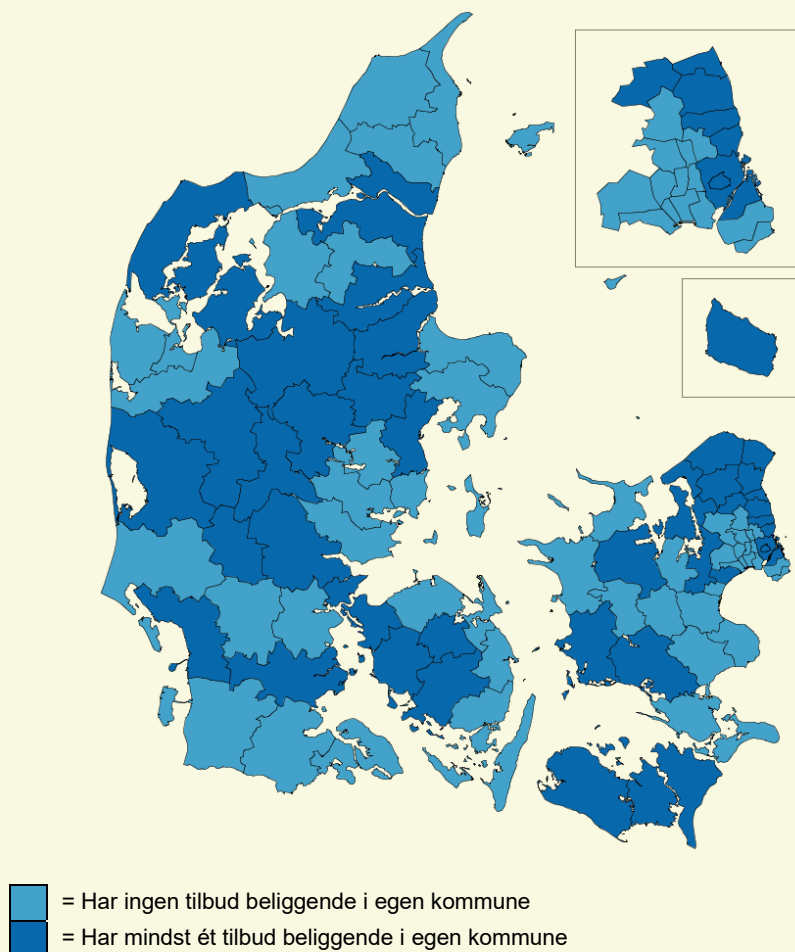
På sundhedsområdet er regioner og kommuner ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder indsatser vedrørende forebyggelse, sundhedsfremme og behandling (§ 4). Bestemmelsen gælder også tilbud om alkohol-behandling (§ 141).

Tilbud til socialt udsatte voksne er geografisk spredt over hele landet, men ikke alle kommuner har tilbud til socialt udsatte voksne beliggende i egen kommune. Disse kommuner køber i stedet pladser hos kommunale, regionale eller private tilbud beliggende i andre kommuner.

I dette bilag er tilbud til udsatte voksne i form af henholdsvis stofmisbrugsbehandlingstilbud, alkoholbehandlingstilbud og forsorgshjem og herberger opgjort på kommuneniveau. Datagrundlaget beror på tilbuddenes egen indberetning til Tilbudsportalen. Tilbudsportalen er et landsdækkende register og registrering er lovpligtig. Alle oplysninger på Tilbudsportalen er godkendt af tilbuddenes tilsynsførende myndighed. Se Tilbudsportalen.dk for yderligere information.

Figur 1

Kommuner med tilbud om stofmisbrugsbehandling til socialt udsatte voksne, 2016

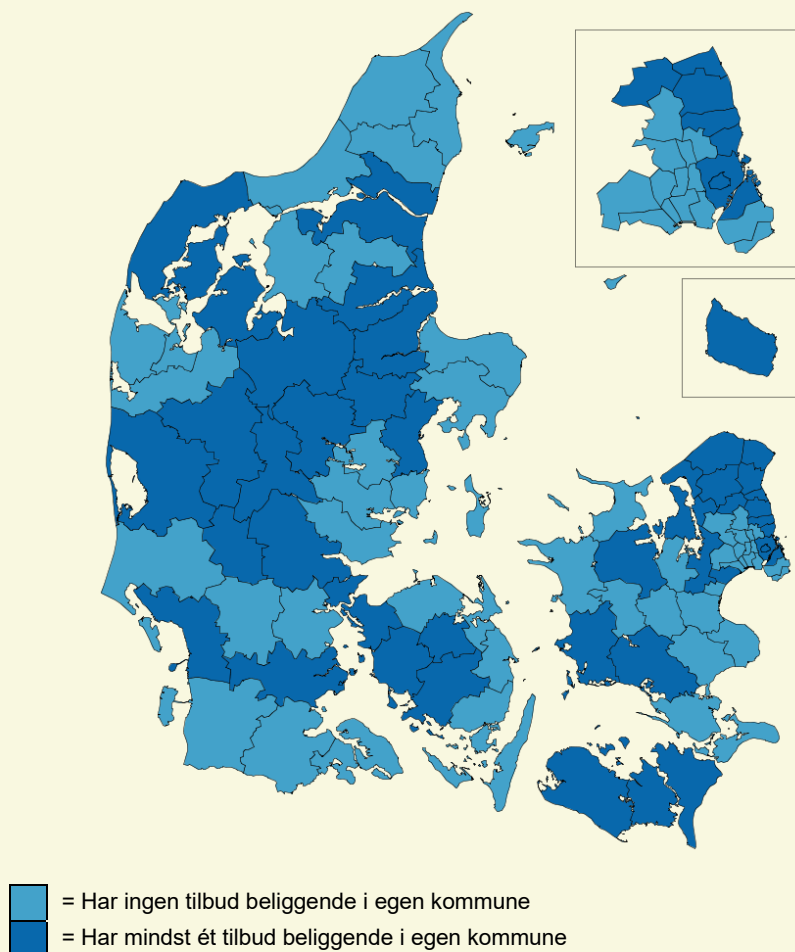


Anm.: Opgjort ultimo 2016. Figuren viser stofmisbrugsbehandlingstilbud beliggende i den pågældende kommune. Tilbuddene kan være kommunalt, regionalt eller privat ejet.

Kilde: Egne beregninger på udtræk fra Tilbudsportalen.

Figur 2

Kommuner med tilbud om alkoholbehandling til socialt udsatte voksne, 2016

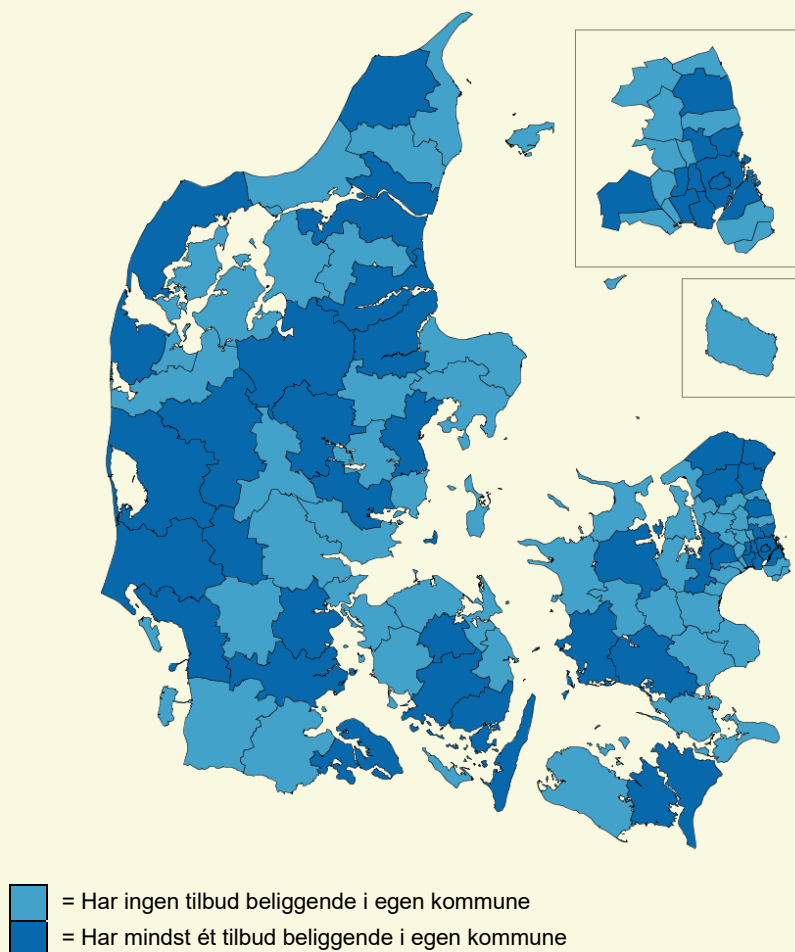


Anm.: Opgjort ultimo 2016. Figuren viser tilbud om alkoholbehandling beliggende i den pågældende kommune. Tilbuddene kan være kommunalt, regionalt eller privat ejet.

Kilde: Egne beregninger på udtræk fra Tilbudsportalen.

Figur 3

Kommuner med tilbud til socialt udsatte voksne om ophold på forsorgshjem og herberg, 2016



Anm.: Opgjort ultimo 2016. Figuren opgør tilbud om ophold på forsorgshjem og herberg beliggende i den pågældende kommune. Tilbuddene kan være kommunalt, regionalt eller privat ejet. Opgørelsen er korrigeret for kendte fejlindberetninger.

Kilde: Egne beregninger på udtræk fra Tilbudsportalen.

Bilag 5: Voksne med handicap

Dette bilag giver en detaljeret beskrivelse af, hvordan voksne med handicap er opgjort i redegørelsen. Desuden vises fordelinger på køn og alder for forskellige typer af handicap og for modtagere af udvalgte indsatser efter serviceloven.

Endelig indeholder kapitlet en beskrivelse af opgørelsen af diagnosegrupperne, der er benyttet i redegørelsen.

Indsatser efter serviceloven

Personer med handicap er opgjort som modtagere af indsatser efter serviceloven. Datagrundlaget er Danmarks Statistiks register De Kommunale Serviceindikatorer.

De Kommunale Serviceindikatorer er baseret på kommunale indberetninger på individniveau om ydelser efter serviceloven til borgere med nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne, herunder sindslidende samt socialt udsatte, der modtager handicaprelaterede ydelser. I analysen indgår alene borgere i målgrupperne fysisk og kognitivt handicap.

Der benyttes data fra offentliggørelsen af registret fra foråret 2017. I analysen indgår der 44 kommuner, der har godkendt data i hele perioden 2014-2016. Hvor der vises tal for det samlede antal modtagere er der opregnet til landsplan på baggrund af køns- og aldersspecifikke vægte. Vægtene er dannet som forholdet mellem antallet af indbyggere på landsplan i forhold til antallet af indbyggere i de 44 kommuner. Analysen i redegørelsens kapitel om Handicap, diagnoser og beskæftigelse er baseret på modtagere af indsatser i løbet af 2014 i alderen 18-64 år pr. 1. januar 2015.

I analysen indgår alle registrerede ydelser, herunder også de ydelsestyper det er frivilligt for kommunen at indberette. Oplysninger om både ydelse, tilbud og målgruppe (type af handicap) stammer fra handlekommunens registrering og er dermed kommunens vurdering. Hertil kommer det forhold, at kommunerne kan arbejde med forskellige servicestandarder, hvilket kan give en variation i, hvem der er inkluderet i målgruppen på tværs af kommuner.

Nedenfor beskrives de ydelser, der fylder mest i datamaterialet. En fuldstændig liste over ydelser, tilbud og målgrupper kan findes på Danmarks Statistiks hjemmeside under emnesiden Handicapområdet, ligesom der på statistikbanken kan trækkes en række fordelinger for antal af fuldtidsydelser.

§ 85 socialpædagogisk støtte mv.

Socialpædagogiske og andre støtteforanstaltninger efter servicelovens § 85 henvender sig til voksne med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Støtten henvender sig til en meget bred gruppe af borgere, der omfatter eksempelvis personer med et fysisk handicap, autisme, udviklingshæmning, hjerneskade, sindslidelser og hjemløse. Socialpædagogisk støtte kan bestå af rigtig mange former for hjælp og støtte afhængigt af borgerens konkrete situation og behov. Overordnet er formålet at sikre, at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser.

I mange kommuner betegnes en del § 85-støtte ofte som "bostøtte" eller en "hjemmevejleder", der kan støtte borgeren i en række forskellige konkrete opgaver, eksempelvis:

- Hjælp til selvhjælp på praktiske områder (optræning i påklædning, rengøring, madlavning, spisning og pædagogisk ledsagelse på indkøb og udflugter mv.)
- Struktur på dagligdagen (tilknytning til meningsfulde aktiviteter, uddannelse, fritid mv.).
- Støtte til udvikling og fastholdelse af sociale kompetencer, relationer, varetagelse af forælderrolle, seksualitet mv.
- Støtte i kontakt til offentlige myndigheder, behandlingstilbud mv. samt post- og økonomihåndtering mv.

Socialpædagogisk bistand ydes uafhængigt af boform, idet støtten både kan gives til beboere i botilbud, bofællesskaber, opgangsfællesskaber, boligafdelinger for socialt udsatte, selvstændig bolig mv.

§ 107 botilbud - midlertidigt ophold

Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107) henvender sig til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Herudover skal kommunen tilbyde midlertidigt ophold til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.

Der kan ikke sættes tidsmæssige grænser for midlertidige ophold. Det afgørende for opholdets varighed er enten, at formålet med opholdet er opfyldt, og den pågældende kan klare sig uden den støtte, der ydes i den midlertidige boform, eller, at kommunen vurderer, at borgeren skal have tilbud om fx en almen ældre- og handicapbolig eller et længerevarende ophold på et botilbud efter § 108 i serviceloven.

Boformen anvendes eksempelvis til:

- Midlertidigt ophold til personer med erhvervet hjerneskade eller sindslidelser med henblik på afprøvning af fremtidige bomuligheder.
- Midlertidigt ophold til personer med henblik på aflastning, weekendophold, optræning, udslusning samt stabilisering og forbedring af borgerens funktionsniveau.

§ 108 botilbud – længerevarende ophold

Botilbud til længerevarende ophold (§ 108) henvender sig til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis. Boformen har længerevarende og permanent karakter, og i bekendtgørelse om lejerrettigheder er beboeren givet en række rettigheder svarende til dem, som lejere af almene ældre- og handicapboliger har.

Boformen anvendes eksempelvis til:

- Personer med udviklingshæmning, autisme og hjerneskader.
- Personer, som skal anbringes i en boform på det sociale område på baggrund af en strafferetlig afgørelse.

Botilbuddet vil ofte være indrettet således, at hver beboer har sin egen bolig og at der i tilknytning til boligen vil være en række fællesarealer, hvor beboerne eksempelvis spiser. Beboerne vil ud over selve opholdet få støtte af personalet til eksempelvis praktiske gøremål, personlig pleje og sociale aktiviteter afhængigt af beboernes behov.

§ 103 Beskyttet beskæftigelse

Beskyttet beskæftigelse henvender sig til personer under folkepensionsalderen, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet. Det er desuden en betingelse, at disse personer ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning. Kommunen kan endvidere tilbyde særligt tilrettelagte beskæftigelsesforløb til personer med særlige sociale problemer.

Beskyttet beskæftigelse og særligt tilrettelagte beskæftigelsesforløb kan organiseres som beskæftigelsesaktiviteter på beskyttede værksteder eller i tilknytning til andre offentlige tilbud, fx midlertidige eller længerevarende botilbud, forsorgshjem, væresteder, varrestuer, sociale caféer mv. Organiseringen kan også ske i private virksomheder.

Beskyttet beskæftigelse består i udførelsen af opgaver, der indgår som led i en produktion af varer eller tjenesteydelser. Der er tale om enkle og afgrænsede arbejdsopgaver såsom montage- og pakkearbejde, varetagelsen af servicefunktioner i forbindelse med kantine- eller cafédrift eller opgaver af kontormæssig karakter.

§ 104 Aktivitets- og samværstilbud

Aktivitets- og samværstilbud henvender sig til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene. Disse tilbud har til formål at øge den enkeltes livskvalitet i dagligdagen og retter sig især mod personer med behov for socialt samvær.

Aktivitets- og samværstilbud kan både være åbne tilbud uden visitation og tilbud med visitation. Tilbud med visitation vil typisk være tilbud til personer med betydelig funktionsnedsættelse, mens tilbud til borgere med særlige sociale problemer ofte vil være tilbud uden visitation. Aktivitets- og samværstilbud tilbydes i praksis under mange betegnelser, hvor væresteder,

sociale caféer, varimestuer, daghjem, klubber og Fountain House er de mest almindelige. Andre indgår som en del af tilbuddet på boformer, herunder forsorgshjem.

Det enkelte tilbud kan indrettes, så det imødekommer bestemte målgruppers behov, herunder skaber mulighed for samvær med ligestillede, fx jævnaldrende. I tilbud for personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kan der være behov for at yde aktiverende støtte og omsorg, herunder træning i almindelige daglige levedfunktioner, sprogstimulation og lystbetonede aktiviteter. Bl.a. sansestimulerende aktiviteter kan medvirke til at give tryghed og være en aktivitet, der forbedrer kommunikation, valgfrihed og medindflydelse.

For andre grupper kan det centrale være rent omsorgsmæssige foranstaltninger såsom mad, kaffe, vask, uddeling af tøj, rådgivning og socialt samvær, hvor der ikke stilles andre krav, end at personen kan møde frem og overholde almindelige husordensregler for tilbuddet. Men tilbuddet kan også bestå i noget mere aktiverende såsom udflugter, idræts- og motionsaktiviteter, fritidstilbud i form af film, foredrag, daghøjskolelignende tilbud, sundhedstilbud og involvering i samfundsspørgsmål og brugerorganiseringer.

§ 97 Ledsageordning

Ledsageordningen henvender sig til personer mellem 18 år og folkepensionsalderen (dog således, at aldersgrænsen ikke kan blive mindre end 67 år), der ikke kan færdes alene uden for hjemmet på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Disse personer har ret til 15 timers individuel ledsagelse om måneden. Personer, der er visiteret til ledsagelse før overgang til folkepension, bevarer ledsageordningen efter overgang til folkepension.

Det overordnede formål med ledsageordningen er at medvirke til integration i samfundet, og ordningen skal ses som et led i bestræbelserne på at øge mulighederne for selvstændighed, valgfrihed og ansvar for egen tilværelse hos personer med handicap.

Ledsageordningen skal bruges til selvvalgte aktiviteter, som personen med funktionsnedsættelse selv bestemmer indholdet i. Som eksempler på selvvalgte aktiviteter kan nævnes indkøb, ture ud i naturen, cafébesøg, museumsbesøg, biografbesøg, andre forlystelser, fritidsaktiviteter såsom svømning, tandemcykling mv.

Ledsagelsen ydes som udgangspunkt af en ledsager fra kommunens ledsagerkorps. Borgeren har dog også ret til selv at udpege en person til at udføre opgaven. Kommunen skal godkende og ansætte den udpegede person. Endelig kan kommunen også beslutte at tilbyde borgeren at få ydelsen udbetalt som et kontant tilskud til ledsager, som borgeren selv ansætter. Her bliver borgeren arbejdsgiver for ledsageren og skal varetage de funktioner, der er knyttet hertil. Det er frivilligt for såvel borgeren som kommunen at benytte denne mulighed.

Fordelinger på køn og alder

Tabel 1 viser fordelinger på køn og alder for forskellige typer af handicap.

Tabel 1

Voksne med handicap

	Fysisk handicap	Kognitivt handicap	Handicap
	----- Antal personer -----		
Køn			
Mænd	2.621	8.297	9.953
Kvinder	2.645	6.039	7.990
I alt	5.266	14.336	17.943
Alder			
18-29-årige	1.163	5.078	5.742
30-39-årige	694	2.420	2.883
40-49-årige	938	2.476	3.102
50-64-årige	1.689	3.229	4.462
65 år eller derover	782	1.133	1.754
I alt	5.266	14.336	17.943

Anm.: Personer der er mindst 18 år ultimo 2015. Den samme person kan både have et fysisk og et kognitivt handicap.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 2
Modtagere af udvalgte indsatser efter serviceloven

	Socialpædagogisk støtte	Botilbud	Aktivitets- og samværsydelse
	----- Antal personer -----		
Køn			
Mænd	4.088	3.493	2.498
Kvinder	3.028	2.366	1.982
I alt	7.116	5.859	4.480
Alder			
18-29-årige	2.410	2.244	1.292
30-39-årige	1.379	901	796
40-49-årige	1.276	974	833
50-64-årige	1.596	1.265	1.161
65 år eller derover	455	475	398
I alt	7.116	5.859	4.480

Anm.: Personer der er mindst 18 år ultimo 2015. Botilbud omfatter midlertidigt ophold (servicelovens § 107), længerevarende ophold (servicelovens §§ 108 og 192, § 105 i lov om almene boliger samt lov om friplejeboliger) samt socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, der leveres i et botilbud. Socialpædagogisk støtte omfatter indsatser efter servicelovens § 85 og er opgjort eksklusiv ydelser, der leveres på et botilbud samt, hvor personen i samme år er registreret med et midlertidigt eller længerevarende botilbud. Registreringspraksis i forhold til socialpædagogisk støtte og botilbud varierer og der kan være usikkerhed forbundet med opgørelsen. Den samme person kan modtage flere indsatser.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Tabel 3
Modtagere af udvalgte indsatser efter serviceloven

	Beskyttet beskæftigelse	Ledsagerordning	BPA
	----- Antal personer -----		
Køn			
Mænd	1.718	1.456	321
Kvinder	1.178	1.529	271
I alt	2.896	2.985	592
Alder			
18-29-årige	752	494	104
30-39-årige	582	349	81
40-49-årige	678	463	96
50-64-årige	792	1.104	238
65 år eller derover	92	575	73
I alt	2.896	2.985	592

Anm.: Personer der er mindst 18 år ultimo 2015. Den samme person kan modtage flere indsatser.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Diagnoser blandt voksne med handicap

Opgørelsen af diagnoser i redegørelsen er foretaget på baggrund af kontakter til sygehuse i forbindelse med indlæggelser, ambulante forløb eller skadestuebesøg med starttidspunkt i perioden 1995-2014 opgjort for personer i befolkningen pr. 1. januar 2015. Kontakter til egen læge eller privatpraktiserende speciallæger indgår ikke

Diagnosegrupperne er baseret på alle aktions- og bidiagnoser registreret i Landspatientregistret, Landspatientregistret Psykiatri samt uafsluttede ambulante forløb.

Tabel 4

Definition af diagnosetyper og ICD-10

	Definition	ICD10
Cerebral parese	Diagnosegruppen 'Cerebral parese'	DG80*
Udviklingshæmning	Diagnosegruppen 'Mental retardering' og psykomotorisk retardering	DF70*, DF71*, DF72*, DF73*, DF78* og DF79* DR62*
Autismespektrum	Diagnosegruppen 'Gennemgribende mentale udviklingsforstyrrelser'	DF84*
ADHD	Diagnosegruppen 'Hyperkinetiske forstyrrelser'	DF90*
Downs	Downs syndrom	DQ90*
Sklerose	Dissemineret sklerose	DG35*
Erhvervet hjerneskade	Målgruppe for Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for erhvervet hjerneskade. Omfatter 1) apopleksi, TCI, mv. samt 2) traumatisk hjerneskade, hjerneblødning, tumor i hjerne, infektion i centralnervesystemet mv.	1) Apopleksi, TCI mv.: s. 101: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/genoptraening-og-rehabilitering/rehabilitering/~media/62B25E6B90B44954A95EB24C687C5060.ashx 2) Traumatisk hjerneskade, hjerneblødning, tumor i hjerne, infektion i centralnervesystemet mv.: s.167-169: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/genoptraening-og-rehabilitering/rehabilitering/~media/0E79CA383EF84524B92AC687A4D3F9F7.ashx

Tabel 4 (fortsat)

Definition af diagnosetyper og ICD-10

	Definition	ICD10
Muskelsvind og lignende	Indkredset med udgangspunkt i sygdomme nævnt af Muskelsvindfonden og i dialog med Sundhedsdatastyrelsen https://muskelsvindfonden.dk/om-muskel-svind/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
Gigt mv.	Slidgigt Kronisk leddegigt (Reumatoid artrit) Arthritis urica (podagra/urinsurgigt) Psoriasis arthritis JIA (juvenil artrit) Bindevævssygdomme Vaskulitter Osteoporose Spondylartrit	Slidgigt: DM15*, DM16*, DM17*, DM18*, DM19* Kronisk leddegigt: DM05*, DM06* Arthritis urica: DM10* Psoriasis arthritis: DM07* JIA (juvenil artrit): DM08* Bindevævssygdomme: DM32*, DM33*, DM34*, DM35*, DM36* Vaskulitter: DM30*, DM31* Osteoporose: DM80*, DM81*, DM82* Spondylartrit hos voksne og børn DM072 Psoriatisk spondylitis DM469 Inflamatorisk spondylopati UNS DM498 Spondylopati ved anden sygdom klassificeret andetsteds DM13* Andre artritter DM45* Spondylitis ankylopoietica DM090 Juvenil arthritis v psoriasis DM088* Anden form for juvenil arthritis DM12* Andre artropatier
Epilepsi	Epilepsi	DG40* Epilepsi DG41* Status epilepticus

Bilag 6: Børne- og Socialministeriets statistikker

Dette bilag giver en detaljeret beskrivelse af statistikkerne på børne- og socialområdet, herunder udsatte børn og unge, udsatte voksne, voksne med handicap og dagtilbud.

Boks 1 viser hvilke oplysninger, der indgår i statistikkerne på området for socialt udsatte børn og unge.

Boks 1

Indsatser til socialt udsatte børn og unge efter serviceloven mv.

Socialt udsatte børn og unge er børn og unge, der modtager en forebyggende foranstaltning og/eller er anbragt uden for hjemmet efter nedenstående paragraffer. Hvis ikke andet er angivet, er der tale om en paragraf efter serviceloven.

Anbringelser uden for hjemmet:

- Anbringelse med samtykke (§ 52, stk. 1, jf. stk. 3, nr. 7)
- Anbringelse uden samtykke (§ 58, stk. 1-3)
- Foreløbig formandsafgørelse (§ 74, stk. 1, jf. § 58)
- Efterværn med døgnophold (§ 76, stk. 3, nr. 1)
- Ungdomssanktion (§ 74a i straffeloven)
- Afsoning (§ 78, stk. 2 i straffefuldbyrdelsesloven)
- Surrogat for varetægtsfængsling (§ 765 i retsplejeloven)
- Udlændinge under 15 år (§§ 36-37 i udlændingeloven)
- Ankestyrelsens egendriftsbeføjelse (§ 65)

Boks 1 (fortsat)**Personrettede forebyggende foranstaltninger:**

- Behandling af barnets eller den unges problemer (§ 52, stk. 3, nr. 3)
- Aflastningsophold for barnet eller den unge med ophold i eget hjem (§ 52, stk. 3, nr. 5)
- Fast kontaktperson for barnet eller den unge (§ 52, stk. 3, nr. 6)
- Formidling af praktikophold til unge (§ 52, stk. 3, nr. 8)
- Tilknytning af koordinator til unge, der er idømt en sanktion (§ 54a)
- Aflastningsophold under døgnophold (§ 55, stk. 2)
- Ungepålæg (§ 57b)
- Afholdelse af netværkssamråd på grund af kriminel adfærd (§ 57c)
- Fast kontaktperson eller personlig rådgiver for unge over 18 år (§ 76, stk. 2)
- Fast kontaktperson for unge i efterværn (§ 76, stk. 3, nr. 2)
- Etablering af en udslusningsordning i det hidtidige anbringelsessted (§ 76, stk. 3, nr. 3)
- Tildeling af andre former for støtte til den unge over 18 år (§ 76, stk. 3, nr. 4)
- Fast kontaktperson til unge anbragt uden samtykke frem til det 23. år (§ 76, stk. 5)
- Fast kontaktperson til unge anbragt på eget værelse mv. frem til det fyldte 19. år (§ 76, stk. 6)
- Kortvarigt ophold på det tidligere anbringelsessted for unge i efterværn (§ 76, stk. 8)

Familierettede forebyggende foranstaltninger:

- Konsulentbistand, herunder familierettede indsatser (§ 11, stk. 3, nr. 1)
- Netværks- eller samtalegrupper (§ 11, stk. 3, nr. 2)
- Rådgivning om familieplanlægning (§ 11, stk. 3, nr. 3)
- Andre indsatser, der har til formål at forebygge vanskeligheder (§ 11, stk. 3, nr. 4)
- Udgifter i forbindelse med konsulentbistand (§ 11, stk. 4, nr. 1)
- Udgifter i forbindelse med prævention (§ 11, stk. 4, nr. 2)
- Økonomisk støtte til fritidsaktiviteter til børn og unge med behov for særlig støtte (§ 11, stk. 6)
- Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el.lign. (§ 52, stk. 3, nr.1)
- Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet (§ 52, stk. 3, nr. 2)
- Familiebehandling (§ 52, stk. 3, nr. 3)
- Etablering af døgnophold for både barnet og andre medlemmer af familien (§ 52, stk. 3, nr. 4)
- Etablering af fast kontaktperson for hele familien (§ 52, stk. 3, nr. 6)
- Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling eller støtte (§ 52, stk. 3, nr. 9)
- Økonomisk støtte i forbindelse med udgifter efter § 52, stk. 3 (§ 52a, stk. 1, nr. 1)
- Økonomisk støtte for at undgå anbringelse eller fremskynde hjemgivelse (§ 52a, stk. 1, nr. 2)
- Udgifter, der bidrager til stabil kontakt mellem forældre og anbragt barn (§ 52a, stk. 1, nr. 3)
- Støtteperson til forældremyndighedsindehaveren ved anbringelse uden for hjemmet (§ 54)
- Forældreoplæg (§ 57a)

Andre oplysninger om udsatte børn og unge:

- Underretninger

Boks 2 viser hvilke oplysninger, der indgår i statistikkerne på området for udsatte voksne.

Boks 2

Indsatser til udsatte voksne efter serviceloven mv.

Kommunerne skal indberette oplysninger om visitationer til en række ydelser efter serviceloven til udsatte voksne med psykiske lidelser og sociale problemer. Hvis ikke andet er angivet, er der tale om en paragraf efter serviceloven.

Ydelser til udsatte voksne, som kommunerne skal indberette, opdelt efter ydelsestype:

Ophold:

- Midlertidigt ophold (§ 107 i serviceloven og § 105 i almenboligloven)
- Længerevarende ophold (§ 108, stk. 1 og stk. 6, § 192 i serviceloven og § 105 i almenboligloven)
- Krisecenter (§ 109)
- Forsorgshjem og herberger (§ 110)

Behandling:

- Stofmisbrug (§ 101 i serviceloven og § 142 i sundhedsloven)
- Alkoholbehandling (§ 141 i sundhedsloven)
- Psykologisk behandling (§ 102)
- Speciallægebehandling (§ 102)
- Terapi (§ 102)

Støtte, aktivitet og samvær:

- Personlig hjælp og pleje (§ 83)
- Praktisk hjælp (§ 83)
- Socialpædagogisk støtte (§ 85)
- Støtte- og kontaktperson (§ 99)
- Beskyttet beskæftigelse (§ 103, stk. 1 og stk. 2)
- Aktivitet og samvær (§ 104)

Det skal understreges, at redegørelsens analyser af udsatte voksne baserer sig på en delmængde af indsatserne nævnt i boks 2 og boks 3, jf. også bilag 1.

Anm: Statistikken over alkoholbehandling indsamles ikke af Børne- og Socialministeriet. Det er Sundheds- og Ældreministeriets statistik.

Boks 3 viser hvilke oplysninger, der indgår i statistikkerne på området for personer med handicap.

Boks 3

Indsatser til personer med handicap efter serviceloven mv.

Kommunerne skal indberette oplysninger om visitationer til en række ydelser efter serviceloven til voksne med handicap. Der er også en række ydelser, der ikke er omfattet af indberetningskravet, da kommunerne kun skal indberette ydelser, der generelt visiteres og registreres i den centrale forvaltning. Det vil eksempelvis sige, at oplysninger om tildeling af støtteredskaber og hjælpemidler ikke på nuværende tidspunkt er obligatoriske at indberette. Hvis ikke andet er angivet, er der tale om en paragraf efter serviceloven.

Ydelser til personer med handicap, som kommunerne skal indberette, opdelt efter ydelsestype:

Ophold:

- Dag- og døgnafstning (§ 84)
- Midlertidigt ophold (§ 107 i serviceloven og § 105 i almenboligloven)
- Længerevarende ophold (§ 108 stk. 1 og stk. 6, § 192 i serviceloven og § 105 i almenboligloven)

Behandling:

- Psykologisk behandling (§ 102)
- Speciallæge behandling (§ 102)
- Terapi (§ 102)

Støtte, aktivitet og samvær:

- Socialpædagogisk støtte (§ 85)
- Personlig hjælp og pleje (§ 95)
- Praktisk hjælp (§ 95)
- Aflønning (§ 95)
- Borgerstyret personlig assistance (§ 96)
- Ledsageordning (§ 97)
- Kontaktperson for døvblinde (§ 98)
- Støtte og kontaktperson (§ 99)
- Beskyttet beskæftigelse (§ 103, stk. 1 og stk. 2)
- Aktivitet og samvær (§ 104)

Støtte til køb af bil

- Støtte til køb af bil (§ 114)

Andre oplysninger om ydelser til personer med handicap:

Hjælpemidler:

- Hjælpemidler (§ 112)
- Boligindretning (§ 116)

Det skal understreges, at redegørelsens analyser af voksne med handicap baserer sig på en delmængde af indsatserne nævnt i boks 2 og boks 3, jf. også bilag 1.

Boks 4 viser hvilke oplysninger, der indgår i statistikkerne på dagtilbudsområdet.

Boks 4

Dagtilbudsstatistikken

Kommunerne skal indberette en række oplysninger på dagtilbudsområdet.

Dagtilbudsstatistikken:

Børn i dagtilbud:

- Dagpleje (§ 21, stk. 1 og stk. 3 i dagtilbudsloven)
- Daginstitution (§ 19, stk. 2-5 i dagtilbudsloven)
- Puljeordning (§§ 101-102 i dagtilbudsloven)

Ansatte i dagtilbud:

- Dagtilbudstype for eksempel dagpleje eller daginstitution
- Stilling, for eksempel dagplejer, pædagog, pædagogmedhjælper eller leder
- Uddannelse, for eksempel pædagog eller pædagogisk assistent uddannelse (PAU)

På baggrund af oplysninger om børn og ansatte udregnes normeringer i dagtilbud.

Andre oplysninger om dagtilbud:

Privat pasning:

- Privat pasning (§ 80 i dagtilbudsloven)
- Pasning af egne børn (§ 86 i dagtilbudsloven)

Der er tale om oplysninger om det samlede antal børn i kommunen, der er således ingen oplysninger om det enkelte barn. Oplysningerne indsamles i form af et årligt nedslagspunkt.

Budgetoplysninger:

- Kommunalt tilskud
- Forældrebetaling
- Frokostordning
- Åbningsdage

På baggrund af oplysninger om åbningsdage udregnes antal lukkedage.

Sprogvurderinger i dagtilbud:

- Sprogvurderinger i kommuner, der gennemfører dem obligatorisk for alle indskrevne børn i dagtilbud



Litteraturliste

- Ankestyrelsen (2009-2015): *"Brugere af botilbud efter servicelovens § 110"*, Ankestyrelsens årsstatistikker for 2008-2014.
- Beskæftigelsesministeriet (2015): Ekspertgruppen om udredning af den aktive beskæftigelsesindsats: *"Ekspertgruppen om udredning af den aktive beskæftigelsesindsats. Nye veje mod job – for borgere i udkanten af arbejdsmarkedet"*, marts 2015, Rosendahls a/s
- Børne- og Socialministeriet (2017): *"Strategi for udvikling af sociale indsatser"*, januar 2017.
- Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri (2008): *"Det danske landdistriksprogram 2007-2013"*, Den Europæiske Landbrugsfond for Udvikling af Landdistrikterne, 11. februar 2008
- Rambøll (2017): Frivillighedsundersøgelsen 2017
- SFI (2014): Fridberg, Torben og Henriksen, Lars Skov (Red.): *"Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012"*, SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd 14:09, Rosendahls – Schultz Grafisk A/S.
- SFI (2015a): Benjaminsen, Lars og Lauritzen, Heidi Hesselberg: *"Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning"*, SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd 15:35, Rosendahls a/s.
- SFI (2015b): Benjaminsen, Lars, Stefan Bastholm Andrade, Ditte Andersen, Morten Holm Enemark og Jesper Fels Birkelund: *"Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark"*, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 15:41, Rosendahls A/S.
- SFI (2016): Amilon, Anna; Birkelund, Jesper Fels; Christensen, Gunvor; Jeppesen, Anders Gade og Markwardt, Kristoffer: *"Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling"*, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 16:34.
- SFI (2017): Larsen, Malene Rode; Larsen, Mona: *"Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016"*, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 17:15, Rosendahls a/s.
- Social- og Indenrigsministeriet: *"Socialpolitisk Redegørelse 2016"*, juni 2016, Rosendahls-Schultz Grafisk.

- Socialstyrelsen (2012): "*Vidensdeklaration. Socialstyrelsens Vidensdeklaration af sociale indsatser og metoder*", Socialstyrelsen- Viden til gavn, december 2012.
- Socialstyrelsen (2015): "*Prostitutionens omfang og former 2013/2014*", Socialstyrelsen, Kontoret for voksne med sociale problemer, 21. september 2015.
- Statens Institut for Folkesundhed (2012): Helweg-Larsen, Karin, Statens Institut for Folkesundhed i samarbejde med Ministeriet for Ligestilling og Kirke: "*Vold i nære relationer. Omfang, karakter, udvikling og indsats i Danmark*", Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
- Sundhedsdatastyrelsen (2016): "*Alkoholbehandling i Danmark, 2014*", version 1, 2016
- Sundhedsstyrelsen (2015): "*Alkoholstatistik 2015. Nationale data*", Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, 2015.
- Sundhedsstyrelsen (2016): "*Narkotikasituationen i Danmark – Nationale data*", 17. november 2016.



